

Ejecucion Penal Competencia Civil Tratamiento Medico

JURISPRUDENCIA

Ejecución penal. Competencia civil. Tratamiento médico Se

Se revoca el fallo que ordenó la internación del encartado en el dispositivo PRISMA del Complejo Penitenciario Federal N°1, por lo que debió remitirse el caso al fuero civil según corresponda, desde donde se evaluará la conveniencia o la inconveniencia de la internación compulsiva del nombrado en la dependencia que estime pertinente, de acuerdo con las necesidades de su tratamiento.

En la ciudad de Buenos Aires, a los 29 días del mes de agosto de 2017, se reúne la Sala II de la Cámara Nacional de Casación en lo Criminal y Correccional de la Capital Federal integrada por los jueces Eugenio C. Sarabayrouse, Daniel Morin y Horacio Días, asistidos por la secretaria actuante Paula Gorsd, a los efectos de resolver el recurso de casación interpuesto a fs. 335/339 en esta causa n° 8.911/2017/CNC1, caratulada ?B., N. s/ recurso de casación?, de la que RESULTA: I. La Sala IV de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional de esta ciudad, por unanimidad, el 7 de junio del corriente año confirmó el punto III de la resolución dictada a fs. 304/317 por parte del Juzgado Nacional en lo Criminal y Correccional N° 22, en cuanto dispuso la internación de N. B. en el dispositivo PRISMA del CPF N°1, como medida de seguridad, a disposición del Juzgado Nacional de Ejecución Penal correspondiente por razones de turno, hasta tanto el Cuerpo Médico Forense verifique que se encuentra en condiciones de ser trasladado a otra institución para la prosecución de su tratamiento. Con este fin, ordenó su evaluación cada sesenta días (fs. 325/326). II. Contra dicha sentencia, los defensores particulares del nombrado, Liliana Machiavello y Néstor Ponce, interpusieron recurso de casación (fs. 335/339), concedido por el tribunal a quo (fs. 342/vta.) y al cual la Sala de Turno de esta Cámara le asignó el trámite previsto en el art. 465 bis, CPPN (fs.345). La defensa fundó sus agravios en ambos incisos del art. 456, CPPN, por considerar caprichosa la referencia efectuada por el tribunal al art. 23 de la ley 26.657 (Ley de Salud Mental), y arbitraria la resolución dictada. En relación con el primer aspecto, basó su posición en que la interpretación efectuada de aquella regla se desvió de la intención del legislador. Su correcta exégesis indica que su aplicación incluye los casos previstos por el art. 34, CP: ni el equipo médico tratante ni el causante podrán solicitar la externación sin autorización del juez. Sin embargo, esto no implica que el juez a cargo sea el de ejecución, cuya función es la de controlar el cumplimiento de la pena. De este modo, la aplicación del art. 511, CPPN, resulta contraria a la Constitución Nacional y a la Ley de Salud Mental, en tanto el juez civil es el único que debe intervenir en el tratamiento de una persona que padece una discapacidad mental. En cuanto a la arbitrariedad, destacó que el tribunal no analizó el concepto de ?peligrosidad? que surge de los dictámenes del Cuerpo Médico Forense, sino que se limitó a transcribirlos sin advertir que los galenos intervinientes brindaron diagnósticos diferentes: mientras Herrán y Mega sostienen que B. padece de un ?trastorno límite de la personalidad descompensado a modo psicótico?, Mamone y Romi hablan de ?psicosis esquizofrénica?. En consecuencia, no se entendía a cuál de estos tipos de personalidad se referían. En este sentido, la parte recurrente cuestionó que la peligrosidad y el consecuente encarcelamiento por tiempo indeterminado se circunscriba a la posibilidad de que el causante abandone la medicación, omitiéndose ponderar que durante los cuatro meses que lleva recluido -uno de ellos bajo la modalidad de aislamiento- no tuvo ninguna actitud peligrosa. De este modo, agregó que B. necesita permanecer en un centro asistencial en donde se trate su dolencia y no en una cárcel y destacó que, al resolver como lo hizo, el tribunal a quo lo coloca en una situación de mayor desprotección jurídica que a un condenado puesto que la medida impuesta no cuenta con limitación temporal. Por último, remarcó que el fallo ?A.?(1) citado en apoyo a la decisión cuestionada es anterior a la sanción de la ley n° 26.657, de modo que su aplicación al caso sería arbitraria. III. Asimismo, a raíz de la contienda de competencia trabada entre el Juzgado Nacional en lo Criminal y Correccional N° 22 y el Juzgado Nacional de Ejecución en lo Penal N° 1, se formó incidente que fue elevado a esta Cámara; y la Sala de Turno dispuso, a fs. 80, su tratamiento con el recurso aquí analizado. IV. A la audiencia prevista en los arts. 454 y 465 bis, CPPN, comparecieron los defensores particulares de N. B., quienes sostuvieron su recurso y ampliaron los argumentos expresados en el remedio intentado. A preguntas del tribunal, la defensa precisó que su pretensión era obtener una correcta interpretación del art. 23, ley 26.657, que se disponga que la internación de B. sea controlada por un juez civil y que, por ende, se remitan las actuaciones a ese fuero. Asimismo, concurrió el apoderado de la querellante B. F., Alejandro Ignacio Ramella, quien solicitó la confirmación de la sentencia recurrida por resultar adecuada al derecho aplicable. V. Finalizada la audiencia, el tribunal pasó a deliberar, en uso de la facultad que otorga el art. 455, último párrafo, CPPN, de todo lo cual se dejó constancia en el expediente. Efectuada la deliberación y conforme a lo allí decidido, el tribunal resolvió del siguiente modo. CONSIDERANDO: Los jueces Eugenio C. Sarabayrouse y Daniel Morin dijeron: 1. Para resolver la internación de N. B. en el dispositivo PRISMA del Complejo Penitenciario Federal N° 1, como medida de seguridad, y disponer su control por parte de un juzgado de ejecución penal, el tribunal a quo argumentó de la

siguiente forma. a. Según los dictámenes emitidos por el Cuerpo Médico Forense, B. presenta riesgo cierto e inminente para sí y para terceros. b. La inexistencia de otras instituciones capaces de asegurar la continuidad del tratamiento, en tanto las juntas médicas realizadas el 8 y el 15 de mayo, constataron la subsistencia de tales riesgos y la necesidad de mantener su internación en el centro de alojamiento en donde actualmente se encuentra. c. Distintos precedentes de la Sala III de la Cámara Federal de Casación Penal avalaban este criterio: la sentencia en la causa n° 12.434, ?A., G. J.?, del 13 de septiembre de 2010 -citado en la nota al pie n° 1- y la resolución del sumario n° 44.640/14, ?M.?, resuelto el 10 de septiembre de 2014, en donde se sostuvo que ?la medida de seguridad se sustenta en razón de su aplicación a los presupuestos jurídicos establecidos en la ley, esto es, que el individuo hubiese cometido un hecho considerado objetivamente delictuoso por el cual se lo haya considerado inimputable y que se presente como un sujeto peligroso en los términos del artículo 34.1, CP?. d. La asignación del control judicial al fuero de ejecución penal responde a lo reglado en el art. 511, CPPN, tal como fue resuelto en los precedentes de esa Sala IV de la Cámara de Apelaciones, ?G. C.?(2) y ?P.?(3), en consonancia con los lineamientos fijados en la sentencia mencionada de la Cámara Federal de Casación Penal. e. La ley 26.657 modificó el art. 482 del antiguo Código Civil pero no introdujo reformas en la regla procesal mencionada ni en el art. 34, CP; además, su art. 23 exceptuaba expresamente ?...las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el art. 34, CP...?. 2. Del resumen de los agravios efectuados en el punto II y lo manifestado por las partes en la audiencia realizada (punto IV), la cuestión a resolver se circunscribe a establecer cuál es el fuero competente para controlar la internación involuntaria dispuesta por el Juzgado Nacional en lo Criminal y Correccional N° 22, en los términos del art. 76, CPPN. El órgano jurisdiccional al que se le atribuya esa competencia será el que, en definitiva, deberá decidir acerca de la conveniencia de que B. continúe bajo la modalidad de internación ya dispuesta o su reemplazo por una medida alternativa. 3. Para una correcta interpretación de la cuestión, conviene realizar un repaso de la jurisprudencia sobre el tema anterior a la sanción de la ley de Salud Mental vigente y la consecuente modificación del art. 482 del antiguo Código Civil, y de las sentencias posteriores, para establecer cómo se interpretó el nuevo conjunto de reglas. Asimismo, este análisis debe enmarcarse dentro de la evolución de la materia en el ámbito del Derecho Internacional de los Derechos Humanos y su impacto consecuente en el derecho interno. a. Jurisprudencia anterior a la sanción de La Ley de Salud Mental i. Con las cautelas propias con las que deben analizarse las sentencias de la Corte Suprema, tal como se señaló en los casos ?M.?, ?H.?, entre muchos otros (cuestión que se desarrollará más abajo) el examen de la evolución de la jurisprudencia sobre el tema debe comenzar por el análisis de los asuntos resueltos por aquel tribunal. En el caso ?M, J.R.?(4), quizás el más relevante, la Corte reiteró la importancia de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental ya resaltada en el fallo ?Tufano?(5) como el catálogo de derechos mínimos específicos de las personas que padecen trastornos psíquicos, fijados en el ámbito jurídico internacional. Así, sostuvo que ?...la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, en su resolución 46/119, del 17 de noviembre de 1991 (Documentos Oficiales de la Asamblea General, cuadragésimo sexto período de sesiones, Suplemento No. 49, p. 189, ONU Doc. A/46/49 -1991-) ha adoptado los "Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental", aplicables también a las personas que cumplen penas de prisión por delitos penales o que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos o investigaciones penales efectuados en su contra y que, según se ha determinado o se sospecha, padecen una enfermedad mental (Principio 20.1). Este documento -conocido como los "Principios de Salud Mental" y considerado como el estándar más completo a nivel internacional sobre la protección de los derechos de las personas con padecimientos mentales las cuales "deben recibir la mejor atención disponible en materia de salud mental" (Principio 20.2)-, ha sido tomado por la Comisión y por la Corte Interamericanas de Derechos Humanos como fundamento para decidir en los casos "Víctor Rosario Congo c. Ecuador" (Informe 63/99 de la Comisión IDH, Caso 11.427, Ecuador, del 13 de abril de 1999, párr. 54) y "Ximenes Lopes c. Brasil" (Corte IDH, Ximenes Lopes c. Brasil, sentencia del 4 de julio de 2006, párrs. 128-132). En él se detallan las normas aplicables para el tratamiento y las condiciones de vida dentro de las instituciones psiquiátricas, y se prevén protecciones contra la detención arbitraria en dichas instituciones (Principios 15 y 18). Además, los mentados principios constituyen una guía para los Estados en la tarea de delinear y/o reformar los sistemas de salud mental.?(cfr. sentencia citada, considerando 8°). En esta misma línea, la Corte destacó en el considerando sexto, ?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?. A continuación hizo referencia a un estándar de derechos mínimos que deben respetarse para quienes padezcan trastornos mentales: ?a) derecho a ser

informado sobre su diagnóstico y sobre el tratamiento más adecuado y menos riesgoso, b) derecho a un examen médico practicado con arreglo a un procedimiento autorizado por el derecho nacional, c) derecho a negarse a recibir un determinado tratamiento o formatos terapéuticos, d) derecho a recibir los medios adecuados tendientes a la cura o mejoría donde las negligencias o retardos en la prestación de un tratamiento pueden restar justificación a la internación, y volverla ilegítima, e) derecho a la continuidad del tratamiento, f) derecho a la terapia farmacológica adecuada, del que se deriva que la medicación no debe ser suministrada al paciente como castigo o para conveniencia de terceros, sino para atender las necesidades de aquél y con estrictos fines terapéuticos, g) derecho a un registro preciso del proceso terapéutico y acceso a éste, h) derecho a la confidencialidad del tratamiento, incluso después del alta o la externación, i) derecho a la reinserción comunitaria como un eje de la instancia terapéutica, j) derecho al tratamiento menos represivo y limitativo posible, k) derecho a no ser discriminado por su condición (considerando 9º). También señaló con respecto a las personas con padecimientos mentales y que han incurrido en hechos sancionados penalmente: ?...la Corte Europea de Derechos Humanos ha considerado necesaria la concurrencia de tres requisitos esenciales para garantizar la legalidad del internamiento de quienes se encuentran detenidos en establecimientos psiquiátricos por haber cometido actos constitutivos de infracciones penales, pero cuyos problemas mentales impiden juzgarlos responsables. En el caso Winterwerp c. Países Bajos se señaló, primeramente que la enfermedad mental debe haber sido establecida de manera probada; segundo, el problema debe revestir un carácter o una amplitud legitimante de la internación forzosa; tercero, la internación no puede prolongarse válidamente sin la persistencia de tal problema (Corte Europea de Derechos Humanos, Winterwerp c. Países Bajos, del 24 de octubre de 1979, pp. 17-18). Esta doctrina, cuyo fin es proteger al individuo internado contra la arbitrariedad (Corte EDH, Musial c. Polonia, del 25 de marzo de 1999, p. 50) ha sido reiterada por el Tribunal Europeo posteriormente, en los casos X c. Reino Unido, Luberti c. Italia, Hutchinson Reid c. Reino Unido y HL c. Reino Unido, de fechas 5 de noviembre de 1981, 23 de febrero de 1984, 20 de mayo de 2003 y 5 de octubre de 2004, respectivamente. (Considerando 12, párrafo 3º). ii. La Cámara Federal de Casación Penal receptó esa jurisprudencia en las causas 9.350, ?G.?, de la Sala IV, sentencia del 18 de mayo de 2009 y 12.644, ?G.?(6), resuelta por la Sala I, en los cuales, como en el presente, se discutía si ante el sobreseimiento del imputado en razón del art. 34, inc. 1º, CP, para el control de la medida de seguridad correspondía la intervención de un juzgado de ejecución penal o el fuero civil. En el primero de ellos, el imputado había sido declarado civilmente incapaz con anterioridad a la comisión del hecho por el que se lo sobreseyó, por lo que la Cámara Federal de Casación Penal sostuvo que ?(...) la intervención estatal prevista en los arts. 34, inc. 1º, segundo párrafo del C.P. y 76 del C.P.P.N., principalmente radica en la necesidad de brindar un adecuado tratamiento médico a personas que, hasta el momento de la comisión del hecho imputado, carecían de todo tipo de tutela por parte del ordenamiento civil respecto de su particular situación deficitaria. Es por ello que no corresponde que un juez penal disponga su internación y mantenga el contralor de dicha medida de seguridad en el ámbito de la ejecución penal, cuando otro juez civil ya ha intervenido previamente en relación a su incapacidad.?(7). Sin perjuicio de la diferencia que ese caso presenta con el asunto que aquí se resuelve, resulta importante resaltar la siguiente afirmación: ?Habiendo en la actualidad disposiciones legales de derecho psiquiátrico, no es racional sostener que una persona, por el azar de haber puesto en funcionamiento las agencias del sistema penal, resulte sometida a esa potestad con la posibilidad de sufrir una pena indeterminada, que incluso puede ser perpetua. La agresividad de un paciente mental no depende del azar de la intervención punitiva, sino de circunstancias de la enfermedad que debe valorar el juez civil en cada caso (...) Dado que la internación de pacientes agresivos se halla legalmente regulada, no se explica una regulación diferente para quienes son objeto del poder criminalizante...? iii. Estos precedentes, anteriores a la sanción de la ley 26.657, fueron citados y sirvieron de fundamento a los casos resueltos por la Sala V de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional de esta ciudad en las causas n° 39.219, ?S. J., D. A. s/ delito de acción pública?(8), del 27 de mayo de 2010 y n° 39.452, ?A., R. G. s/ medida de seguridad?(9), del 16 de junio de 2010; por la Sala VI, causa n° 39.914, ?R., J. M. s/medida de seguridad?(10), del 5 de agosto de 2010. En todos ellos se trataron situaciones idénticas a la presente. iv. Ya en el plano internacional, la sentencia ?Ximénez López vs. Brasil?(11) fue el primer caso en que la Corte Interamericana de Derechos Humanos analizó el tratamiento con internación coactiva. La víctima, internada en un centro de atención psiquiátrico privado que operaba dentro del marco del sistema público de salud de Brasil, había fallecido durante su estadía como consecuencia de las condiciones inhumanas y degradantes de su hospitalización. Entre las cuestiones más significativas analizadas por CorteIDH se destaca el punto 98, en el que se estableció ?Los Estados deben, según el artículo 2 de la Convención Americana, crear un marco normativo adecuado para establecer los parámetros de tratamiento e internación a ser observados por las instituciones de atención de salud?(12), destacando en su análisis la especial situación de vulnerabilidad de estas personas. En este sentido, resaltó que ?En los entornos institucionales, ya sea en hospitales públicos o privados, el personal médico encargado del cuidado de los pacientes, ejerce un fuerte control o dominio sobre las personas que se encuentran sujetas a su custodia. Este desequilibrio intrínseco de poder entre una persona internada y las personas que tienen la autoridad, se multiplica muchas veces en las instituciones psiquiátricas?.(13) También resulta ilustrativo el punto 130, en el que

la CorteIDH sostuvo que ?considera que todo tratamiento de salud dirigido a personas con discapacidad mental debe tener como finalidad principal el bienestar del paciente y el respeto a su dignidad como ser humano, que se traduce en el deber de adoptar como principios orientadores del tratamiento psiquiátrico, el respeto a la intimidad y a la autonomía de las personas. El Tribunal reconoce que este último principio no es absoluto ya que la necesidad misma del paciente puede requerir algunas veces la adopción de medidas sin contar con su consentimiento. No obstante, la discapacidad mental no debe ser entendida como una incapacidad para determinarse, y debe aplicarse la presunción de que las personas que padecen de ese tipo de discapacidad son capaces de expresar su voluntad, la que debe ser respetada por el personal médico y las autoridades. Cuando sea comprobada la imposibilidad del enfermo para consentir, corresponderá a sus familiares, representantes legales o a la autoridad competente, emitir el consentimiento en relación con el tratamiento a ser empleado.?(14) Por su parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, el 13 de abril de 1999 dictó el Informe n° 63/99 en el caso n° 11.427, ?Víctor Rosario Congo vs. Ecuador?. El nombrado había sido imputado por el Juez Segundo en lo Penal de la Provincia de El Oro en las causas n° 202/90 y 205/90 por robo y asalto. Durante la etapa sumaria, el 25 de julio de 1990, fue recluso en una celda de aislamiento dentro del Centro de Rehabilitación Social de Machala, en donde fue agredido por un guía sin recibir atención médica. Tras un peritaje psiquiátrico el juez dispuso su traslado a un hospital que rechazó su admisión y, finalmente, fue llevado al Centro de Rehabilitación Social de Varones de Guayaquil en estado crítico de salud, en donde falleció a pocas horas de su internación. En ese caso, la Comisión entendió que se habían vulnerado los derechos a la vida, a la integridad física, psíquica y moral de Congo, a la protección judicial y a la integridad personal. Sobre éste último, expresó que ?La Comisión considera pertinente emplear estándares especiales en la determinación de si se ha cumplido con las normas convencionales, en casos que involucran personas que padecen enfermedades mentales. Por lo tanto, las garantías establecidas en el artículo 5 de la Convención Americana deben ser interpretadas a la luz de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Estos principios fueron adoptados por la Asamblea General de la ONU como guía interpretativa en lo que se refiere a la protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental, consideradas por este órgano como un grupo especialmente vulnerable?.(15) b. Implicancias de la sanción de la Ley de Salud Mental. El 2 de diciembre de 2010 fue publicada en el Boletín Oficial la Ley de Salud Mental, que buscó responder a la necesidad de adecuar la legislación nacional a los principios y tratados internacionales de derechos humanos en la materia, de los cuales resulta parte nuestro país y que fueron enunciados en los precedentes analizados más arriba. En efecto, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos había recomendado a los Estados parte ?(...)3. Reformar las leyes existentes en materia de salud mental o discapacidad en general y, si éstas no existen, crear leyes que garanticen el respeto de las libertades fundamentales y los derechos humanos de las personas con discapacidad mental y sus familiares, incorporando en las mismas los estándares internacionales y las normas convencionales de derechos humanos que protegen a las personas con discapacidad mental. 4. Promover e implementar a través de legislación y planes nacionales de salud mental la organización de servicios comunitarios de salud mental cuyos objetivos sean la plena integración de las personas con discapacidad mental en la sociedad y la participación de organizaciones profesionales, asociaciones de usuarios y familiares, sus amistades, organizaciones de asistencia social y otros miembros de la comunidad en la rehabilitación del paciente mental...?(16) Fruto de ello y de conformidad con la exposición de motivos del proyecto de ley que originó el conjunto de reglas que ahora se analizan, sus principales impulsores fueron el Ministerio de Salud de la Nación; el Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación; la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación; el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI); la Comisión Nacional Coordinadora de Políticas Públicas en Materia de Prevención y Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, la Delincuencia Organizada Transnacional y la Corrupción (Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación); COFELESA (Consejo Federal Legislativo de Salud); la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos; las Mesas Provinciales Intersectoriales de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos; las Direcciones y Áreas de Salud Mental de las Provincias de 17 jurisdicciones provinciales; la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OPS (Organización Panamericana de la Salud); AUAPSI (Asociación de Unidades Académicas de Psicología): ocho unidades académicas de psicología conformadas por más de 100.000 docentes y estudiantes; la FEPPA (Federación Psicólogos de la República Argentina) en representación de 80.000 afiliados; diversas organizaciones de derechos humanos: el CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales), las Abuelas de Plaza de Mayo, las Madres de Plaza de Mayo, HIJOS, el SERPAJ (Servicio Paz y Justicia), y la APDH (Asamblea Permanente por los Derechos Humanos), el Comité contra la Tortura de la Comisión Provincial por la Memoria, el Espacio Carta Abierta, entre muchas otras; diversas organizaciones de promoción y defensa de derechos vinculadas a la Salud Mental: la Red Internacional de Buenas Prácticas en Salud Mental y Salud de Base, REDI (Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad), ADESAM (Asociación por los Derechos en Salud Mental), ARDA (Asociación de Reducción de Daños en la Argentina), Asociación Civil Intercambios, Frente de Artistas del Borda, La Colifata, Colectivo 448, Foro Instituciones y Profesionales Salud Mental; Organizaciones sindicales de trabajadores:

distintos espacios de la CGT (Confederación General de Trabajadores) y la CTA (Central de Trabajadores de la Argentina); Organizaciones Interdisciplinarias de Profesionales de la Salud Mental tales como la Asociación Argentina de Salud Mental y PPBA (Psicólogos y Psiquiatras de Buenos Aires); Organizaciones nacionales de familiares y usuarios: Red Nacional de Familiares, Usuarios y Voluntarios; Decanos y Rectores de Universidades Nacionales, tales como la UBA (Universidad de Buenos Aires), Universidad Nacional de La Plata, Universidad Nacional de Lanús, Universidad Nacional de Córdoba; Expertos internacionales y nacionales reconocidos: Galli, Galende, Stolkiner, Levav, Sarraceno, Spinelli, Grimberg, Saforcada, De Lellis, Rotelli, Dell'Acqua, Reali, entre muchos otros.⁽¹⁷⁾ En su art. 2, la Ley de Salud Mental incorpora formalmente los "Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental", adoptados por Asamblea General de la ONU en su Resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991, con el objetivo de proveer un catálogo de derechos para las personas con enfermedades mentales y así aplicar efectivamente la Declaración Universal de los Derechos Humanos a ese grupo social. El Principio 20 de aquella resolución establece que "1...se aplicará a las personas que cumplen penas de prisión por delitos penales o que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos o investigaciones penales efectuados en su contra y que, según se ha determinado o se sospecha, padecen una enfermedad mental. 2. Todas estas personas deben recibir la mejor atención disponible en materia de salud mental, según lo estipulado en el principio 1 supra. Los presentes Principios se aplicarán en su caso en la medida más plena posible, con las contadas modificaciones y excepciones que vengan impuestas por las circunstancias. Ninguna modificación o excepción podrá menoscabar los derechos de las personas reconocidos en los instrumentos señalados en el párrafo 5 del principio 1 supra. 3. La legislación nacional podrá autorizar a un tribunal o a otra autoridad competente para que, basándose en un dictamen médico competente e independiente, disponga que esas personas sean internadas en una institución psiquiátrica. 4. El tratamiento de las personas de las que se determine que padecen una enfermedad mental será en toda circunstancia compatible con el principio 11 supra. El principio citado refiere a las disposiciones sobre consentimiento informado, entre ellas las vinculadas con los casos de tratamiento involuntario, procedente cuando un profesional de salud mental calificado y autorizado por ley determina que aquel es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a otras personas, el cual no podrá prolongarse más allá del período estrictamente necesario para lograr ese propósito. También el art. 2 de la ley considera instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas a la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990. En la primera de ellas se introdujo el cuestionamiento institucional al modelo manicomial y se proclamó el derecho de las personas con padecimientos mentales a vivir en la comunidad, proclama cuya esencia fue tomada en los Principios mencionados. Luego, las 100 Reglas de Brasilia se establecieron como un instrumento para defender efectivamente los derechos de aquellas personas en condición de vulnerabilidad, entre los que se incluye a quienes sufren enfermedades psíquicas. Se reafirman así los principios de la Declaración de Caracas. En la sección segunda, bajo el título "Concepto de las personas en situación de vulnerabilidad" se incluye a los enfermos mentales y se dispone que "(7) Se entiende por discapacidad la deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social. (8) Se procurará establecer las condiciones necesarias para garantizar la accesibilidad de las personas con discapacidad al sistema de justicia, incluyendo aquellas medidas conducentes a utilizar todos los servicios judiciales requeridos y disponer de todos los recursos que garanticen su seguridad, movilidad, comodidad, comprensión, privacidad y comunicación."⁽¹⁸⁾ Para finalizar con este sucinto análisis del marco de reglas internacionales que rodeó la sanción de la Ley de Salud Mental, y a las que ella refiere expresamente, cabe destacar la modificación introducida a los arts. 152 ter y 482 del antiguo Código Civil, por cuanto denotan claramente el giro buscado en la materia: proteger los derechos de quienes padecen de enfermedades mentales e integrarlos a la comunidad. En este sentido, el primero de esos artículos estableció un plazo máximo de duración de la declaración judicial de inhabilitación o incapacidad -3 años-, en tanto el nuevo texto de la segunda regla mencionada dispuso que el declarado incapaz no puede ser privado de su libertad personal por causa de su enfermedad o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, debiendo ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial. c. Jurisprudencia posterior a la sanción de la Ley de Salud Mental Tras la entrada en vigencia de la ley 26.657, en líneas generales, la jurisprudencia nacional profundizó en el criterio sentado por la Corte en el precedente "M., J.R. s/ insania", ya citado. Así, en un caso similar al presente, la Sala VI de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional de esta ciudad, tras citar los fallos hasta aquí analizados, revocó la decisión de la instancia anterior, que había ordenado la intervención de un juez o jueza de ejecución penal para controlar la medida de seguridad impuesta y, en consecuencia, ordenó la intervención de la justicia civil.⁽¹⁹⁾ Igual temperamento adoptó la Sala I de esa Cámara en la causa "G.", en donde se dijo: "El párrafo segundo del primer inciso del

artículo 34 del Código Penal que prevé la medida de seguridad de internación no exige que esta sea en establecimientos criminales para personas con padecimientos mentales, por lo que nada impide -y, como se verá a continuación, la ley 26.657 de Salud Mental así lo determina- que sean comunes -y adecuados a fin de garantizar sus derechos-, estatales o no, en tanto la autoridad judicial conserve sus poderes de ejecución en el tratamiento psiquiátrico que tiende a hacer desaparecer el ?riesgo? de que se dañe a sí mismo o -en términos de peligrosidad de probable comisión de ?hechos dañosos?- a los demás. En relación a los poderes de disposición en el curso de ejecución de ella, si bien la tendencia, hasta ahora, es al juez de ejecución penal, el artículo 34 del CP tampoco lo especifica. Asimismo, se agregó que ?También se torna imperioso puntualizar que en el marco de la ley de Salud Mental se ha creado el ?Programa Interministerial de Salud Mental Argentino ?PRISMA? que tiene por objeto tratar la problemática de hombres y mujeres con algún tipo de trastorno mental alojados en establecimientos del Servicio Penitenciario Federal, y dar respuesta desde la ley, en coordinación con el Ministerio de Salud de la Nación, a las personas inimputables a disposición del Poder Judicial, que ya no se encuentran dispuestas en el ámbito del S.P.F., lo cual, como se dijera, ya ha ocurrido puesto que el equipo interdisciplinario de profesionales que lo compone intervino en estas actuaciones. Así, a partir de la vigencia de la ley 26.657 y del ?PRISMA?, el Estado debe garantizar que las internaciones impuestas a personas con padecimientos mentales, como son las medidas de seguridad -que, además, tienen el objeto de recuperar y preservar la salud de paciente y no la finalidad propia de una sanción penal de prisión-, deberían recibir un tratamiento conforme a las condiciones de ?internación involuntaria?. Así, bajo dicho régimen se garantiza el ejercicio de los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, revistiendo especial protagonismo el ?órgano de revisión? previsto en el artículo 38 de la ley. Finalmente, el artículo 28 de la mencionada ley prevé específicamente que ?Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales?. Por todo lo expuesto precedentemente, entiendo que el eventual tratamiento de internación a que deban ser sometidos los individuos que han sido evaluadas como ?riesgosas? para sí o para terceros, será materia exclusiva de la justicia civil en términos del artículo 482 del código de fondo.?(20) Este criterio fue reiterado en los votos que conformaron mayoría en la causa ?A.?(21) de ese mismo tribunal, en donde se destacó el impacto que tuvo en la materia la creación del PRISMA, en cuanto modificó la política estatal de abordaje de la problemática relativa a la salud mental. Del mismo modo resolvió esta Sala II, con distinta integración, en el fallo ?M.(22)? resaltando que ?La actual tendencia jurisprudencial -en función de esa normativa (en referencia a los arts. 34, inciso 1º, CP, y 511, CPPN)-, impone que sea la justicia civil la encargada de controlar la internación de H. A. M., por cuanto es el juez de ese fuero quien debe valorar las características de su enfermedad, en virtud de encontrarse legalmente regulada la intervención en la Ley 26.657, que -como su artículo primero establece- ?tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional?. Asimismo, estableció que ?la excepción a la que se refiere el artículo 23 in fine de la Ley 26.657 alude a la imposibilidad de que sea el equipo de salud actuante el que disponga una internación en tales casos, sin óbice para que sea la autoridad judicial en lo civil quien lleve a cabo esa u otra medida vinculada al individuo afectado?. Cabe destacar que si bien la Corte Suprema se pronunció con posterioridad a la entrada en vigencia de la Ley de Salud Mental en la causa ?A.?(23), que ha sido citada en la decisión recurrida, se refirió a una situación de hecho diferente a la aquí planteada. El punto central de lo allí resuelto giró en torno a la necesidad de que los tribunales que fijan medidas de seguridad impongan un límite máximo de duración a la internación, a fin de preservar el principio de culpabilidad y la proporcionalidad de aquellas. Por lo tanto, no puede pretenderse extraer de esa sentencia, como se dijo en los precedentes ya citados ?M.?(24) y ?H.?(25) (entre muchos otros), alguna regla que contradiga la interpretación que hasta aquí se ha desarrollado. 4. En definitiva, no se trata de discutir una mera cuestión de competencia, sino de establecer cuál es el juez más capacitado, por su especialidad, para controlar el cumplimiento de la medida de seguridad impuesta. En este sentido, dos son las opciones interpretativas a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, en tanto no ha derogado ni modificado los arts. 511 y 512, del CPPN ni el art. 34, CP. O bien el seguimiento queda a cargo del tribunal penal que impuso la medida de seguridad según los arts. 34.1, CP y 76, CPPN, o bien del civil -aún si no existió previa intervención del fuero-, en los términos de los arts. 41 y 42 del Código Civil y Comercial de la Nación. Es decir, no hay dudas acerca de que nuestro sistema penal es binario y, por lo tanto, el magistrado del fuero criminal se encuentra plenamente facultado para disponer medidas de seguridad. Lo que debe decidirse es quién controla la medida de seguridad. El art. 511, CPPN establece que ?La ejecución provisional o definitiva de una medida de seguridad será vigilada por el tribunal de ejecución; las autoridades del establecimiento o lugar en que se cumpla informarán a dicho tribunal lo que corresponda, pudiendo requerirse el auxilio de peritos?. Por su parte, el art. 512 de ese cuerpo legal dispone que ?El órgano judicial competente al disponer la ejecución de una medida de seguridad impartirá las instrucciones necesarias al juez de ejecución y fijará los plazos en que deberá informársele acerca del estado de la persona sometida a la medida o sobre cualquier circunstancia de interés. Dichas instrucciones podrán ser modificadas en el curso de la ejecución, según sea necesario, dándose

noticia al tribunal de ejecución?. Mientras tanto, la sanción del Código Civil y Comercial de la Nación no hizo más que acentuar la tendencia introducida por la ley 26.657, sobre todo en lo que respecta a la modificación del art. 482 del antiguo Código Civil. Así, el art. 31, establece que ?a. la capacidad general de ejercicio de la persona humana se presume, aún cuando se encuentre internada en un establecimiento asistencial; b. las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y se imponen siempre en beneficio de la persona; c. la intervención estatal tiene siempre carácter interdisciplinario, tanto en el tratamiento como en el proceso judicial; d. la persona tiene derecho a recibir información a través de medios y tecnología adecuadas para su comprensión; e. la persona tiene derecho a participar en el proceso judicial con asistencia letrada, que debe ser proporcionada por el Estado si carece de medios; f. deben priorizarse alternativas terapéuticas menos restrictivas de los derechos y libertades.? En sentido coincidente, el art. 41 dispone que ?La internación sin consentimiento de una persona, tenga o no restringida su capacidad, procede sólo si se cumplen los recaudos previstos en la legislación especial y las reglas generales de esta Sección, en particular: a) debe estar fundada en una evaluación de un equipo interdisciplinario de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 37, que señale los motivos que la justifican y la ausencia de una alternativa eficaz menos restrictiva de su libertad; b) sólo procede ante la existencia de riesgo cierto e inminente de un daño de entidad para la persona protegida o para terceros; c) es considerada un recurso terapéutico de carácter restrictivo y por el tiempo más breve posible; debe ser supervisada periódicamente; d) debe garantizarse el debido proceso, el control judicial inmediato y el derecho de defensa mediante asistencia jurídica; e) la sentencia que aprueba la internación debe especificar su finalidad, duración y periodicidad de la revisión. Toda persona con padecimientos mentales, se encuentre o no internada, goza de los derechos fundamentales y sus extensiones?. Ambas reglas establecen el carácter terapéutico de la internación si es involuntaria y, al remitir a la legislación especial, buscan integrar a la comunidad a quien padece una enfermedad mental, de conformidad con las reglas internacionales de derechos humanos ya analizadas. Ahora bien, la interpretación y aplicación de estas últimas, indican que la justicia civil resulta más apta, por razones de especialidad, para controlar la medida de seguridad dispuesta. De esta forma, el conflicto entre las distintas reglas se resuelve por la aplicación de los principios incorporados al derecho interno por la ley 26.657. En este sentido, los Principios 11 y 20 establecidos por las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, recogidos por el art. 2, ley 26.657, que ya fueron analizados (cfr. punto 2b) avalan la posición que aquí se sostiene. De este modo, puede afirmarse que de la ley 26.657 se desprende que es la competencia civil la más apta para controlar las internaciones involuntarias por la exigencia de garantizar que el paciente sea periódicamente examinado por un equipo interdisciplinario con el objetivo de su pronta integración a la comunidad y cuya opinión es fundamental para que el juez a cargo del control de la medida decida sobre su eventual externación, mientras que la internación penal se centra en la peligrosidad del enfermo. En este sentido, no se comparte la interpretación que el a quo efectuó del art. 23 de la Ley Nacional de Salud Mental -en tanto entiende que quedan exceptuadas de sus disposiciones las internaciones ordenadas en el marco de lo previsto por el art. 34.1, CP- sino que, en consonancia con lo resuelto por esta Sala con otra integración, en el precedente ?M.?, la excepción a la que se refiere el artículo 23 in fine de la Ley 26.657 alude a la imposibilidad de que sea el equipo de salud actuante el que disponga una externación en tales casos, sin que esto signifique un impedimento para que el juez o la jueza disponga esa u otra medida vinculada al individuo afectado. 5. En conclusión, si bien la Ley Nacional de Salud Mental no ha derogado los arts. 511 y 512 CPPN, como hemos dicho, y el PRISMA se encuentra en la órbita del SPF, lo cierto es que fue creado bajo los lineamientos de esa normativa, que a su vez concuerdan con aquellos dispuestos en los arts. 41 y 42 del Código Civil y Comercial de la Nación que regulan la internación sin consentimiento y remiten a la legislación especial en la materia. Es por ello que de una interpretación armónica de esos preceptos se deduce que el fuero civil se encuentra plenamente facultado para ordenar internaciones dentro de ese dispositivo -y por lo tanto controlarlas-, tal como se ha expuesto en el precedente ?M.J.A. s/ habeas corpus?, resuelto por la Sala I de la Cámara Federal de La Plata(26). Por lo tanto, con el dictado del sobreseimiento cesó la competencia del fuero penal; y por razones de especialidad y de acuerdo con las reglas internacionales citadas y la ley 26.657, resulta más adecuado asignar la competencia a la justicia civil. En este aspecto, y sin perjuicio de que con anterioridad ya intervino el Juzgado Nacional en lo Civil N° 81 (cfr. fs. 67 del incidente de competencia), corresponde remitir las actuaciones a ese fuero para que evalúe la conveniencia o inconveniencia de la internación compulsiva del nombrado en la dependencia que estime pertinente (ver en este sentido las copias que corren por cuerda, remitidas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones). Asimismo, y por razones de economía procesal, debe agregarse una copia certificada de la presente resolución en el incidente de competencia que corre por cuerda trabado entre el Juzgado Nacional en lo Criminal y Correccional N° 22 y el Juzgado Nacional de Ejecución en lo Penal N° 1, atento a la identidad de objeto existente entre aquella y la cuestión aquí resuelta. 6. Por todo lo expuesto, corresponde revocar el punto III de la resolución dictada por la Sala IV de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional de esta Ciudad, que confirmó la resolución del Juzgado Nacional en lo Criminal y Correccional N° 22 en cuanto dispuso el control de la medida de seguridad impuesta a N. B. -internación en el dispositivo PRISMA del CPF N° 1- a cargo del Juzgado de Ejecución Penal

que por turno corresponda; y remitir las actuaciones al Juzgado Nacional en lo Criminal y Correccional N° 22, con copia a la Sala IV, a fin de que se cumpla con la remisión al fuero civil de acuerdo con lo dispuesto. El juez Horacio Días dijo: Adhiero al voto que antecede. En virtud del acuerdo que antecede, la Sala II de la Cámara Nacional de Casación en lo Criminal y Correccional de la Capital Federal RESUELVE: I. HACER LUGAR al recurso de casación interpuesto por la defensa a fs. 335/339, casar la sentencia de fs. 325/326, REVOCAR su punto III en cuanto dispuso el control de la medida de seguridad impuesta a N. B. -internación en el dispositivo PRISMA del CPF N° 1- a cargo del Juzgado de Ejecución Penal que por turno corresponda, enviar las actuaciones al Juzgado Nacional de Instrucción en lo Criminal y Correccional N° 22, con copia a la Sala IV de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional de esta ciudad, para que tome nota de lo resuelto y remita el caso al fuero civil según corresponda, desde donde se evaluará la conveniencia o inconveniencia de la internación compulsiva del nombrado en la dependencia que estime pertinente, de acuerdo con las necesidades de su tratamiento. Sin costas (arts. 1, 2, 23, sigs. y concs., ley 26.657, 455, 456 inc. 1°, 465 bis, 470, 530 y 531, CPPN). II. AGREGAR copia certificada de la presente al incidente de competencia trabado entre el Juzgado Nacional en lo Criminal y Correccional N° 22 y el Juzgado Nacional de Ejecución en lo Penal N° 1, atento a la identidad de objeto existente entre aquella y la cuestión aquí resuelta. Regístrese, notifíquese, oportunamente comuníquese (Acordada 15/13 C.S.J.N. y LEX 100) y remítase en carácter de urgente al Juzgado Nacional en lo Criminal y Correccional N° 22, con copia a la Sala IV de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional, sirviendo la presente de atenta nota de envío. EUGENIO C. SARRABAYROUSE DANIEL MORIN HORACIO DÍAS Ante mí: PAULA GORSO SECRETARIA DE CÁMARA Notas: (1) Sentencia del 13.09.10, Cámara Federal de Casación Penal, Sala III, mayoría conformada por los jueces Catucci y Riggi (disidencia de la jueza Ledesma), causa n° 12.434 (2) Sentencia del 04.07.11, Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional, Sala IV, mayoría conformada por los jueces Seijas y González y disidencia del juez Lucini, causa n°911/11 (3) Sentencia del 31.08.11, Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional, Sala IV, mayoría conformada por los jueces Seijas y González y disidencia parcial del juez Lucini, causa n°1201/11 (4) Sentencia del 19.02.06, C.S.J.N., ?M., J. R. s/ Insania?, Competencia N° 1195 XLII (5) Sentencia del 18.06.95, C.S.J.N., ?Tufano, Ricardo Alberto s/ internación?-Competencia N° 1511, XL (6) Sentencia del 13.04.10, Cámara Federal de Casación Penal, Sala I, jueces Fégoli, Basavilbaso y Madueño, causa n° 12.644 (7) Sentencia del 18.05.09, Cámara Federal de Casación Penal, Sala IV, jueces Díez Ojeda; Hornos y González Palazzo, Causa n° 9.350 (8) La mayoría estuvo conformada por el voto de las juezas Garrigós de Rébora y López González, mientras que el juez Pociello Argerich votó en disidencia parcial (9) Voto conformado por los jueces Pociello Argerich y López González (10) Voto de los jueces Filozof y Lucini (11) Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia del 4 de julio de 2006 (12) Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia del 4 de julio de 2006, punto 98 (13) Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia del 4 de julio de 2006, punto 107. También se hace alusión a esta cuestión en punto 129, con cita de las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidades, art. 9.4; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General n° 5, ?Personas con Discapacidad?, párrafo 9 y Normas del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes, CPT/Inf/E (2002) 1-Rev. 2004, párrafo 51; European Court of Human Rights, Keenan v. United Kingdom, Application n° 27229/95, judgment of 3 April 2001, p. 111 y European Court of Human Rights, Herczegfalvy v. Austria, Application n° 10533/83, judgment of 24 september 1992, p. 82 (14) Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia del 4 de julio de 2006, punto 130. Se citan: Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, supra nota 32, principios 9.4 y 11; Organización Mundial de la Salud. División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias. Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de la Salud Mental, supra nota 37, principios 5, 6 y 9; Organización Panamericana de Salud, Declaración de Caracas, adoptada por la Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina el 14 de noviembre 1990, art. 3; Asociación Psiquiátrica Mundial (APM), Declaración de Madrid Sobre los Requisitos Éticos de la Práctica de la Psiquiatría, aprobada por la Asamblea General de la APM el 25 de agosto 1996, revisada el 26 de agosto 2002, preámbulo y párr. 4; y World Psychiatric Association (WPA), Declaration of Hawaii/II, adopted by the WPA, General Assembly on 10th July 1983, p. 2 y 5 (15) Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Víctor Rosario Congo c. Ecuador, Caso 11.427, Informe N° 63/99, 13 de abril de 1999 (16) Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental (2001), que recoge lo afirmado por la OPS/OMS, el Centro de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en lo que atañe a libertades fundamentales y derechos frecuentemente vulnerados en hospitales psiquiátricos (17) Vegh Weis, Valeria. ?Salud Mental y

adicciones desde el abordaje del Derecho Internacional de los Derechos Humanos?. VI Jornadas de jóvenes investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011

- (18) 100 Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad. XIV Cumbre Judicial Iberoamericana. Capítulo 1, sección 2da., punto 3. 7 y 3. 8 (19) Sentencia del 14.12.10, Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional, Sala VI, jueces Lucini, Bunge Campos y Filozof, causa n° 40.731, ?Gómez Borruat, Facundo s/medida de seguridad? (20) Sentencia del 19.09.11, Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional, Sala I, mayoría conformada por los jueces Bunge Campos y Bruzzone -disidencia del juez Barbarosch-, causa n° 41.088, ?Gutiérrez, Rubén Darío? (21) Sentencia del 02.05.12, Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional, Sala I, mayoría conformada por el voto de los jueces Rimondi y Bunge Campos -disidencia del juez Barbarosch-, causa n° 42.337/8. (22) Sentencia del 02.09.15, Sala II, jueces: Niño, Días y Mahiques, registro 393/2015 (23) Sentencia del 13.11.12, C.S.J.N., mayoría conformada por los jueces Lorenzetti, Fayt, Maqueda y Zaffaroni. Cita: A. 987. XLVI. Un análisis de esta sentencia puede verse en Florencia G. Plazas, Medidas de seguridad y Ley Nacional de Salud Mental, en Leonardo G. Pitlevnik, ?Jurisprudencia penal de la Corte Suprema de Justicia de la Nación?; t. 14, Hammurabi, Buenos Aires, 2013, ps. 149 - 179 (24) Sentencia del 3.9.15, Sala II, jueces Bruzzone, Sarabayrouse y Morin, registro n° 406 / 15 (25) Sentencia del 21.11.16, Sala II, jueces: Morin, Sarabayrouse y Niño, registro 934/2016 (26) Sentencia del 09.09.15, causa n° FLP 34764/2015 (7531/1), jueces Reboredo, Lemos Arias
- Correlaciones: E., B. L. s/internación - Cám. Nac. Crim. y Correc. -Sala I - 05/07/2017 - Cita digital IUSJU020903E 028811E