



PODER JUDICIAL DE CÓRDOBA

**JUZGADO DE EJECUCION PENAL DE 3A.  
NOM**

Protocolo de Autos

Nº Resolución: 72

Año: 2021 Tomo: 2 Folio: 345-363

EXPEDIENTE: -  - **S., J. G. - CPO.DE EJECUCIÓN DE MEDIDA DE SEGURIDAD**

**AUTO NÚMERO:**

Córdoba, veinticuatro de febrero de dos mil veintiuno.

**VISTAS:** Las presentes actuaciones caratuladas “**S., J. G. - Cuerpo de ejecución de medida de seguridad**” (SAC 6827989), de donde surge la necesidad de resolver el cese o la continuidad de la medida de seguridad impuesta a J. G. S. **DE**

**LAS QUE RESULTA:** I. Por Sentencia n° 513 del 21/11/2017, el Juzgado de Control y Faltas n° 9 de esta ciudad de Córdoba resolvió: “I) Disponer el sobreseimiento total de la presente causa en favor de J. G. S., ya filiado, por el hecho que se le atribuía, calificado legalmente como homicidio agravado por el uso de arma de fuego –dos hechos (...) y tentativa de homicidio agravada por el uso de arma de fuego (...), todo en concurso real (...) en función de lo establecido por el artículo 34, inc. 1°, primer supuesto, del C.P. y art. 350, inc. 3°, segundo supuesto del C.P. II) Transformar la internación provisoria de J. G. S. en Medida de Seguridad, debiendo continuar su tratamiento en el Hospital Aurelio Crespo Anexo Salud Mental...”; institución esta última ubicada en la ciudad de Cruz del Eje de esta provincia de Córdoba (v. fs. 49/62).

II Conforme lo resuelto, y atento lo dispuesto por la normativa procesal vigente y los específicos acuerdos en la materia emitidos por el Tribunal Superior de Justicia de esta

provincia, con fecha 23/04/2018 radicaron las presentes actuaciones en el Juzgado de Ejecución Penal N° 2 de la ciudad de Cruz del Eje (v. fs. 102).

**III** A partir de allí, y a razón de los diferentes informes remitidos por parte del equipo tratante, en los cuales se remarcó la evolución favorable experimentada por J. G. S. y la inexistencia de criterios actuales de internación, el Juzgado actuante dispuso, cada vez, la realización de exámenes periciales a fin de decidir si correspondía o no la continuidad de la medida de seguridad curativa otrora impuesta, situación que resolvió siempre a favor de su continuidad debido a lo expuesto en los correspondientes dictámenes forenses.

**IV.** Tras el cierre de la institución de referencia motivada en razones sanitarias vinculadas con la pandemia ocasionada por el Covid 19, el 28/03/2020 J. G. S. fue trasladado al hospital colonia Santa María, ubicado en la localidad de Santa María de Punilla de esta provincia de Córdoba, derivación que propició la declaración de incompetencia del Juzgado de Ejecución Penal de Cruz del Eje. Siendo así, con fecha 26/06/2020 el pertinente legajo radicó en este Juzgado de Ejecución penal (v. fs. 248; 251-252 y 257, respectivamente).

**V.** Fijada intervención, se recibieron informes relativos a J. G. S. confeccionados por los ahora profesionales intervinientes (es decir, por el personal sanitario del actual hospital), en los que se mencionaba del mismo modo que antaño, la evolución favorable del nombrado, la concesión de salidas prolongadas y la necesidad de disponerse, atento a la falta de criterios actuales de internación, el cese de la medida de seguridad curativa impuesta más de dos años atrás (v. fs. 248 y ss.). Esto motivó, entre otras cosas, la fijación por parte de este Juzgado de un nuevo acto pericial.

**VI.** En este marco, configurado bajo una nutrida diversidad de intervenciones y otra vez en discordancia con el criterio sanitario sostenido por los diferentes profesionales intervinientes a lo largo del tratamiento seguido por J. G. S., el equipo

de peritos forenses oficiales concluyó con fecha 22/10/2020 que, en lo sustancial, “del material obtenido y analizado” se desprendería “la persistencia clínica al momento actual, de los criterios indicativos de riesgo cierto e inminente para sí y/o para terceros de orden psicopatológico”; afirmación no contrarrestada por los peritos de la defensa y reafirmada por los peritos de la parte querellante al señalar que “J. G. S. es peligroso para sí y para terceros y reúne criterios de tratamiento e internación (...) No encontrándose en condiciones de ser externado” (v. fs. 286-291; 304 y 292-296, respectivamente).

**VII.** Frente a esto, dispuesta la realización de un diagnóstico socio-familiar con relación al ámbito doméstico al cual se sumaría J. G. S. en caso de disponerse el cese de la medida de seguridad curativa (v. fs. 308), la trabajadora social del equipo técnico forense refirió que: el grupo familiar analizado (...) como propuesta para la inclusión del Sr. J. G. S., al momento del presente estudio constituye una alternativa que se caracteriza por la disposición de recepción y contención del mismo, en el que se advierte como factor favorecedor la experiencia en el manejo familiar de integrantes con patologías psiquiátricas.

Añadiendo luego consideraciones más bien vinculadas con el impacto psicopatológico que la incorporación de un nuevo conviviente podría generar en el otro miembro de la familia con padecimientos psíquicos - uno de sus hijos, sobrino del imputado y casi contemporáneo a J. G. S.- (v. fs 314-318 vta.)

En tanto, desde la defensa no se emitió informe y desde la parte querellante se ponderó positivamente el vínculo datado con J. G. S. por parte del núcleo afectivo analizado, la buena receptividad de su hermano y su cuñada para convivir con este, y -al igual que el informe oficial-, cierta experticia por parte del grupo familiar en cuanto al modo de relacionarse con personas con padecimiento psíquico crónico, contraponiendo a dichos aspectos el cambio en la dinámica cotidiana que supondría la cohabitación con un nuevo integrante y cierta crítica al modo de administrar el padecimiento del familiar conviviente con padecimiento psíquico, debido a las maneras de relacionarse con los dispositivos sanitarios del lugar (v. fs. 321-327).

**VIII.** Finalmente, corrida vista a las partes -requisito previo a dictar resolución (conf. art. 34, inc. 1º, segundo párrafo del cp. y 525 del cpp.)- (ff. 329-338), las mismas efectuaron las consideraciones de rigor.

Así, por un lado, tanto el representante del Ministerio Público Fiscal como la defensa, tras arrimar un pormenorizado detalle de las constancias obrantes en autos en

articulación con la legislación actual en materia de salud mental, y, añadir a esto, doctrina jurídica y judicial especializada, coincidieron en la necesidad de disponer el cese de la medida de seguridad curativa en cuestión (v. fs. 339-349). La defensa contestó la vista a ff. 364-367.

Desde otro costado, no sucedió lo mismo con el representante de la parte querellante, quien pese a no desconocer la valía de los informes arrimados por los diversos equipos tratantes de J. G. S., insistió en el sostenimiento de la medida de referencia, amparándose, particularmente, en las valoraciones periciales efectuadas a lo largo del internamiento, mas criticando, coetáneamente, el contexto socio-afectivo al que el nombrado se podría incorporar (v. fs. 369- 371).

**CONSIDERANDO:** Como ha quedado reflejado de manera sintética en el punto precedente, la decisión que convoca a este Juzgado se afirma en un terreno de complejidades, que, por ser tales, reclaman algunas especificaciones previas.

Puede notarse, sin mayor esfuerzo, que mientras los forenses intervinientes insisten con la continuidad del internamiento impuesto a J. G. S. como medida de seguridad curativa, los diversos profesionales de la salud que han acompañado su evolución por más de dos años disienten con estas afirmaciones. Para hacerlo, se basan en apreciaciones desencontradas y puntos de vista disímiles en cuanto a la fundamentación de la internación.

Siendo así, parece que el eje del asunto gira en torno a la gravitación de estas apreciaciones para disponer el cese (o no) de la medida en cuestión; punto que no es menor y mal podría analizarse al margen de una historización detallada del caso, por un lado, y un análisis concienzudo de la normativa vigente en materia de salud mental, por el otro, en tanto son estos los factores que fundan las dicotomías en cuestión.

Comenzaré por realizar entonces una descripción más detenida del caso (**A. Historización del caso**), considerando como tal al que se generó a partir de un juicio valorativo de falta de capacidad de culpabilidad (inimputabilidad) y la subsiguiente aplicación de una internación involuntaria que, con el devenir del proceso, mutó a medida de seguridad curativa. Mostraré a su turno por qué este escudriñamiento resulta necesario para comprender la divergencia de opiniones precedentemente mencionadas.

Seguidamente, me detendré en el viraje conceptual que en materia de salud mental ha sido adoptado por nuestro Estado (**B. Actual modelo normativo en materia de**

**salud mental**), lo cual, como se verá, ha impactado tanto en el ámbito legislativo como judicial (jurisprudenciay acuerdos mediante).

Por último, me referiré al valor de la prueba pericial y a su poder vinculante (**C. La incidencia de la prueba pericial**), es decir al modo en que obligan si es que lo hacen, este tipo de exámenes expertos.

Despejadas estas cuestiones brindaré mi **solución del caso**.

### **1. Historización del caso**

Tal como fuera resaltado precedentemente, mediante Sentencia n° 513 emitida el 21/11/2017 por el Juzgado de Control y Faltas n° 9 de esta ciudad de Córdoba, J. G. S. fue declarado inimputable y se le aplicó una medida de seguridad curativa. Previo a esto se dispuso su internamiento provisional (conf. art. 287 del cpp), el que comenzó a cursar en el Anexo de Salud Mental del Hospital Aurelio Crespo el 04/09/2017 (v. fs. 49 a 62 y 112 respectivamente).

Asimismo, antes de adoptarse esta decisión, J. G. S. fue peritado en más de una ocasión a fin de precisarse específicamente su capacidad de culpabilidad penal, y, por añadidura, si reunía o no criterios de internación en salud mental (situación esta última que había sido saldada de manera previa y provisoria con un informe de valoración de riesgo efectuado el 30/08/2017;v. fs. 19/20).

Estos peritajes, que decantaron en dictámenes emitidos por los equipos forenses del poder judicial (oficiales y de la defensa) y los arrimados por los peritos de la parte querellante, discurrieron en torno a la imputabilidad del nombrado.

En efecto, con fecha 30/08/2017 el equipo de forenses oficiales y de la defensa concluyó, en lo sustancial, que al examen realizado J. G. S. presentaba “trastorno delirante crónico de tipo persecutorio con episodio de descontrol impulsivo secundario a ello, sin tratamiento actual [y] con juicio crítico desviado”; diagnóstico que resultaba compatible con un estado de inconciencia patológica que al momento de los hechos investigados no le había permitido “comprender la criminalidad de los actos investigados”.

Agregaron luego que su condición clínica psicopatológica actual revelaba al momento del examen:

Riesgo grave, cierto de daño para sí y/o terceros, de origen psicopatológico (peligrosidad psiquiátrica) y como tal requiere de una inmediata atención en salud mental que, según lo antes explicitado, debe ser, en modalidad internación,

surgiendo a tal efecto el hospital Aurelio Crespo, anexo salud mental, de la ciudad de Cruz del Eje, hasta una mayor estabilización del paciente, y luego de ella, un tratamiento según el cuadro presentado en la Colonia Emilio Vidal Abal de Oliva (v. fs. 26/30). Frente a estas conclusiones, y sin avanzar sobre las indicaciones de internamiento, el perito de la parte querellante formuló una abultada disidencia, discrepando, sustancialmente, con la valoración de la capacidad de culpabilidad penal de J. G. S. al señalar:

el actor padece un trastorno borderline de la personalidad (...) Considero que el peritado (...) al momento de producirse el hecho médico legal sabía lo que estaba haciendo y porque lo estaba haciendo, lo cual se justifica también por su conducta inmediata posterior al hecho, tema del cual en la pericia ni siquiera se preguntó una palabra (v. fs. 31/33).

Tales dicotomías generaron por parte de la Instrucción un pedido de ampliación del examen efectuado (v. fs. 35), lo cual derivó en sendas aclaraciones otra vez dicotómicas en cuanto a la imputabilidad del nombrado (v. fs. 43 y 45/46 respectivamente).

Fue en este marco que finalmente la Fiscalía se inclinó por la peritación oficial, requiriendo el sobreseimiento por inimputabilidad de J. G. S. al Juzgado competente (v. fs. 63/70), pedido que, tal como ha sido expuesto, el Juzgado resolvió en idéntico sentido, para transformar seguidamente la medida de internación provisional dispuesta en medida de seguridad curativa (resolución cit.).

Ante este panorama la parte querellante ensayó diferentes vías recursivas con el objeto de revertir aquella declaración de ausencia de capacidad de culpabilidad jurídico-penal (así: apelación y acción autónoma de nulidad por cosas juzgada írrita), ocasiones en las que señaló, entre otras cosas, su descontento con:

la manera en la que se determinó el estado de J. G. S., no han mirado con la crueldad y alevosía con la que actuó, fue certero y preciso al momento de actuar, eso, no lo han tenido en cuenta al momento de determinar su sobreseimiento, no han mirado absolutamente nada, solo el informe psiquiátrico oficial, y, del de su médico de parte, lo cual ha vulnerado todo derecho que se imparta justicia, no garantizando el debido proceso, es inimputable y acá quedó todo en la nada ( v. fs. 79).

Rechazados estos planteos (v. fs. 90/91) y encontrándose en curso la medida de seguridad curativa, las partes penalmente ofendidas requirieron ante la Ejecución

Penal la continuidad de su intervención en la causa como querellantes particulares, proponiendo, en cada ocasión en que se peritó a J. G. S. para resolver la continuidad o no de la medida de seguridad curativa impuesta, uno o más peritos de parte (v. fs. 133).

La realización de los señalados peritajes se fundó, una y otra vez, en los informes arrojados desde la órbita sanitaria interviniente.

Así, con fecha 08/06/2018 (es decir tras más de nueve meses de internación) el equipo tratante del nombrado remarcó que se encontraba estabilizado de su cuadro psicopatológico, que no había presentado durante el tiempo de internación episodios de auto o heteroagresividad y que mostraba buena adherencia al tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico, habiéndose retomado el contacto con su hermano F. S. residente en la localidad de C. O. (v. fs. 112).

Seguidamente, el 21/06/2018, volvió sobre aquéllos pasos, y remarcó que al día de la fecha “el paciente presenta el cese de la crisis psicopatológica que motivó su internación”, razón por la cual encontrándose “estabilizado de su cuadro psicopatológico de base”, se halla en condiciones de “externación y alta institucional” (v. fs. 161).

Luego, el 10/08/2018, el equipo reprodujo aquélla información, reforzando la referencia respecto a la reanudación del vínculo con su hermano y remarcando, otra vez, la estabilización del cuadro psicopatológico, con lo cual dijo, también nuevamente, que J. G. S. estaba “en condiciones de ser externado” (v. fs. 122/123).

**Peritado** entonces J. G. S. con fecha **18/09/2018**, los peritos oficiales y de la defensa volvieron a pronunciarse acerca de su falta de capacidad de culpabilidad (inimputabilidad) al momento de la ejecución de los hechos, destacando que:

En lo específicamente relativo a los hechos que motivaron su internación, el entrevistado muestra conciencia de los mismos, aunque no puede dar cuenta de ellos de manera ordenada y autocrítica, así como tampoco se observan modificaciones en su conciencia moral o psicopatológica pese a llevar un año de tratamiento. Esto no permite descartar el riesgo en sus conductas futuras, al no haber logrado inscribir en su esquema mental el significado cabal de los graves hechos que protagonizara, ni mediante la sanción recibida ni mediante el trabajo psicoterapéutico.

Coincidieron frente a esto en la pervivencia del riesgo cierto e inminente que había motivado su internamiento y sugirieron, así, la continuidad de la medida en cuestión

(v. fs. 141/144).

Por su lado, el perito de la parte querellante regresó también sobre la declaración de inimputabilidad para enfatizar que, personas como J. G. S., es decir, con un diagnóstico de trastorno delirante:

conocen, saben y comprenden la injusticia o el carácter antisocial de sus actos, distinguen el bien del mal (matar y no hacerlo) y son capaces de conducir e inhibir sus voluntad; de ahí entonces el problema de concederles a estas personas la condición de inimputables.

Refirió entonces, tras reafirmar la existencia de la capacidad de reproche penal del nombrado, que era “claramente peligroso para sí y para terceros” y que reunía “criterios de tratamiento e internación por su escasa adherencia histórica a los mismos” (v. fs. 146/149).

Con estos elementos en mano la judicatura de ejecución resolvió el 13/02/2019 la continuidad de la medida de seguridad curativa impuesta a J. G. S. el 21/11/2017; es decir, más de un año atrás.

Esta dinámica disidente (esto es, entre equipo tratante y peritos forenses) se reprodujo y reagudizó en el tiempo.

En efecto, el 21/05/2019, habiendo tomado intervención la Oficina de Coordinación de Internaciones Judiciales Involuntarias dependiente del Tribunal Superior de la provincia –Ociji- (a razón del pedido efectuado por la órbita judicial debido a la complejidad del caso, v. fs. 158), y a requerimiento de ese espacio, la trabajadora social del equipo tratante detalló las estrategias implementadas desde el hospital para lograr la revinculación de J. G. S. con su hermano (comunicación telefónica periódica), los obstáculos para el armado de un trayecto intersectorializado (debido a la distancia entre el hospital y la localidad de residencia del vínculo más próximo dispuesto a acompañarlo en el tratamiento), y la buena evolución “del paciente” en tanto accedía a salidas terapéuticas, mostraba buena adherencia al tratamiento y francas posibilidades de inserción en actividad laboral (v. fs. 159-160).

Más tarde (en rigor, el 27/06/2019), y también a partir del pedido formulado por la Ociji, la mencionada profesional especificó los bemoles de su labor, manifestando que:

dentro de las limitaciones de salud que presenta, [el paciente] todavía conserva ciertas capacidades que le permitirían desenvolverse en el plano laboral (...) no se encuentra en situación de vulnerabilidad social, ya que su hermano puede asistirlo

hasta que logre su reinserción social [y] tampoco se encuentra en situación de calle  
Para añadir:

no existen a la fecha criterios que ameriten la continuidad de su internación en un ámbito tan restrictivo, el paciente adhirió a las pautas institucionales y hasta la fecha no ha presentado ninguna dificultad (...) Dado a que se encuentra estable de su cuadro psicopatológico de base, según refiere el resto del equipo tratante, es opinión de esta profesional que la continuidad de dicha medida curativa sería contraproducente para la salud del paciente y colaboraría a que esta se deteriore progresivamente además de no cumplir con ningún objetivo terapéutico (v. fs. 163-164).

Ante esto, otra vez se puso en marcha la maquinaria de **peritación**.

El **13/08/2019** todos los peritos coincidieron en señalar que continuaban los indicadores de riesgo psicopatológico que habían originado la internación de J. G. S. y que, por eso, debía seguir internado en la Institución en que se encontraba (v. fs. 178/179).

Días después, el equipo tratante remarcó nuevamente que el nombrado evidenciaba el cese de la crisis que había motivado su internación, se encontraba estable y en condición clínica de continuar su tratamiento de manera ambulatoria; más tarde, reprodujo aquéllas expresiones, dando cuenta de la necesidad de alta institucional y lo iatrogénico de la medida de internamiento impuesta (v. fs. 188-189 y 192-193, respectivamente).

Pese a ello el Juzgado interviniente se inclinó una vez más por la continuidad de la medida de seguridad, ocasión en la que reafirmó su decisión de otorgar continuidad al proceso de intervención inaugurado por la Ociji (v. fs. 183-185).

El 16/12/2019, la Ociji envió al Juzgado informe detallado de su labor.

Contó allí que tras la toma de contacto con la causa, había efectuado una lectura minuciosa acerca de las constancias previas y posteriores a la imposición de la medida de seguridad curativa.

Refirió que había pedido intervención directa a la Secretaría de Salud Mental de la provincia, órbita esta que había dispuesto la articulación con un experto en salud mental comunitaria (Licenciado Sebastián Bertucelli) a fin de facilitar la labor de transmisión de la información por parte del equipo tratante a los peritos intervinientes.

Remarcó también las interconsultas efectuadas por parte del equipo tratante con

profesionales de otras especialidades (urología) a fin de trabajar sobre el núcleo delirante de J. G. S.

Señaló específicamente, la red tramada desde el hospital para lograr la continuidad del tratamiento del nombrado en la localidad de residencia de su hermano, lugar en donde podría proseguir con un abordaje ambulatorio y en donde contaba con muy buenas chances de inserción laboral y afectiva (fs. 204/205).

A este detalle se sumó nuevo informe confeccionado por el equipo tratante en idéntica fecha, informe en el que se aportó una abultada descripción de la historia y presente de la situación atravesada por J. G. S. Dijo así:

Desde el primer contacto con el Sr. J. G. S. (Septiembre de 2017), este ha mostrado timidez y cierto retraimiento en el modo de relacionarse, características que paulatinamente han ido disminuyendo con el desarrollo del proceso terapéutico, sin llegar a desaparecer por completo. Así mismo, es oportuno mencionar que el paciente siempre se ha desenvuelto en la Institución de manera respetuosa y cordial con sus compañeros y con el personal interviniente, no habiendo protagonizado durante los más de dos años de internación episodios auto o heteroagresivos de ningún tipo.

Para añadir:

Su hermano mayor, el Sr. F. S., es un pilar importantísimo en el sostén emocional del paciente, poniéndose desde un comienzo a disposición de los requerimientos del equipo tratante, llegando inclusive a visitar al paciente en dos oportunidades a pesar de residir en la ciudad de C. O. (distante a más de dos mil kilómetros de la ciudad de Cruz del Eje) con el único propósito de sostener emocionalmente a su hermano J. G. S. Durante dichas visitas el equipo tratante otorga al Sr. J. G. S. unas pocas horas de permiso de salida terapéutica en el ámbito de la localidad de Cruz del Eje, desarrollándose estas de manera por demás satisfactoria. Cabe mencionar además que el Sr. F. S. manifiesta al equipo su intención de mudarse con su grupo familiar (...) a los fines de poder estar más cerca de su hermano y, eventualmente, hacerse cargo de su cuidado; motivos económicos impiden dicho traslado familiar. La invaluable gestión del Lic. Sebastián Bertucelli, asesor externo designado por la Secretaría de Salud Mental de la Provincia de Córdoba, genera el contacto con el Área de Salud Mental del Hospital Zonal de C. O., más precisamente con el Lic. Alejandro De Lisio, psicólogo de la Institución. El médico tratante se comunica con el hermano del paciente a los fines de coordinar una entrevista familiar con aquel

profesional; en la mencionada entrevista el Lic. De Lisio le manifiesta a la familia que existen todos los dispositivos institucionales necesarios para que J. G. S. pueda realizar tratamiento ambulatorio en C. O.. Ante esta posibilidad Fabián y su familia se muestran sumamente ilusionados de poder acoger en su hogar a J. G. S., teniendo además la posibilidad de ofrecerle un trabajo ayudando a Fabián en su taller de herrería y de supervisar el tratamiento ambulatorio del paciente.

Y concluir:

En la actualidad el paciente presenta (...) Aspecto: adecuado, aseado. Respetuoso y colaborador en la entrevista (...) lúcido, vigil (...) orientado en tiempo, espacio y persona (...) atención adecuada (...) estado de ánimo estable (...) memoria adecuada (...) Curso del pensamiento: adecuado, con contenido referido a su situación actual (internación). Lenguaje: adecuado. No se objetivan alteraciones sensorio-perceptivas ni manifestaciones que hagan sospechar riesgo de auto/heteroagresividad. Juicio: por momentos delirante con presencia de ideas paranoides encapsulada referida al hecho que motivara la presente internación. Actualmente refiere que no siente que alguien quiera perjudicarlo y además expresa que no reiteraría el tipo de resolución heteroagresiva utilizada en aquella oportunidad (...) Presenta buena adherencia al tratamiento psicoterapéutico-psicofarmacológico. Respeta normas institucionales (...) Por lo anteriormente expuesto es opinión del equipo tratante al día de la fecha (y desde hace aproximadamente dos años) el paciente presenta el cese de la crisis que motivara su internación, encontrándose estabilizado en su cuadro psicopatológico de base, habiendo alcanzado el techo terapéutico. Se encuentra en condiciones de externación y de alta institucional (v. fs. 206/207). A pocos días de lo informado, el equipo arrojó nueva valoración resaltando los puntos relevantes de aquella otra (v. fs. 240-241)

Fue frente a este marco que se ordenó nuevo **examen pericial**, ocasión en la que se inauguró un espacio de discusión previa (entre peritos, profesionales tratantes e integrantes de la Ociji) al acto en cuestión.

Por tercera vez en poco más de un año (esto es, el **26/12/2019**) todos los forenses acordaron en señalar que J. G. S. continuaba reuniendo criterios de internación, colocando el eje en su diagnóstico (trastorno delirante crónico) en sutil articulación con los indicadores de riesgo como sostén de su institucionalización (v. fs. 233/234).

Tras esto, y como fuera resaltado en el punto precedente de este resolutorio, pese a que el equipo continuó trabajando en una estrategia de permisos de salida prolongados, la irrupción de la pandemia ocasionada por el Covid 19 y las medidas de aislamiento dispuestas al efecto, conspiraron en contra de esas salidas y a favor del traslado de J. G. S. a otro hospital monovalente (Hospital Colonia Santa María) a razón del cierre de los Anexos del Hospital Aurelio Crespo (v. fs. 244 y 247). Esto generó en el tiempo el apartamiento por incompetencia territorial del Juzgado de Ejecución penal antaño interviniente (v. fs. 251/252, Auto emitido el 26/06/2020) y el avocamiento del Juzgado a mi cargo.

Trasladado J. G. S. al nuevo espacio institucional –ocurrido, conforme se apuntara, el 28/03/2020-, comenzó a remarcarse desde allí su evidente estabilización y la necesidad, una vez más, de realizar una pericia para disponer el cese de la medida de seguridad curativa.

Así, en sucesivos informes (13/06/2020, 02/07/2020, 07/07/2020 y 24/08/2020) el equipo fue narrando el cuadro situacional de J. G. S.:

- Ingreso a un régimen de permisos prolongados con renovación y sin dificultades
- Convivencia con su cuñada durante los permisos (actualmente residente en la localidad de Santa María a razón de haber efectuado un viaje por razones médicas y no poder regresar a su localidad de residencia, C. O., como producto de las medidas sanitarias de aislamiento dispuestas en el marco de la pandemia) sin inconveniente alguno.
- Adherencia al tratamiento implementado.
- Retorno al hospital por haber empeorado el cuadro de salud de su cuñada y encontrarse a la espera de una intervención quirúrgica.
- Derivación a dispositivo de medio camino a razón de la clara estabilización evidenciada por J. G. S. y, ante ello, la no recomendación de aguardar la mejoría de su cuñada en sala de agudos.
- Respeto por las normas de convivencia de dicho dispositivo.
- Continuidad de la articulación con efectores de salud de C. O. para poder trasladarse a dicha comunidad junto a su grupo familiar y continuar allí con la terapia.
- Falta de criterios de internación.
- Franca necesidad de otorgar el alta hospitalaria y disponerse el cese de la medida de seguridad curativa (v. fs. 248, 259, 260 y 272/273).

Ante esto, advirtiendo la complejidad del caso, previo a tomar una decisión, este

Juzgado requirió nueva valoración pericial, disponiendo para ello la continuidad de la intervención acompañante de la Ociji, la realización de una audiencia preliminar en la que pudieran oírse a todos los profesionales actuantes, y la realización de un diagnóstico situacional y familiar para conocer con mejor detalle el lugar en donde residiría el nombrado en caso de cesar la medida en cuestión.

Finalmente, con fecha **22/10/2020** se practicó el señalado **examen pericial** (cuarto en poco más de dos años).

En la ocasión, pese a poner de resalto la multiplicidad de informes arrimados por el nuevo equipo sanitario y el devenir de J. G. S. desde el ingreso a la internación hasta el momento actual, los peritos intervinientes (oficiales y por la defensa) acordaron en la continuidad de la internación. Para hacerlo, destacaron lo siguiente:

Estado de salud mental actual:

Su atención se advierte disminuida, con orientación témporo-espacial conservada. En la afectividad se lo observa con aplanamiento afectivo, sin variaciones polares displacenteras. Memoria conservada. En la sensopercepción, no se objetiva la presencia de alteraciones psicopatológicas del tipo de las alucinaciones. Su pensamiento es de curso y ritmo tendiente a la lentificación, evidenciándose en el contenido ideas patológicas: certeza delirante (certeza que no puede ser variada de ninguna manera), ideación paranoide de daño y perjuicio, ("*...me echaban cosas en el trabajo, se me cerró el conducto de orinar...*", "*Me echaban cosas en el agua, polvito en la comida (...) porque yo sentía gusto raro y los vi encima*", "*No tengo erecciones (...) desde ese momento*", "*Ellos se llevaban mal conmigo, querían que me fuera de ahí (...) Me mandaron a robar el celular (...) se me reían en la cara (...) sentía bronca e indignación*", "*Me decían loco (...) No me gustaba nada...*"); irreductibilidad del pensamiento. Convicción delirante (es decir es una evidencia particular, privada del paciente. Es una convicción rígida, personalmente válida acerca de la realidad, una evidencia cierta que no necesita demostración. Y que es irrefutable a cualquier razonamiento o argumentación contraria.) Su juicio crítico se encuentra desviado. Su razonamiento es escaso, teñido por la convicción delirante ("*Pena por todo lo que pasó (...) Ellos se lo buscaron, no me dejaban en paz*", "*...yo me defendí porque me saturaron la cabeza*"). No presenta conciencia de enfermedad, en tanto manifiesta considerar que no necesita tratamiento psicológico ni psicofarmacológico, y que no advierte ningún beneficio en virtud de los mismos. Se advierte por otro lado exiguo conocimiento de la naturaleza de los tratamientos que

está cursando (dinámica, frecuencia), negando haber asistido e incluso desconociendo los nombres de los profesionales tratantes, de lo que se deduce escasa adherencia a los mismos.

Resultado de pruebas de evaluación:

A partir del análisis clínico de la presencia de los factores, se estima un nivel de riesgo general moderado de conductas violentas en una hipotética reintegración a la comunidad. En la escala de factores históricos, clínicos y medioambientales se aprecia con un nivel de riesgo “moderado” (...) del análisis de la dinámica psíquica del periciado, se desprende que no obstante la estabilidad anímica y conductual que exhibe al examen clínico, se hipotetiza que subyacen aspectos de marcada fragilidad interna que dificultarían un eficaz manejo de los componentes afectivos e impulsivos anteriormente mencionados, los cuales se traslucen en el material analizado, evidenciándose de esta manera lúbilmente contenidos, aun con el sostén otorgado por la vía farmacológica y la contención institucional.

Consideraciones:

En relación con las evoluciones de sus profesionales tratantes tanto del Hospital de Cruz Del Eje y de Santa María de Punilla, se aprecian algunas afirmaciones o descripciones que no coinciden con la semiología descrita en relación con el Sr. J. G. S. A modo de ejemplo ilustrativo, en evolución realizada el día 11/08/2020, se describe: “Sin trastornos conductuales, pensamiento contenido y curso normal, no se detectan alteraciones sensorio-perceptivas, se refiere al hecho que motivo la internación, “mate a dos personas”, “me querían envenenar”. Referencias que se estiman contrapuestas entre sí, dado que se describe un tipo de pensamiento sin alteraciones, exponiéndose seguidamente verbalizaciones del paciente en las que se puede objetivar un pensamiento teñido de contenido patológico delirante (...) dadas la verificación de subestimación de la necesidad farmacológica por parte del paciente y el implícito riesgo de reagudización que ello implica, se considera pertinente que, para un plan de externación, se incorpore alguna medida de tratamiento más cautelosa, como podría ser la implementación de medicamentos inyectables de depósito (...) En relación con la contención socio familiar, pilar de suma importancia para el cumplimiento del tratamiento y sostenimiento de un paciente con estas características, se hace constar el deseo de su hermano Fabián de que J. G. S. sea trasladado a C. O. para continuar con su tratamiento en esa localidad. Si bien se considera que esta alternativa de externación junto a su

familia sería muy positiva en la vida del paciente, no es posible desestimar los aspectos advertidos en la dinámica vincular fraterna, caracterizada por una desvinculación durante un lapso prolongado de tiempo, en el cual el contacto habría sido sumamente escaso, sin mediar visitas de J. G. S. al lugar de residencia de su hermano en ninguna ocasión, por lo cual no contaría con ninguna aproximación ni conocimiento previo del ámbito en el cual se desarrolla la cotidianeidad del mismo. Este aspecto se habría revertido parcialmente al acontecer las circunstancias que determinan la situación actual del Sr. J. G. S., concurriendo su hermano a visitarlo en una única oportunidad. Se colige de esta manera, que, a pesar del deseo manifestado por el grupo familiar del hermano de J. G. S. de hacerse cargo del cuidado del mismo luego de su externación, se desprende que al momento actual persisten aspectos de fragilidad en dicho vínculo, por lo cual se considera que sería pertinente la realización de una valoración socio ambiental a fin de contar con elementos objetivos que corroboren la información aportada por los profesionales tratantes acerca del hermano, presentada en los diversos informes de manera acotada e imprecisa. Así también, que se realice una preparación del grupo familiar previa al traslado, con el objetivo de que su familia sea instruida en el manejo del paciente, como así también poder alertar en caso de necesidad sobre posible desestabilización. De la evaluación de riesgo de violencia, se detecta la presencia de factores de riesgo clínico, que al interior del contexto institucional (con seguimiento profesional, administración de medicación, tratamientos terapéuticos, entre otros) revestirían unaprobabilidad de riesgo baja, mientras que en un contexto comunitario, no estructurado, dicho riesgo podría incrementarse, a instancias de los factores advertidos (...) Respecto a este último aspecto, es dable reiterar lo expuesto previamente en relación, a que si bien en el plano discursivo y manifiesto el paciente se presenta pasivo, obediente, sin actitud desafiante, siendo dicho desenvolvimiento descripto asimismo por el personal de la institución, surge de la valoración psicodinámica que sus derivados impulsivos se encontrarían lábilmente contenidos, con recursos internos deficitarios para su adecuado control. En relación con factores de riesgo medioambientales, en consonancia con lo descripto en párrafos precedentes, se observa deficiencia del plan de reinserción social, a lo que se adicionarían antecedentes de consumo de sustancias y posible incumplimiento del tratamiento por no presentar conciencia de enfermedad (v. fs. 286-291). En sintonía de algún modo con estas apreciaciones, e insistiendo en la peligrosidad

(sic.) de J. G. S., el perito y la perita de la parte querellante convergieron en la continuidad de la internación (vs. Fs. 293-296). Por su parte, acorde a su función, desde la Ociji también se elaboró un informe a partir de la intervención participante en la reunión previa al acto pericial y la información recabada durante su sostenido seguimiento. Todo, de cara al nuevo dictamen.

En el informe se señaló que, a propósito de la reunión previa efectuada entre operadores judiciales, forenses y sanitarios:

Los aportes e inquietudes de las y los peritos giraron, a más de la riqueza de sus intervenciones, en torno a dos cuestiones fundamentales: A. La discusión en torno a la patología de J. G. S. y la presencia o ausencia en este de arrepentimiento. B. Cierta disidencia o falta de conformidad con el marco legislativo actual en materia de salud mental junto a lecturas erróneas acerca de su base ideológica(...), pudo verse un escudriñamiento en demasía persistente respecto a la posición moral de J. G. S. frente al hecho ejecutado, soslayándose con esto que frente al modelo de salud mental vigente, el régimen alienista que propiciara la redacción del artículo sobre el que aun reposa el sistema de medidas de seguridad curativas (art. 34, inciso 1º del código penal), en modo alguno puede sostenerse, y mucho menos fundarse siquiera remotamente la pervivencia de una medida de tal calibre a razón de la falta de arrepentimiento o cualquier posición subjetiva similar por parte de quien ha ejecutado el hecho típico. Esto, trastabilla con cualquier modelo jurídico que, como el nuestro, incluso cuando de personas penalmente responsables se trata, desecha toda exigencia de mejora moral como baluarte de la ejecución de la pena ¿Cómo y bajo qué lógica se le puede exigir a quien no merece reproche penal más cualificaciones que a quien si lo merece? Por otro lado, pero no desvinculado de lo anterior, logró notarse cierta insistencia en cuanto a la inaplicabilidad de las actuales leyes de salud mental a razón de su falta de correlato con la realidad. Estas discusiones, creemos, sólo cristalizan prácticas inadecuadas y no revelan más que la resistencia a un cambio de lectura (...) No es tarea de quienes se encuentran convocados a discutir sobre la actualidad de un caso y los recursos con los que cuenta, evaluar la pertinencia o no de los marcos legales vigentes. Asumir la ley y aplicarla cuando corresponde, es parte del juego democrático que también, por su parte, contempla instancias (otras) para ejercer la participación ciudadana y cuestionar aquéllas normas o decisiones que no se consideran adecuadas. Asimismo, también destacó dicho informe -en lo nodal-, que el examen pericial

sondeado el tiempo la potencialidad de recaídas en J. G. S., alejándose con ello de la certeza e inminencia que los marcos legislativos actuales exigen como base de la imposición de un internamiento involuntario, “permitiendo leer allí un análisis más vinculado con la peligrosidad”

Agregó entonces que:

Uno de los mayores avances del marco normativo vigente en materia de salud mental ha venido por el lado de las internaciones, y que, para acentuar la excepcionalidad de estas, las y los autores de la ley acudieron a la fórmula del riesgo grave cierto e inminente. Este asunto, no queda marginado del sistema penal, sino que por el contrario, obliga a quienes operan en el terreno, a entender el espíritu de la norma y articular lo que suele denominarse derecho viejo con el nuevo derecho. Resulta indubitado frente a las leyes actuales, que el padecimiento mental no puede marcar el destino social de las personas, que la internación y su connatural violencia deben ser menguadas a partir de la excepcionalidad y la implementación de otras estrategias, y que el abordaje del malestar subjetivo es y debe ser fundamentalmente en comunidad (diferencia sustancial con el modelo hospitalocéntrico) (...) El equipo de forenses avanza de un modo un tanto llamativo sobre la estrategia terapéutica ensayada respecto a J. G. S. Casi exige (aun cuando emplea el lenguaje de la sugerencia) replantear las tácticas psicoterapéuticas y socioambientales, sin conocer acabadamente la evolución del caso, ignorando el modo de funcionamiento de los dispositivos alternativos y casi irrogándose una tarea que, creemos, no le corresponde. Claro que esto no supone negar la experticia y formación de las y los profesionales forenses, sino tan sólo colocar de resalto que, una vez más (...), lo evaluado no considera el contexto situacional de quien se encuentra expuesto al examen, y parece ignorar el modo en que, desde el comienzo de la internación, la situación afectiva y social de J. G. S. ha variado (v. fs. 305- 307). A su vez, el equipo sanitario actualmente interviniente en la terapéutica de J. G. S. también expuso su lectura del dictamen pericial. Remarcando que.

Se considera que el Sr. J. G. S. presenta un largo período de estabilidad psicopatológica, no encontramos indicadores ni conductas que nos hablen de riesgo cierto o inminente para sí o para terceros, desde su ingreso a este Hospital (en concordancia con los informes de la Institución derivadora). Los peritos admiten esta estabilidad y no explican claramente los hechos que podrían provocar una alteración

de esta situación. Sin embargo, en la pericia, hacen referencia [a]: a) escasa adherencia a los profesionales tratantes por parte del paciente. b) presencia de certeza delirante. c) (...) hipótesis negativas sobre el manejo de afectos e impulsos d) (...) subestimación de la necesidad farmacológica por parte del equipo tratante, conducta que implicaría para el paciente un riesgo potencial.

Para responder a cada punto del siguiente modo:

1. Escasa adherencia a los profesionales tratantes por parte del paciente. Esta situación es esperable en su cuadro clínico, Trastorno delirante, donde la falta de conciencia de enfermedad conlleva cierto desinterés por el tratamiento. Por el contrario, hay aceptación de las indicaciones terapéuticas en cuanto a toma de la medicación, a la no autorización a salir del predio de la casa, con asentimiento de las resoluciones de los conflictos que aparecen en la vida cotidiana (casa que comparte con nueve personas) y de las dificultades que han surgido en el sistema de permisos establecidos en un lapso prolongado de tiempo. b) La presencia de certeza delirante: que no desaparece con el tratamiento, (...) El señor J. G. S. presenta un relato de los hechos fijo y estereotipado de aspecto delirante, pero estas interpretaciones no han invadido el espacio donde habita, no hay nuevos perseguidores en la zona, evidenciándose en la falta de efectos emocionales de significación que le dificulten transitar las distintas etapas del tratamiento, aun con la aparición de situaciones marcadamente desfavorables a sus expectativas, por ejemplo; pericia que permita reintegrarse a su familia o la demora que la pandemia impone al permiso con su hermano para ir a C. O., o la suspensión de los permisos de salida por enfermedad de la cuñada. Sin embargo el paciente no ha presentado episodios de agresión, ni ha hecho interpretación delirante de estos hechos marcadamente desfavorables. c) La pericia reconoce la “estabilidad anímica y conductual” del paciente pero hace “hipótesis” que su “marcada fragilidad interna” le “dificultarían un eficaz manejo de los componentes afectivos e impulsivos...” Como institución que trata al Sr J. G. S. nos preguntamos ¿Cuáles son las razones científicas de esa hipótesis? cuando el cuadro clínico del Sr. . G. S. se ha mantenido estable sin incorporaciones de nuevos actores a su teatro delirante Si hablamos de riesgo cierto e inminente los que transitamos el día a día del paciente en situaciones concretas de la vida desde hace más de siete meses (...) no hemos podido objetivar ni indicadores ni episodios que hagan presumir un estado de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. d) en la pericia se “verifica la subestimación de la necesidad farmacológica” por parte

del equipo tratante, afirmación que no se comprende pues el paciente esta medicado adecuadamente y nunca ha resistido a las indicaciones por lo cual se ha mantenido la ingesta por vía oral como preferente.

Y señalar finalmente que:

en la pericia: “se detecta la presencia de factores de riesgo clínico” por pasar el paciente a un contexto comunitario. Estos “factores de riesgo” son hipotéticos pues no los ha manifestado en las situaciones cotidianas que ya enfrentó en su proceso de reinserción social. En Psiquiatría se conocen como “factores de riesgo” junto a otros como estado civil, nivel socio económico, presencia de red de apoyo, etc. Que no pueden confundirse con la presencia de riesgo grave, cierto e inminente objetivo de esta pericia. Estos factores de riesgo que se le presentarán al Sr. J. G. S., pueden ser afrontados con el apoyo que brindará el abordaje terapéutico que anteriormente no pudo acceder (v. fs. 298-301).

He aquí entonces el recorrido biográfico institucional experimentado por J. G. S. desde que se dispusiera el primer peritaje para determinar su capacidad de culpabilidad jurídico-penal y la aplicación o no del internamiento en salud mental, hasta la última valoración encaminada a precisar la correspondencia o no de la continuidad de la intervención sanitaria hoy inscripta como medida de seguridad curativa.

Como puede apreciarse con detalle en este punto, y conforme se anticipara, los exámenes conductuales y pronósticos en torno al nombrado se mueven en extremos distintos, evidenciándose una clara línea demarcatoria entre la óptica empleada por los forenses actuantes y aquella utilizada por los equipos sanitarios tratantes.

Es precisamente esto lo que me conduce al siguiente eje de este análisis, para poder arrimar respuestas al interrogante que de alguna manera late y respira en el fondo de tales dicotomías, esto es ¿De qué hablamos cuando hablamos de lo que hablamos?

### **1. Actual modelo normativo en materia de salud mental**

Resulta importante remarcar que cuando hablamos de modelos, o incluso de paradigmas, en cualquier ámbito disciplinar, estamos asumiendo que, frente a determinados hechos o fenómenos de la realidad, tal o cual modelo o tal cual paradigma nos permitirá ver eso que tenemos en frente de uno u otro modo, y, conforme a nuestra tarea o vínculo con lo observado, habremos de interpretar lo

que es mirado para actuar en consecuencia.

Eso sucede, sin dudas, con el derecho.

Cuando se instalan normativamente ópticas que nos dicen alguna cosa frente a un suceso, nos vemos obligados a mudar nuestras gafas; cambiar de lentes si las que utilizábamos nos proporcionaban una lectura distinta de aquélla realidad.

En materia de salud mental, nuestro Estado sostuvo por largo tiempo un foco de interpretación, es decir, un modelo jurídico, con anclaje en lo biológico y lo institucional.

¿Qué quiere decir esto? Ni más ni menos que bajo aquélla óptica, los padecimientos psíquicos eran asumidos como problemas individuales de personas enfermas que si no podían sanarse debían, o bien eliminarse (en su primera versión prescindente) o bien cuidarse, asumiéndose en este último caso que su estado era de minusvalía permanente (en su segunda versión rehabilitadora).

Bajo esta lógica patología era destino, y las afecciones psíquicas resultaban entendidas como males insuperables cuyo mejor lugar de abordaje era el hospital monovalente.

Dichas instituciones, concentradas como tantas otras en una especialidad (de allí la nominación de monovalentes), se transformaron en verdaderos espacios de confinamiento y alienación social para el tratamiento del padecimiento psíquico, generándose un efecto de enculturación que hizo de esos sitios “el manicomio” (conf. para esto último Erwin Goffman *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrotu, Buenos Aires, 2001, también, Natalia Monasterolo, *Medidas de seguridad curativas y Derechos Humanos en Argentina. De la biografía a la teoría*, UNC editora, Córdoba, 2019).

Tras la segunda posguerra, los países de occidentes y por ende los occidentalizados, comenzaron a promover una nutrida ruta de normativizaciones encaminadas a brindar plena protección a derechos fundamentales de la persona humana, esto generó, en palabras de Monasterolo, la configuración de un Paradigma internacional de protección integral de la persona humana, del que tiempo más tarde se desprendió, entre otras cosas, un particular modelo de abordaje del aspecto mental de la salud con eje en lo comunitario (conf. Natalia Monasterolo, *Salud mental y Justicia. Lecturas y aplicaciones posibles*. Lerner, Córdoba, 2019).

Lo central de este cambio, que también aconteció en materia de discapacidad (v. para esto Mariana Gandolfo y Martín Passini “Los modelos de la discapacidad y la

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD)” en *Salud mental y Derecho. Derechos Sociales e Intersectorialidad*. Andrés Rosetti, Natalia Monasterolo, editores, Solana Yoma, coordinadora. Espartaco, Cijis, Iiffap, Osmddhh, 2018, Córdoba), se concentró en mover el eje de lo individual a lo comunitario, para evidenciar que las personas, en sus diversidades funcionales, pueden actuar de diferentes modos y poseer distintas concepciones del mundo circundante, siendo entonces el medio el que debe adecuarse para integrarlas en condiciones de igualdad en lugar de ser aquellas las que deben modificarse para lograr la plena inclusión social.

Frente a esta cosmovisión, el padecimiento psíquico fue entendido como un acontecimiento más en la vida de una persona, ligado, además, a la falta de acceso a derechos sociales y humanos fundamentales. Por esta razón se asumió que resultaba (y resulta) obligación de los Estados adherentes a este modelo, garantizar tales accesibilidades (como vivienda, trabajo, educación, alimento, etc) para preservar, al mismo tiempo, el sostenimiento de la salud.

Como correlato de todo eso se admitió que nominaciones como “peligrosidad” e “incapacidad” no podían continuar utilizándose para referirse a las personas atravesadas por un malestar subjetivo o alguna diversidad funcional. También se asumió que la internación psiquiátrica no podía continuar funcionando como única herramienta de abordaje, temporalmente ilimitada y unidisciplinar. Se dijo entonces que, de emplearse, debía estar basada en un tratamiento interdisciplinario, durar el menor tiempo posible y aplicarse como última alternativa, cuando otras, con eje en lo comunitario, resultaban infructuosas.

Desde la Declaración de Caracas, suscripta en 1990 por los países nucleados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), pasando por los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento en la atención de la Salud Mental (aprobados por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1991), los Principios de Brasilia del 2005 (también anotados en la línea de producción de la OPS) la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (emitida por la ONU en el 2006) y el Consenso de Panamá del 2010 (continuación de la Declaración de Caracas y los Principios de Brasilia), los puntos basales del modelo antes descritos se fueron reforzando, llegando a proclamarse la existencia de un 2020 sin manicomios como compromiso político de todos los Estados suscriptores de la producción normativa de mención (v. Monasterolo *Salud mental y Justicia*, cit.;

también, *Salud mental y derecho. Reflexiones en torno a un nuevo paradigma*. Andrés Rosetti, Natalia Monasterolo, coordinadores. Espartaco. Cijs. lifap. Córdoba. 2016)

El Estado argentino no sólo adhirió a cada uno de esos documentos y acuerdos, sino que luego, en el tiempo, reconoció rango constitucional a uno de ellos (la Convención), integrando el resto de las producciones esa especie de *soft law* del esquema constitucional, en tanto antesalas o derivados de un sinnúmero de pactos que sí se inscribieron en el bloque de constitucionalidad (así sucede, por ejemplo, con relación al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, constitucionalizado en 1994, el cual reconoce en el artículo 12 el acceso a la salud integral como derecho humano fundamental).

Este fue, entre otras cosas, uno de los impulsos para que en el año 2010 fuera sancionada la Ley Nacional de Salud Mental (26.657) y, más tarde, frente a la modificación del antiguo Código Civil, se tomaran los lineamientos tanto de la ley como de la Convención de los derechos de las Personas con Discapacidad para regular internaciones y capacidad civil.

¿Qué nos dice entonces la ley 26.657 respecto a la salud mental y qué estatuye en materia de internaciones? No es esta una pregunta menor frente al caso que aquí me convoca, puesto que no debe olvidarse que las discusiones respecto a la situación de J. G. S. se concentran hoy en la procedencia o no de la continuidad de su internamiento.

Así, para comenzar, la norma fija como objetivo primordial "asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental", remarcando que estos derechos emergen de "los instrumentos internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional" (artículo 1), entre los que reconoce como parte integrante de dicha legislación a los Principios de la ONU (Principios para la Protección de los Enfermos mentales...cit.) y a toda la producción normativa que la O.P.S. ha instaurado desde Caracas hasta Panamá (artículo 2).

Tras ello, define a la salud mental: como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona (art. 3, primer párrafo).

Como señala Monasterolo:

La ley adopta entonces la visión de un constructo multi-integrado, ligado a la necesidad de preservación (prevención) y mejoramiento (provisión), a la idea de dinamismo, y a la procura de los derechos fundamentales humanos de toda persona social, como pilares de la salud mental. Esto posee efectos concretos en el terreno de las prácticas (*Salud Mental y Justicia* cit. p. 56)

En efecto, bien apunta Di Nella, que el modelo en el que se afinsa la norma responde al esquema Jus Humanista, motivo por el cual Ya no se puede atender la enfermedad advenida, como en el modelo del Estado de Bienestar. Ya no se trata de elegir a los más sanos y venderles prepagas, como procuran los seguros de salud. Esto supone desde el inicio (...) la Atención Primaria de la Salud lo que (...) se define, como un conjunto sistematizado de actividades multisectoriales aplicadas al sujeto y al medio ambiente, destinadas a alcanzar un nivel cada vez mayor de salud para la comunidad y a satisfacer las necesidades de salud de los individuos que la componen" (Yago Di Nella, *Inclusión mental. Políticas públicas con enfoque de derechos. Por la superación del dogma manicomial*. Koyatun. Buenos Aires. 2012 p. 56). Es precisamente por esta lógica, frente a tal modo de ver las cosas, que la internación aparece como una medida extrema, un recurso terapéutico de *ultima ratio* que en caso de imponerse debe durar el menor tiempo posible, administrarse interdisciplinariamente, enfocarse en la salida comunitaria y en la intersectorialidad, y sólo imponerse contra la voluntad del o la usuaria cuando una valoración de riesgo cierto e inminente, también interdisciplinaria, así lo aconseje (artículos 14 a 28 de la ley).

Es también por esta razón que la ley señala en el artículo 9 que "El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario (...) [orientado] al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales", y contempla seguidamente una multiplicidad de dispositivos alternativos al hospital monovalente, entre los que se inscriben (para lo que a este caso importa) las casas de medio camino (artículo 11)

Por eso no resulta menor reparar en lo estipulado por las y los legisladores respecto al riesgo cierto e inminente que funda un internamiento coactivo (es decir, no querido), puesto que es el mismísimo decreto reglamentario de la norma el que señala que, ha de entenderse como tal, a "...toda contingencia o proximidad de un

daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable, que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros" (artículo 20, dec. Reg. 603/13).

Conforme lo apuntado por el área de salud mental del Centro de Estudios Legales y Sociales (Cels) –centro especializado en nuestro país en la investigación y defensa de los Derechos Humanos desde el restablecimiento de la democracia-, en una guía elaborada en el año 2013, guía en la que se consideró, entre otras cosas, lo estipulado en su momento por el Relator de Naciones Unidas frente a los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental; el riesgo de daño que preceptúa la ley debe ser entendido además como un riesgo de daño grave, es decir, uno que amenace la vida de la persona afectada o de terceros (conf. *La práctica pericial respetuosa de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial. Guía de trabajo para operadores del sistema de justicia*. Buenos Aires. Argentina). Además “la lectura e interpretación del riesgo debe hacerse en función de la hermenéutica de la ley, es decir, respetando los lineamientos centrales del modelo que la sostiene; con esto, no puede derivarse ‘riesgo’ de un marco meramente biologista” (Monasterolo, *Salud mental y Justicia* cit. p. 62)

Como puede advertirse con lo vertido hasta aquí, e incluso a coste de repetición, la internación como estrategia terapéutica aparece en el derecho positivo vigente como una herramienta de excepción, y como un instrumento que, cuando avanza sobre el deseo de quien habrá de afrontarla, reclama juicios precisos y situados, concretos y no potenciales, acerca de los daños eventuales que la falta de internación podría generar.

Luce claro en el lenguaje de la norma el apartamiento de la idea de peligro, así como también, la necesidad de armar y sostener intervenciones que, aún cuando la hospitalización se imponga, no dejen de caer por el lado del retorno a la comunidad y la preservación del lazo social.

También la jurisprudencia se ha pronunciado en este sentido.

En la causa "R.M.J" del año 2008, es decir, dos años antes de la sanción de la ley, la Corte Suprema de Justicia de la Nación refirió que:

La debilidad jurídica estructural que sufren las personas con padecimientos mentales -de por sí vulnerable a los abusos-, crea verdaderos 'grupos de riesgo' en cuanto al pleno y libre goce de los derechos fundamentales, situación que genera la necesidad de establecer una protección normativa eficaz, tendiente a la rehabilitación y reinserción del paciente en el medio familiar y social en tanto hoy nadie niega que las internaciones psiquiátricas que se prolongan innecesariamente son dañosas y conllevan, en muchos casos, marginación, exclusión y maltrato y no es infrecuente que conduzcan a un 'hospitalismo' evitable. En esta realidad, el derecho debe ejercer una función preventiva y tuitiva de los derechos fundamentales de la persona con sufrimiento mental, cumpliendo para ello un rol preponderante la actividad jurisdiccional.

Agregó además que:

Los pacientes institucionalizados, especialmente cuando son reclusos coactivamente -sin distinción por la razón que motivó su internación-, son titulares de un conjunto de derechos fundamentales, como el derecho a la vida y a la salud, a la defensa y al respeto de la dignidad, a la libertad, al debido proceso, entre tantos otros. Sin embargo, deviene innegable que tales personas poseen un estatus particular, a partir de que son sujetos titulares de derechos fundamentales con ciertas limitaciones derivadas de su situación de reclusión. Frente a tal circunstancia desigual, la regla debe ser el reconocimiento, ejercicio y salvaguardia especial de esos derechos de los que se derivan los deberes legales del sujeto pasivo -sea el

Estado o los particulares- [por eso debe promoverse el ] (...) conocimiento y protección concretos de los derechos fundamentales genéricos previstos en nuestro sistema constitucional y derivar de ellos el índice de los respectivos derechos personales particularizados a través de, por ejemplo, pronunciamientos judiciales.

Esto, también fue puesto de relieve por nuestro máximo tribunal local, quien al pronunciarse,

lo hizo en más de una ocasión en el marco de las disputas generadas en torno a la ejecución de una medida de seguridad curativa.

En efecto, en "Funes" señaló que:

el peligro de daño a los demás [debía] (...) restringirse a la probabilidad de reiteración de actos en contra de intereses protegidos penalmente y no a la mera 'peligrosidad social' que puede involucrar persistencia en conductas disfuncionales para la sociedad pero que no representen peligro alguno para un bien tutelado por el derecho penal (S. n° 309 del 24/11/2009).

Más tarde, en "Rivero", el Tribunal cuestionó los diagnósticos de peligrosidad eventual que habían influido históricamente en el sostenimiento de la medida impuesta al imputado, refiriendo que:

La peligrosidad eventual sentada en una patología irreversible de base no puede ser la única razón fundante para denegar el cese de la medida de seguridad, dado que se estaría haciendo referencia a un criterio sine die que se contrapone con los principios constitucionales que rigen en la materia (S. n° 197, del 17/06/2014).

Y luego, en "Ratner", criticó la actitud adoptada por el Juzgado de Ejecución penal interviniente al denegar el cese de la medida de seguridad impuesta a Ratner "tomando como único sostén la pericia psiquiátrica realizada (...) la cual a todas luces resulta contradictoria con las constancias de autos". Para añadir:

Si bien antes de expedirse sobre el cese o no de la medida de seguridad dispuesta el Tribunal debe requerir un dictamen pericial (...), se encuentra facultado para decidir en sentido diverso al mismo, en la medida en que funde debidamente los motivos por los que disiente con las conclusiones de la pericia y siempre que no contraponga al dictamen del profesional su opinión individual en un área ajena a su incumbencia específica, sino que, la desestimación debe ser fundada, por ejemplo, si existen vicios formales al no contener el dictamen una explicación razonada de por qué el perito concluye como lo hace y más aún cuando se

contradice con el resto de las pruebas (S . n° 366, del 22/09/2014). Este posicionamiento, fue sostenido por el mencionado Tribunal en más de una ocasión, incluso cuando lo que debió resolver no se vinculó directamente con el cese de un internamiento inscripto en clave de medida de seguridad, sino, con uno impuesto de manera previa a este (como ocurrió en “López”, S. n° 220, del 01/06/2016), o con las maneras de sustanciarse la institucionalización en el marco de la medida (como aconteció en “Pascuini, S. n° 69, del 23/03/2018).

Mal puede negarse entonces, tras la reseña de la doctrina judicial de mayor peso, que lo advertido precedentemente respecto al enfoque que el actual modelo de salud mental propone, posee carnadura en el terreno de los pronunciamientos más relevantes, y que, para más, es esa jurisprudencia coadyuvada por una interpretación sistemática del derecho la que no ha discriminado como territorio de incidencia al de las prácticas jurídico-penales.

Por esto mismo comparto lo apuntado en esta línea cuando se dice que:

La admisión del padecimiento mental como situación modificable no impeditiva *per se* de derechos (...) -artículo 7, particularmente inciso “n”-La prohibición de valoraciones diagnósticas afincadas en la sola patología -artículos 3, inciso “d” y 7 inciso “i”-. La exigencia de análisis interdisciplinarios e integrales del sujeto de cara a su padecimiento -artículo 8-. -La necesaria existencia de riesgo cierto e inminente de daño grave cual justificativo de la internación involuntaria, entendida siempre como recurso excepcional (...), mas también, temporalmente reducido -artículos 14, 15 y 20-; y La reubicación del rol a desempeñar por clásicos operadores de la salud y por tradicionales operadores jurídicos en un juego de libres decisiones y control de garantías -artículo 8 en adelante- En modo alguno pierden aplicabilidad (como suele pretenderse) frente a lo dispuesto por el artículo 23 de la ley, cuando al tiempo de colocar en exclusiva cabeza del equipo de salud las decisiones relativas a permisos, altas o externaciones (...), excluye de dicho espacio deliberativo a las personas internadas en virtud del artículo 34, inciso 1°, de nuestro código penal (...) Aunque la (...) norma impide un avance sobre lo históricamente exigido respecto al cese de medidas de seguridad curativas, se permite incidir en otras aristas también vinculadas a dicho universo penal (v. gr. modo de analizar el padecimiento mental, manera de abordarlo, metodología de indagación, construcción del juicio valorativo, exigencias con relación al mismo, et. al.), tanto como para inscribir en el ordenamiento jurídico una trama de pautas que parecen marcar un rumbo distinto.

(Natalia Monasterolo, “Fricciones entre salud ‘mental’ y derecho penal en el esquema de la actual ley argentina: Desencuentros en punto a una subjetividad única” en *Salud Mental y Derecho. Reflexiones en torno a un nuevo paradigma*, cit.). Este modo de interpretar las cosas también ha encontrado eco en la jurisprudencia del

Máximo Tribunal local, al enfatizar:

Resulta relevante indicar que si bien la ley 26.657, de Salud Mental, no derogó disposición alguna del Código Penal (...) ello no significa que los principios generales que iluminan el nuevo paradigma en materia de salud mental puedan ser descuidados u omitidos (López cit.)

Expuesto lo expuesto, algunas cuestiones resultan incontrovertibles de cara a lo que el actual modelo en materia de salud mental exige respecto a las internaciones involuntarias, y, por esta misma razón, irradia al sistema de medidas de seguridad curativas regulado hace poco menos de cien años por nuestro ordenamiento penal (nótese el desfase temporal entre una y otra legislación).

Así:

-La administración del internamiento debe estar en cabeza de la órbita sanitaria reubicando el rol de la judicatura en la protección de garantías y no en la defensa social.

-La literalidad del texto penal debe ceder frente a las actuales conceptualizaciones, y entonces, allí donde dice peligrosidad colocarse riesgo cierto e inminente, allí donde se señala enajenación, anteponer la capacidad como principio, y allí donde anida el encierro a perpetuidad aplicar razonables criterios de proporcionalidad.

-Las mutaciones conceptuales no deben responder a un falso movimiento que, de manera eufemística, reemplace cosméticamente las antiguas nociones (como ocurriría, por ejemplo, si se trasladase a la idea de riesgo que la ley reclama la definición de peligrosidad).

-La internación, consentida o no, debe contar con marcos temporales. Para ello es preciso limitarla al extremo y, en este sentido, a lo que la terapéutica singular de quien la afronta reclama.

-La palabra y las estrategias empleadas por los equipos tratantes, junto a la palabra del sujeto, deben ocupar un lugar central a la hora de tomar decisiones que impacten en su institucionalización. Así, la órbita judicial (y ha de ubicarse aquí a cualquier agente que opere en este terreno), es llamada a oír desde ese lugar;

auscultar, converger, interactuar con quienes, día a día, sostienen el tratamiento de la persona.

-El retorno al medio extra-hospitalario debe instalarse como un objetivo ineludible desde la primera hora. Por eso, aún frente a la necesidad de continuar afrontando tratamientos específicos, aún con los apoyos necesarios, aún con cuestiones subjetivas a resolver, los dispositivos comunitarios deben primar, así como toda estrategia que, llegado el momento, habilite nuevamente esas circulaciones.

-Los pronósticos criminales deben quedar excluidos de este plano, del mismo modo que las conjeturas remotas, y las especulaciones afincadas en el temor y el desconocimiento. Lo importante para el actual modelo es que, frente a una internación, inscripta en la clave que sea, lo que debe examinarse es el aquí y ahora, la inmediatez más próxima, y no, como sucedía antaño, aquello que podría acontecer en un futuro mediato.

Especificado esto, quiero concentrarme ahora en el valor e incidencia de la labor pericial, asunto en el que, como he dicho, reposa lo crucial de este caso.

### **C. La incidencia de la prueba pericial**

Nuestro Tribunal Superior ha señalado en numerosas ocasiones que:

La pericia es aquel medio de prueba en virtud del cual, "personas ajenas a las partes y a los restantes sujetos del proceso, a raíz de un específico encargo judicial y fundados en los conocimientos científicos, artísticos o técnicos que poseen, comunican al juez o tribunal las comprobaciones, opiniones o deducciones extraídas de los hechos sometidos a su dictamen" (...). Está destinada a "establecer o garantizar la existencia o el valor de una prueba que no se puede advertir o apreciar con seguridad mediante la observación y conocimientos comunes" (...) ("Díaz", S. n° 34, 5/3/10).

Pero que, no obstante:

El dictamen pericial no obliga al juez (...), quien debe someter dicho elemento de juicio a su consideración, a la luz de las reglas de la sana crítica racional. Es así que, en la medida en que funde debidamente los motivos por los que disiente con el perito, el Tribunal se encuentra facultado a decidir en sentido diverso ("Cortés", S. n° 8, 1°/7/58; "Sánchez", S. n° 178, 30/7/10, y otros tantos).

Frente a ello, también ha destacado que:

La jurisprudencia (...), ha puesto especial énfasis en requerir suma cautela -so pena de arbitrariedad- al magistrado que pretende apartarse de dicho dictamen. En

esta línea, la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha entendido que "la circunstancia de que sus conclusiones no sean vinculantes no significa que los magistrados puedan apartarse arbitrariamente de las mismas, concluyendo de propia autoría y conocimiento conceptos o evaluaciones médicas que el dictamen médico no contiene, porque la desestimación de sus conclusiones debe ser razonable y científicamente fundada" (...) ("González" S. n° 12, 10/5/85, "Marchetto" S. n° 65, 25/12/96; "Battistón", S. n° 193, 21/12/2006, entre otros).

Por eso, y argumentando en tal sentido, ha dicho que lo que en verdad ocurre, es que:

El juez acude al perito para proveer a determinada constatación fáctica de una base científica, técnica o artística que ante las partes se presente objetiva y controlable, de modo tal de permitir a éstas ejercer el contradictorio impuesto por la garantía de la defensa en juicio". Por ello es que así como "carece de todo sentido convocar al experto para que emita su parecer técnico y luego prescindir de éste sin exponer las razones de tal solución, tampoco es aceptable -en tanto no sea un ámbito alcanzado por la experiencia común- contraponer al dictamen del profesional la opinión individual del magistrado en un área ajena a su incumbencia específica( "Risso Patrón" S. n ° 49, 9/06/06)

Por su parte, en línea con esto, se ha precisado desde la doctrina procesal que:

Para que el dictamen no sea un mero acto de autoridad (para que el perito no sea un oráculo, ni haya ciencias, técnicas o artes ocultas) las conclusiones a las que arribe el dictamen deben ser precedidas de una motivación, la que consistirá en una explicación razonada de por qué el perito concluye como lo hace, fundada en principios, argumentos o deducciones de carácter científico, técnico, artístico, según sea el caso (...) Mayoritariamente se coincide en que la opinión del perito no obliga al magistrado, quien es libre de aceptar o rechazar total o parcialmente el dictamen, a condición de que en la fundamentación de su aceptación o rechazo, observe las reglas que gobiernan el pensamiento humano (lógica, psicología y ciencias y experiencia común) –José I. Cafferata Nores, Aída Tarditti *Código Procesal Penal de la Provincia de Córdoba. Comentado*. T.I. Mediterránea, 2003 p. 580-581- Finalmente, en supuestos en los que se han suscitado polémicas entre diferentes opiniones expertas representativas de distintos niveles de intervención (entiéndase peritos forenses frente a profesionales tratantes), la jurisprudencia del Tribunal Superior cordobés ha sido clara al referir que, las opiniones vertidas por

quienes representan a la órbita sanitaria no puede ser expelida sin mayor explicación, debiéndose dar cuenta de cada divergencia o falta de coincidencia por parte de los peritos en su correspondiente dictamen (Así, “Ratner” y “López”, cit.). De este modo, lo que la doctrina judicial y jurídica exponen, permite asumir que, aun cuando la prueba pericial constituye una herramienta probatoria insustituible frente a supuestos fácticos que reclaman cierta experticia y tecnicismo, ello no supone atarse sin más a valoraciones o dictámenes que se entronizan como verdades universales o acuden a la opacidad y el misticismo de un saber que se torna críptico. Quien se vale de este elemento, entre tantos otros, para deliberar respecto a un caso, puede prescindir de él si, de manera patente y ostensible, aquello que la pericia señala toma distancia de lo que le corresponde señalar; sea por contradictoria, por vidriosa o por precaria.

Claro que para hacerlo el operador judicial no pueden apelar sin más a su mero parecer. Es preciso por tanto que tras intentar todas las rutas posibles para que se arrime aquella nitidez de la que el acto pericial carece, si este aún resulta opaco, el apartamiento se funde en razones del mismo peso que las que se utilizarían para evitarlo.

¿Qué es lo que sucede entonces en el caso que me convoca? ¿Qué dibuja el dictamen pericial como parte de un cuadro mayor (en tanto es el cuarto) frente a un cúmulo de diversos elementos sumados a la causa? ¿Puede consentirse lo concluido por los peritos soslayando con esto lo señalado en más de una ocasión por los profesionales tratantes de J. G. S.? ¿Han dado cuenta los peritos de estas valoraciones sanitarias en su dictamen? ¿Con qué lentes miran lo que miran? Todas estas preguntas son las que me conducen a explicitar mi decisión.

### **Solución del caso**

Tal como fuera deslizado en el informe arrimado a su turno por la Ocji, expresiones de las que habré de hacerme eco, la historización del tránsito institucional afrontado por J. G. S. desde que se discutiera su capacidad de culpabilidad penal hasta la fecha, permite observar un territorio de tensiones que, al tiempo de los peritajes, parecen reactualizarse una y otra vez.

Estas tensiones, a más de las disquisiciones científicas que puedan existir respecto a los puntos a examinar, parecen estar anudadas, entre otras cosas, al

indudable dolor atravesado por quienes perdieron a sus familiares en el trágico hecho ejecutado por el nombrado, y al impacto social generado por el caso y recuperado por el aparato mediático al tiempo de la ocurrencia del suceso criminal (rebautizándolo incluso con el nombre del lugar en que acontecieron los hechos).

Lo que sobrevuela a lo largo de la causa es un profundo desacuerdo respecto a la capacidad de culpabilidad de J. G. S. y, cuando esto ya no resulta viable, una insistencia que cae por el lado del sostenimiento de un encierro a perpetuidad, o, al menos, muy prolongado.

No parece resultar una opción viable para quienes sufrieron la irremediable pérdida, ni tampoco para el modo en que se construye buena parte de la opinión pública, que alguien que ha matado a dos personas y herido gravemente a otra pueda quedar si quiera al margen del sistema penal. En el fondo, lo que no se asume, o no llega a comprenderse, es un hecho irrefutable; la inimputabilidad imposibilita la aplicación de un castigo y toda afectación de la salud mental, incluso habiendo mediado un ilícito, requiere protección y provisión de derechos por parte del Estado en lugar de encierro a perpetuidad.

Esto es lo que he procurado explicitar en los puntos precedentes, particularmente lo último, es decir, la manera en que es visualizada en el presente la salud mental como parte de un Derecho Humano fundamental y la gravitación que tiene la internación en ese posicionamiento.

Puede notarse en el punto relativo a la historización del caso, el desconcierto revelado por la parte querellante cuando en uno de sus escritos señala: “es inimputable y acá quedó todo en lanada”. Me pregunto entonces ¿Qué es la nada de cara a la inimputabilidad? Probablemente demandará un proceso muy doloroso y complejo para quienes han resultado, de uno u otro modo, penalmente ofendidos, asumir que la declaración de inimputabilidad no supone una salida facilista para quien ha ejecutado un ilícito.

Aunque no es esa una cuestión que le compete a esta magistrada, quien no podría jamás entrometerse en esas angustias, sí creo que el desconcierto y la desazón por parte de la ciudadanía frente a este tipo de soluciones jurídicas, se encuentra anudada al modo en como históricamente fueron entendidos y tratados los padecimientos psíquicos. Estamos a un poco más allá de las puertas de un cambio cultural profundo, y, en mi función de intérprete del derecho, me veo obligada cuando el caso lo reclama, a enfatizar esas necesidades que, quizá, en un futuro no muy

lejano nos permitan pararnos subjetivamente frente a este tipo de casos de otro modo.

Lo mismo ocurre con los dictámenes periciales aportados por la parte querellante. Tal como lo he transcripto también en el punto relativo a la historización, siempre han, sin redundado, regresado sobre la declaración de falta de capacidad de culpabilidad de J. G. S.. Sabido es, como bien ha sido señalado por la doctrina, que la imparcialidad de quien representa con su aporte los intereses de una parte no es algo que se requiera ni presuma -lo que sí sucede con los peritos oficiales (conf. José I Cafferata Nores, Aída Tarditti “Código procesal penal...” cit. p. 574), lo cual llevado a un caso como este evidencia con claridad aquella demanda de quienes han contratado (querellantes). Claro que eso no implica en modo alguno desconocer la sapiencia y ética de los profesionales que así actúan, pero sí asumir que la neutralidad no supone para ellos una exigencia legal.

Por eso creo que esa perseverante demanda de revisión de la inimputabilidad, incluso en dictámenes donde no era eso lo que se requería, muestra cómo aquél juicio no satisface aún a quienes pretenden otro tipo de actuación del sistema penal, y menos lo hace todavía la posibilidad del cese de la judicialización dispuesta como efecto de la medida de seguridad curativa.

Considero óptimo colocarlo de resalto, puesto que en tanto no cambiemos nuestro enfoque social frente a los padecimientos psíquicos, hasta tanto no comprendamos qué supone el acceso a la salud mental, seguirán existiendo este tipo de reclamos y demandas cuando el “delito” irrumpe de manera impactante y violenta pero, al mismo tiempo, penalmente irreprochable.

Esto, como he dicho, ha quedado reflejado en el informe arrojado por la Ociji al datar las observaciones recabadas tras casi dos años de labor con el caso y luego de su intervención participante en las audiencias previas a las pericias. Mal podría desconocer aquellas cuestiones colocadas de relieve por un espacio de trabajo que ha sido creado al interior del mismísimo poder judicial para propiciar, entre otras cosas, el cambio de prácticas que el actual modelo de salud mental comunitaria reclama (conf. Ac. 1441, serie “A” del 22/08/2017).

Dicho esto, quiero detenerme en el eje más medular del asunto: La colisión entre el examen pericial que insiste con la continuidad de la medida de seguridad curativa impuesta a J. G. S. hace más de dos años y las valoraciones sanitarias efectuadas a este durante la misma cantidad de tiempo.

El examen (no rebatido por los peritos de parte) posee, a mi ver, dos características medulares.

Por un lado, su desarrollo y sus conclusiones marcan una línea de continuidad con aquéllas otras valoraciones que adoptaron la misma forma procesal a lo largo del caso. Lo que intento señalar con esto es que el último dictamen se presenta más bien como una especie decorolario de todas las pericias practicadas a J. G. S. a lo largo del proceso, primero, y de la ejecución de la medida de seguridad curativa luego. Es esto lo que me ha llevado a describir con cierta minucia cada uno de los dictámenes precedentes.

Por otro lado, pero no desvinculado de lo anterior, el último dictamen refleja mayor detalle expositivo. En comparación con el resto de las evaluaciones puede verse más desarrollo, más extensión en las explicaciones, y más descripción de las técnicas empleadas, sin dejar de lado que también se reseñan las acciones emprendidas por la órbita sanitaria; sin embargo, este detalle no grafica necesariamente un salto cualitativo respecto al resto.

En contraposición con esto, debo destacar que los informes arrimados por la órbita sanitaria siempre han sido puntillosos y concretos respecto a la evolución de J. G. S.

Así, tanto el equipo tratante del Hospital Anexo Aurelio Crespo, como quienes lo abordaron en la unidad de internación del Hospital Colonia Santa María y quienes observaron su proceso de inserción en el dispositivo “casa de medio camino”, han referido de manera coincidente, que J. G. S. se encuentra estabilizado desde hace tiempo, que no reúne criterios de internación, que cuenta con un entorno socio-familiar positivo para acompañarlo en su proceso de abordaje comunitario y que, particularmente, no ha evidenciado manifestaciones agresivas anudadas a su padecimiento psíquico respecto al contexto circundante. Todo esto, ha sido apoyado en datos concretos y contrastables.

También la situación ambiental del nombrado ha variado desde lo que databan los profesionales del Anexo hasta el momento presente, y ello ha sido graficado en dichos informes. En aquélla ocasión, J. G. S. cursaba su internamiento en una Institución con características carcelarias, había experimentados salidas durante el día en compañía de su hermano pero no había podido acceder aún, por la distancia y las características del lugar, aun permiso más prolongado. Cierto es que la ausencia de riesgo cierto e inminente se imponía a todas luces, pero cuestiones

ajenas a ello impedían observar cómo se desenvolvería en otro medio.

Tras el cierre del Anexo y el consecuente traslado al Hospital Colonia, J. G. S. pasó de permisos exiguos a prolongados, de pernoctar en una unidad de internación a convivir con un familiar, y de un dispositivo de internamiento a uno absolutamente distinto (casa de medio camino).

Asimismo, pasó de una administración de la medicación altamente supervisada a una supervisión menos estricta, sin que esto, en modo alguno, evidenciara un abandono de la ingesta o una ingesta irregular.

Como lo he descrito en el punto concentrado en describir la conformación del actual modelo de salud mental comunitaria, las casas de medio camino se prevén en el marco de la legislación actual como dispositivos alternativos al manicomio, y, por esta sustancial razón, se organizan y funcionan de un modo diferente. Este no es un dato menor al reparar en la situación de J. G. S. quien, por razones otra vez desvinculadas de su padecimiento (la enfermedad del familiar con quien convivía), debió ingresar allí para contar con un sitio en el cual vivir hasta tanto aquella situación se solucionara.

La pericia oficial, tal como señala la Ociji, parece no comprender la dinámica de esta clase de dispositivos, al manifestar como una falla de la terapia la falta de conocimiento acabado por parte de J. G. S. de su equipo tratante (no hay equipo tratante en dichos espacios porque no funcionan bajo la lógica del internamiento), y el desapego a la medicación (una de las claves de la casa de medio camino es la autoadministración del medicamento, lo que, como se ha resaltado por parte de los profesionales del hospital que efectúan los controles, no ha impactado en J. G. S. de manera negativa).

Esta falla funciona a, mi entender, como un dato crucial que dispara, además, otras tantas observaciones útiles para graficar esa distancia que persiste y se ha impuesto a lo largo de más de dos años entre la experticia de los peritos y la de quienes operan en el campo de la salud mental.

Porque no es sólo la escasa comprensión de la dinámica de tales dispositivos alternativos, no sólo la poca confrontación entre los marcos situacionales transitados por J. G. S. y su adaptación, no únicamente la manera en que se entiende la ingesta del medicamento, no, exclusivamente la forma en que se sugieren otras rutas terapéuticas desconociendo la labor emprendida por los efectores de salud y sus buenos resultados, no solamente la reiteración de un diagnóstico en el que coinciden

ambas esferas pero que se lee de modo distinto (todo, descrito el primer eje de análisis de esta resolución), sino el modo en que cada una de esas cosas es colocada en términos de peligro potencial para, a la vuelta del argumento, traducir esas potencialidades en riesgo cierto e inminente (de allí la falta de salto cualitativo mencionada supra).

Se trata, en cierta forma, de retornar a la misma pregunta que me efectuara como disparador del segundo eje de análisis de esta decisión ¿De qué hablamos cuando hablamos de lo que hablamos?

Lo que advierto es que mientras peritos suman más y más elementos a un argumento anclado en lo potencial, lo biológico y lo determinista, los profesionales tratantes brindan más y más razones de una lectura amarrada a lo concreto, lo comunitario y lo modificable (incluso el último informe, recientemente agregado, en el que se describe la buena inserción de J. G. S. en su contexto socio-afectivo en el marco de un permiso de salida, v. fs. 372). Por eso, si cuando se habla de lo que se habla se mira desde ópticas distintas, podrá llevarse la disidencia hasta el infinito, porque, en rigor, se estará hablando sobre los mismo pero no desde el mismo lugar. Esto es, a mi ver, y claramente, lo que ocurre en este caso.

Como bien señala el informe arrojado por la Ociji y la devolución efectuada por los profesionales del Hospital Colonia, las interpretaciones periciales se basan en previsiones remotas (a partir de giros lingüísticos inscriptos en modo potencial) que contrastan con lo advertido -en el mismo dictamen-, respecto al momento actual.

Se dice que existe “estabilidad anímica y conductual”, pero que no obstante, “se hipotetiza que subyacen aspectos de marcada fragilidad interna que dificultarían un eficaz manejo de los componentes afectivos e impulsivos”.

Se afirma que no existen “variaciones polares displacenteras [y que] no se objetiva la presencia de alteraciones psicopatológicas del tipo de las alucinaciones”, pero se insiste al mismo tiempo en su diagnóstico y la certeza delirante que lo acompaña, enfatizando el sostenimiento de este relato para apegarlo, subrepticamente, al riesgo.

Se impregna una idea de peligro y se marca la necesidad de continuidad del internamiento como parte de la falta de arrepentimiento demostrada por el peritado a razón de lo sucedido. Efecto que se traduce como parte de un diagnóstico psicopatológico que los efectores de salud comparten pero que no anudan al riesgo cierto e inminente ni mucho menos a la necesidad de internamiento, al explicar que

la certeza delirante no desaparece con el tratamiento, pero que en J. G. S., dichas interpretaciones de lo acaecido no han invadido el espacio donde habita, incluso frente a las dificultades reales para lograr el cese de la medida y el traslado a la localidad en la que vive su hermano a fin de vivir junto a este y su grupo familiar.

Se insiste en un modelo de tratamiento, que, pese a describirla, desconoce el valor de la terapia implementada hasta el momento, puesto que la pericia sugiere medicación de depósito, control exhaustivo del lugar en el que residirá J. G. S. y, mientras tanto, la necesidad de afianzar la internación, develando con esto un avance sobre lo que corresponde a la órbita sanitaria y un corrimiento inexacto del eje de la cuestión, puesto que el tipo de riesgo que habilitaría frente al actual esquema legislado la continuidad de la internación, se ensucia en el argumento pericial con ideas afincadas en el peligro, y se diluye en un sinnúmero de razones que puján más por afinar una técnica de corte biológica, que por adentrarse en los mojonos sobre los que reposa el modelo de salud mental vigente.

Frente a este panorama, luego de cuatro peritajes para resolver el cese o la continuidad de la medida de seguridad curativa en cuestión, y considerando que, en más o en menos, los dictámenes giran siempre sobre el mismo círculo ¿Sería óptimo y eficaz, requerir una ampliación? ¿No estaría acaso desconociendo los derechos de J. G. S. si, ante la evidencia de las discordancias y la disidencia de enfoques que las sustentan, mantuviese la medida impuesta? La respuesta negativa en el primer caso y la afirmativa en el segundo, se imponen. Conforme ha sido detallado en el tercer eje de análisis de este decisorio, la valoración pericial representa una prueba de gran valía para quien se encuentra convocado a tomar una decisión en un campo en donde se debaten cuestiones vinculadas, en algún aspecto, a una experticia que quien debe decidir no maneja. Pero también se ha dicho, que estas no tienen poder vinculante para el operador judicial, y que pueden apartarse de ella siempre que encuentren razones tan valederas como las que existirían para admitirla.

También se ha criticado en la doctrina y la jurisprudencia a quienes toman distancia del dictamen pericial invocando nociones de sentido común, o contraponiendo argumentos propios de una pseudo experticia, por adentrarse en un campo científico que no conocen, no les compete y no saben administrar. Sin embargo, también se ha dicho, que cuando los contrargumentos son sólidos y válidos, mas no invasivos

del territorio de una disciplina desconocida, pueden servir para desechar con solidez el examen en cuestión.

Durante mucho tiempo se ha pensado al interior de la órbita judicial que si no se cuenta con conocimientos en psiquiatría, o cuanto menos en psicología, no existe manera de rebatir un dictamen como el que aquí se discute, y esto es falso, sobretodo en vistas al modelo de salud mental actual.

Porque no se trata de contraponer razones de dicha índole para derruir una pericia, esta discusión, como puede verse en este caso, es bien solventada entre peritos y efectores de salud, echando mano a su formación y conocimientos en la materia. De lo que se trata, mejor, y para lo que a mí concierne, es de escudriñar si aquél examen respeta los marcos legales que el Estado reclama en la materia, y, de no hacerlo, si existe algún límite para reclamarlo el cual, una vez superado, habilita la posibilidad de tomar distancia de esas valoraciones y afirmarse en aquéllas que si lo hacen.

Esta es mi tarea, esto es lo que la legislación vigente me reclama, esto es lo que acontece en autos, y, finalmente, esto es lo que funda mi decisión de correrme de la pericia practicada, valiéndome para ello del arsenal de información con el que cuento (informes de efectores de salud, encuesta socio-ambiental, respuesta de la órbita sanitaria a la pericia efectuada, labor de la Ociji), suficientemente sólido y documentado para permitirme ese corrimiento.

Por todo eso, a la luz de lo regulado por el artículo 34 inciso 1º, segundo párrafo, del cp., la adecuación interpretativa que la normativa actual en materia de salud mental reclama, y lo establecido por la jurisprudencia tanto en este asunto como en lo concerniente a la prueba pericial, corresponde disponer el cese de la medida de seguridad curativa impuesta a J. G. S. mediante Sentencia n° 513 emitida el 21/11/2017 por el Juzgado de Controly Faltas n° 9 de esta sede judicial.

No quiero concluir esta resolución sin destacar algunas cuestiones más que creo podrían resultar fructíferas para evitar, en lo sucesivo, la prolongación de internaciones y judicializaciones inadecuadas, así como también para adecuar ciertas prácticas en dichosentido.

Como he señalado en su momento está claro que el modelo de salud mental comunitaria que prevé el actual marco normativo no está exento de tensiones y discusiones. Esto no resulta extraño y así ha sucedido a lo largo de la historia de nuestra cultura cada vez que acontece un cambio de paradigma. Y es que los virajes

conceptuales no ocurren de manera armónica y sin debates, no son pacíficamente aceptados de un momento a otro por quienes integramos la trama social; comenzar a mirar de un modo lo que acostumbrábamos a ver de otro modo jamás podría significar una posición sencilla y sin tensiones.

Claro que ello no supone observar el fenómeno, describirlo y nada más, obliga a efectuar movimientos muy profundos para desenterrar aquéllas maneras de actuar y relacionarnos que se encuentran atadas a estructuras de pensamiento superadas; sólo así, de esta forma y asumiendo que todo proceso llevará un tiempo, podrá llegarse por fin a lo que se encuentra en la base de cualquier paradigma.

Aplicar la ley hurgando en su sentido, buscando su fin último, respetando su marco ideológico, cuando esta ha sido uno de los tantos instrumentos o herramientas de las que se vale un nuevo enfoque, es parte de ese proceso.

Pero, y debo decirlo aquí, la aplicación de la ley no se materializa sólo por lo que pueda señalar un operador jurídico al interpretarla y resolver un caso, también se concretiza en cada práctica, cada lectura, cada aplicación puntual que, frente a un hecho determinado, efectúe quien está llamado a desplegar su experticia en un campo determinado.

Sin ingresar al ámbito de las políticas de Estado que no son materia de este decisorio -pese a que también integran esas prácticas-, la labor de quienes se encuentran convocados a evaluar el padecimiento psíquico para determinar nada menos que la procedencia o no de un internamiento debe lograr inscribirse en esta senda. Resulta fundamental que peritos comprendan e internalicen los actuales marcos normativos en materia de salud mental puesto que, de lo contrario, aquello que señala la norma continuará trastabillando con un elenco de prácticas y razonamientos desfasados.

No es mi función señalar cómo debe lograrse eso, pero sí mi responsabilidad remarcarlo cuando, frente a un caso como este, aquélla experticia que debería arrimar más y más elementos para aprehender el actual esquema de salud mental redundante en una herramienta poco útil.

A lo largo de los peritajes que pueblan esta causa, me encontré con expresiones del tipo “fenómeno de lo puesto y lo hecho” en atención a la esfera del razonamiento de J. G. S., sin explicitarse el sentido de esta afirmación, citar la fuente o articular su uso con el caso objeto de análisis.

También con referencias del tipo “empuje libidinal” con relación a la esfera

sexual delperitado, o con el empleo de test evaluativos sin aportar, en ambos casos, datos de relevancia que permitieran articular el sentido y uso de tales términos y herramientas frente al sujeto evaluado. Esto devela, a mi ver, cierto manejo críptico del saber puesto a decir en cada acto pericial. De este modo, la palabra que debiera iluminar lo desconocido, explicar y de algún modo enseñar lo que se desconoce, se transforma en una transmisión a medias, opaca, y por tanto, de dificultosa comprensión.

Por supuesto que no es eso lo que abunda, puesto que de ser así, mal podría apartarme de los últimos dictámenes en el sentido que ya lo he manifestado, pero sí creo que forman parte de una práctica que también debiera superarse. Resulta preciso que quienes peritan y quienes leemos aquéllas pericias de cara a la resolución de un caso judicial, podamos inaugurar canales de comunicación compartidos, asumir algunos espacios comunes del lenguaje y abandonar los tecnicismos que nos distancian, sin por ello apartarnos de nuestro rol y nuestro saber.

No debe perderse de vista que cada una de las piezas que integran la tarea judicial, sean resoluciones, dictámenes, mandas, o cualquier otro instrumento, tienen, como primeros destinatarios a personas legas, sin que comporte su obligación formarse en alguna materia en particular. Creo que debemos dejar de escribir y hablar para un reducido grupo de expertos, sino mejor pensar en los ciudadanos de pie que integran la sociedad.

Dicho esto y por todo lo expuesto, **RESUELVO:**

**I. DISPONER EL CESE de la medida de seguridad curativa impuesta a J. G. S., D.N.I. N° 25.045.111**, por las razones de hecho y de derecho brindadas en el presente resolutorio (art. 34, inc. 1º, segundo párrafo, del C.P., y art. 525 del C.P.P.).

**II. REMITIR** en copia el presente resolutorio a la **Oficina de Coordinación de Internaciones Judiciales Involuntarias (Ocji)** a fin de que tome razón respecto a las cuestiones enfatizadas en el presente decisorio.

**III. PROTOCOLÍCESE Y NOTIFÍQUESE.**

Texto Firmado digitalmente por:

**FONZALIDA FIGUEROA Rita Ines Del  
Milagro**

JUEZ/A DE 1RA.

INSTANCIA Fecha:

2021.02.24

**MARTIN Gabriela Soledad**

SECRETARIO/A JUZGADO

1RA. INSTANCIA Fecha:

2021.02.24