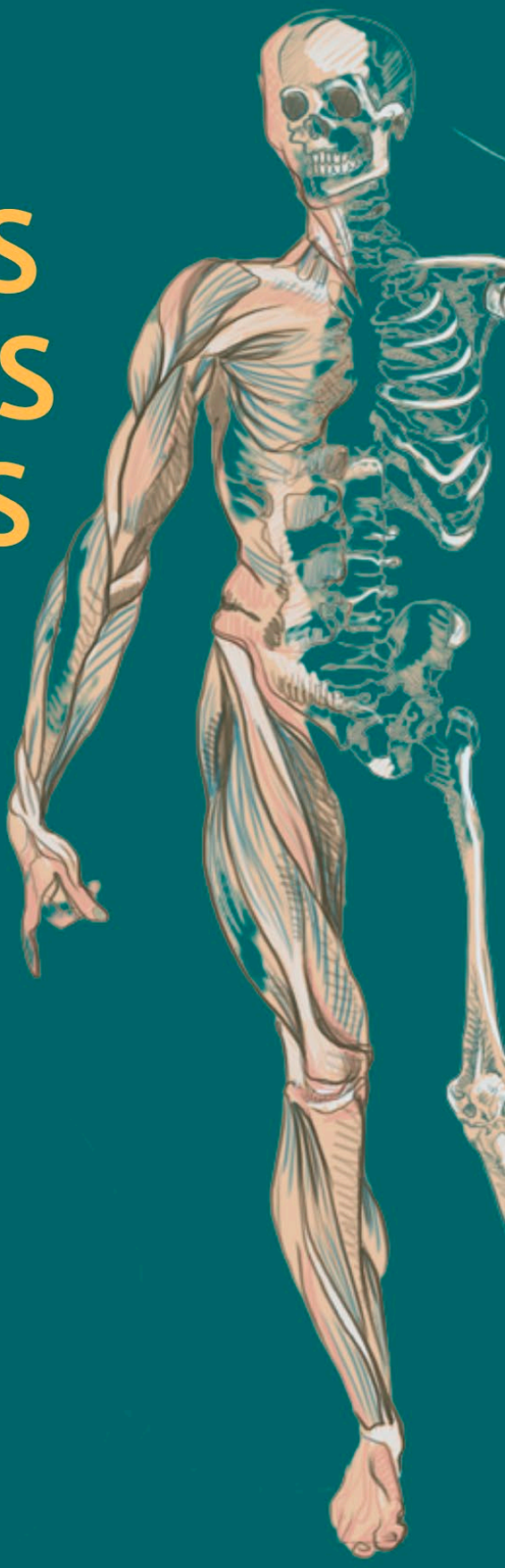
AÑO 3 N°2 DICIEMBRE 2025 ISSN 3072-6700

CUADERNOS ARGENTINOS DE CIENCIAS FORENSES

Publicación del Cuerpo Médico Forense
Centro de Asistencia Judicial Federal
Corte Suprema de Justicia de la Nación



CUERPO MÉDICO FORENSE

Año 3 Número 2
Diciembre 2025
ISSN 3072-6700

CUADERNOS ARGENTINOS DE CIENCIAS FORENSES

Cuerpo Médico Forense. Centro de Asistencia Judicial Federal.
Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Consejo de Dirección Editorial
Dirección Honoraria: Dr. Leonardo Ghioldi y Dr. Pablo Lamounan
Dirección Editorial: Dr. Roberto Borrone y Lic. Andrea Colussi
Secretaria de Redacción: Bib. Celeste Romero Cano

Traducciones:
Dirección General de Bibliotecas CSJN
Lic. Jessica Susco
Lic. Laureana Cayuso

Consejo Asesor Editorial:
Dra. María Laura Aon Bertolino
Dra. Marcela Azcurra
Dra. Ariana García
Bioq. María Celina Giarini
Dr. Roberto Glorio
Lic. Sergio Miguel
Dra. Bettina Mugnaini
Dr. Víctor Pafundi
Dr. Armando Rennella

Colaboradores:
Dra. Inés Aparici
Dr. Oscar Lossetti
Dr. Daniel Silva

-Los profesionales e investigadores deberán basarse en su propia experiencia y conocimiento al evaluar y utilizar cualquier información, método, compuesto o experimento descrito en esta publicación.
-Debido al acelerado avance de las ciencias biomédicas y, en particular, de las ciencias forenses, se deberá efectuar una verificación independiente de los diagnósticos y de las cuantificaciones realizadas en los artículos.
-Las opiniones y conclusiones expuestas en la publicación, son de exclusiva responsabilidad de los autores, las cuales no representan al Cuerpo Médico Forense, ni al Consejo de Dirección Editorial de esta publicación.
-El Cuerpo Médico Forense y el Consejo de Dirección Editorial desligan toda responsabilidad por cualquier lesión y/o daño a personas cosas o propiedad, que se produzcan por cualquier uso u operación o adaptación de todo método, producto, instrucciones o ideas contenidas en el material aprobado para incorporarlo en esta publicación, por acción o negligencia.
-La mención de marcas y modelos de productos comerciales, sustancias, elementos o equipos, debe cumplir con los estándares éticos. Su inclusión en esta publicación no constituye una garantía o respaldo de la calidad, o el valor de dicho producto, o de las afirmaciones hechas por su autor.
-Los artículos publicados se pueden reproducir total y parcialmente citando la fuente. Los Cuadernos Argentinos de Ciencias Forenses © 2025 poseen Licencia bajo las prescripciones de Creative Commons, son generados por el Cuerpo Médico Forense, del Centro de Asistencia Judicial Federal de la República Argentina y son licenciados como CC BY-NC-SA 4.0 "Atribución (Con reconocimiento) –No Comercial - Compartir igual". 4.0 Internacional.

Cuadernos Argentinos de Ciencias Forenses.
©Cuerpo Médico Forense. Centro de Asistencia Judicial Federal.
Corte Suprema de Justicia de la Nación.
ISSN 3072-6700

ÍNDICE

EDITORIAL
Santiago Maffia Bizzozero. Pág.1

EL SERVICIO DE ANTROPOLOGÍA FORENSE DE LA MORGUE JUDICIAL DE LA NACIÓN: CONSOLIDACIÓN DE LA ACTUACIÓN PERICIAL EN ANTROPOLOGÍA FORENSE EN EL ÁMBITO DEL PODER JUDICIAL. Pág.3
Sofía Egaña y Mariana Selva.

CAPACIDAD PARA PRESTAR DECLARACIÓN EN EL FUERO PENAL: VALORACIÓN FÍSICA. Pág.11
Roberto Ricardo Glorio y Victor Pafundi.

LA INTERNACIÓN INVOLUNTARIA POR MOTIVOS DE SALUD MENTAL: CRITERIOS DE INTERNACIÓN Y CRITERIOS DE LEGITIMACIÓN EN EL MARCO DEL PARADIGMA SITUACIONAL. Pág.21
Anibal Areco, Juan Manuel Areco y Maximiliano Luna.

ACERCA DE LAS INTERNACIONES INVOLUNTARIAS: NORMAS, FÓRMULAS LEGISLATIVAS Y REPERCUSIONES. APUNTES Y ANÁLISIS DESDE LO HISTÓRICO Y LO COMPARADO HASTA NUESTRO PRESENTE. Pág.31
María Elina Grecco, Matías Martínez, Andrés Zubrzycki.

BASE DE DATOS ODONTOLÓGICA: UNA HERRAMIENTA CLAVE PARA LA IDENTIFICACIÓN FORENSE. Pág.37
Raúl Aguirre, Carolina Hortal, Claudia Alfonso y María Inés Jacobo.

DESAFÍOS Y RECOMENDACIONES PARA EL USO RESPONSABLE DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL SISTEMA JUDICIAL ARGENTINO. Pág.51
Mario Wolberg.

EDITORIAL

Dr. Santiago Maffia Bizzozero[1]

Me complace mucho poder contribuir desde estas líneas a la presente edición de los **Cuadernos Argentinos de Ciencias Forenses**. Esta publicación presenta una selección de artículos que constituyen una integración multidisciplinaria que refleja los desafíos actuales en el campo de las ciencias forenses.

La interdisciplinariedad en las ciencias forenses no sólo es una estrategia técnica, sino un compromiso ético con la justicia, la verdad y la protección de los derechos humanos. Permite una interpretación más completa de los hallazgos y contribuye a una visión integral que fortalece la credibilidad y la robustez de las conclusiones periciales.

Las ciencias forenses en su conjunto representan una rama del conocimiento científico que aplica técnicas, conocimientos y metodologías específicas para esclarecer hechos delictivos, identificar víctimas y responsables, y contribuir al esclarecimiento de la verdad. Sin embargo, la complejidad de los fenómenos criminales y sociales requiere que estas ciencias no actúen aisladamente, sino en colaboración.

El rol del perito forense es brindar auxilio a la justicia en la materia que le compete cuando ésta lo requiere para la resolución de un caso. Muchas veces los jueces y fiscales solicitan a los peritos que les brinden certezas y es aquí donde la ciencia se enfrenta a una complejidad que es de difícil solución. Ninguna ciencia es infalible, el método científico encuentra su fundamento en la duda. Mientras que la justicia nos exige respuestas, el conocimiento científico persigue preguntas. El trabajo verdaderamente colaborativo que debe darse entre ciencia y justicia, es aquel en el que el perito aporta evidencias basadas en su ciencia y técnica y deja el análisis de la verosimilitud de las mismas a los actores de la justicia.

No obstante, ciencia y justicia son complementarias en el abordaje de los casos judiciales en investigación. La justicia y la verdad son conceptos inseparables que fundamentan el estado de derecho y la convivencia democrática. En este sentido las ciencias forenses juegan un papel clave en esta misión al proporcionar evidencias objetivas y verificables que contribuyen al esclarecimiento de los hechos y al establecimiento de responsabilidades. Sin embargo, el trabajo del perito forense no sólo implica la necesaria acumulación de datos científicos, sino que debe enmarcarse en un proceso que garantice la transparencia, la imparcialidad y la incorporación de la perspectiva jurídica, ética y social.

El perito forense no es un mero observador, sino que es guardián de la verdad; cada pericia es un pilar de la búsqueda de la verdad en pos del servicio de justicia y de la protección de los derechos humanos. Una pericia forense independiente, basada en los máximos estándares de calidad, es vital para restaurar la confianza de la ciudadanía en las instituciones de justicia y el estado de derecho, proveyendo el servicio que demanda la sociedad en un tiempo oportuno. Este es el compromiso que ha

[1]*Director Médico de la Morgue Judicial de la Nación. Cuerpo Médico Forense, Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.*

caracterizado a la Corte Suprema de Justicia de la Nación y que ha demostrado al fortalecer el rol de los Cuerpos Periciales otorgándole la entidad y el apoyo necesario para afianzar su solidez técnica y su capacidad científica.

La construcción de la interdisciplina y el compromiso con la ética, la ciencia, la verdad y la justicia, también es un llamado a generar consensos, protocolos de acción y guías de trabajo nacionales que establezcan los lineamientos básicos y fundamentales del accionar forense en las distintas disciplinas. Asimismo, la cooperación a nivel nacional e internacional y la adopción de estándares universales por medio de comisiones de expertos o sociedades científicas garantizan que las acciones en terreno contribuyan a un desempeño efectivo, imparcial y transparente.

Por último, hay que mencionar el compromiso que debe tener el perito forense con las víctimas y sus familiares. Dicho compromiso debe ser otro de los pilares que sostienen la labor de los peritos y el sistema de justicia, y estar centrado en la dignidad, el respeto y la reparación integral. Sin embargo, este compromiso se vuelve vacío si no se aborda de manera rigurosa la prevención de la revictimización o victimización secundaria. Por ello nuestra tarea como peritos forenses muchas veces nos trasciende e implica un compromiso que va más allá de lo técnico y cientifico implicando necesariamente la humanización de nuestra labor.

EL SERVICIO DE ANTROPOLOGÍA FORENSE DE LA MORGUE JUDICIAL DE LA NACIÓN

CONSOLIDACIÓN DE LA ACTUACIÓN PERICIAL EN ANTROPOLOGÍA FORENSE EN EL ÁMBITO DEL PODER JUDICIAL

(THE SERVICIO DE ANTROPOLOGÍA FORENSE DE LA MORGUE JUDICIAL DE LA NACIÓN: REINFORCEMENT OF FORENSIC ANTHROPOLOGY WITHIN THE MEDICOLEGAL SYSTEM)

Sofía Egaña[1], Mariana Soledad Selva[2].

RESUMEN

Las actuaciones periciales en Antropología Forense se realizan a solicitud de un magistrado en casos de personas fallecidas que presentan su integridad física comprometida: cadáveres esqueletizados, en condiciones de conservación deficientes, carbonizados, conjuntos de elementos óseos desarticulados, entre otros. El deterioro del tejido blando condiciona la identificación del cuerpo y la investigación médico legal con técnicas tradicionales de la tanatología requiriendo un análisis osteológico integral y especializado por parte del/la antropólogo/a forense. El examen debe ser sistematizado, completo, metódico e ilustrado, en línea con los parámetros contemporáneos de la investigación antropológica forense y requerimientos contemplados para la autopsia médico legal. De igual modo, debe efectuarse con prontitud, de manera efectiva, imparcial y volcarse en un informe pericial en la materia. La Morgue Judicial de la Nación dispone de un Servicio pericial especializado para el análisis de cuerpos en estas condiciones: el Servicio de Antropología Forense. Se comparten aquí algunas características del tratamiento forense de restos humanos bajo su órbita, los avances alcanzados en la estandarización de procedimientos y puntos en agenda para el fortalecimiento de la actuación pericial de esta disciplina en el ámbito del Poder Judicial de la República Argentina.

PALABRAS CLAVE: *antropología forense, restos óseos, estándares forenses, interdisciplina.*

ABSTRACT: The forensic Anthropological examination are carried out at the request of a legal authority in cases involving deceased persons whose physical integrity has been compromised: skeletonized corpses, corpses in poor condition of preservation, burned, commingled skeletal remains, among others. The soft tissue decay compromises the identification of the body and the medico-legal investigation using traditional thanatology techniques, requiring specialized osteological and contextual analysis by a forensic anthropologist. The examination must be systematic, complete, methodical, and illustrated, in line with contemporary parameters of forensic anthropological investigation and requirements for forensic autopsies. Likewise, it must be carried out promptly, effectively, and impartially, and the results must be included in an expert report on the matter. The Morgue Judicial de la Nación has a specialized expert service for the analysis of bodies in these conditions: the Servicio de Antropología Forense. This paper shares some traits of the forensic treatment of human remains under its scope, the progress made in standards for procedures, and points in the agenda for strengthening the expert performance of this discipline within the medico-legal system.

KEYWORDS: *forensic anthropology, skeletal remains, forensic standards, interdisciplinary work.*

[1]Lic. en Antropología; Certificada DLAF. Diplomada en Bioética. Perito Antropóloga Forense de la Justicia Nacional, Jefatura del Servicio de Antropología Forense de la Morgue Judicial.

[2]Lic. en Ciencias Antropológicas, Profesional Antropóloga del Servicio de Antropología Forense de la Morgue Judicial, Cuerpo Médico Forense. Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Contacto: segana@csjn.gov.ar

Los huesos son buenos testigos, aunque hablan en voz baja, nunca mienten y nunca olvidan (Dr. Clyde Collins Snow).

INTRODUCCIÓN

Los restos humanos esqueletizados han sido objeto de distintos y simultáneos tratamientos. Ni el arte, ni la ciencia, ni los rituales han quedado fuera del alcance de su atracción. Fueron objeto de apropiación y exhibición como trofeos o curiosidades, así como manipulados para distintos tipos de conocimiento científico y luego, generalmente, descartados. Bajo tratamiento forense devienen testigos para la justicia y son portadores de sosiego cuando, al corresponder a personas desaparecidas, son localizados, identificados y restituidos a sus seres queridos, para su tratamiento digno.

En la actualidad, desde una perspectiva ética, existe un horizonte de consenso en donde el valor de los restos humanos esqueletizados se relaciona fuertemente con la dignidad de la persona a la cual esos restos óseos pertenecieron. Esto orienta a respetarlos por su identidad -más allá del rango temporal de existencia de la persona- y por el vínculo relacional con parientes o comunidad de pertenencia. [1-5]

La investigación forense sobre restos humanos esqueletizados tiene como principales objetivos su correcta recuperación en la escena del hallazgo, su identificación fehaciente y la investigación de la causa de la muerte de la persona, tal como se estipula para casos de cuerpos con tejidos blandos conservados (cadáveres).[6-7] En este contexto, en palabras de la Asociación Latinoamericana de Antropología Forense (ALAF), la Antropología Forense, se define como un área disciplinar en donde se aplican *"... teorías, métodos y técnicas de la antropología social, arqueología y antropología biológica en los procesos de búsqueda y recuperación de cadáveres y de identificación humana, así como, de esclarecimiento de los hechos como apoyo al sistema de administración de justicia y al trabajo humanitario".*[8] Este tipo de intervención ha recibido en las últimas décadas una obligada atención dada la necesidad de abordar científica y humanitariamente crímenes complejos y masivos.[9-10] La dinámica de investigación generada derivó en significativos avances técnicos, a la vez que colocó a los investigadores en un campo de complejas obligaciones y responsabilidades.

La **Morgue Judicial de la Nación**, de la mano del perito médico forense, Dr. Luis Alberto Bosio y de la perito odontóloga forense, Dra. Marta Maldonado, junto a directivos y colegas, se hizo eco de tales requerimientos y a fines de los años 90 gestionó un servicio pericial dedicado exclusivamente al tratamiento de restos esqueletizados: el **Servicio de Antropología Forense** (SAF, de aquí en adelante). Fiel a una concepción de trabajo interdisciplinario entre la medicina legal y la antropología de campo y de laboratorio, los primeros años transcurren en casos de colaboración conjunta con peritos del Equipo Argentino de Antropología Forense (EAAF), organización científica no gubernamental de reconocido renombre.[10]

El aprendizaje mutuo entre ambas agencias periciales y disciplinas fue exponencial. Dos décadas más tarde el SAF está a cargo de Licenciadas en Antropología formadas en antropología forense, cuenta con un cargo de perito antropólogo/a forense, una guía de procedimiento estándar vigente y articula cotidianamente con otras áreas de la Morgue Judicial y del Cuerpo Médico Forense, tales como tanatología, departamento de imágenes, odontología y genética. Compartimos aquí algunas características del tratamiento forense de restos bajo la órbita de nuestro Servicio, los avances alcanzados en la

estandarización de procedimientos y los puntos en agenda del SAF para el fortalecimiento de la disciplina en el ámbito del Poder Judicial de la Nación.

TRATAMIENTO DE RESTOS HUMANOS ESQUELETIZADOS: CONTEXTOS DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

La antropología física, la bioarqueología y la antropología forense, son disciplinas que se ocupan del análisis de restos humanos esqueletizados, compartiendo métodos y diferenciándose en cuanto a los objetivos de la investigación y al marco de tratamiento.[11]

El objeto de estas investigaciones puede consistir en un cuerpo esqueletizado esencialmente completo, elementos óseos o secciones anatómicas aisladas, conjuntos óseos de numerosos individuos mezclados entre sí, o colecciones osteológicas de distinta denominación, según su procedencia (médica, arqueológica u histórica).

En relación a la bioarqueología y la antropología forense, Aranda sintetiza: "Si bien estas dos disciplinas focalizan en el análisis de cuerpos esqueletizados y momificados, la primera aborda las relaciones entre la biología y la dinámica social desde múltiples perspectivas (e.g. uso del cuerpo, paleodemografía, procesos migratorios y enfermedades) en muestras provenientes de contextos arqueológicos, mientras la segunda tiene por objetivo principal la identificación de personas en el marco de procesos médico-legales".[12]

Podemos distinguir entonces dos tipos de contextos de tratamiento científico de restos humanos esqueletizados: aquellos vinculados al ámbito pericial, forense o médico-legal y aquellos ligados a lo académico en instituciones educativas o de investigación científica general. Su gestión involucra en ambos casos, responsabilidades profesionales, institucionales y legales en cuanto a su tratamiento, resguardo, restitución o donación a los fines pedagógicos. Tanto en uno como en otro se realizan intervenciones más o menos invasivas de manipulación, obtención de datos, registros visuales, toma de muestras biológicas y publicaciones de resultados en distintos formatos. Asimismo, ambos ámbitos deben disponer de áreas para su resguardo en depósitos o exhibición, así como procedimientos para la restitución a familiares, comunidad de pertenencia o donación a los fines pedagógicos.

INVESTIGACIÓN EN CONTEXTO FORENSE

Las instituciones judiciales y médico legales de América Latina han evidenciado, durante los últimos años, una notable incorporación de la antropología forense, como campo pericial específico, y han incorporado profesionales de la antropología forense a su planta pericial permanente.

Esta situación es resultado mayoritariamente del desarrollo y consolidación metodológica de la antropología desde las organizaciones civiles –no gubernamentales- ante la problemática de la desaparición forzada de personas, en contextos de violencia política, conflictos armados internos y situaciones de violencia extremas, provocadas por el crimen organizado. Todas ellas fueron situaciones en donde se ha requerido de la aplicación de la disciplina, en los procesos de búsqueda e identificación de personas. [10,13,14,15,16]

Como mencionamos previamente, este desarrollo generó la actualización de protocolos de actuación en la disciplina a nivel local y regional, así como la conformación de entidades profesionales para la validación de metodologías y certificación de sus profesionales tales como el Directorio Asociación Latinoamericana de Antropología Forense

–DALAF- y el *American Board of Forensic Anthropology* -ABFA-.

A la fecha, en el caso de Argentina, profesionales de la antropología colaboran desde distintos espacios institucionales académicos y periciales[17] para atender solicitudes de la justicia que involucran restos esqueletizados.[18-19]

En el ámbito judicial de la República Argentina, dos instituciones médico legales desarrollaron, tempranamente, servicios vinculados al tratamiento pericial de restos esqueletizados: el mencionado SAF, de nuestra casa, y el Instituto Médico Forense (IMF) de la Provincia de Córdoba. Este último, formaliza el *Servicio de Antropología Forense* en el año 2016, con una impronta de tratamiento integral de actuación pericial antropológico forense, desde el momento del hallazgo hasta el vínculo con los familiares de los fallecidos, sumando la tutela del *Banco de Datos de Cadáveres y restos cadavéricos no identificados del IMF*.[18]

EL SERVICIO DE ANTROPOLOGÍA FORENSE DE LA MORGUE JUDICIAL DE LA NACIÓN: LABOR PERICIAL Y ACADÉMICA.

El SAF de la Morgue Judicial de la Nación desde sus inicios ha impulsado actividades académicas diversas, en colaboración, entre otros, con la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y con el EAAF. La primera se volvió escenario del Curso de Introducción a la Antropología Forense (con más de veinte ediciones) y ha dado lugar a la materia Antropología Forense, dentro del Curso de Especialización en Médico Legista, que se dicta hasta el día de hoy. Conservando este impulso por fomentar labores educativas, en el año 2024 se da inicio a la conformación de la **Colección osteológica académica SAF**, incorporando casos significativos, a los fines de entrenamiento y capacitación, una vez cumplidos los requerimientos legales, éticos y administrativos.

En el SAF se efectúan pericias solicitadas por los juzgados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Juzgados Federales y Juzgados Provinciales, a través del Juzgado Nacional de Rogatorias. En línea con los parámetros contemporáneos de la investigación antropológica forense y con los requerimientos contemplados para la autopsia médico legal, ésta actuación pericial es sistematizada, completa, metódica e ilustrada.[6-8] A su vez, debe efectuarse con prontitud, de manera efectiva e imparcial y volcarse en un informe pericial en la materia. Dependiendo de la integridad y el estado general de los restos, el análisis antropológico *post mortem* aporta diagnósticos significativos para la investigación, vinculados a distintos puntos periciales. Entre ellos:

- Determinar la naturaleza de los restos: óseo o no óseo, humano, no humano o indeterminado.
- Diagnosticar si revisten o no importancia médico-legal o interés forense.
- Estimar el perfil biológico: sexo, afinidad poblacional, rango de edad osteológica y estatura.
- Describir e interpretar las condiciones patológicas y las variantes anatómicas, rasgos *antemortem.*
- Describir hallazgos traumáticos peri-mortem, ocurridos en torno a las circunstancias de la muerte de la persona.
- Describir e interpretar los cambios tafonómicos (procesos de transformación cadavérica) y daños *post mortem*.
- En el caso de conjuntos óseos: estimar el número mínimo de individuo (MNI) presente en el conjunto, proceder a su re individualización, de ser viable, evaluar las características significativas del conjunto vinculadas a su perfil biológico y traumático, entre otros.
- Estimar el intervalo *post mortem* (PMI).

• Proceder a la toma de muestras óseas para análisis genético con fines identificatorios o de resguardo, según proceda.Vista la complejidad inherente a este tipo de casos y de acuerdo al paradigma actual en investigación, un adecuado abordaje metodológico marca la necesidad de trabajar en conjunto con el Departamento de Tanatología y otros laboratorios y servicios forenses, tales como Radiología, Odontología, Análisis Clínicos e Histopatología. Dicha articulación se facilita a través de la Coordinación de los Laboratorios. Asimismo, la vinculación con el Departamento de Genética se desarrolla de forma asidua, coordinando tomas de muestras para análisis genéticos, para obtención de perfiles a los fines identificatorios.

Gráfico 1. Análisis *post mortem* en Antropología Forense. Puntos periciales de interés.

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ESTÁNDAR SAF

Durante los últimos años, los esfuerzos del SAF en el área de gestión estuvieron orientados a la generación de protocolos de actuación y formatos administrativos que involucran restos esqueletizados bajo la órbita del Servicio. En este sentido, y en colaboración con el Departamento de Tanatología, se generaron las *"Pautas sugeridas para el tratamiento de conjuntos de restos óseos mezclados diagnosticados como de no interés tanatológico"* y se acordó el contenido del *"Certificado de defunción en casos de restos esqueletizados"*. A su vez, y *ad referéndum* de la Dirección Médica, se elevó el documento *"Guía de procedimiento Servicio de Antropología forense para catástrofe o eventos con múltiples víctimas"*. En términos de lineamientos de análisis particular, hemos colaborado con iniciativas que focalizan en el tratamiento de autopsias en casos de muerte, en contexto de violencia de género.

Estos esfuerzos en gestión dieron otro avance cualitativo durante el año 2024, plasmado en la **Guía de Procedimiento Estándar del Servicio de Antropología Forense de la Morgue Judicial de la Nación**, aprobado el 26 de marzo de 2025, mediante resolución N° 8/2025 del Decanato del Cuerpo Médico Forense.

Los lineamientos referidos en la Guía del SAF se concentran en la práctica de laboratorio y articulan con el *Manual de estrategias complementarias de Autopsia.*[20] Se adecúan a contextos de análisis *post mortem* antropológico forense bajo condiciones regulares de examen, detallando las pautas a considerar en cada uno de los pasos, procedimientos y diagnósticos.[21] En sintonía con los fundamentos que dieron origen al Servicio y con los parámetros internacionales de las ciencias forenses su espíritu integra una concepción interdisciplinaria para el abordaje de un caso.[1,8,22] A su vez, atiende a los requerimientos y pautas concernientes al informe pericial, el registro digital y fotográfico; a las condiciones de resguardo y conservación de los elementos óseos bajo custodia y a las recomendaciones relacionadas con procedimientos de toma de muestras óseas de la guía del *Servicio de Genética Forense del Cuerpo Médico Forense*[23] y de salud y seguridad establecidos por el Servicio de Seguridad e Higiene de la Morgue Judicial de la Nación.

FORTALECIMIENTO DE LA PRÁCTICA PERICIAL EN ANTROPOLOGÍA FORENSE: PUNTOS EN AGENDA A FUTURO

A partir de los antecedentes presentados, destacamos los puntos de agenda con los cuales nuestro servicio se encuentra comprometido y consideramos significativos para consolidar el rol de la antropología forense en el ámbito pericial del sistema de justicia:

1.- Fortalecer la cooperación pericial entre las ciencias forenses. Es desde este diálogo, y en la práctica, que se ampliarán y ajustarán los aportes de la antropología forense en la investigación médico legal.

2.- Dado el indudable carácter interdisciplinario de la investigación forense en la actualidad, es necesario avanzar en estrategias de emisión de dictamen conjunto e integrado. Consideramos que una instancia de conclusiones médico legales integradora sería una herramienta valiosa a la hora de elevar a las autoridades judiciales resultados periciales cada día más especializados. Asimismo, destacamos la relevancia de contar con acceso al sitio de hallazgo y/o búsqueda de restos esqueletizados o, en su defecto, con la documentación pericial

relativa a esta instancia a los fines de un correcto levantamiento e incorporación de esta información contextual a la pericia correspondiente.

3.- En línea con lo expresado anteriormente, resulta particularmente relevante en el caso de cuerpos con su integridad comprometida y a los fines de su correcta identificación contar con una instancia abocada a la conciliación de datos[24]. La identificación o la exclusión de identificación de restos No Nominados (N.N.) es un proceso de comparación de datos *antemortem* y *post mortem*. En él intervienen distintas fuentes de información y variables. Entre ellas, el perfil genético, el perfil biológico, las características odontológicas, información registrada en historial clínico, imágenes radiológicas, fichas odontológicas, entre otros. Es altamente recomendable expresar la consistencia o disidencia entre estos resultados, elaborando una conclusión con participación de los peritos involucrados en el análisis del caso.

4.- En el marco del proceso de transición hacia el sistema acusatorio, resulta recomendable medir el impacto de la incorporación de los diagnósticos y resultados producidos desde la antropología forense al curso del proceso legal. Consideramos que este análisis permitirá evaluar nuestro desempeño técnico-científico, así como el valor probatorio que dichos aportes adquieren en el contexto del nuevo estándar procesal.

5.- Interactuar con otros Servicios y áreas periciales en antropología forense del país y alcanzar consensos para estandarizar los lineamientos mínimos de la práctica pericial nacional, desde la escena de hallazgo y/o búsqueda, hasta el destino final de los restos analizados y bajo resguardo.

6.- Reconocer los desafíos y áreas pendientes de desarrollo dentro de nuestra disciplina frente a la tipología de casos que se presentan rutinariamente para evaluación pericial. En esta línea, desarrollar colaboraciones con ámbitos de investigación científica a los fines de dar respuesta de aplicación pericial. Uno de los puntos de pericia troncales para la investigación en donde esta colaboración sería significativa es la relacionada al intervalo *post mortem* o tiempo de muerte. Puntualmente, en nuestro caso, para cadáveres hallados en zonas urbanas. Otro ejemplo lo conforma el análisis crítico de definiciones utilizadas en la interacción interdisciplinaria, como es la comprensión del intervalo *perimortem* y su solapamiento con la concepción de lesión vital/no vital. Los estudios actualísticos en tafonomía y antropología pueden dar respuestas a estas inquietudes.

7.- Las ciencias forenses en general y las ciencias antropológicas en el Siglo XXI, en particular, se han visto afectadas tanto por las innovaciones tecnológicas y científicas como por el tránsito hacia un paradigma de tratamiento forense interdisciplinario y humanitario. En este contexto, se torna relevante promover espacios académicos y periciales para la reflexión y el monitoreo bioético de la investigación con restos humanos esqueletizados, desde una perspectiva contemporánea. [4, 25-30]

Tenemos que intentar volver a unir esa dualidad de la esencia humana que la muerte separó, ver desde la materialidad del cuerpo al individuo que formó parte de una familia, de un grupo social (Dib y Ginarte, 2025:77).

BIBLIOGRAFÍA

1. Aranda C, Barrientos G, Del Papa MC. Código deontológico para el estudio, conservación y gestión de restos humanos de poblaciones del pasado. Rev Argent Antropol Biol. 2014;16(2):111–113. Disponible en: https://revistas.unlp.edu.ar/raab/article/view/797
2. Ametrano SJ. Los procesos de restitución en el Museo de La Plata. Rev Argent Antropol Biol. 2015;17(2). Disponible en: https://revistas.unlp.edu.ar/raab/article/view/1511
3. Menyhart RC, Longley L. NAGPRA 2024. 2024. Disponible en: https://www.taftlaw.com/news-events/law-bulletins/nagpra-2024-revamped-rule-strengthens-process-for-museums-and-universities-to-heal-prior-inequities-and-rebuild-tribal-relationships/ (Consulta: septiembre 2025).
4. Licata M, Bonsignore A, Boano R, et.al. Study, conservation and exhibition of human remains. Acta Biomed. 2020; 91:e2020110. doi.org/10.23750/abm.v91i4.9674
5. Jones D. Anatomists' uses of human skeletons. Anat Sci Educ. 2023;16. https://doi.org/10.1002/ase.2280
6. Trezza F, Lossetti O, Patito JA. La autopsia médico legal. Cuad Med Forense. 2003;3(2):43–55.
7. Maffia Bizzozero S, Saldeña Matías E. Formulario de autopsias 2024: modelo interno de la Morgue Judicial de la Nación. Cuad Argent Cienc Forenses. 2024;2(1).
8. GLAAF. Guía Latinoamericana de buenas prácticas en Antropología forense. Asociación Latinoamericana de Antropología Forense – CICR; 2016. p. 27.
9. Naciones Unidas. Protección de los muertos (A/HRC/56/56). Consejo de Derechos Humanos; 2024.
10. EAAF. Informe Anual 2005. 2005. Disponible en: www.eaaf.com. (Consulta: sep-tiembre 2025).
11. Aranda C, González C, Turner S. Contribuciones de la antropología forense y la bioarqueología a la ciencia y la justicia. Rev Int Antropol Odontol Forense. 2021;4(2).
12. Aranda C, Belfiore S, et al. Primeros pasos en la conformación de la colección Lobos. Rev Int Antropol Odontol Forense. 2021;4(2):62.
13. Dutrénit S. Los equipos de antropología forense en América Latina. Democracia y Derechos. 2013;2:25–53.
14. Revista de la Asociación Latinoamericana de Antropología Forense (RALAF). Prefa-cio. Rev Asoc Lat Antropol Forense. 2023;1(1), octubre.
15. Olmos DM. Al sur del ecuador: Continuidad y cambio de una disciplina forense aplicada a contextos de violencia política. Rev Asoc Lat Antropol Forense. 2023;1(1):9–23.
16. Dib MD, Ginarte A. El estudio de la materialidad del cuerpo desde la medicina y la antropología forense. En: Moretti C, et al., editores. Investigación forense con perspectiva de género. Buenos Aires: Editorial Jusbaires; 2025. p. 75–86.
17. Por ejemplo: Servicio de Antropología Forense de Córdoba, Unidad de Investigación en Bioarqueología y Antropología Forense –UIBAF–, Laboratorio de Investigaciones en Ciencias Forenses –LICIF–, Equipo Mendocino de Arqueología y Antropología Forense –EMAAF–, Gabinete de Antropología Forense –GAFNEA–UNNE–, Servicio tecnológico de alto nivel –STAN–, Laboratorio de Osteología Forense e Identificación Humana –LOFID–.
18. Ginarte A, González CV. Desarrollo e institucionalización de la Antropología Forense en Córdoba. Rev Int Antropol Odontol Forense. 2021;4(2).
19. Mansegosa D, Giannotti S, Marchiori J, et al. Antropología Forense en Mendoza. En: Laguens A, et al., compiladores. Libro de Resúmenes del XX Congreso Nacional

de Arqueología Argentina. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; 2019. p. 661–665.
20. Maffia Bizzozero S, coordinador. Estrategias complementarias para la realización de autopsias médico legales. 2ª ed. Buenos Aires: Morgue Judicial de la Nación, Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional; 2024. Diciembre.
21. Corte Suprema de Justicia de la Nación. Plan de Actuación en Situación de Emergencia. Protocolo para el abordaje integral de catástrofe, desastre e incidente con víctimas múltiples. Cuerpo Médico Forense y Morgue Judicial; 2025.
22. American Academy of Forensic Sciences (AAFS). ANSI/ASB Best Practice Recommendations for Forensic Anthropologists. AAFS Standards Board; 2018-25.
23. Servicio de Genética Forense. Requerimientos para la obtención de muestras provenientes de Morgue Judicial. Edición 2022.
24. Salado Puerto M, et al. The search process. Forensic Sci Int Synergy. 2021;3. https://doi.org/10.1016/j.fsisyn.2021.100154
25. Squires K, Errickson D, Márquez-Grant N, editores. Ethical Approaches to Human Remains. Springer Nature; 2019. https://doi.org/10.1007/978-3-030-32926-6
26. Passalacqua NV, Pilloud MA. Ethics and Professionalism in Forensic Anthropology. Elsevier; 2018.
27. Red Iberoamericana de Instituciones de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Guía de Principios Éticos. Rev Méd Urug. 2018;34(2):43–46.
28. Márquez-Grant N, Passalacqua NV, Pilloud MA, et al. Ethical concerns in forensic anthropology. In: Squires K, et al., editors. Ethical Approaches to Human Remains. Springer; 2019. p. 347-366. doi: 10.1007/978-3-030-32926-6.
29. Nuffield Council on Bioethics. The forensic use of bioinformation. Londres: Nuffield Council; 2007. ISBN: 978-1-904384-16-8.
30. García-Mancuso R, Plischuk M, Desántolo B, et al. Ethical considerations in human remains based research in Argentina. In: Squires K, et al., editors. Ethical Approaches to Human Remains. Springer; 2019. p. 447-464. doi: 10.1007/978-3-030-32926-6.

CAPACIDAD PARA PRESTAR DECLARACIÓN EN EL FUERO PENAL: VALORACIÓN FÍSICA

(COMPETENCY TO STAND TRIAL IN THE CRIMINAL COURT: PHYSICAL ASSESSMENT)

Roberto Ricardo Glorio[1], Víctor Pafundi[2].

RESUMEN

Introducción: La capacidad para declarar se refiere al estado de salud psico-corporal en el cual el imputado es capaz de comprender razonablemente aquello que se le enrostra y capaz de defenderse de ello.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo sobre casos penales ingresados durante el año 2024 al Cuerpo Médico Forense (C.M.F.). El objetivo general consistió en analizar aquellos en los que se solicitó la evaluación física para determinar la capacidad para declarar.

Resultados: En la muestra de 50 casos, 92 % fueron de sexo masculino. El 50 % estaba en el rango de edad de 27- 59 años. Los informes fueron realizados con las constancias documentales (44 %) y con el examen físico del imputado en la Institución (52 %). Entre los que no estaban "aptos para declarar" (44 %), las patologías fueron: cardiovascular (31,8 %); neoplásica (31,8 %); traumática (13,6 %); etc. La media de tiempo entre el ingreso del requerimiento judicial y la realización del informe pericial fue de 38,8 días.

Comentarios: Ante la necesidad de la evaluación de la capacidad para declarar de un imputado, sería conveniente efectuar inicialmente el examen psíquico, que podría ser realizado a través de una plataforma digital y si como consecuencia de ello, este resultara competente correspondería que se efectúe el examen físico en la Institución.

PALABRAS CLAVE: *competencia para declarar, aptitud para declarar, medicina legal.*

ABSTRACT: The capacity to testify refers to the psycho-physical health condition in which the defendant is reasonably able to understand the charges brought against him/her and capable of defending themselves accordingly.

Materials and Methods: An observational, cross-sectional, and retrospective study was conducted on criminal cases submitted to the Forensic Medical Corps during 2024. The main purpose was to analyze those cases in which a physical examination was requested to determine the defendant's capacity to testify.

Results: in the sample conformed by 50 cases, 92% were male. Fifty percent were within the 27–59 age range. Reports were prepared based on documentary evidence (44%) and on the physical examination of the defendant conducted at the Institution (52%). Among those deemed "unfit to testify" (44%), the diagnoses included cardiovascular disease (31.8%), neoplastic disease (31.8%), traumatic injury (13.6%), among others. The time lapse between the reception of the judicial request and the issuance of the expert report was of 38.8 days.

Comments: when assessing a defendant's capacity to testify, it would be advisable to first conduct a psychological evaluation, which could be performed through a digital platform. If, as a result of that assessment, the individual is found competent, the physical examination should then be carried out at the Institution.

KEYWORDS: *competency to stand trial; fitness to stand trial, legal medicine.*

[1]Profesor Regular Adjunto Medicina legal Universidad de Buenos Aires (UBA). Perito Médico del Cuerpo Médico Forense.
[2]Perito Psiquiatra del Cuerpo Médico Forense, Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Contacto: rglorio@fmed.uba.ar

INTRODUCCIÓN

La valoración de la "capacidad para prestar declaración" muchas veces genera dificultad en los profesionales de la medicina dado que no surge una definición jurídica clara ni tampoco hay criterios médicos concretos acerca de qué significa o comprende exactamente.

El problema tiene su origen en la terminología que deriva más de una definición legal que médica. En otros países se utilizan términos diferentes, tales como "aptitud" en Australia, Nueva Zelanda y el Reino Unido mientras que en los Estados Unidos se usa el término "competencia". [1,2]

Desde el punto de vista jurídico, la capacidad para prestar declaración se vincula con una norma que es el art. 77 del Código Procesal Penal de la Nación, que dice: "Si durante el proceso sobreviniere la incapacidad mental del imputado, el tribunal suspenderá la tramitación de la causa… la suspensión del trámite del proceso impedirá la declaración indagatoria o el juicio, según el momento que se ordene, sin perjuicio de que se averigüe el hecho o se prosiga aquel contra los demás imputados. Si curare el imputado, proseguirá la causa a su respecto."

Este artículo se refiere a las personas que al momento de cometer un delito no detentaban incapacidad mental alguna, y esta resulta ser sobreviniente al hecho ilícito. Al constatarse la incapacidad mental del imputado, el proceso judicial deberá suspenderse, sea que la causa esté en etapa de instrucción o elevada a juicio, teniendo en miras siempre resguardar el derecho de defensa del encausado.[3]

Según Mariano Castex, la capacidad para estar en juicio es "estar en el uso y goce de un estado de salud psico-corporal que permita la comprensión y la comunicación plenas en su estar en juicio". Ello implica la "exigencia de una salud psicofísica suficiente para poder comprender el contenido del juicio y hacerse comprender a través del ejercicio de una defensa adecuada… un proceso complejo en donde se exige un mínimo y aceptable estado de salud mental y corporal, en armónica interacción con el medio circundante". [4]

En un sentido similar, Daniel Silva, "entiende por capacidad para estar en juicio, aquel estado de salud psico-corporal en el cual el imputado es capaz de comprender razonablemente aquello que se le enrostra y capaz de defenderse de manera razonable –en conjunto con sus letrados– de aquello que se le enrostra." [5]

Según Cristian Rando, desde el punto de vista cardiológico, la capacidad física implica "A) un sistema nervioso apto para percibir y expresarse. B) un estado cardiovascular y metabólico suficiente y estable. C) un período evolutivo posterior al episodio crítico de salud, de consolidación y estabilidad clínica que permita prever un pronóstico favorable". [6]

Cabe remarcar, por otra parte, que la imposibilidad de declarar no se limita solo a posibles enfermedades psíquicas o limitaciones de comprensión intelectuales, sino que incluye otras causas derivadas de problemas físicos que impacten en su capacidad intelectual.

En definitiva, se trata de determinar si el imputado tiene capacidad de ser sometido a investigación o enjuiciamiento, si tiene capacidad de autodefensa, de manera que resulta necesaria la evaluación tanto psíquica como física, dado que puede ocurrir que psíquicamente tuviera capacidad de estar en juicio pero su condición médica lo limite por el riesgo que ello representa. [7]

Por otra parte, también hay que considerar que la capacidad para declarar puede ser afectada por situaciones temporales o permanentes. Por ejemplo,

la situación temporal se produce en estados de intoxicación aguda, enfermedades agudas o crisis debidas a enfermedades crónicas, estrés, depresión, etc. Dentro de las permanentes tenemos a las enfermedades cardiovasculares, neoplásicas, demencia; grado avanzado de enfermedades crónicas, cuadros en su fase terminal (tumores malignos, cirrosis descompensada, uremia no susceptible de diálisis y las lesiones cerebrales con deficiencias neurológicas severas). Sumado a ello, están las enfermedades psicóticas, los trastornos mentales graves y las deficiencias mentales que pueden limitar o eliminar por completo la capacidad de la persona para seguir los procedimientos y para tomar parte activa en su defensa. [8]

Resulta evidente que también hay situaciones especiales, por ejemplo cuando el imputado desarrolla un componente de simulación o cuando se requiere la evaluación de algún especialista en particular. [9, 10]

El objetivo general consistió en analizar los casos en los que se solicitó la evaluación física para determinar la capacidad para declarar en el marco de un proceso penal, ingresados durante el año 2024, al Cuerpo Médico Forense del Centro de Asistencia Judicial Federal.

Los objetivos específicos, fueron los siguientes:

- Identificar "edad y sexo" de los evaluados.
- Precisar la cantidad de informes periciales realizados, según su fuente, es decir con las constancias documentales remitidas, con el examen físico del evaluado en el C.M.F. o con la asistencia del perito médico al hospital donde se hallaba el imputado.
- Definir cuáles fueron las conclusiones de los informes periciales efectuados.
- Conocer las causas que determinaron impedimentos físicos para enfrentar proceso penal.
- Determinar el tiempo transcurrido entre la "fecha de ingreso del requerimiento judicial" y la "realización del informe pericial".

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo en el C.M.F., una Institución conformada por profesionales de la medicina que está jerárquicamente integrada dentro de la estructura de la Instancia Superior del Poder Judicial Argentino. Este dispone de una base de datos consolidada que contiene la información acumulada de larga data.

El propósito del estudio consistió en recopilar la información existente en la base de datos de dicha Institución, respecto de los requerimientos judiciales del año 2024 en los que se solicitó la evaluación física para determinar la capacidad para prestar declaración en el marco de un proceso penal.

Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal y retrospectivo, en el cual se analizaron 50 informes periciales, procedentes del año 2024.

Para la selección de los sujetos de la muestra del estudio, se utilizó la estrategia no probabilística de muestreo consecutivo.

La población de estudio fue definida a partir de los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

El criterio de inclusión que se aplicó para la selección de la muestra corresponde a los expedientes ingresados a la Institución, durante el año 2024, a partir del requerimiento judicial de la evaluación del aspecto físico para analizar la capacidad para declarar del imputado en el fuero penal.

Cabe remarcar que dentro del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional intervienen para ello los profesionales integrantes del Departamento de Clínica, Cirugía y especialidades Médico legales que incluyen clínicos, pediatras, obstetras,

traumatólogos, cirujanos, etc. excluidos los psiquiatras y tanatólogos.
Entre los criterios de exclusión se consideraron aquellos expedientes provenientes de la jurisdicción penal que ingresaron en varias oportunidades en tiempos diferentes y provienen de una misma causa y aquellos que correspondían a la valoración del estado de salud sin puntualizar en la capacidad para declarar.
De las 83 causas ingresadas a la Institución, con el código de ingreso "Capacidad para prestar declaración" durante el año 2024, aplicados los criterios referidos, se identificaron 50 causas y se procedió a la localización de los informes periciales correspondientes elaborados por los profesionales de la medicina que integran el C.M.F.
Se configuró una base de datos Excel en la que se han introducido los datos recogidos previamente de manera manual mediante la cumplimentación de una hoja de datos. Una vez recogidos los datos y plasmados en la base de datos, se procedió a realizar su procesamiento estadístico para extraer la información que se expondrá en los resultados.

Los datos recabados se analizaron con el soporte técnico del *software IBM® SPSS® Statistics v. 30.0*, a través de la estadística descriptiva e inferencial.[10]
Se efectuó el análisis descriptivo de las variables calculando la media y desviación estándar para las variables cuantitativas que siguen una distribución normal.

RESULTADOS

Las variables analizadas en los 50 informes periciales fueron las siguientes:

1) Características de los damnificados: edad y sexo.
-Edad: A los fines de obtener mayor claridad se establecieron grupos etarios acorde a la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) que son los siguientes: Adolescencia (12 - 18 años); Juventud (19 - 26 años); Adultez (27- 59 años); Persona Mayor (60 años o más). En el año 2024 se evidenció, en orden de frecuencia, lo siguiente: Adultez = 25 casos (50 %); Persona Mayor = 23 casos (46 %); Juventud = 2 casos (4 %). La media fue de 56,2 años (IC 95 %: 30,95-81,44).
(Figura 1)

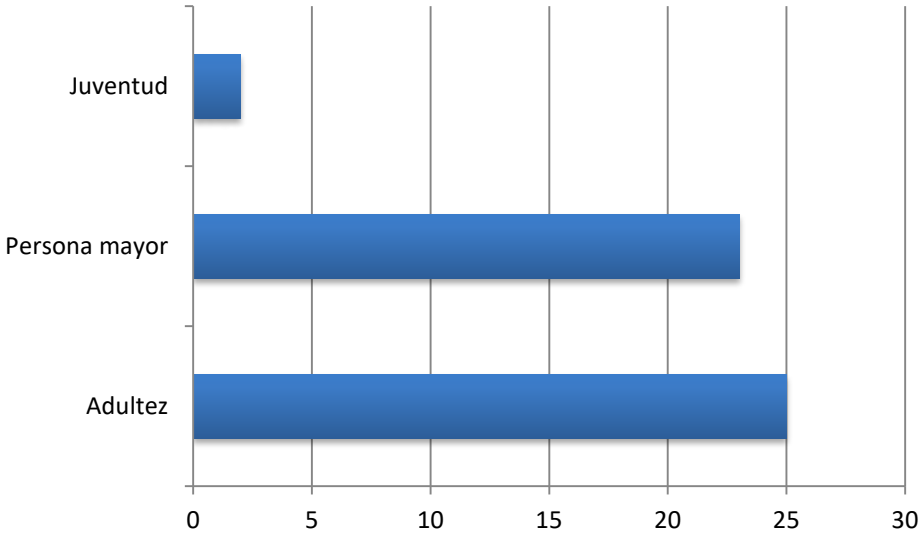


Figura 1. Número de casos en función del grupo etario.
Elaboración propia.

-Sexo (asociado a las características físicas y fisiológicas): La distribución evidenció un mayor número de casos de sexo masculino (46 casos) que representan el 92 % de la muestra. Solo se presentaron 4 casos del sexo femenino durante el año 2024.

2) Cantidad de informes periciales realizados según su fuente

De la totalidad de informes realizados, en 22 casos (44 %) fueron efectuados con el análisis de las constancias documentales remitidas. En el análisis de dicha documental, se solicitó en 3 oportunidades la interconsulta con médicos especialistas de la Institución (2 de cardiología y 1 de neurología). En la evaluación efectuada con las constancias, en 12 casos (54 %) se concluyó como "no aptos para declarar". Por otra parte, en 26 casos (52 %), los informes fueron efectuados con el examen físico del evaluado efectuado en la Institución. En estos casos, en 13 oportunidades fue solicitada la interconsulta con médicos especialistas de la Institución (11 de cardiología, 1 de oftalmología y 1 de odontología). De dicha evaluación, en 16 casos (61 %), resultaron "aptos para declarar". Cabe destacar que en 1 caso se efectuó el examen a través de una plataforma digital (Zoom). En 2 casos (4 %), el informe pericial fue realizado luego de la asistencia del perito médico a la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital donde se hallaba el imputado.
(Figura 2)

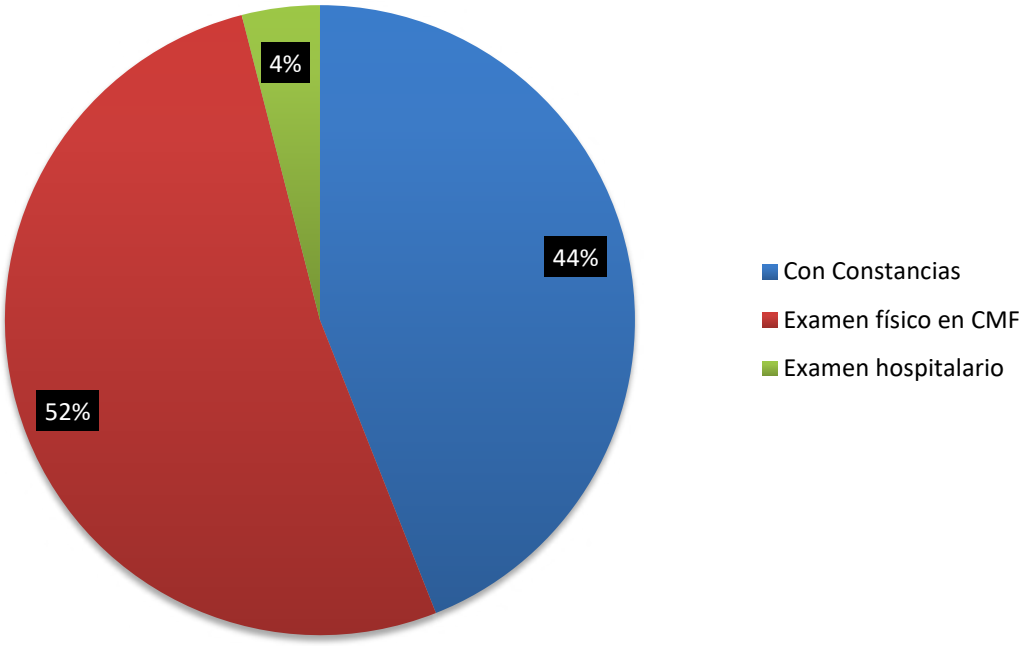


Figura 2. Cantidad de informes periciales según su fuente. Elaboración propia.

3) Conclusiones de los informes periciales realizados

En 24 casos (48 %) se consideró que los evaluados estaban "aptos para declarar", en 22 casos (44 %) que "no estaban aptos para declarar" y en 4 casos (8 %) no se pudo definir una conclusión (en 3 casos no resultó posible y en 1 caso el informe dejó librada su conclusión al examen psíquico). Cabe destacar que en los casos "aptos para declarar", en 3 se planteó que la declaración del imputado se realizara de manera virtual (por Zoom) y en otros 3 que fuera durante un corto tiempo, sin precisar un tiempo definido.

4) Causas que determinaron impedimentos físicos para enfrentar proceso penal

En los 22 casos en los que se concluyó que el imputado no estaba "apto para declarar", las patologías detectadas fueron las siguientes:

- Cardiovascular, en 7 casos (cardiopatía coronaria, hipertensión arterial, dislipemia, obesidad mórbida, diabetes mellitus, stress, patología valvular cardíaca).
- Neoplásicas, en 7 casos (linfoma de Hodgkin, cáncer de colon, de vías biliares, de próstata, neuroendócrino) en algunos casos asociados a metástasis o quimioterapia.
- Traumáticas, en 3 casos (con traumatismos encefálicos, fracturas de pelvis, codo, lumbar) con secuelas neurológicas.
- Neurológicas, en 2 casos (accidente cerebrovascular, hemorragia subaracnoidea) con secuelas neurológicas (disartria, hemiparesia, déficit cognitivo).
- Múltiples patologías, en 2 casos (hipoacusia severa, visión bultos, antecedentes cardíacos, trastornos cognitivos, enfermedad de Parkinson).
- Herida de arma de fuego, en 1 caso. *(Tabla 1)*

Patología	Causas (n= 22)	Porcentaje
1- Cardiovascular	7	31,8 %
2- Neoplásica	7	31,8 %
3- Traumática	3	13,6 %
4- Neurológica	2	9,0 %
5- Múltiple	2	9,0 %
6- Herida de arma de fuego	1	4,5 %

Tabla 1. Patologías detectadas en los "No aptos para declarar". Elaboración propia.

5) Tiempo transcurrido entre la "fecha de ingreso del requerimiento judicial" y la "realización del informe pericial".
Se analizó el tiempo transcurrido en días. El plazo de tiempo entre fecha de ingreso del requerimiento judicial y la realización del informe pericial en el año 2024 tuvo una media de 38,8 días (IC-95 %: 23,9 - 53,7).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En relación a los objetivos planteados en este trabajo de investigación, se pueden efectuar las siguientes conclusiones:

● Respecto a la distribución por edades de los evaluados, el rango de edad donde se constató el mayor número de afectados fue el de la adultez (27- 59 años) que constituyó el 50 % de la muestra. En relación al sexo, se constató un neto predominio del sexo masculino que representó el 92 % de la muestra.

● En cuanto a los informes periciales, aquellos realizados con el aporte de las constancias documentales remitidas constituyeron el 44 % de la muestra. De ellos, resultaron "no aptos para declarar" un 54 %. Por otra parte, los informes realizados con el examen físico del evaluado en el C.M.F. representaron el 52 % de la muestra. De ellos, resultaron "aptos para declarar" un 61 %. En 2 casos, el informe pericial fue realizado luego de la asistencia del perito médico a la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital donde se hallaba el imputado.

● En lo que respecta a las conclusiones de los informes periciales realizados, se consideró que los evaluados estaban "aptos para declarar" en el 48 %; "no aptos para declarar" en el 44 % y no se pudo establecer una conclusión en el 8 % de la muestra. Cabe destacar que en 3 casos de los "aptos para declarar" se planteó que la declaración se realizara a través de una plataforma virtual y en otros 3 que fuera realizada durante un corto tiempo (sin especificar la duración del mismo).

● Considerados los informes periciales cuyos resultados evidenciaron impedimentos físicos para enfrentar proceso penal, las patologías detectadas fueron: cardiovascular (31,8 %); neoplásica (31,8 %); traumática (13,6 %); neurológica (9,1 %); múltiple (9,1 %) y por arma de fuego (4,5 %).

● En relación al tiempo transcurrido entre la fecha de ingreso del requerimiento judicial y la realización del informe pericial, durante el año 2024, tuvo una media de 38,8 días.

Un aspecto a destacar del trabajo efectuado es la trascendencia de la fuente de datos utilizada, pues procede de una Institución que está jerárquicamente integrada dentro de la estructura del Poder Judicial Argentino (C.M.F.), de allí surge la relevancia de la información obtenida. Sumado a ello, los informes periciales corresponden a los profesionales de dicha Institución y en tal sentido, la Corte Suprema de la Justicia Nacional misma ha sostenido "que los informes del Cuerpo Médico Forense (C.M.F.) no solo son los de un perito, sino que constituyen el asesoramiento técnico de auxiliares de justicia cuya imparcialidad está garantizada por normas específicas (CS, Fallos: 319:103; 327:4827 y 6079)".[11]

En el caso de imputados que se encuentren en sitios alejados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, puede ocurrir en algunos casos que los peritos del C.M.F. se trasladen hacia dicho lugar, aunque también pueden intervenir las Asesorías Periciales Provinciales. [12]

Otro aspecto a considerar es que en algún caso se efectuó el examen físico a través de una plataforma digital. En tal sentido cabe destacar que dicha modalidad tiene múltiples limitaciones en la evaluación física de los imputados, dicho claramente el profesional no puede realizar acciones que requieren el tacto, la palpación y el

uso de instrumentos de diagnóstico (estetoscopio u otros) o la realización de ciertas maniobras para detectar cuadros específicos (ej. hernias, lesiones ligamentarias, etc.). Sin embargo, el uso de estas plataformas en la valoración psíquica tiene otro valor que ha sido reconocido y debe ser tenido en cuenta. [13-16] Esto constituye una de las razones por las que ante la evaluación de un imputado, sería conveniente efectuar inicialmente el examen psíquico, que podría ser realizado a través de una plataforma digital y si como consecuencia de ello resultara competente correspondería que se efectúe el examen físico. De hecho, la evaluación psíquica del imputado en el fuero penal ocurre en la gran mayoría de los casos, por ejemplo en Estados Unidos desde la década de 1970 hasta los últimos años varió entre aproximadamente 109.000 y 94.000 evaluaciones cada año. [17]

Respecto a la patología cardiovascular resulta fundamental definir el riesgo que presenta el imputado lo que incluye el pronóstico de la patología de base, la posibilidad de un incidente agudo y el factor stress. Los predictores cardiológicos de riesgo incluyen: Cardiopatía coronaria (Síndrome coronario agudo en Clase Funcional (CF) III o IV); Angioplastía coronaria transluminal percutánea; Cirugía cardiovascular; Valvulopatías severas sintomáticas; Insuficiencia cardíaca crónica CF III-IV; Vasculopatía periférica severa; CF < 4 Mets; Tromboembolismo pulmonar / Trombosis venosa profunda; Hipertensión pulmonar severa; Arritmias ventriculares malignas; Cardiopatías complejas: Displasia Arritmogénica del Ventrículo Derecho. En el caso del examen presencial del imputado, los estudios a realizar para efectuar la determinación de la capacidad funcional son el electrocardiograma, la radiografía de tórax y el ecocardiograma Doppler color. En ocasiones seleccionadas, se pueden efectuar pruebas evocadoras de isquemia tales como ergometría (prueba de esfuerzo), Ecostress, prueba de perfusión miocárdica.[18] En el caso de la patología neoplásica, factores como la quimioterapia, la radioterapia y la inmunoterapia pueden provocar efectos secundarios como neuropatías, deterioro cognitivo, fatiga extrema y alteraciones emocionales, lo que compromete la capacidad psicofísica de cada persona. Se describe en tal caso, un síndrome neurocognitivo que afecta la memoria, la concentración y la velocidad de procesamiento, los cuales pueden agravar la dificultad de testificar. Se proponen distintas escalas de evaluación; entre otras, para evaluar la fatiga relacionada al cáncer, la Escala Visual Análoga de Fatiga (EVA-F) y el Cuestionario de Fatiga de Piper (*Piper Fatigue Scale*); para el debilitamiento físico asociado a la patología oncológica, las escalas de Karnofsky (KPS) y ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*); para el dolor relacionado con el cáncer, la escala visual analógica (EVA), la escala numérica (EN) y la escala categórica (EC), etc.[19] Sumado a ello, en situaciones especiales, hay que considerar la valoración neurológica[20], oftalmológica, otorrinolaringológica, etc.

En definitiva, se trata de demostrar que el imputado tiene la capacidad psíquica y física para comprender los cargos, el procedimiento judicial así como también poder comunicarse de manera adecuada con su abogado y el Tribunal.

BIBLIOGRAFÍA

1- Samuels A, O'Driscoll C, Allnutt S. Fitness issues in the context of judicial proceedings. Australasian Psychiatry. 2007;15(3):212-16.

2- Kois L, Pearson J, Chauhan P, et al. Competency to Stand Trial Among Female

Inpatients. Law and Human Behavior. 2013; 37(4): 231-240.
3- Código Procesal Penal de la Nación, art. 77. En infoleg. Disponible online: https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/383/texact.htm Fecha de consulta: 9/09/2025.
4- Castex MN. Capacidad para estar en juicio. 1ra ed. Buenos Aires: Ed. Ad-Hoc, 2007. p. 139 y 78.
5- Silva D. Capacidad psicofísica para estar en juicio: "incapacidad sobreviniente": prisión domiciliaria. Cuad. Argent. Med. For. 2010; 2(2): 77-79.
6- Rando C. Capacidad psicofísica para estar en juicio: Enfoque físico. Cuadernos de Medicina Forense Argentina. 2010; 3(1): 5-16.
7- Marquievich M. Capacidad para estar en juicio. En: Manual de Psicología forense Argentino. 1ra ed. Buenos Aires: Edit. Liberate; 2021; p. 266-266.
8- Garcia Garduza I. Apto para declarar": ¿diagnóstico psiquiátrico o médico-forense? Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2015; 58(2): 5-16.
9- Fallo del Tribunal Oral en lo Criminal Federal Nro. 2. G., J. J. y otros s//Inf. Arts. 261, 269, 277, 144bis y 293 del C.P. – Incidente de suspensión del proceso por incapacidad de H. A. s/ causa (89789/2000/T01/169). 2017.
10- Fallo de Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional. T.D., D.J. s/ art. 77 C.P.P.N. Imputado, incapacidad sobreviniente, suspensión del proceso judicial, interpretación de la ley, cuerpo médico forense, enfermedades neurológicas. 2024.
11- Arnossi CG. Notas sobre la capacidad de los imputados para estar en juicio. Revista de Derecho Penal y Criminología. 2021; 11(7): 28-33.
12- Ahargo I. Suspensión del proceso por incapacidad mental sobreviniente: ¿un modo implícito de finalización del proceso penal?. Revista de Derecho Penal y Criminología. 2018; 8: 108-119.
13- Burgueño PA. Evaluación de la capacidad para estar en juicio y el uso de técnicas de información y comunicación remotas en la Justicia argentina. Vertex Rev Arg Psiquiatr. 2021; 32(152): 17-19.
14- Bari S, Arora P, Gupta AK, Singh M, et al. Tele-evidence: A video conferencing tool as a viable alternative to physical appearance of doctors for the judicial summons. J Postgrad Med. 2018; 64(4): 206-211. Disponible online: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6198697/ Fecha de consulta: 14/09/2025.
15- Brodsky SL, Johnson LN. Distractions in Forensic Evaluations. J Am Acad Psychiatry Law. 2019; 47(3):360-364.
16- Luxton DD, Niemi J. Implementation and Evaluation of Videoconferencing for Forensic Competency Evaluation. Telemedicine Journal and e-Health. 2019; 26 (7): 929-934.
17- Morris NP, McNiel DE, Binder RL. Estimating Annual Numbers of Competency to Stand Trial Evaluations across the United States. J Am Acad Psychiatry Law. 2021; 49: 530–539.
18- Rosenfeld B, Ritchie K. Competence to stand trial: clinician reliability and the role of offense severity. J Forensic Sci. 1998; 43(1): 151-157.
19- Marin R, Gámez DA, Martínez Álvarez M, Grecco ME. Pacientes oncológicos: Efectos de la enfermedad en su capacidad psicofísica para testificar. Cuadernos Argentinos de Ciencias Forenses. 2025; 3(1): 11-20.
20- Darby RR, Considine C, Weinstock R, Darby WC. Forensic neurology: a distinct subspecialty at the intersection of neurology, neuroscience and law. Nature Reviews Neurology. 2024; 20: 183-193.

5- Rogiers, A., Leys, C., Lauwyck, J. et. al(2020). Neurocognitive Function, Psychosocial Outcome, and Health-Related Quality of Life of the First-Generation Metastatic Melanoma Survivors Treated with Ipilimumab. Journal of immunology research, 2020, 2192480.
6- Hernández-Pérez F., Fernández-Rodríguez, E (2023). CHEMOBRAIN: estudio descriptivo sobre la función cognitiva en personas con una condición de salud oncológica en tratamiento quimioterapéutico. Revista Terapia Ocupacional Galicia, 20(2), 178-185.
7- de Jong, N., Candel, M. J., Schouten, H. C., Abu-Saad, H. H., & Courtens, A. M. (2005). Course of mental fatigue and motivation in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. Annals of oncology 16(3), 372–382.
8- Portela, M.A., Sanz, A., Martínez, M., & Centeno, C.. (2011). Astenia en cáncer avanzado y uso de psicoestimulantes. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 34(3), 471-479.
9- The Leukemia & Lymphoma Society. (2022). Fatiga relacionada con el cáncer. Recuperado de https://www.lls.org/sites /default/files/2022-11/FS3S_Cancer_ Related_Fatigue_October2022_Spanish.
10- Miovic, M., & Block, S. (2007). Psychiatric disorders in advanced cancer. Cancer, 110(8), 1665–1676.

LA INTERNACIÓN INVOLUNTARIA POR MOTIVOS DE SALUD MENTAL
CRITERIOS DE INTERNACIÓN Y CRITERIOS DE LEGITIMACIÓN EN EL MARCO DEL PARADIGMA SITUACIONAL

(INVOLUNTARY PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION: ADMISSION CRITERIA AND LEGITIMACY WITHIN THE FRAMEWORK OF THE SITUATIONAL PARADIGM)

Anibal Areco[1], Juan Manuel Areco[2], Maximiliano Luna[3]

RESUMEN

La internación involuntaria por motivos de salud mental constituye una medida judicial de protección de derechos, excepcional, de *ultima ratio*, facultativa[2], terapéutica y restrictiva. Su implementación se rige por estrictos requisitos legales y normativos. La internación involuntaria configura un instituto jurídico procesal[3] y, al mismo tiempo, un recurso terapéutico que se fundamenta en la determinación por parte del equipo interdisciplinario de que la persona, afectada por un padecimiento mental, se encuentra en una situación de riesgo cierto e inminente de daño para su vida, su integridad física o las de terceros; tal situación de riesgo debe estar condicionada por la existencia de un padecimiento mental[4]. Este enfoque es el fundamento del Paradigma Situacional. Este artículo distingue entre los criterios interdisciplinarios de internación y los criterios de legitimación de la internación involuntaria, considerando su interrelación indispensable y el proceso de su determinación, subrayando la importancia de ceñirse a un enfoque basado en el respeto irrestricto de los valores y derechos constitucionales fundamentales y de los principios bioéticos.

PALABRAS CLAVE: *internación involuntaria, riesgo cierto e inminente, peligrosidad, psiquiatría forense, paradigma situacional.*

ABSTRACT: Involuntary psychiatric hospitalization constitutes a judicial measure for the protection of rights that is exceptional, of last resort, discretionary, therapeutic, and restrictive. Its implementation is governed by strict legal and regulatory requirements. Involuntary hospitalization operates both as a procedural legal mechanism and a therapeutic resource grounded in the interdisciplinary team's determination that the individual, affected by a mental health condition, is in a situation of certain and imminent risk of harm to their own life or physical integrity, or that of third parties. This risk situation must be conditioned by the existence of a mental health condition. This approach forms the basis of the situational paradigm. This article distinguishes between the interdisciplinary criteria for admission and the legitimacy criteria for involuntary hospitalization, considering their essential interrelation and the process by which they are determined, underscoring the importance of adhering to an approach grounded in the unrestricted respect for fundamental constitutional values and rights, as well as bioethical principles.

KEYWORDS: *involuntary hospitalization, certain and imminent risk, dangerousness, forensic psychiatry, situational paradigm.*

[1]Perito Psiquiatra Forense, Cuerpo Médico Forense, Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.
[2]Licenciado en psicología. Perito de oficio PJN.
[3]Perito Psiquiatra Forense del Cuerpo Médico Forense, Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Contacto: aareco@csjn.gov.ar

"DUDH/ONU/1948
Artículo 3: Todos los seres humanos tienen derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona y de terceros"[1]

INTRODUCCIÓN

La realización de una internación involuntaria por motivos de salud mental ha sido históricamente un tema de intenso debate. De la necesidad de brindar, al momento de decidir una internación involuntaria, protección prioritaria a los tres derechos constitucionales fundamentales[5], el derecho a la vida (y sus extensiones al derecho a la salud, a la protección de la salud mental y a la internación), el derecho a la libertad y el derecho a la seguridad (individual y de terceros), surgen tensiones entre ellos; así como también surgen tensiones entre los principios bioéticos de Beauchamp y Childress[6]: el principio de no maleficencia/beneficencia, el principio de justicia y el principio de autonomía del paciente.

Como afirman Lorenzetti y Kraut[7], "todas las personas son titulares de *lege data* de derechos fundamentales genéricos y específicos. Entre los últimos derechos específicos, se hará referencia seguidamente al de internación. Como se verá, este instituto no será ya el reflejo de una sanción para la persona, no será un método de exclusión, sino que se erige como un derecho en cabeza de la persona cuando por su situación de extrema vulnerabilidad requiere de una especial atención. Derecho a la internación cuando corresponda a las necesidades insoslayables de la persona, o sea cuando resulta imperioso en su beneficio (sentido terapéutico)".[8]

Las internaciones involuntarias son medidas excepcionales de protección de derechos y están reguladas normativamente en el derecho civil por el Art. 41 del Código Civil y Comercial de la Nación (CCyCN, código de fondo)[9] y por los Art. 16 y del 20 al 26 de la ley 26.657 "Derecho a la Protección de la Salud Mental" (ley especial) y en el derecho penal las regulan el Art. 34, inciso 1°, párr. 2° del Código Penal de la Nación (código de fondo), los Art. 76 y Art. 77 del viejo Código Procesal Penal de la Nación (código de procedimiento) y los Art. 67, párr. 3° y Art. 68, párr. 2° del nuevo Código Procesal Penal Federal (CPPF)[10] del año 2019 (código de procedimiento). El nuevo Código Procesal Penal Federal en su Art. 67, párr. 3°, ya no habla de la reclusión del inimputable en un establecimiento adecuado, sino que establece que ante una presunción de inimputabilidad en el momento del hecho, se dará intervención a la Justicia Civil a fin que se resuelva sobre las medidas de protección de derechos de acuerdo a la Ley especial 26.657; el Art. 68, párr. 2° del CPPF establece que si sobreviniere un padecimiento mental, se comunicará al juez civil, al abogado defensor particular o al abogado defensor público para que se resuelva sobre las medidas de protección de derechos de acuerdo a la Ley especial 26.657. Este plexo normativo establece que hay tres tipos de internación por motivos de salud mental y adicciones: voluntaria, involuntaria y judicial. Entre la normativa complementaria, se destacan la ley 26.529 de Derechos del paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado y el Artículo 59 del CCyCN sobre el consentimiento informado.

En la Sección 3ª sobre "Restricciones a la capacidad" del CCYCN, el Artículo 41, inc. c, establece que "la internación involuntaria debe concebirse como recurso terapéutico excepcional". Así, para el CCyCN la internación involuntaria es una restricción a la capacidad jurídica de ejercicio y debe ajustarse a los principios

comunes del parágrafo 1° y a las reglas generales de la sección del Art. 31 del CCyCN. La legislación especial en salud mental (Ley 26.657), ha establecido además, un marco de mayores garantías, restringiendo esta medida a situaciones de emergencia (con riesgo de vida). Este plexo normativo se encolumna en el Paradigma Situacional, el cual prioriza la evaluación interdisciplinaria y multifactorial del riesgo situacional, con fundamento psicopatológico, en un contexto actual, longitudinal, diacrónico y biográfico, en el que se encuentra la persona, en contraposición al enfoque sincrónico en modo aquí y ahora, transversal, y meramente diagnóstico. Comprender los fundamentos de esta indicación terapéutica requiere diferenciar claramente los requisitos legales que legitiman la privación involuntaria de la libertad de los criterios interdisciplinarios que permiten realizar su indicación con un fin psicoterapéutico en la práctica clínica asistencial en salud mental.

MARCO CONCEPTUAL

La práctica asistencial en el campo de la salud mental, particularmente en lo que respecta a las internaciones involuntarias, impuso la utilización (fallida) de la fórmula internativa "presenta riesgo cierto e inminente". En esta fórmula, de uso también habitual en el ámbito judicial al solicitar requerimientos periciales, se utiliza el término "riesgo" como un rasgo o atributo de la persona. Si la persona "presenta riesgo", pasa a ser considerada una persona riesgosa para dañarse a sí misma o a terceros; así, se sostiene, y se le da continuidad y vigencia a la doctrina de la peligrosidad criminal de la escuela criminalística positivista italiana del siglo XIX, paradigma que la Ley 26.657 ha superado. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia de la Nación ya se expidió sobre la inconstitucionalidad y el carácter anticonvencional de la utilización del concepto de peligrosidad en el fallo Gramajo (CSJN Fallos. Tomo 329: Vol 3, Pág. 3696) del año 2006.[12]

La fórmula "riesgo cierto e inminente" sería entonces, un concepto abstracto, una yuxtaposición de significantes carentes de un significado preciso, resultando un criterio vacío de significado que falló en su implementación. Con respecto a la noción de "situación de riesgo", Valeria Vegh Weis[11] propuso que, "a los efectos de convalidar esta medida terapéutica (la internación involuntaria) debe encontrarse presente el "riesgo situacional" —"situación de riesgo cierto e inminente"— es decir que no es un rasgo propio de la persona, sino que de modificarse el ambiente de la persona, es posible que el riesgo ya no exista. Ello permite apartarse del concepto de peligrosidad, herencia del positivismo criminológico, que era concebido como un carácter inherente al sujeto y permitía especular sobre el comportamiento futuro de la persona, en flagrante vulneración del respeto a la autonomía, la libertad y la autodeterminación, y sin perjuicio de que la carencia de base científica de la peligrosidad ya había sido asentada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el fallo Gramajo".[12]

El marco conceptual incluye todo lo relativo al respeto y cumplimiento del proceso de consentimiento informado en la relación de los profesionales de la salud mental con las personas que asisten. Todas las decisiones e indicaciones psicoterapéuticas propuestas por los profesionales médicos o psicólogos, deben garantizar para su realización, el respeto a los valores de la persona y la autonomía[13] del paciente en la toma de decisión terapéutica, luego de recibir de parte del profesional, información completa, clara, precisa y adecuada sobre su estado de salud y la propuesta terapéutica. En el Capítulo 3 sobre

derechos y actos personalísimos de la persona humana, el CCyCN, en su Art. 59 sobre consentimiento informado para actos médicos, establece que el médico puede prescindir del consentimiento del paciente, ante una situación de emergencia (crisis de salud mental con riesgo de vida) y si considera que su actuación para resolverla debe ser urgente y necesaria, de acuerdo a su criterio médico (Art. 59 CCyCN, último párrafo).

Entre los antecedentes del enfoque situacional, en el año 2011, Toro Martínez proponía que "la ley plantea que su noción de riesgo es un atributo del momento y de la situación"[14], continuando el mismo autor sugiriendo realizar una asimilación de la noción de "estado" (desde una perspectiva médica) con la noción de "situación" para terminar concluyendo "que la ley entiende al riesgo de daño como un atributo de estado, esto es una situación en la que alguien se encuentra o está y luego puede salir y no estar" y que "es más propio del pensamiento médico diagnosticar un estado de riesgo que una condición de peligrosidad (que es un atributo de la persona)". Más adelante, en el año 2024[15], retomó la idea junto a J.M. Martínez Ferreti y M. Cesoni de que el riesgo es un atributo del momento y de la situación, para terminar postulando que "la ley entiende al riesgo de daño como un atributo de estado esto es una situación en la que alguien se encuentra y luego puede salir , "que para la ley el riesgo de daño constituye un estado", que "el criterio situacional debe entenderse como un estado psíquico" y al riesgo como "atributo de estado", postulados con los que no coincidimos desde nuestro enfoque situacional. Tampoco coincidimos con la idea que "deberá entenderse a la certeza como expresión de la convicción del equipo interdisciplinario acerca de la gravedad del mismo surgida de la evaluación clínica"[16], ya que los atributos de certeza e inminencia se refieren a la "situación de riesgo", y no a la convicción del equipo interdisciplinario en la toma de decisiones.

Desde el enfoque del Paradigma Situacional consideramos inadecuado plantear al riesgo como atributo de estado, ya que este enfoque sería equivalente al planteo positivista de la peligrosidad como atributo de la persona; seguir hablando de "estado" en el campo de la psiquiatría legal y forense, podría retrotraer la discusión al concepto de la doctrina, ya superada, del "estado peligroso"[17-18] concepto *princeps* del paradigma peligrosista, vinculado a un perfil conductual delictivo de carácter permanente, y fundamento del paradigma positivista y punitivista de la peligrosidad. Desde el enfoque peligrosista, Grispigni[19] afirmaba que "una persona es peligrosa en tanto sea psíquicamente anormal", llegando a afirmar Bonnet[20] que "se procederá a formular el diagnóstico y muy especialmente el pronóstico de peligrosidad del sujeto, o si se quiere en otros términos: el juicio de peligrosidad", posiciones que hoy se consideran inconstitucionales, inaceptables y superadas. La noción de estado, en el campo psicojurídico, remite indefectiblemente al concepto de "estado peligroso", concepto que representa una doctrina que el nuevo código CCyCN y la moderna legislación en salud mental desterraron. Recomendamos en este aspecto, a los profesionales integrantes de los equipos interdisciplinarios de salud mental, incorporar y retener para la redacción de un informe (dictámen) interdisciplinario la noción de la "situación de riesgo de daño cierto e inminente", en la que "riesgo" es un rasgo o atributo de la situación (riesgo situacional) y ya no como un atributo o rasgo de estado. El Art. 20 de la ley 26.657 se refiere a una "situación de riesgo" y no hace ninguna referencia al concepto o noción de estado,

que queda limitado en la ley 26.657 al "estado de lucidez" del inciso c del Art. 16 y al derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un "estado inmodificable" del inciso n del Art. 7; la noción de "situación de riesgo" del Art. 20 adquiere así una categoría de instituto jurídico y es el fundamento del Paradigma Situacional.

UNA INTERPRETACIÓN FALLIDA AL ART.20 DE LA LEY 26.657

La interpretación "oficial"[21] del Art. 20 de la Ley 26.657 que se impuso desde su sanción en el año 2010, estableció que el paradigma del riesgo venía a reemplazar al paradigma de la peligrosidad (criminal).[22] Sin embargo, esta interpretación no aportó claridad conceptual ya que el inciso a de dicho artículo exige la constatación interdisciplinaria de que una persona se encuentre en una *"situación de riesgo cierto e inminente"*, a la que hace referencia el 1er párrafo del artículo 20, únicamente con la finalidad de legitimar la privación de la libertad de la persona. Por tanto, que la persona se encuentre en una situación de riesgo cierto e inminente, no configura un criterio de internación, sino que se trata de un verdadero criterio de legitimación de la restricción a la libertad individual.

En el informe interdisciplinario (dictamen del Art. 20, Ley 26.657) es recomendable que los profesionales consignen a qué riesgo se refieren ("riesgo de daño" del art. 5 y art 20) y, también, que utilicen la fórmula legitimadora en los términos en que fue concebida por el legislador: si la persona se encuentra en una "situación de riesgo de daño cierto e inminente para la vida y la integridad física de sí misma o de terceros".

Entendemos también que sería innecesario otorgarle al concepto de riesgo un calificativo de gravedad ("riesgo grave")[23-24-25], considerando que los bienes jurídicos involucrados son la vida, la integridad física, la libertad, la seguridad de la persona o de terceros y el derecho a la protección de la salud mental (todos derechos constitucionales fundamentales), que eximen de agregarle un calificativo de gravedad al concepto de riesgo. Una situación de riesgo de daño para la vida de la persona configura una verdadera "emergencia médica", "emergencia psiquiátrica" o "emergencia de salud mental" (todas con riesgo de vida).

Vale aclarar que en el campo sanitario argentino distinguimos entre dos categorías referidas a una crisis de salud: "urgencia médica" y "emergencia médica"; definimos una "urgencia médica" cuando la crisis de salud requiere una atención que puede ser diferida para su resolución (Ej: un cólico renal o un ataque de pánico) y una "emergencia médica" cuando requiere una resolución inmediata y no admite dilaciones porque está comprometida seriamente la vida de la persona (Ej: un infarto agudo de miocardio o ideas de suicidio incoercibles). De esta manera, la "situación de riesgo de daño cierto e inminente" definida por el Art. 41 del CCYCN y el Art. 20 de la ley 26.657 configura una verdadera "emergencia médica" con riesgo de vida, o una "urgencia vital", como se utiliza en la legislación española[26] y la connotación de gravedad está implícita en la misma, por los bienes jurídicos que se encuentran en riesgo.

Como dicen Gastaldi y Gulli,[27] es claro que la fórmula internativa "riesgo cierto e inminente" trae consigo problemas de interpretación con respecto a su alcance y sentido: qué es riesgo, qué es cierto, qué es inminente; estos problemas de interpretación sobre su alcance y sentido, se allanan si la interpretación parte de una lectura rigurosa de la fórmula legitimadora "situación de riesgo cierto e inminente". La fórmula "riesgo cierto e inminente" ha devenido como dijimos más

arriba en una entidad abstracta, un significante vacío de significado, que impide que sea interpretada de manera razonable, sin entrar en contradicciones. De ahí, la necesidad de recurrir a una lectura precisa del texto del Art. 20 de la ley 26.657 y a una nueva interpretación, a la luz de los 15 años de implementación transcurridos desde su sanción, que aporte consistencia argumentativa a los profesionales de los equipos interdisciplinarios de salud mental encargados de realizar las evaluaciones interdisciplinarias y los correspondientes dictámenes profesionales interdisciplinarios del inciso a del artículo mencionado.

SITUACIÓN DE RIESGO VS. PELIGROSIDAD CRIMINAL

El antiguo concepto de "peligrosidad criminal" de finales del siglo XIX, surgió como un dispositivo jurídico que buscaba prevenir futuros delitos en el marco de la escuela penal positiva que descarta el libre albedrío (escuela clásica) como justificación de la pena. Esta escuela positivista sostiene entonces que la culpabilidad penal se fundamenta en la peligrosidad criminal como requisito objetivo que genera la característica de condición peligrosa de un sujeto, requisito subjetivo. Esta noción de "peligrosidad criminal" aparece como reacción ante la característica de la escuela penal clásica y su lógica de condena penal retributiva sustentada en el libre albedrío, y también surge de la lógica de la escuela penal positivista que plantea que la magnitud de la pena sea proporcional a la peligrosidad[28].

Desde el enfoque del Paradigma Situacional, en la fórmula "situación de riesgo cierto e inminente", el riesgo no se concibe como una condición del sujeto, sino que se cristaliza como una condición, característica o atributo de la situación en la que se encuentra la persona con una vulnerabilidad de su psiquismo. Mientras que la peligrosidad criminal es una característica o un atributo del sujeto, en el concepto de "situación de riesgo", el riesgo es un atributo de la situación, por tanto, nos referimos a un riesgo situacional. El inc. 1°, párr. 2° del Art. 34 CPN se refiere al enfermo peligroso.

Así como para la RAE[29] peligro y riesgo son sinónimos, conceptualmente en el ámbito jurídico, peligro y riesgo también lo son.[30] Además, peligrosidad y riesgosidad,[31-32] en tanto atributos de la persona, también son sinónimos. La manera de superar esta verdadera "trampa" o paradoja conceptual (la interpretación del artículo 20 de la ley 26.657 que propone al concepto de riesgo cierto e inminente como superador de la peligrosidad criminal) es a partir del enfoque que proponemos desde el Paradigma Situacional, entendiendo al "riesgo (situacional) de daño, cierto e inminente" establecido en el artículo 41 del CCYCN y en el artículo 20 de la Ley 26.657, como un atributo de la situación en la que se encuentra la persona.

"RIESGO CIERTO E INMINENTE" NO ES UN CRITERIO DE INTERNACIÓN

Desde el enfoque situacional, "riesgo cierto e inminente" no es un criterio de internación, ni tampoco es un síntoma clínico o un conjunto de signos y síntomas que configure un síndrome clínico psicopatológico. Los criterios de internación son interdisciplinarios y con fundamentos clínicos y psicopatológicos. Consideramos así, desde el enfoque situacional, al riesgo como un atributo de la situación en la que se encuentra la persona, pasando a configurar una verdadera situación de riesgo para el individuo, preservando a la persona de calificaciones propias del modelo peligrosista que el actual modelo social de la discapacidad impone superar. En esta inteligencia, y desde el enfoque del

Paradigma Situacional[33] que proponemos, la "fórmula legitimadora" más adecuada al espíritu del Art. 11 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad[34] de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), del Art. 41 del CCYCN y del Art. 20 de la Ley 26.657, sería la siguiente: la persona "se encuentra en una situación de riesgo de daño, cierto e inminente, para su vida, su integridad física o las de terceros". Esta "fórmula legitimadora" es el principal "requisito legal de legitimación", entre otros, que debe establecerse de manera interdisciplinaria a los fines de legitimar lo que para el derecho es una privación de la libertad individual. Nos remitimos en este punto a la definición de "situación de riesgo" del artículo 11 "Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias",[35] de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU, que está integrada a la Constitución Nacional.

Al equipo interdisciplinario de salud mental del servicio asistencial que realice la internación no le corresponde "ordenar" una internación involuntaria; esta competencia recae únicamente en jueces civiles (art. 21, Ley 26.657) y jueces penales (art. 34 CPN, inc. 1°, 2° párrafo y Art. 76 y 77 del CPPN); en este aspecto, remarcamos la diferencia entre "ordenar" una internación involuntaria (reservado a los jueces civiles y penales) e "indicar" una internación involuntaria (reservado a médicos y psicólogos en el ejercicio de su profesión).

Todas las instancias previas al ingreso de una persona a un establecimiento de salud para realizar una internación por motivos de salud mental deben estar a cargo y deben ser resueltas por los profesionales tratantes, médicos psiquiatras (Ley 17132 del año 1967, Reglas del arte de curar para el ejercicio de la medicina)[36] y/o psicólogos (Ley Nº 23.277 del año 1985, Ejercicio profesional de la psicología[37]) de la matrícula, en pleno ejercicio de sus profesiones reconocidas y autorizadas por el estado.

Sin embargo, la indicación terapéutica ("internación psiquiátrica" o "internación por motivos de salud mental") de un médico psiquiatra o de un psicólogo puede realizarse con anterioridad al ingreso de la persona al establecimiento de salud. El médico especialista en psiquiatría y el licenciado en psicología están autorizados a indicar internaciones por motivos de salud mental. Estas indicaciones terapéuticas deben ser realizadas con el fundamento científico y ético que corresponde a cada profesión o disciplina, siendo así suficiente para que la indicación terapéutica se realice, si correspondiera, con apoyo de los servicios de salud, ya sea de las obras sociales, los prepagos o el servicio público. En los casos que correspondiera, las indicaciones terapéuticas deberán también contar con apoyo del Poder Judicial y de las fuerzas de seguridad (Art. 42 CCyCN)[38] si la urgencia y complejidad del caso lo requieren.

CRITERIOS DE INTERNACIÓN. LOS CRITERIOS DE INTERNACIÓN SON INTERDISCIPLINARIOS Y CON FUNDAMENTO PSICOPATOLÓGICO

Los criterios de internación son múltiples e interdisciplinarios, entre los que se destacan las manifestaciones clínicas y psicopatológicas que el psiquiatra y psicólogo, como integrantes del equipo interdisciplinario, reconocen para fundamentar la existencia de una situación de riesgo de daño para la vida de la persona que presenta una condición de vulnerabilidad psicopatológica. Son, en esencia, los criterios diagnósticos aquellos que permiten al equipo interdisciplinario asistencial identificar y justificar la existencia de esa situación de riesgo de daño cierto e inminente para la vida o la

integridad física de la persona o de terceros, siempre que esté condicionada por su vulnerabilidad psicopatológica.

Siguiendo a Lorenzetti R.L. y Kraut A., "La indicación de internación involuntaria siempre procede del dictamen emanado de un equipo interdisciplinario, de acuerdo a lo que marcan el inciso a del Art. 41 CCYCN y la legislación específica vigente (Ley 26.657), y la ejecuta de manera inmediata, *ad referendum* del tribunal",[39] por lo que se trata de una medida judicial "facultativa", en última instancia. "Los criterios para el internamiento involuntario son en la práctica bastante amplios: delirios o alteraciones sensoperceptivas, alteraciones de conducta por incumplimiento terapéutico, ideación o intentos suicidas, incapacidad para cuidar de sí mismos por ausencia de conciencia de enfermedad, heteroagresividad en pacientes con psicopatología de base".[40]

El psicólogo junto con el psiquiatra, cada uno en su rol dentro del equipo interdisciplinario, valoran los antecedentes, identifican los signos y síntomas específicos y las alteraciones en la capacidad de juicio o discernimiento que hacen que la situación de riesgo de daño en la que se encuentra la persona sea una realidad inminente. La clínica psiquiátrica desarrolló un método particular de abordaje de su objeto de estudio (el psiquismo, el aparato psíquico o la mente de la persona y los padecimientos mentales). Este método, denominado psiquiátrico fenomenológico comprehensivo, utilizado para realizar el examen del psiquismo, se fundamenta en la entrevista psiquiátrica y en la facultad o capacidad del psicólogo o del psiquiatra para comprehender y penetrar psicológicamente el psiquismo del examinado.

Los principales criterios clínicos y psicopatológicos que subyacen a la determinación de la existencia de una situación de riesgo de daño para la persona, incluyen: 1. alteración del juicio, de la capacidad de discernimiento o pérdida de la autonomía: un elemento central es la incapacidad de la persona, debido a su trastorno mental, para comprender su situación actual, evaluar las consecuencias de sus acciones (o inacciones) y tomar decisiones informadas sobre su propio cuidado y seguridad. Si la persona conserva esta capacidad para tomar decisiones terapéuticas, su consentimiento es primordial. 2. presencia de sintomatología psicopatológica aguda, que genera entre otras múltiples variables, la situación de riesgo. Esto abarca un espectro de manifestaciones clínicas, tales como: a) ideación suicida activa, con o sin un plan estructurado o intentos de autolesión recientes: son indicadores directos y contundentes de riesgo de daño para la propia vida. b) conducta agresiva auto o heterolesiva incontrolable: se refiere a amenazas creíbles o conductas de agresión y violencia física autodirigidas o dirigidas a terceros. c) alteraciones del contenido del pensamiento: delirios o ideas delirantes. d) alteraciones sensoperceptivas: alucinaciones. e) desorganización conductual o incapacidad extrema para el autocuidado básico: imposibilidad de alimentarse, hidratarse, mantener la higiene o buscar abrigo, lo que pone en riesgo inminente la vida por desatención. Esto puede observarse en estados depresivos severos con estupor, en psicosis muy desorganizadas o síndromes catatónicos. f) excitación psicomotriz: un estado de inquietud y actividad motora desordenada e incontrolable que puede derivar en lesiones accidentales o intencionales.

Como ocurre en la clínica médica, la clínica asistencial en el campo de la salud mental consiste en la realización de una evaluación clínica psicopatológica y la consecuente toma de decisiones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas, inciertas pero racionales, y por lo general, en condiciones de incertidumbre. Todas

las decisiones diagnósticas y terapéuticas que tomamos en nuestra práctica asistencial se fundamentan en tres aspectos: la realización de una evaluación clínica con orientación psicopatológica, los fundamentos científicos y los fundamentos éticos en la toma de decisiones en salud mental asistencial.[41]

CRITERIOS DE LEGITIMACIÓN: REQUISITOS LEGALES

El cumplimiento de los requisitos legales constituye la condición indispensable que la legislación establece para que una internación involuntaria por motivos de salud mental sea legitimada y sea considerada válida en términos legales y ajustada a derecho. El cumplimiento de estos requisitos legales garantiza la finalidad legitimadora de los mismos. Su función primordial es salvaguardar los derechos constitucionales fundamentales de la persona y sus extensiones, especialmente el derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad personal o la de terceros y el derecho a la protección de la salud mental. Al tratarse de una privación de la libertad individual, desde un enfoque jurídico, estos requisitos operan como un filtro riguroso, permitiendo la internación involuntaria únicamente bajo circunstancias de excepcional crisis o alteración psicopatológica.

A los fines de legitimar la internación involuntaria, el inciso a del Artículo 20 de la ley 26.657 establece la realización de un dictamen profesional interdisciplinario que debe reunir los siguientes requisitos legales: 1. realizar una evaluación interdisciplinaria y el consecuente informe interdisciplinario, que deberá constar de: a) una breve descripción del cuadro psicopatológico de la persona; b) un diagnóstico presuntivo, interdisciplinario e integral; c) los motivos que justifican la internación; d) se debe determinar la existencia de una situación de riesgo de daño cierto e inminente; e) la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra. 2. la notificación obligatoria en un plazo de 10 horas al juez competente y al Órgano de Revisión de salud mental. a) a las 48 hs se deben agregar todas las constancias previstas en el Artículo 16 y 20 de la ley 26.657. 3. designación obligatoria de un abogado defensor. 4. el Juez, en un plazo de tres (3) días corridos (el Art. 31 extiende este plazo a siete días), deberá AUTORIZAR o DENEGAR la internación involuntaria.

Por otro lado, corresponde señalar que la implementación de los requisitos legales establecidos en el Art. 20 de la Ley 26.657, tienen alcances exclusivamente institucionales, a partir del momento que la persona ingresa al establecimiento de salud (hospital general, hospital especializado en salud mental o clínica psiquiátrica). Estos requisitos legales exigen exclusivamente al equipo profesional interdisciplinario del servicio asistencial que realice la internación una vez que la persona ya está ingresada al establecimiento de salud. El dictamen interdisciplinario es el fundamento de la sentencia judicial del Art. 37 del CCyCN.[2]

En el marco de la salud mental asistencial, y en sintonía con la Ley 26.657, entre los requisitos legales comunes a toda internación por motivos de salud mental, emerge como principal y excluyente requisito legal para proceder a legitimar una internación involuntaria lo siguiente: que el equipo interdisciplinario asistencial del establecimiento que realiza la internación realice una evaluación interdisciplinaria a la persona y dictamine que, por su vulnerabilidad psicopatológica, la persona se encuentra en una situación de riesgo de daño, cierto e inminente, para su vida, su integridad física o la de terceros. Una vez notificado, dentro de un plazo máximo de 7 días (Art. 25, ley 26.657 CCyCN), el juez civil

interviniente debe emitir una sentencia judicial para autorizar la internación involuntaria si considera que están dadas las causales previstas por la Ley 26.657 o denegar la misma, en el caso contrario, ordenando la externación inmediata (inciso c, Art. 21, Ley 26.657). La persona internada sin su consentimiento tiene derecho a designar un abogado defensor de su confianza, y si no lo hiciera, el Estado tiene la obligación de proveer un abogado que asuma su defensa técnica en el proceso judicial (Art. 22 Ley 26.657). Las internaciones de personas menores de edad o declaradas incapaces deben ser consideradas internaciones involuntarias y deben proceder de acuerdo a lo establecido en el Art. 41 del CCyCN y en los artículos 20 al 26 de la ley 26.657.

CONCLUSIONES

La internación involuntaria por motivos de salud mental es una medida judicial de protección de derechos que configura un instituto jurídico procesal facultativo y restrictivo del derecho a la libertad individual, y debe concebirse como un recurso terapéutico excepcional (Art. 20, párr. 1° de la ley 26.657); su realización se fundamenta en la existencia de criterios de internación interdisciplinarios. Protege derechos constitucionales fundamentales generales como el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad personal y de terceros y el derecho a la protección de la salud mental y el derecho específico a la internación con fines psicoterapéuticos. Con la finalidad de legitimar esta privación de la libertad, se debe constatar, a partir de una evaluación interdisciplinaria institucional, si la persona afectada en su salud mental se encuentra en una situación de riesgo de daño cierto e inminente para su vida, su integridad física o la de terceros. Al mismo tiempo, que la persona se encuentre en una situación de riesgo cierto e inminente configura un requisito legal preciso que constituye el único causal válido en el derecho argentino para proceder a legitimar una internación coactiva; dicha situación debe estar condicionada por la existencia de un padecimiento mental, determinante de la vulnerabilidad psicopatológica de la persona. Este requisito legal, que se inscribe en el enfoque del Paradigma Situacional, se fundamenta en la existencia de criterios clínicos e interdisciplinarios de internación y de rigurosos criterios legales de legitimación, entre otras numerosas variables, que permiten determinar la existencia de una situación de riesgo de daño en la que se encuentra la persona.

La interrelación entre los requisitos legales y los criterios interdisciplinarios de internación, junto con un procedimiento de constatación y determinación del riesgo situacional y un control de legalidad constante, son fundamentales para garantizar que esta medida judicial restrictiva, facultativa y excepcional (la internación involuntaria) se instrumente respetando plenamente los principios bioéticos que guían la tarea asistencial y los derechos constitucionales fundamentales de las personas con padecimientos mentales. La evaluación clínica interdisciplinaria implica, inexorablemente, realizar al mismo tiempo una valoración de prioridades entre los derechos constitucionales fundamentales que se encuentran en tensión en toda situación de riesgo, el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad personal y de terceros, desde la perspectiva de los principios bioéticos de no maleficencia/beneficencia, justicia y autonomía del paciente en la toma de decisiones terapéuticas.

BIBLIOGRAFÍA

1- Declaración Universal de los Derechos Humanos. ONU. Año 1948. Artículo 3:

"Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona." Disponible en: https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights
2- Zaffaroni E. R y Badoza J. Derecho y Salud Mental. Una mirada interdisciplinaria. Kraut, Director. Tomo I. Pág. 559. Año 2020. Rubinzal - Culzoni Editores. Buenos Aires. Argentina.
3- Laufer Cabrera M. ¿Qué dice el nuevo Código Civil sobre las internaciones de Salud Mental? Infojus
4- Decreto P.E.N. 603/2013. Artículo 20. Párr. 2. Reglamentación de la Ley 26.657. Argentina. Año 2013. Disponible en https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=215485
5- Declaración Universal de los Derechos Humanos. ONU. Año 1948. Artículo 3: "Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona." Disponible en: https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights
6- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 6ª ed. New York: Oxford University Press; 2009.
7- Lorenzetti, R.L. CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN, COMENTADO. Tomo I°, pág. 201. Rubinzal - Culzoni Editores.
8- Lorenzetti, R.L. CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN, COMENTADO. Tomo I°, pág. 201. Rubinzal - Culzoni Editores.
9- Código Civil y Comercial de la Nación. República Argentina. Año 2015. Disponible en: https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/texact.htm
10- Código Procesal Penal Federal. Año 2019. Disponible en: https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/315000-319999/319681/norma.htm
11- Vegh Weis Valeria. La perspectiva de los Derechos Humanos: el nuevo paradigma en salud mental. REVISTA INSTITUCIONAL DE LA DEFENSA PÚBLICA DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES. Año 5 NÚMERO 7 JULIO DE 2015. Pág. 163.
12- Gramajo, Marcelo Eduardo s/robo en grado de tentativa. Causa N° 1573C. Fallo Corte Suprema de Justicia de la Nación, Rep. Argentina. Disponible en: https://www.palermo.edu/derecho/inejep/documentacion-archivos/jurisprudencia/Corte-Suprema-de-Justicia-de-la-Nacion/CSJN-Gramajo.pdf
13- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 6ª ed. New York: Oxford University Press; 2009.
14- Toro Martínez. E. La noción de "situación de riesgo cierto e inminente" en la Ley 26657/10. Acerca de la diferencia entre "estar" y "ser" y sus consecuencias médico legales". Editorial SCIENS // 25. Año 2011.
15- Toro Martínez E. De la peligrosidad al riesgo (grave) cierto e inminente de daño para sí y/o terceros. CUADERNOS ARGENTINOS DE CIENCIAS FORENSES. AÑO 2 – Nº 2. Diciembre 2024 ISSN 3072-6700. Disponible en: https://www.csjn.gov.ar/cmfcs/files/revista.htm
16- Ídem 15.
17- Riu J.A. Tavella G. El concepto de peligro y estado peligroso en el código penal argentino. Revista de la AMFJN. Año VII - N° 11. Pág. 49 a Pág. 55. Septiembre de 1994.
18- Bonnet E.F.P. Estado peligroso. Psiquiatría y Psicopatología forenses. pág. 963 a pág. 1019.
19- Bonnet E.F.P. Estado peligroso. Psiquiatría y Psicopatología forenses. pág. 978.
20- Bonnet E.F.P. Estado peligroso. Psiquiatría y Psicopatología forenses. pág. 983.

21- Kraut A. y Palacios A. Art 31 a 50 en Lorenzetti, R.L. CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN COMENTADO. Tomo I°, pág. 211. Rubinzal - Culzoni Editores. Año 2016.
22- Gorbacz, L. Un cambio de paradigma en la salud mental. 26/11/2010. Disponible en: https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-157578-2010-11-26.html
23- Gastaldi P. y Gulli B. "Privaciones de libertad con justificación terapéutica en Argentina". Privaciones de libertad por razones de salud mental en Latinoamérica. Centro de Investigación, Capacitación y Asesoría Jurídica del Departamento Académico de Derecho (CICAJ-DAD). © Pontificia Universidad Católica del Perú. Septiembre de 2024.
24- Monasterolo, N. Salud mental y justicia. Lecturas y aplicaciones posibles. Lerner. Año 2019.
25- Toro Martínez E. De la peligrosidad al riesgo (grave) cierto e inminente de daño para sí y/o terceros. CUADERNOS ARGENTINOS DE CIENCIAS FORENSES. AÑO 2 – Nº 2. Diciembre 2024.
26- Disponible en: https://www.congreso.es/public_oficiales/L15/CONG/BOCG/A/BOCG-15-A-64-1.PDF
27- Gastaldi P. y Gulli B. "Privaciones de libertad con justificación terapéutica en argentina". Privaciones de libertad por razones de salud mental en Latinoamérica. Centro de Investigación, Capacitación y Asesoría Jurídica del Departamento Académico de Derecho (CICAJ-DAD). Pontificia Universidad Católica del Perú. Septiembre de 2024.
28- Areco A. Areco J.M. Luna M. Peligrosidad en psiquiatría legal y forense. Réquiem para la noción de peligrosidad criminal en salud mental. Riesgo psicopatológico. Riesgo situacional. Editorial SCIENS. Abril 2025.
29- Diccionario RAE. Disponible en https://www.rae.es/
30- Diccionario Panhispánico del Español Jurídico. Real Academia Española. https://dej.rae.es/
31- Silva, D.H. (2017) Riesgosidad: Un nuevo paradigma desafio pericial. Rev Act Derecho de Familia en el Código Civil y Comercial. Ediciones Jurídicas, 6, 145-160
32- Silva, H.D., Muñiz, M. Mazzoglio y Nabar, M.J., "Podemos hablar de riesgosidad en salud mental?". Boletín de trabajos y publicaciones científicas. AMFRA. 2025.
33- Areco, A., Areco J.M., Luna M. Hacia un paradigma situacional en el campo de la salud mental. ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Vol 67 (3). Septiembre 2021. Pág.153-161
34- CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Art. 11. Disponible en https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf
35- CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Art. 11. Disponible en https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf
36- Ley 17132. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-17132-19429. Año 1967.
37- Ley 23277. Disponible en https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/20059/norma.htm Año 1985.
38- CCyCN. Art. 42. Traslado dispuesto por autoridad pública. Evaluación e internación. Disponible en https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/texact.htm
39- Kraut A. y Palacios A. Capítulo sobre los Art 31 a 50, en Lorenzetti, R.L. CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN COMENTADO. Tomo I°, pág. 211. Rubinzal - Culzoni Editores. Año 2016.

40- Vega Vega, C., Bañón González, R.M,, Fajardo A. A. Internamientos psiquiátricos. Aspectos medicolegales. Instituto de Medicina Legal de Alicante, Alicante, España. Revista ELSEVIER. 2010.
41- Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Pág. 11. EUDEMA. Año 1991. Madrid. España

ACERCA DE LAS INTERNACIONES INVOLUNTARIAS

NORMAS, FÓRMULAS LEGISLATIVAS Y REPERCUSIONES. APUNTES Y ANÁLISIS DESDE LO HISTÓRICO Y LO COMPARADO A NUESTRO PRESENTE

(INVOLUNTARY ADMISSION: LEGAL FRAMEWORKS, LEGISLATIVE MODELS AND THEIR IMPLICATIONS. A HISTORICAL AN COMPARATIVE ANALYSIS OF PAST AND PRESENT APPROACHES)

María Elina Grecco[1], Matías Martínez[2], Andrés Zubrzycki[2]

RESUMEN

En tanto recurso terapéutico desde la perspectiva del campo de la Salud Mental, y en su faceta jurídica desde la óptica del Derecho, la indicación de internación de carácter involuntario, así como los criterios empleados para su implementación, han suscitado desde hace varias décadas un fervoroso debate en múltiples ámbitos disciplinarios. Este artículo se propone incorporar algunas reflexiones y aportes acerca de los criterios que se aplican en la internación involuntaria en el ámbito civil. Mediante la búsqueda en distintas bases de datos de artículos de revisión bibliográfica, revisiones sistemáticas y del relevamiento de doctrina, jurisprudencia y legislación en la materia, se realizó una selección y análisis del material de acuerdo con los objetivos planteados. Ello nos permite explorar, desde el Derecho comparado, cómo en distintos plexos legislativos se construyen fórmulas legislativas con conceptos como *riesgo, peligrosidad, necesidad de tratamiento* y *capacidad de consentir*. En el ámbito local, y desde una perspectiva histórica, mediante el análisis de legislaciones, doctrina y fallos relacionados con internaciones de carácter involuntario podemos apreciar las repercusiones generadas por criterios como *peligrosidad* y *riesgo*. Este análisis diacrónico y sincrónico contribuye a reflexionar y resaltar la importancia de una dimensión integradora del concepto de riesgo.

PALABRAS CLAVE: *internación involuntaria, riesgo cierto e inminente, peligrosidad, consentimiento, derecho comparado.*

ABSTRACT: As a therapeutic intervention within the field of mental health, and as a legal construct within the field of law, the practice of involuntary psychiatric admission—and the criteria guiding its implementation—has been the subject of intense debate across multiple disciplines for several decades. This article offers reflections and contributions concerning the criteria applied to involuntary hospitalization in the civil domain. Drawing on a review of scholarly databases, including literature reviews and systematic analyses, as well as an examination of legal doctrine, case law, and legislation, relevant materials were selected and analyzed in light of the study's purposes.

From a comparative law perspective, this approach allows us to explore how different legal systems formulate concepts such as risk, dangerousness, need for treatment, and capacity to consent. In the local context, and from a historical standpoint, the analysis of legislation, doctrine, and case law concerning involuntary hospitalization reveals the impact of criteria such as dangerousness and risk. These diachronic and synchronic analysis invites reflection on —and underscores— the importance of adopting an integrative understanding of the notion of risk.

KEYWORDS: *involuntary psychiatric admission; imminent and certain risk; dangerousness; consent; comparative law.*

[1]Médica psiquiatra. Perito Psiquiatra del Cuerpo Médico Forense. Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

[2]Médico psiquiatra. Perito Psiquiatra del Cuerpo Médico Forense, Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Contacto: megrecco@csjn.gov.ar y mmartinez@csjn.gov.ar

INTRODUCCIÓN

Tras la lectura del noble artículo *"De la peligrosidad al riesgo (grave) cierto e inminente de daño para sí y/o terceros"* de nuestro distinguido colega Esteban Toro Martínez[1] que fuera publicado en diciembre de 2024 en *Cuadernos Argentinos de Ciencias Forenses* sentimos despertar renovadas inquietudes y la voluntad de hacer un muy modesto aporte al debate público. El abordaje en el área de salud mental puede involucrar, en ciertos casos, tratamientos de carácter involuntario, tales como la internación, con el fin de proteger al paciente y al resto de los miembros de la sociedad de situaciones en las que el riesgo de sufrir daños puede verse incrementado. No obstante, legislar y reglamentar esta materia suele suscitar una agitada polémica, no sólo en nuestra sociedad, sino también en otros países. Los criterios y procedimientos que regulan los tratamientos e internaciones de carácter involuntario varían entre los distintos países en virtud de factores culturales y económicos, tradiciones y recursos humanos.

En aquel artículo encontramos interesante la propuesta de iluminar la relevancia, jerarquizándolos como componentes de la definición de *situación de riesgo*, de la *conciencia de enfermedad-capacidad para consentir* y de la *necesidad-objetivo de tratamiento-agravamiento en caso de no implementarlo*, que fueron aspectos eclipsados por la trayectoria de la noción de *riesgo cierto e inminente*, a partir de la tensión con la defensa social de la criminología positiva, las novedades normativas, la jurisprudencia y la técnica legislativa optada en la Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental (Ley 26.657/2010, LNSM) y el nuevo Código Civil y Comercial (Ley 26.994/2014, CCyCN).

Esto sucede en un contexto nacional en el que una importante corriente de opiniones postula que existe una enorme dificultad para viabilizar internaciones psiquiátricas a partir de los textos legislativos plasmados en la LNSM y el CCyCN.

Es por ello que en este artículo nos proponemos reseñar brevemente algunos aspectos que, entendemos, hacen a los contornos de lo contenido en aquella propuesta de definición. Nos concentraremos en aquellas internaciones involuntarias que suceden íntegramente en el ámbito civil y no abarcaremos aquellas que se dan tras una resolución penal de sobreseimiento por inimputabilidad.

UNA APROXIMACIÓN A LAS INTERNACIONES INVOLUNTARIAS EN EL DERECHO COMPARADO

En primer lugar, dirijamos una mirada al derecho comparado: ¿cuáles fueron las técnicas legislativas con las que se abordó la cuestión de la demanda-necesidad-derecho a las internaciones psiquiátricas involuntarias y los requerimientos de criterios para evitar potenciales abusos y cuáles fueron sus efectos en las tasas de internación?

Pocos estudios han intentado abordarlo y los mismos enfrentan grandes desafíos de diseño. Advertimos inicialmente que en otros medios, si bien existe una confluencia de críticas a la asociación de la *praxis* psiquiátrica con las concepciones de temibilidad-peligrosidad (pre y post delictual) y el denominado derecho penal de autor,[2] no se acentúa una diferenciación conceptual tan marcada entre *peligrosidad* y *riesgo* y se tiende a utilizar *danger/dangerousness* y *risk/risk of harm* como sinónimos. También se ha señalado otra ruta de transición entre ambos términos, aquella que va de la estrategia basada en una clínica soberana del sujeto en el cara a cara en la peligrosidad a una de prevención factorial-

actuarial de las poblaciones en el *riesgo*.[3-4] Desde las primeras normas específicas dedicadas al ámbito de salud mental estas se han estructurado para autorizar el internamiento involuntario sobre la base de la *peligrosidad* o de la *necesidad de tratamiento*.[3]

Quizás el estudio más importante sea el conducido por Sheridan Rains y cols., publicado en 2019, en *Lancet Psychiatry*.[6-7] Allí, los autores relacionaron las tasas de internaciones involuntarias de 22 países europeos, Australia y Nueva Zelanda con diferentes variables, entre las que tomaron como variable de análisis, los criterios para hospitalización involuntaria. Para ello, seleccionaron cuatro componentes de los criterios establecidos legislativamente: *condición o diagnósticos; riesgo para sí o terceros; capacidad para consentir; y tratabilidad*[7] y advirtieron una marcada diferencia entre los países que presentaban tasas más elevadas de internación en un extremo, como Austria, y aquellos que reportaban tasas más bajas, en el otro extremo, como Italia. Como resultado de su trabajo, los investigadores concluyeron que no se advirtieron diferencias significativas en las tasas de internaciones involuntarias en relación con los distintos modelos legislativos adoptados. En particular, cinco países que no incluían el *riesgo* como criterio, Italia, Dinamarca, Noruega, Grecia y Chipre, no exhibieron diferencias significativas frente al conjunto mayoritario que sí incluye al *riesgo* en sus criterios. Previamente, en 2008, Stefano y Ducci[4] produjeron otro estudio con un enfoque más narrativo-descriptivo, con quince países en aquel entonces miembros de la Unión Europea, en el que concluyeron que el criterio de *riesgo/peligrosidad* tendía a asociarse con tasas más altas de internaciones involuntarias que el criterio de *necesidad de tratamiento* (en aquel estudio se consideró a España, Italia y Suecia como los únicos países del grupo con un criterio exclusivamente basado en la *necesidad de tratamiento*). Por último, Salize y Dressing[5], en 2004, con un enfoque de análisis de datos aplicado en esos mismos quince países no encontraron correlaciones significativas entre las tasas de internaciones involuntarias y los criterios de *peligrosidad/riesgo* o *necesidad de tratamiento.* Nuevamente, se señaló que España, Italia y Suecia no incluían al *riesgo/peligrosidad* como requisito. Recordemos que este estudio se condujo de noviembre del 2000 a enero de 2002 y la Ley española 41/2002 de autonomía del paciente, que incluyó criterios de *riesgo y capacidad de tomar decisiones* como límites al consentimiento informado, fue sancionada en noviembre de 2002. Entonces, no surge, de forma concluyente, que exista una correlación entre los criterios plasmados en las legislaciones y las tasas de internaciones involuntarias y tampoco, menos aún, que la inclusión de criterios de necesidad de tratamiento y/o capacidad para consentir deriven automáticamente en un incremento de dichas tasas.

Ya en 1997, Appelbaum P. abordó estas cuestiones a partir de los cambios establecidos por los estados federados de EEUU, que durante las décadas del 60´ y 70´ del siglo pasado, modificaron sus estatutos pasando de un criterio de *necesidad de tratamiento* a uno de *peligrosidad/riesgo* y de los cambios sucedidos internacionalmente. En su artículo, apreció que los cambios establecidos distaron de ser radicales en sus efectos y argumentó que esto se debía, al menos parcialmente, a que en la implementación de lo normado intervenían una gran variedad de participantes.[6]

En nuestro medio nacional se han observado con admiración los procesos de reformas psiquiátricas que se han dado en Italia, España y Brasil. Ya menciona-

mos las características de los modelos de criterios adoptados por los dos primeros países. Tampoco Brasil (Ley 10.216/ 2001) plasmó legislativamente un criterio de *riesgo* sino que se centró en indicar que la internación procedería cuando los recursos extrahospitalarios resultasen insuficientes y el tratamiento tenga como finalidad permanente la reinserción social. Advertimos que, a pesar de aquella admiración y de nuestras raíces latinas, las fórmulas adoptadas por LNSM y nCCyCN se inscribieron más afines a la tradición y movimientos iniciados en medios anglosajones.

En el análisis comparado a nivel internacional de la legislación en salud mental es posible advertir una variabilidad en los requisitos que debe reunir un tratamiento de carácter involuntario. Para algunos países el criterio de riesgo basta por sí solo como requisito para implementar una internación involuntaria, como es el caso de Finlandia, Irlanda, Portugal y el Reino Unido. No obstante, en Irlanda, Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda, puede emplearse como criterio alternativo la necesidad de tratamiento.[7] Si bien la legislación en el Reino Unido prevé dos tipos de internaciones, una hasta 28 días con fines de evaluación y otra de duración hasta seis meses, con posibilidad de ser renovada por otro período de tiempo y en ambas se requiere la presencia de un trastorno mental y de riesgo para sí y/o para terceros, sólo en la modalidad de internación más prolongada se impone como criterio excluyente la disponibilidad de tratamiento adecuado.[8] En Escocia, por su parte, también forman parte de los criterios de internación involuntaria, un compromiso significativo de la capacidad de decidir en cuanto a tratamientos médicos y en Irlanda del Norte se exige como criterio la presencia de un trastorno mental, de riesgo y de necesidad de tratamiento. En Islandia y Portugal, por ejemplo, la ausencia de conciencia de enfermedad constituye un requisito para proceder con un tratamiento de carácter involuntario.[9] En Francia, se requiere la necesidad de tratamiento como criterio de internación involuntaria si la solicitud de internación la efectúa un tercero (*Hospitalisation d'un Tiers, HDT*), pero no en otros tipos como la internación de oficio (*Hospitalisation d'Office, HO*).[10-11]

En algunos distritos de Canadá, por ejemplo, el criterio de riesgo, entendido como daño o lesión física, resulta una alternativa para establecer una opción de tratamiento involuntaria, mientras que en otras jurisdicciones, puede emplearse en estos casos el concepto de deterioro. Es decir, se opta por una internación involuntaria en aquellos casos en los que de no efectivizarse dicho recurso puede producirse un estado de significativo deterioro físico o psíquico, por lo cual, se impone tratamiento bajo modalidad de internación con el fin que el/la paciente reciba tratamiento, supervisión y seguimiento en un establecimiento especial .[12]

Nueva Zelanda también incluye en su fórmula la presencia de riesgo/peligro para sí o para terceros, una disminución en la capacidad para cuidarse a sí mismo y grave peligro para la salud, mientras que en Australia, si bien la legislación varía en las distintas jurisdicciones, en la mayoría de ellas, las normas de internación incluyen los criterios de presencia de trastorno mental y de riesgo/peligrosidad, así como la provisión de tratamiento adecuado para dicho cuadro.[13] En los países del continente africano la situación varía significativamente, en razón de factores históricos, culturales y económicos, especialmente entre aquellos como Argelia, cuyos lineamientos en internación son similares a los de la tradición francesa y aquellos que pertenecen a la región subsahariana, los cuales aún afrontan un proceso de

transformación y actualización de sus marcos normativos. Finalmente, India, Japón, y Taiwán, por ejemplo, incluyen el criterio de presencia de trastorno mental y riesgo/peligrosidad, y otros, como Israel, toman en cuenta la perturbación del criterio de realidad.[14]

Una consideración a destacar radica en la diversidad de fórmulas y criterios que rigen la implementación de las internaciones de carácter involuntario en las legislaciones reseñadas y es muy probable que esta variabilidad se incremente aún más con la incorporación de otras comunidades en las que existe una regulación de este instituto. Dicha diversidad responde a una amplia gama de variables. Factores de orden histórico, económico, psicológico, social, cultural, religioso, filosófico, entre otros tantos, influyen significativamente en la construcción de criterios, indicaciones, abordajes y estrategias necesarias para la prevención y asistencia de personas con padecimientos mentales. De allí su relevancia en la redacción de las fórmulas legislativas que orientan al cumplimiento de dichos objetivos y que reflejan y se encuentran en consonancia con los principios y valores rectores de esa tradición. Asimismo, las modalidades de abordaje terapéutico, tal como lo ilustra el dispositivo de internación, también adquieren un significado particular en las distintas comunidades en las que se emplean, ya que su puesta en práctica revela la complejidad de su aplicación y conduce a un constante análisis de sus efectos y consecuencias.

EL MARCO LEGAL DE LA INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL EN LA ARGENTINA Y SUS ANTECEDENTES LEGISLATIVOS, JURISPRUDENCIALES Y DOCTRINARIOS

En segundo lugar, repasemos brevemente algunos de los antecedentes para la sanción en Argentina de la LNSM y el nCCyCN.

El criterio de peligrosidad/riesgo ya estuvo presente en el artículo 482 de nuestro código civil vigente desde 1871 a 2015. Dalmacio Vélez Sársfield redactó el mismo con la fórmula *"El demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros"* y tomó como fuente inmediata al art. 466 del código civil chileno (vigente desde 1855 y elaborado por el venezolano A. Bello plasmaba una fórmula menos restrictiva pudiendo procederse también cuando *causare notable incomodidad a otros*). El código civil napoleónico de 1804 se había ocupado de la interdicción con un enfoque eminentemente patrimonialista sin atender a regular las internaciones involuntarias.[15] Esto último fue subsanado en 1838 en Francia con la Ley 7.443 denominada Esquirol o sobre Alienados que incluía, para los ingresos ordenados por la autoridad pública, el requisito de *peligro* acompañado por la nota *inminente (cas de danger **inminent***; reparemos entonces que también el calificativo inminente que ha suscitado intensos cuestionamientos[16] y también agrias polémicas ya estuvo presente en uno de los primeros textos legislativos modernos sobre salud mental).

La Asamblea de la Organización de las Naciones Unidas resolvió en 1991 (res. 47/1991) adoptar los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental que en su art. 16 postula para las admisiones involuntarias como criterios *a) que debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros o b) que, en el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se la admita o retenga puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir*

que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo puede aplicarse si se admite al paciente en una institución psiquiátrica de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva. Estos se consideran parte integrante de la LNSM, de acuerdo al art. 2 de la misma.

Deben destacarse también ineludiblemente la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (aprobada por la ONU en 2006, Leyes nacionales 26.378/2008 y 27.044/2014) y también rescatarse la Ley 26.529/2009 denominada de Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de Salud que en su art. 5 reguló como excepciones al deber profesional de obtener consentimiento informado cuando *mediare grave peligro para la salud pública o mediare una* ***situación*** *de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales*. También podemos revisar los antecedentes de leyes de las Provincias y de CABA que abordaron cuáles serían los criterios aceptables para las internaciones involuntarias. Río Negro (Ley 2440/1991), Santa Fe (Ley 10.772/1991) y Chubut (Ley 384/2008) no mencionaban riesgo ni peligrosidad y se enfocaban en la necesidad y objetivo de tratamiento y/o imposibilidad de consentir. Entre Ríos (Ley 8.806/1994), San Juan (Ley 6.976/1999), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ley 448/2000), La Rioja (Ley 7.365/2002, en su art. 20 se refiere al *diagnóstico* ***situacional*** *inicial*) y San Luis (Ley I-0536/2008) sí apelaron a criterios de riesgo. En la Ley 448 de CABA ya se plasmó que *la internación involuntaria de una persona procede cuando a criterio del equipo profesional mediare* ***situación*** *de riesgo cierto o inminente para sí o para terceros.*

En lo jurisprudencial a nivel de Corte Suprema de Justicia de la Nación recordemos los fallos Tufano de 2005 y S de BM de 2009. En Tufano,[17] en el voto de Petracchi, Maqueda, Zaffaroni y Lorenzetti, se citan los Principios ONU (47/1991) citando el criterio de existencia de *riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros*. En S de B M del C[18] en su voto en disidencia Lorenzetti, Fayt y Zaffaroni analizaron el caso y señalaron que las internaciones involuntarias deben tener *"un propósito terapéutico, que se requiere también que la internación resulte indispensable, o que constituya la instancia más conveniente para favorecer el tratamiento del paciente, para evitar que se dañe a sí mismo, sea porque, en razón de su discapacidad, no se halla en condiciones de autovalerse, o porque la internación se torna imprescindible para proteger a la sociedad, siempre con la mira puesta en tratar a la persona internada. (...) que resulta legítima una internación obligatoria si la conducta del paciente, por su afección, verificada como pasible de internación, implica la posibilidad de daño a sí o a terceros, que también aparece como legítima la internación si el tratamiento psiquiátrico prescripto indica el imprescindible "aislamiento" por no existir otras alternativas terapéuticas más eficaces o menos restrictivas de su libertad"*; en esta oportunidad solo fue citado el criterio b de los Principios ONU *"una persona puede ser admitida como paciente involuntario cuando queda acreditado que padece una enfermedad mental grave, que su capacidad de juicio está afectada, y que el hecho de que no se la admita o retenga en una institución psiquiátrica pueda acarrearle un gran deterioro de su condición",* y adicionalmente se sostuvo que los informes *"debían ilustrar a los jueces acerca de la situación real y actual de la persona afectada"*. Por el caso S de B M del C el estado argentino finalmente

arribaría a un acuerdo de solución amistosa con CIDH en 2022.[19]

Otros profesionales de este Cuerpo Médico Forense han realizado notables aportes al estudio de estas cuestiones destacándose, entre otros, los artículos en la coyuntura próxima a la sanción de la LNSM de Leonardo Ghioldi y Esteban Toro Martínez (2010)[20] y de José Martínez Ferretti (2010)[21] y más cercanos en el tiempo el de Daniel Silva (2017)[22] y Aníbal Areco y Maximiliano Luna (2021).[23]

Juristas como Kraut AJ y Palacios A en su comentario al CCyCN[24] postulaban que el segundo requisito de los Principios ONU *"es mucho más amplio que el primero y da lugar al riesgo de que se someta a internación psiquiátrica a toda persona que ¨necesite tratamiento¨ por lo que es sumamente importante que vaya asociado al principio de la opción menos restrictiva (…) debe existir una ¨ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento"* El temor de que esto suceda, válido y para el que el cuerpo normativo preveé diversos resguardos más allá del criterio médico aplicable para proceder a la internación, no se ha verificado en los estudios comparados a los que hemos accedido. No obstante, futuras líneas de investigación en esta materia podrían apuntar a la inclusión de estudios con muestras más amplias o con mayor diversidad en cuanto a criterios y/o fórmulas legislativas o bien profundizar en el análisis de factores relevantes para la aplicación de dichos criterios en cada tradición legal.

A MODO DE CONCLUSIONES

La literatura de ciencia ficción hace más de medio siglo que ofreció relatos con escenarios en los que transcurrían estas problemáticas y ansiedades sociales. En 1956 Phillip Dick, en *Minority Report*,[25] en una novela breve cruzada por los riesgos de la predicción de riesgos y en 1962 Ballard JG, en *The Insane Ones*,[26] en una distopía en la que se prohibió la práctica de la psiquiatría. Estas cuestiones se encuentran candentes en nuestros días y en ocasiones dan lugar a debates empobrecidos en los que se estigmatiza y caricaturiza a la diversidad de aportes que intentan aproximarse para mejorar los abordajes instrumentados y el texto legislativo puede ser atacado como un chivo expiatorio de una realidad más compleja.

En nuestra práctica actual, el criterio legal de *riesgo cierto e inminente* constituye una herramienta valiosa para resguardar derechos y delimitar las circunstancias que pueden justificar una internación involuntaria. Su inclusión normativa aporta un marco que orienta la intervención profesional en situaciones de urgencia. No obstante, es importante reconocer que este criterio puede no agotar la complejidad de las situaciones clínicas que motivarían y generarían la demanda y necesidad de una internación involuntaria. Factores como la conciencia de enfermedad, la capacidad para otorgar consentimiento y la necesidad concreta de tratamiento deberían ser cuidadosamente considerados en la evaluación integral de cada caso. Estos elementos, lejos de contradecir la noción de riesgo, pueden complementarla y enriquecer el juicio clínico, permitiendo respuestas más ajustadas a las particularidades del paciente. Y, por supuesto, esta respuesta técnica individualizada deberá interactuar en su búsqueda de resultados con diseños institucionales sanitarios y extra sanitarios y enfrentar desafíos como determinantes y tendencias de des-organización y exclusión social.

Desde una perspectiva comparada, las investigaciones muestran que la presencia o ausencia del criterio de riesgo en la legislación no se vincula de manera lineal con las tasas de internación involuntaria. Esto sugiere que la clave radicaría menos

en el diseño normativo aislado que en el fortalecimiento de los dispositivos institucionales y en las condiciones efectivas de los equipos para aplicar los marcos legales con discernimiento clínico, trabajo interdisciplinario y un enfoque de derechos.

Entonces, valoramos que resultaría interesante avanzar hacia una comprensión integradora del riesgo, que lo sitúe como una dimensión relevante dentro de un conjunto de variables clínicas, jurídicas y contextuales. Una interpretación armónica del ordenamiento vigente permitiría articular los principios de autonomía, necesidad terapéutica y protección, evitando dicotomías rígidas y favoreciendo decisiones proporcionadas, éticas y centradas en la singularidad de cada persona.

BIBLIOGRAFÍA

1- Toro Martínez, E (2024). De la peligrosidad al riesgo (grave) cierto e inminente de daño para sí y/o terceros. El paradigma de la perspectiva de derechos aplicado a la psiquiatría forense en el derecho penal. Cuadernos Argentinos de Ciencias Forenses, año 2, nro 2: 3-11.

2- Campos, R (2021). La sombra de la sospecha. Peligrosidad, psiquiatría y derecho en España (siglos XIX y XX), Ed. Los libros de la Catarata, Madrid.

3- Organización Mundial de la Salud y Naciones Unidas -Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos- (2024). Salud mental, derechos humanos y legislación: orientación y práctica.

4- Stefano, A & Ducci, G (2008). Involuntary admission and compulsory treatment in Europe: an overview. International Journal of Mental Health, 37: 10–21.

5- Salize,H; Dressing H (2004). Epidemiology involuntary placement of mentally ill people across the European Union. British Journal of Psychiatry, 184: 163–68.

6- Appelbaum P (1997). Almost a Revolution: An International Perspective on the Law of Involuntary Commitment. Journal of the American Academy of Psychiatry and Law, 25 (2): 135-147.

7- Chieze, M., Clavien, C., Kaiser, S. y Hurst, S. (2021) Coercive measures in Psychiatry: a review of ethical arguments. Frontiers in Psychiatry 12:790886. doi: 10.3389/fpsyt.2021.790886

8- HM Government, Mental Health Act. HM Government, 1983. Disponible en: https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/contents

9- Aluh, D.O., Lantta, T., Lourenç0, T., y cols (2024). Legislation and policy for involuntary mental healthcare across countries in the FOSTREN network; rationale, development of mapping, survey and protocol. British Journal of Psychiatry OPEN, 10 e154, 1-6, doi: 10.1192/bjo.2024.744

10- Godfryd, M. (1999) Psychiatrie de l'adulte. De la théorie à la pratique. Doin : Rueil-Malmaison.

11- Republique Francaise. Code la Santé Publique. Titre 1 er : Modalités de soins psychiatriques. Disponible en : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155032/

12- Lebenbaum, M., Chiu, M., Vigod, S. y Kurdyak, P. (2018). Prevalence and predictors of involuntary psychiatric hospital admissions in Ontario, Canada: a population-based linked administrative databased study, British Journal of Psychiatry OPEN, 4, 31-38.

13- Australian Government. Australian Institute of Health and Welfare. Involuntary Mental Health Treatment. Disponible en: https://www.aihw.gov.au/mental-health/topic-areas/safety-quality/involuntary-treatment#Admitted

14- Zhang S, Mellsop G, Brink J, Wang X. (2015). Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder.

Neuroscience Bulletin, 31 (1): 99-112.
15- Bercovitz R (1976). La marginación de los locos y el derecho. Taurus Ediciones. Madrid. Pág. 107.
16- Simon R (2007). The Myth of ¨Inminent¨ violence in Psychiatry and Law. University of Cincinnati Law Review, 75: 631-644.
17- Tufano, RA s/ Internación (Competencia N 1511. XL). (2005).
18- S de B, M del C c/ Ministerio de Justicia - Poder Judicial - Estado Nacional (Recurso de Hecho. S. 493. XLII). (2009).
19- Acuerdo de Solución Amistosa en la petición p-268-10 del registro de CIDH (2022).
20- Ghioldi, L y Toro Martínez, E (2010) Riesgo grave cierto e inminente de daño: Único fundamento de la indicación interdisciplinaria basada en la peligrosidad para sí o para terceros. Cuadernos de Medicina Forense Argentina, año 2, nro. 1: 25-35.
21- Martínez Ferretti, JM (2010). Peligrosidad o tratamiento de los enfermos mentales. Reflexiones sobre la historia y la actualidad de los criterios médico-legales de internación en psiquiatría. Psiquiatría, 3 (10): 7-17.
22- Silva, D (2017). La riesgosidad: un nuevo paradigma y desafío pericial. Derecho de Familia en el Código Civil y Comercial. Ediciones Jurídicas, 6: 145-160.
23- Luna, M, Areco, A y Areco, JM, (2021) Hacia un paradigma situacional en el campo de la salud mental. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 67(3): 153-161.
24- Lorenzetti RL (dir). Argentina. Código Civil y Comercial de la Nación comentado. Rubinzal Culzoni Editores. Santa Fe. 2014. T. I. Pág. 202.
25- Dick PK (2020). El informe de la minoría. Cuentos completos IV. Ed. Minotauro. 99-137.
26- Ballard JG (1975). Los locos. Bilenio. Ed. Minotauro. Buenos Aires. 78-90.

BASE DE DATOS ODONTOLÓGICA: UNA HERRAMIENTA CLAVE PARA LA IDENTIFICACIÓN FORENSE

(FORENSIC DENTAL DATABASE: A KEY INSTRUMENT FOR FORENSIC IDENTIFICATION)

Raúl A. Aguirre[1], Carolina Hortal[2], Claudia Alfonso[2], María Inés Jacobo[2].

RESUMEN

Debido a la alta resistencia de los dientes y sus características individualizantes, la odontología podría convertirse en uno de los principales métodos de identificación de personas, ya que constituye un procedimiento óptimo de identificación por su bajo costo y su capacidad para ofrecer resultados inmediatos y fiables.

La clave para ello reside en crear una base de datos que recopile la información dental de cada paciente y permita analizarla de forma independiente y eficaz para lograr una identificación positiva.

En este trabajo de revisión, se abordaron temas como la importancia de la odontología como método de identificación de personas, la resistencia de los tejidos dentarios, las características de la base de datos odontológica, su uso, la necesidad de su creación, y sus limitaciones.

PALABRAS CLAVE: odontología forense, base de datos odontológica, identificación de víctimas.

ABSTRACT

Given the high resistance of teeth and their individualizing characteristics, dentistry could become one of the main methods of human identification, as it provides an optimal means of identification due to its low cost and its ability to deliver immediate and reliable results.

The key lies in creating a database that collects the dental information of each patient and allows it to be analyzed independently and effectively to achieve a positive identification.

In this review, topics such as the importance of dentistry as a method of human identification, the resistance of dental tissues, the characteristics and use of the database, the need for its creation, and its limitations were addressed.

KEYWORDS: forensic dentistry, dental database, victim identification.

[1]Perito Odontólogo del Cuerpo Médico Forense.
[2]Odontólogas del Cuerpo Médico Forense y la Morgue Judicial. Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Contacto: mijacobo@csjn.gov.ar

LA ODONTOLOGÍA COMO MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN

La identificación consiste en determinar la identidad de un individuo reconstruyendo y/o comparando de manera certera sus caracteres que lo individualizan. Identificar a un sujeto "es reconocer si una persona es la misma que se supone o se busca".[1] Es decir, se trata de establecer su individualidad determinando aquellos rasgos o conjuntos de cualidades que la distinguen de todos los demás y hacen que sea ella misma.[9]

La identificación odontológica es el procedimiento mediante el cual se observan, analizan y registran las particularidades bucodentomaxilares de un sujeto, caracteres que señalan su historia, biografía y su nivel de atención terapéutica. La identidad odontológica va más allá de la presencia de una amalgama, una resina o de una extracción en la boca de un sujeto, ya que la identidad odontológica es la interpretación de la calidad de sus tratamientos, la frecuencia de asistencia al odontólogo, la atención diaria de sus dientes, el tipo de alimentación, los hábitos nocivos, su calidad de vida y por tanto un diagnóstico de parte de la dinámica de vida de ese sujeto.[4]

Los principales métodos de identificación en odontología forense se basan en **métodos comparativos** (registros odontológicos *antemortem*, en vida, con hallazgos *post mortem*, tras la muerte). Se analizan todas las características dentarias, forma de las arcadas, anatomía dentaria y alveolar, número, posición de piezas, presencia de obturaciones, de prótesis, implantes, maloclusiones, particularidades en la mordida. El **estudio de la mordida** es de gran ayuda en la identificación, ya que las marcas de ésta en alimentos, piel o materiales pueden ser comparadas con la dentadura sospechada. Las **radiografías odontológicas** constituyen uno de los recursos más confiables ya que permiten comparar raíces, tratamientos de conducto, implantes o patrones de trabeculado óseo. También las **características de las prótesis y materiales dentales** empleados, ya que algunos poseen número de serie que facilita así su identificación (implantes). La **queiloscopía y rugoscopía** constituyen otros métodos de identificación en odontología forense basados en el registro de las huellas labiales y las rugas palatinas respectivamente. El **registro de particularidades orales**, como la presencia de dientes retenidos, anomalías en el desarrollo dental, cicatrices, diastemas, etc., y **métodos complementarios** como la fotografía intraoral, modelos de yeso, radiografías panorámicas y TAC (tomografía axial computada) son de suma importancia a la hora de establecer un diagnóstico de identificación.

El territorio maxilofacial y más específicamente la cavidad bucal y sus estructuras, mantienen su indemnidad aun cuando estas hayan sido sometidas a condiciones extremas ambientales, agresiones o mutilaciones (fuego, agua, accidentes, etc.); a esto se agrega que es una zona de reparo, es decir, se encuentra protegida por músculos y hueso.[1] Cabe destacar el comportamiento de los tejidos buco dentarios frente a una agresión como el fuego. En este caso la boca se cierra y forma una especie da caja fuerte que protege a los tejidos endobucales, colaborando a mantener el estado de humedad propio de la boca, que por analogía la llamamos "cofre de protección"; la lengua se pone tumefacta y protege el paladar adosándose a él. El paladar es un elemento de identificación valioso, conserva su anatomía persistiendo aún siete meses después de la pérdida de vida; pero si los maxilares se fracturan, el fuego destruye los tejidos blandos del paladar y carboniza la lengua, imposibilitando la utilización de papilas

palatinas para la identificación.[2]
Se ha enfatizado respecto de la elevada resistencia de los tejidos dentarios al efecto deletéreo de agentes mecánicos, físicos y químicos. Los elementos dentarios representan una de las partes más duras y calcificadas del cuerpo humano, debido a su composición. El esmalte que rodea la corona del diente tiene un espesor y grosor aproximado de 2mm (milímetros). Es la parte más dura y mineralizada del diente, que le confiere una alta resistencia a la temperatura y ácidos. El esmalte está compuesto entre un 96% - 98% de materia inorgánica en forma de cristales de hidroxiapatita, el 2-4 % restante de la composición del esmalte son compuestos orgánicos y agua. En la escala de Mohs ocupa el octavo lugar en lo que se refiere a dureza de un material. La resistencia del esmalte al aplastamiento es de 400 Mpa (megapascales). Debajo de la capa de esmalte se encuentra la dentina que constituye la masa principal de diente y que está compuesta un 70% de cristales de hidroxiapatita, un 20% de materia orgánica de colágeno y un 10% de agua. La resistencia de la dentina al aplastamiento es de aproximadamente 300 Mpa. Por debajo de la dentina se encuentra el tejido pulpar que es un tejido blando compuesto principalmente por nervios, venas y sistema linfático de donde se puede obtener material genético.
Cabe mencionar también la raíz del elemento dentario la cual está rodeada por cemento, que es un tejido duro compuesto por un 45% de sustancia mineralizada con predominio de hidroxiapatita, un 33% de proteínas con predominio de colágeno y el resto agua.
Debido a las estructuras mencionadas anteriormente los dientes son resistentes a altas temperaturas incluso hasta 600°C (grados centígrados), y muestran aun resistencia al contacto con ácidos; de ahí el alto grado de identificación que poseen. Las modificaciones de estructuras son importantes a 400°C; el esmalte resiste bien el calor debido a su naturaleza prismática que lo hace friable a temperaturas superiores a 400°C. La dentina es más resistente que el esmalte.
Los dientes sanos y los dientes cariados se comportan diferente; en los primeros hay caída espontánea de la corona, en los segundos la corona se fragmenta y pulveriza.
Si las piezas dentarias se encuentran restauradas su resistencia varía según el material, si es mimético o no. Las porcelanas tienen un punto de fusión de 870°C, los composites 600°C, las amalgamas son las más frágiles, cuyo componente, el mercurio, las hace más vulnerables al calor. El oro y sus compuestos funden entre 800 y 1300°C.[2]
Con lo anteriormente descripto, cada elemento dentario tiene su propio conjunto de características identificativas (posición del diente en la arcada dentaria, tamaño de superficie bucal, superposición con los dientes vecinos, espacios interdentarios (diastemas), astillamiento o fracturas dentarias, lo que aporta un alto grado identificatorio e individualizante de cada paciente de acuerdo con sus particularidades estomatognáticas.
Se ha considerado a los tejidos del sistema estomatognático (cavidad oral y estructuras anexas) como la "caja negra del organismo humano", al efectuar una comparación con lo que acontece en los accidentes aéreos cuando se busca rescatar dicho artefacto.[3]

REGISTRO ODONTOLÓGICO

El odontólogo forense desarrolla una importante misión en el marco de la investigación medicolegal y en la identificación humana, especialmente

cuando las víctimas presentan cierto grado de destrucción y cuando no es posible tomar huellas dactilares, por la descomposición que sufren los cadáveres, o no hay muestras genéticas disponibles (ADN). La identificación a través de la odontología y sus numerosos procedimientos descriptos son económicos, eficaces, exactos y precisos, además de una herramienta rápida que ayuda aliviar el dolor de los familiares en casos de catástrofes, desastres e incidentes con víctimas múltiples, como así también ofrece caminos al Estado para resolver la identificación de personas desaparecidas. Ha sido un instrumento de enorme valor para la causa de Derechos Humanos (DDHH) en tanto la identificación de personas desaparecidas forzada en la época de la dictadura militar. En la guerra de Malvinas cumplió una función similar en los restos de soldados no identificados por parte del Equipo Argentino de Antropología Forense (EAAF 2024).[5]

La historia clínica aportada por los odontólogos es un documento privado en la cual se han registrado las características de procedimientos terapéuticos o profilácticos con diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento y evolución, además de anexos como radiografías, modelos de yeso y fotografías, los cuales son fundamentales para establecer una plena identidad. En nuestro país la Ley Nacional N° 26.812, del 2012, modificatoria de la -Ley 26.529- Derechos del Paciente, alude a la obligatoriedad de incluir odontograma inicial en la Historia Clínica, que es un diagrama de los dientes del paciente que permite registrar su estado, los cuales deben basarse en nomenclaturas y modelos universales según estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS).[6] Cabe destacar la importancia del consentimiento informado (Ley 26.529), documento que el paciente debe acceder antes de realizarse algún tratamiento odontológico, permitiendo al mismo tomar una decisión consciente y voluntaria sobre su atención médica.

De todo esto surge la obligatoriedad de consignar registros odontológicos de forma estandarizada como el Sistema Dígito Dos o Binario, sistema aprobado por la OMS e *International Criminal Police Organization* (Interpol) y aceptado por la Federación Dental Argentina (FDA), que permitan su identificación ante cualquier catástrofe. El odontograma es un registro odontológico que constituye un requerimiento obligatorio para casi todas las legislaciones internacionales. Representa un documento odontológico legal donde se refleja el estado actual de cada elemento dentario de la boca del paciente, considerando sus caras, estableciendo si se encuentran sanos o presentan caries y patologías, o bien restauraciones, y el material con que fueron realizadas; si presentan prótesis fijas o removibles, implantes, etc. Es la representación actual del estado de la boca o un esquema gráfico donde aparecen todas las piezas dentarias del paciente. Cada pieza se nombra con un número y cada elemento dentario tiene 5 caras, llamándose al sistema de registro Sistema Dígito Dos,[5] donde el número del cuadrante se acompaña del número del diente examinado. La cavidad oral se divide en 4 cuadrantes, numerados en el sentido de las agujas del reloj, iniciando por el superior derecho mirando de frente al paciente. Los dientes se numeran también a partir de 1 (uno) en cada cuadrante, desde los incisivos centrales hasta los 3° molares *(Imagen 1).*

Como odontólogos tenemos la gran responsabilidad de cumplir con la correcta confección de la historia clínica con un odontograma **completo y fiable** a las particularidades dentales de nuestros

pacientes, ya que no existen dos personas con caracteres dentales semejantes. De esto se desprende que las piezas dentales por su número, forma y rasgos particulares, constituyen la huella digital de la boca.[8]

Esta documentación, además de certificar las patologías preexistentes, indica los trabajos o tratamientos que realizamos o fueron realizados por colegas, aportando la cronología de los hechos y datos importantísimos al momento de realizar estadísticas científicas o comparar esos datos para identificación de una posible víctima.[6] Aunque muchas veces se han detectado serias falencias en su confección y almacenamiento, la normalización y protocolización de un sistema de registro y archivo que incluya radiografías y fotografías intraorales, debería ser considerado una obligación ética y legal.[7]

La identificación odontológica forense depende en gran medida de la disponibilidad de registros *antemortem*.[12]

Para que la identificación odontológica se produzca, es imprescindible contar con la información dental previa del sujeto que se trata de identificar, y confrontarlos con los datos obtenidos por el perito forense.

El proceso de identificación dental consta de tres pasos:

1)- Autopsia oral y estudio de los maxilares y dientes, lo que nos permitirá confeccionar un odontograma *post mortem*.

2)- Búsqueda de todos los posibles datos biográficos del sujeto en vida; en este punto adquiere gran importancia la historia clínica y la ficha dental del paciente.

3)- Comparación de ambos datos.[11]

La participación del odontólogo forense se fundamenta en el cotejo de información *post mortem* (PM) con los registros *antemortem* (AM) aportados por familiares de las víctimas y/u odontólogos que lo hayan asistido, laboratorios dentales, modelos de estudio, aparatos protésicos etc.

En general se requiere un número suficiente de coincidencias para identificar a una persona, que serían como los puntos característicos de un dactilograma. Aunque no se admite el dogmatismo en

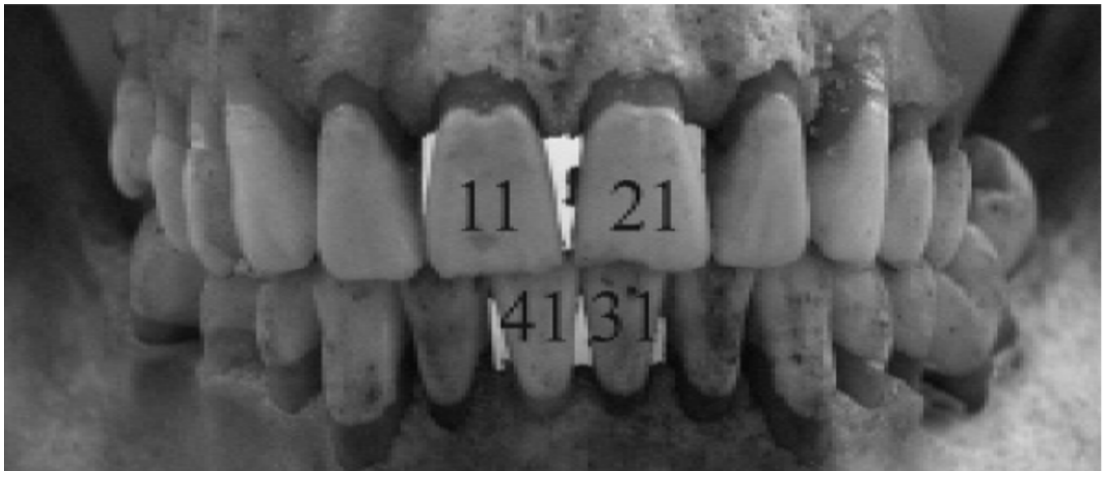


Imagen 1. Fotografía esqueletal de cavidad bucal.
Fuente: Silveyra 2006.[9]

esta materia, para algunos autores serían necesarios entre 6 y 7 puntos coincidentes para establecer la identidad, pero muchas veces sólo son necesarios características o rasgos únicos e indubitables independientemente del número. Por el contrario, uno o varios puntos discordantes excluyen la identificación.[9]

BASE DE DATOS: USOS, VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Considerando que los dientes constituyen una de las partes más duraderas del cuerpo humano y tienen una característica de identificación que es imposible duplicar, podemos afirmar que el registro odontológico puede ser el principal método de identificación, pero sin una base de datos odontológica unificada a nivel nacional, esto resultaría imposible. Esta base de datos debería contener toda la información de consultas odontológicas como: historia clínica del paciente, donde consta información básica del mismo y del profesional tratante, odontograma (G*ráfico 1*) con los registros de los tratamientos efectuados (obturaciones, prótesis, ortodoncia) y plan de tratamiento sugerido, radiografías periapicales y panorámicas, fotografías intraorales, y tomografías en caso de estar indicadas. Tanto la recopilación de datos como el análisis de éstos deben hacerse respetando la privacidad y seguridad de las personas. Esta base de datos odontológicos debería conectar a todos los consultorios dentales, actualizando información de los pacientes en tiempo real, lo cual sería una solución que permitiría la rápida localización, comparación y validación de las fichas odontológicas. El análisis de datos se realizaría en tiempo real tras la introducción de la información, por ejemplo, al descubrir restos humanos se registran todos los datos actuales y esa base de datos a través de un software compararía la información introducida con la que aportaron los odontólogos en sus registros, y se arrojaría un resultado específico o una lista de probables. Gracias a esta base de datos se podría minimizar el error humano, acelerar la identificación de restos y posibles sospechosos.

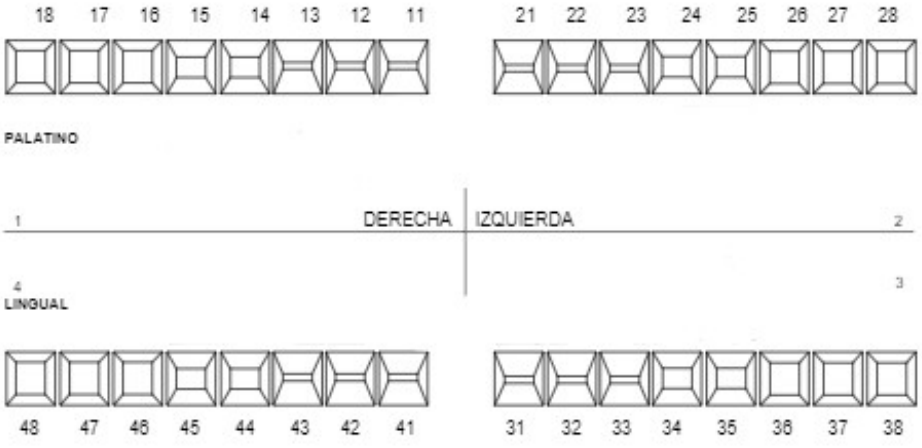


Gráfico 1. Odontograma utilizado por el Departamento de Odontología Legal del Cuerpo Médico Forense.

Actualmente Argentina carece de un sistema centralizado que facilite el acceso rápido a registros odontológicos en situaciones de investigación judicial o catástrofe, por falta de digitalización previa de fichas odontológicas.

En India, se realizó una encuesta a ciegas a cien odontólogos en ejercicio de la profesión, en el distrito de Ghaziabad, Uttar Pradesh. Este registro contenía información sobre si realizaban o no registros dentales, de forma física o digital, si los conservaban o no en el tiempo, y si se compartían o no esos registros. Los resultados arrojaron que el 86% mantenía registros en forma física o digital, sólo menos de un 15% no lo hacía. La mayoría lo hacía en formato papel y un 29% de los encuestados utilizaba tecnología y archivos digitales. La mayoría no se sentía cómodo compartiendo los archivos, no por miedo a la competencia o mala praxis, si no por desconocimiento o falta de conciencia sobre su importancia para identificación de personas.[12]

India, desde el año 2021, en respuesta a la creciente necesidad de digitalización de atención médica y odontológica, lanzó la Mision Digital Ayushman Bharat (ABDM), en honor al primer ministro, a través de la cual se garantizaba un sistema de salud digital estandarizando el proceso de identificación entre los diferentes actores sanitarios y los centros de salud.[13]

En Suecia cuentan con el *National Dental Health Register* (NDHR) que contiene información sobre patologías, procedimientos y subsidios relacionados con la atención odontológica en un marco de programa gubernamental de Salud Pública. Está vinculado a cada DNI (Documento Nacional de Identidad), lo que permite integración de datos con otros registros, y tiene como objetivo monitorear la atención y salud dental en Suecia. Los datos se utilizan con fines estadísticos e investigativos, así como para el desarrollo de indicadores de calidad, el seguimiento y la evaluación.

En Brasil en el año 2010, la Secretaría de Derechos Humanos de la presidencia de la República (*Secretaría de Dereitos Humanos da Presidencia da República*) en colaboración con el Ministerio de Justicia, desarrolló la Base de Datos Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes Desaparecidos para facilitar la investigación y localización de éstos en Brasil, permitiendo el registro, búsqueda y difusión de los casos de desaparecidos. Actualmente se está trabajando para mejorar protocolos y procedimientos en este sistema. Así mismo, se mencionó la necesidad imperiosa de creación de una base de datos digitalizada para almacenamiento de datos *antemortem* de forma segura, y así poder comparar con registros *post mortem* garantizando la celeridad en proceso de identificación y mitigando angustia de los familiares.[14]

En EE.UU. los odontólogos forenses comparan datos *post mortem* con fichas odontológicas *antemortem* a través del sistema *National Crime Information Center* (NCIC), *National Missing Unidentified Persons System* (NamUs) y *National Dental Image Repository* (NDIR). En el ataque al *World Trade Center* del 11 de setiembre de 2001, se demostró la importancia de contar con base de datos *antemortem* unificada lo cual permitiría la identificación de las víctimas. NamUs es una base de datos sistematizada que provee una oportunidad rápida, efectiva, de bajo costo y con información detallada al comparar individuos. Su aplicación satisface la necesidad del país de contar con una base de datos segura, en línea, libre y unificada para estos restos no identificados y registros de personas desaparecidas. Los odontólogos de NamUs proveen asistencia con escaneo,

análisis y comparación de datos, como así también deben aportar a NCIC para facilitar la inclusión y exclusión de posibles coincidencias de casos.

El NCIC es una base datos computarizada nacional con información documentada sobre justicia penal, pero no cuenta con la capacidad suficiente para procesar radiografías, modelos odontológicos etc.; la capacidad de retención de imágenes del NCIC se limita a imágenes pequeñas y de baja resolución. Por ello se aprobó la creación de NDIR quien proporcionaría a las diferentes agencias policiales, acceso directo a las imágenes digitales de esos registros dentales, eliminando así la necesidad de contactar a cada agencia de origen para recuperar y revisar copias físicas de los registros.

El gran terremoto del Este de Japón en 2011 ocasionó daños devastadores con 15.897 muertos y 2.533 personas desaparecidas. Para confirmar la identidad de las víctimas, aproximadamente 2.600 odontólogos recogieron alrededor de 8.750 piezas dentales. A partir de estos hallazgos, se recuperó la identidad de 1.250 cuerpos, pero el trabajo requirió mucho tiempo y esfuerzo. En esta catástrofe fue difícil recopilar registros médicos y radiografías debido al colapso y la pérdida de instalaciones odontológicas causadas por los tsunamis. El Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de ese país manifestó entre el 2013- 2016, que los datos de historias clínicas y los registros en papel recopilados tenían diversos formatos y contenidos para cada consultorio o institución odontológica y que debían ser reingresados en un formato unificado con estandarización de la información. De ahí se llevó a cabo un "proyecto de utilización y estandarización de la información dental", guardando y recolectando hallazgos dentales en una base de datos utilizando código estándar, como el análisis automático de fotografías intraorales y datos 3D, y el diagnóstico de radiografías panorámicas mediante Inteligencia Artificial (IA).[15]

Además de los desastres en masa, la identificación de personas a partir de la odontología podría ser útil en tiempos de pandemia para asegurar que la familia se lleve el cuerpo de su ser querido. También vale la pena considerar el uso de una base de datos odontológicos para la confirmación rutinaria de la identidad de personas fallecidas.

El riesgo de crear una base de datos es la posibilidad de fuga de la información, pero se puede afirmar que el riesgo de fuga de datos odontológicos es menor que la de otros datos médicos y/o identificatorios (por ejemplo, de huellas dactilares). En Argentina el nivel de atención dental en salud pública es tan alto como la atención en consultorios privados. En este último caso los pacientes, suelen cambiar de consultorio por precio o por calidad de atención; la migración entre consultorios dificulta la rápida búsqueda de datos *antemortem*. Los familiares cercanos también suelen tener dificultades para determinar a qué consultorio dental acudía un familiar. Por eso la implementación de una base de datos adecuada es de sumo valor.

La variabilidad del estado de los dientes también es una razón para establecer que la base de datos odontológicos esté actualizada, ya que los dientes a lo largo de la vida están expuestos a numerosos factores que pueden afectar su salud provocando caries, desgastes y otras enfermedades, por eso un registro dental bien mantenido es clave para obtener información comparativa[10] (I*magen 2*).

Vale la pena considerar entonces la posibilidad de implementación de un base de datos en nuestro país utilizando un

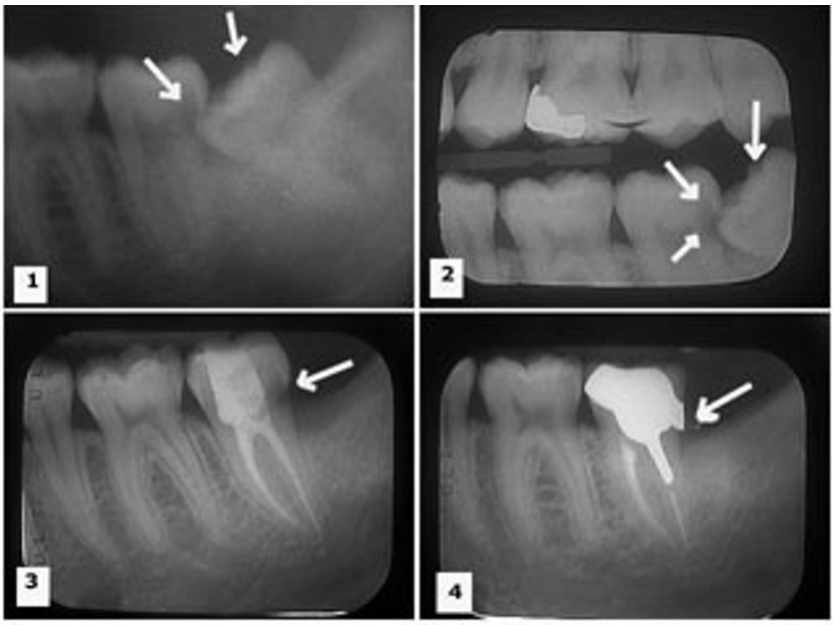


Imagen 2. Radiografías 1 y 3 tomadas *antemortem* (antecedente de ficha)- Radiografías 2 y 4 tomadas *post mortem* (se observan obturaciones, pero la identificación fue positiva). Fuente: Silveyra 2006.[9]

software con estándares de seguridad de salud digital, y capacitando a profesionales odontólogos para la digitalización y envío de registros a través del Colegio Odontológico, estableciendo convenios entre el Ministerio de Salud y Justicia para el debido respaldo legal, con la estricta protección de datos, a fin de poder combinar la tecnología con el método clásico de identificación de personas.

CONCLUSIÓN

La necesidad e importancia de la odontología forense se ha puesto de relieve cada vez que ha ocurrido una catástrofe, desastre o incidente con víctimas múltiples, en donde la identificación de cadáveres basada en hallazgos dentales representa uno de los métodos más certeros y eficaces. Una base de datos odontológica nacional constituiría una herramienta realizable y necesaria en Argentina, para cerrar la brecha existente entre los diferentes actores del ecosistema sanitario odontológico, a fin de capitalizar la actual ola digital y fortalecer la identificación de personas.

En respuesta a las diversas demandas sociales, se espera que la odontología forense siga desarrollándose, manteniendo su flexibilidad y consolidando su presencia.

BIBLIOGRAFÍA

1- Campohermoso Rodríguez et. al. (2020). Odontología Legal y Forense. La Paz: Edición Digital, pp.251-255.

2- Briñon E. N. (2006). Lesiones e iatrogenias en odontología legal. Buenos Aires: Cathedra Jurídica, pp. 137-141.

3- Briem Stamm Ad et al. (2019). Actuación del odontólogo legista en catástrofes- U. A. O. L. Buenos Aires: Facultad de Odontología Universidad de Buenos Aires.

4- Correa Ramírez, I. A. (2018). Odontología Forense. México: Trillas, p. 116.

5- Thefs, S J. (2024). Impacto de las formas de realización del odontograma en la necroidentificación humana en individuos NN. Tesis de grado UCES, pp. 18-19.
6- Maldonado, M. B. (2024). Investigación pericial de las lesiones del sistema estomatognático. Buenos Aires: Erga Omnes, pp. 23-29.
7- Schuller-Götzburg, P.; Suchanek, J. (2007). Forensic odontologists successfully identify tsunami victims in Phuket, Thailand. Forensic science international, 171(2-3), 204–207.
8- Iguaran Arana M.G., Piedrahita Duque, M. A. et al. (2005). Manual para la identificación de cadáveres. Bogotá: Instituto Nacional y Medicina Legal de Ciencias Forenses, pp. 114-115.
9- Silveyra, J O. (2006). Sistemas de Identificación humana. Buenos Aires: La Rocca, p. 102.
10- Szczepańska-Górna, K. Z. (2022). National odontology database–opportunities and problems. Kriminalistika ir teismo ekspertologija: mokslas, studijos, praktika XVIII, T. 18.
11- Hernando L M. (2015). Manual de Odontología Legal: principios para la práctica profesional, 2ºEd. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba, p. 231.
12- Sengupta, S., Sharma, V., Gupta, V., Vij, H., Vij, R., & Prabhat, K. (2014). Forensic odontology as a victim identification tool in mass disasters: A feasibility study in the Indian scenario. Journal of forensic dental sciences, 6(1), 58-61.
13- Sharma, R. S., Rohatgi, A., Jain, S., & Singh, D. (2023). The Ayushman Bharat Digital Mission (ABDM): making of India's digital health story. CSI transactions on ICT, 11(1), 3-9.
14- Calmon, M. (2022). Forensic data management and database systems in forensic investigations for cases of missing and unidentified persons in Brazil. Forensic Sciences Research, 7(4), 599-608.
15- Takano, H., Momota, Y., Ozaki, T., Shiozawa, S., & Terada, K. (2019). Personal identification from dental findings using AI and image analysis against great disaster in Japan. Forensic Leg Investig Sci, 5, 041.

DESAFÍOS Y RECOMENDACIONES PARA EL USO RESPONSABLE DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL SISTEMA JUDICIAL ARGENTINO

(CHALLENGES AND RECOMMENDATIONS FOR THE RESPONSIBLE USE OF ARTICIFIAL INTELLIGENCE IN THE ARGENTINE JUDICIAL SYSTEM)

Mario Wolberg[1]

RESUMEN

El presente trabajo aborda el impacto creciente de la inteligencia artificial (IA) en la sociedad, haciendo foco en su incorporación al sistema judicial. Se abordan cuestiones relacionadas a la IA generativa, los riesgos vinculados a los sesgos algorítmicos, y la necesidad de establecer marcos regulatorios que contemplen principios éticos, de transparencia y de protección de derechos fundamentales. A partir del análisis de experiencias como la de Colombia y la provincia de San Luis (Argentina), se proponen criterios y lineamientos para una implementación prudente de la IA en el ámbito judicial, destacando que su rol debe ser de apoyo y no de reemplazo en la toma de decisiones jurisdiccionales. Se concluye que una regulación clara, acompañada de capacitación y control permanente, es indispensable para garantizar el acceso efectivo a la justicia en un contexto de innovación tecnológica.

PALABRAS CLAVE: inteligencia artificial, inteligencia artificial generativa, administración de justicia, ética, sesgo, regulaciones.

ABSTRACT

This paper addresses the growing impact of artificial intelligence (AI) on society, focusing on its incorporation into the judicial system. It addresses issues related to generative AI, the risks associated with algorithmic biases, and the need to establish regulatory frameworks that consider ethical principles, transparency, and the protection of fundamental rights. Based on the analysis of experiences such as those of Colombia and the province of San Luis (Argentina), criteria and guidelines are proposed for a prudent implementation of AI in the judicial field, highlighting that its role should be to support, not replace, jurisdictional decision-making. It is concluded that clear regulation, accompanied by training and ongoing oversight, is essential to ensure effective access to justice in a context of technological innovation.

KEYWORDS: artificial intelligence, generative artificial intelligence, administration of justice, ethics, bias, regulation.

[1]Contador Público Nacional. Cuerpo de Peritos del Poder Judicial de la Nación Especializados en Casos de Corrupción y Delitos contra la Administración Pública. Dirección de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Contacto: mwolberg@csjn.gov.ar

LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Mucho se está hablando sobre la inteligencia artificial (IA), existen múltiples definiciones de la misma donde no hay una que haya sido aceptada universalmente, para presentar en este caso la que define a la IA como *"…el arte de elaborar de sistemas capaces de resolver problemas y desempeñar tareas mediante la simulación de procesos intelectuales. Se puede enseñar a la inteligencia artificial a resolver un problema, pero ella también puede estudiar el problema y aprender la manera de resolverlo por sí misma sin intervención humana."*[2] Otra definición del sistema de IA es *"…todo sistema basado en programas informáticos o incorporado en dispositivos físicos que muestra un comportamiento que simula la inteligencia, entre otras cosas, mediante la recopilación y el tratamiento de datos, el análisis y la interpretación de su entorno y la actuación, con cierto grado de autonomía, para lograr objetivos específicos".*[3]

Estos sistemas trabajan como "cajas negras", de allí que los resultados y funcionamiento resultan imprevisibles. Por su parte, también operan de manera autónoma e independiente.

La IA ha registrado avances significativos estos últimos años, y es la IA generativa la que tiene mayor atractivo, pues es aquella tecnología con mayor potencial para revolucionar todas las industrias, incluida la justicia. La IA generativa puede crear contenido, desde música, imágenes, y hasta texto, por lo que su función no sólo se aboca a analizar o clasificar datos.[3]

La IA generativa, catalogada como una rama de la IA, se ocupa de la creación de contenido nuevo que es imposible de diferenciar del creado por los seres humanos. Mientras que la IA tradicional, se dedica a reconocer patrones y a realizar predicciones fundamentadas en datos conocidos, la IA generativa brinda nuevos datos desde patrones ya aprendidos.

La IA ya permite lograr un impacto significativo en la economía de los países y particularmente en las organizaciones, por ende el impacto en la sociedad resulta enorme. Es por este motivo que públicamente se debate la necesidad de regular o no esta nueva tecnología, de manera que se evite un sistema de inteligencia general artificial que resulte comparable a la humana o inclusive que la pueda superar. Un tema no menor en este debate es el relacionado con la ética, es decir, que la IA debe saber que existe y a su vez, respetarla, para así poder incluir los valores que acepta y considera la sociedad en su conjunto.

El debate es necesario, ya que el sistema legal aún no tiene incorporado de manera clara y precisa la existencia de la IA, deliberando la manera que esta pueda utilizarse en beneficio de la comunidad. Además, en la práctica actual ya es una realidad y se utiliza a la IA en las relaciones jurídicas, operaciones comerciales, inversiones, entre otras cosas, cuando en realidad el marco legal aún no definió sus características principales.

Una de las primeras cuestiones que deben ser consideradas son los contratos a partir de los cuales se brindan los servicios de IA. En virtud de la particular forma de operar la IA, hay que entender que existen ciertas particularidades al momento de legislar: fallos en los sistemas, la elaboración de algoritmos, control de ingreso de datos en el futuro, utilización y almacenamiento de los mismos, para mencionar algunas.

De allí, en caso de surgir algún tipo de daño, la obtención de pruebas resulta una tarea muy difícil de llevar, pudiendo entrar en un vacío probatorio que limitaría la posibilidad de determinar responsabilidades. A partir de eso, se debe establecer

una legislación acorde que sea lo más clara posible, que permita equilibrar las obligaciones para ambas partes del contrato, como también al tercero, que busque y brinde certidumbre al momento de reclamar por daños y perjuicios.

Por la carencia de pruebas, la determinación de responsabilidades se torna difícil, de allí que hacen falta medios eficaces para que las partes puedan proteger sus intereses.

Todo lo expuesto sitúa a la IA en un escenario de incertidumbre legal. Es previsible que, a medida que el uso de la IA se generalice a nivel global, resulte imprescindible avanzar hacia un entorno normativo más seguro y responsable, que resguarde los intereses económicos y sociales de la comunidad. Esta transición debe asumirse con seriedad y de manera urgente, a fin de evitar respuestas fragmentarias y carentes de una visión integral a nivel nacional, y considerar, además, su articulación con los marcos regulatorios de otros países.

Los principales problemas a considerar en esta etapa están relacionados con la atribución de responsabilidad y la debida diligencia, particularmente en lo que respecta a la calificación jurídica de los actos que involucren a sistemas de IA. Frente a este desafío, resulta necesario promover soluciones sistémicas a nivel nacional, que, a su vez, se articulen con un marco regulatorio internacional coherente. Dada la complejidad que implica regular la IA, es probable que alcanzar este objetivo requiera abandonar ciertos enfoques tradicionales y adoptar nuevos paradigmas jurídicos y tecnológicos.

La IA presenta desafíos y consideraciones éticas que no deben ser pasadas por alto. Entre ellas encontramos que la calidad y el realismo del contenido generado podría ser imperfecto o poco realista, aquellas cuestiones vinculadas a la propiedad intelectual y al derecho de autor, o que el uso malintencionado de la tecnología pueda llevar a crear contenido falso, y es de vital importancia la identificación de los sesgos.

El sesgo en la IA —también conocido como sesgo de aprendizaje automático o sesgo algorítmico— hace referencia a la generación de resultados parciales o injustos como consecuencia de prejuicios humanos incorporados en los datos con los que se entrena el sistema o en el propio diseño del algoritmo.[4] Esto puede derivar en producciones erróneas y consecuencias perjudiciales a los usuarios.

Con relación a los sesgos, los modelos de IA podrían presentar fallas respecto a predicciones sobre personas o colectivos subrepresentados, lo que evidencia un problema de equidad algorítmica vinculado a la falta de diversidad en las fuentes de información. En ese sentido, es interesante mencionar que investigadores del Massachusetts Institute of Technology (MIT) desarrollaron una técnica destinada a reducir los sesgos en inteligencia artificial, orientada a mejorar la imparcialidad de los modelos de IA.[5] Esta metodología incrementa la precisión en subgrupos tradicionalmente subrepresentados, sin comprometer la exactitud general del sistema. Los investigadores han diseñado una técnica que identifica y elimina de manera selectiva aquellos puntos de los conjuntos de datos del análisis que más inciden en los errores del modelo frente a subgrupos minoritarios. Este procedimiento, al reducir la cantidad de datos eliminados y preservar la precisión general del sistema, contribuye a mejorar su equidad y a mitigar los sesgos que afectan a poblaciones subrepresentadas. Al sistematizar esta información, es posible detectar las porciones del conjunto del análisis que contribuyen a la disminución del

desempeño en los grupos menos representados. Posteriormente, dichas muestras se eliminan y el modelo se reentrena con los datos restantes. Este procedimiento, que combina precisión técnica con una perspectiva de equidad algorítmica, permite conservar la exactitud general del modelo y, a la vez, mejorar su justicia y representatividad en relación con los subgrupos minoritarios.[6]

La técnica también tiene la capacidad de revelar fuentes de sesgo ocultas en conjuntos de datos no considerados, que en muchos análisis superan en cantidad a los datos tomados en cuenta. Combinada con otros enfoques de mitigación de sesgos, esta metodología podría contribuir a incrementar la imparcialidad de los sistemas de inteligencia artificial en contextos de alto riesgo. Por ejemplo, y puntualmente en el caso de la medicina, permitiría reducir la probabilidad que pacientes subrepresentados sean diagnosticados de manera incorrecta por modelos sesgados, reforzando así principios éticos de justicia y equidad, por lo que se logra un avance relevante hacia una IA más justa y responsable. Específicamente, y en lo relativo a la utilización de la IA en la administración de justicia, si el sesgo en los sistemas de IA no es identificado ni corregido en el momento justo, puede comprometerse seriamente la imparcialidad y la legitimidad del proceso judicial. Su presencia puede afectar la equidad en la toma de decisiones, restringir el acceso efectivo a la justicia y generar fallos discriminatorios o injustos. Además, el sesgo reduce la precisión de las herramientas utilizadas, lo que implicaría una limitación en su utilidad y confiabilidad dentro del ámbito judicial.

La formulación de un *prompt* debería incorporar elementos que aseguren que las respuestas generadas no vulneren principios éticos. En este sentido, el sesgo y la transparencia desempeñan un papel fundamental en la configuración del resultado.[7] La transparencia en el proceso de generación del *prompt* resulta fundamental para comprender de qué modo las inteligencias artificiales generan respuestas a partir de las instrucciones proporcionadas. La falta de dicha transparencia puede impedir que los usuarios comprendan adecuadamente las razones subyacentes a las decisiones adoptadas por el sistema. La transparencia en el diseño de un *prompt* es condición necesaria para comprender el modo en que las inteligencias artificiales elaboran sus respuestas. Su ausencia limita la posibilidad de evaluar críticamente las decisiones del sistema.

Los sesgos presentes al momento de diseñar un *prompt* plantean un desafío ético significativo, ya que pueden influir de manera sustancial en los resultados producidos por la IA. La gestión ética de esta problemática resulta esencial para evitar que las decisiones automatizadas profundicen las desigualdades sociales y comprometan principios de justicia y equidad. Los sesgos que pueden manifestarse en el diseño del *prompt* representan una cuestión ética de primer orden, en tanto tienen la capacidad de condicionar los resultados de la IA y reproducir patrones discriminatorios. La gestión ética de estos riesgos es imprescindible para garantizar el respeto de los principios de equidad, imparcialidad y no discriminación en los ámbitos donde la IA incide en la toma de decisiones humanas. Todos los actores involucrados en este tipo de procesos deberán familiarizarse con estos temas, así como promover activamente en la elaboración de protocolos, leyes y regulaciones que rijan el uso de la IA. El objetivo central debe ser garantizar la protección de las personas, de manera tal que se puedan anticipar y prevenir los posibles daños

derivados del avance tecnológico.
Finalmente, resulta fundamental subrayar la importancia de la verificación del producto generado por la IA como parte de la responsabilidad deontológica del profesional interviniente. Esta responsabilidad implica que el profesional no puede limitarse a delegar de manera automática, sino que debe asumir una apropiación consciente del resultado, respondiendo, interpretando, firmando y otorgando sentido al producto. La labor profesional debe garantizar por sobre todas las cosas que los resultados proporcionados por la IA cumplan con estándares éticos, técnicos y jurídicos.

APLICACIÓN DE LA IA EN EL SISTEMA JUDICIAL

La IA se nutre de información y datos que son proporcionados tanto por quienes desarrollan los algoritmos como por quienes interactúan con el sistema, de allí que el principal desafío que se presenta al momento de aplicar la IA en el sistema judicial es el referido a los prejuicios y sesgos que naturalmente tienen las personas, que podrían ser transferidos desde el plano humano al de la IA.
La utilización de la IA no es neutral, por ello a pesar de ser de una gran ayuda, también se corre el riesgo que pueda afectar derechos, dañando el sistema. Las conclusiones a las que arribe la IA podrían no ser neutrales, donde la influencia de una selección de datos sesgada podría afectar esa neutralidad.
El sesgo humano constituye un factor clave que debe ser identificado y gestionado en las etapas de diseño y desarrollo de un sistema de inteligencia artificial. Es fundamental que los datos utilizados sean representativos de la realidad, ya que la selección de estos, el diseño de los algoritmos y la definición de los objetivos del sistema son instancias críticas en las que pueden introducirse sesgos. Por ello, se debe procurar que los sistemas de IA adoptados o desarrollados sean lo más justos, equitativos y transparentes posible.
Bajo el enfoque por el cual un algoritmo es una "receta de cocina"[8] donde se deben cumplir ciertas etapas y agregar los componentes necesarios para alcanzar un objetivo, las cuestiones de la ética pasan a ser determinantes al crear el algoritmo, ya que al aplicar la IA en la justicia podrían estar en juego la vida, la libertad y el patrimonio de las personas.
La conducta humana es un fenómeno de gran complejidad, por lo que su evaluación no debería quedar en manos de sistemas de IA. En el ámbito judicial, esta tarea debe continuar bajo la responsabilidad de personas, como ha sido históricamente. Cualidades fundamentales para ese análisis -como la empatía, la emoción, la compasión y la capacidad de interpretación contextual- son propias del ser humano y han sido desarrolladas a lo largo de siglos. Hasta el momento, la inteligencia artificial no ha demostrado poseer estas capacidades de forma auténtica o confiable.
La IA tiende a predecir el comportamiento futuro de las personas a partir de datos sobre su conducta pasada. Este enfoque parte del supuesto donde el futuro se construye en función de lo que fuimos, sin considerar aspectos esenciales del ser humano, como la capacidad de aprender, adaptarse o modificar su conducta a través de la prueba y el error. Sin embargo, las reacciones humanas ante distintas situaciones no responden de manera lineal o automática a patrones previos; por el contrario, dependen de múltiples factores contextuales y emocionales. En este sentido, los modelos de IA que se basan exclusivamente en

información pasada corren el riesgo de llegar a conclusiones erróneas o incompletas sobre la conducta humana.

La IA puede ser utilizada en el ámbito judicial como una herramienta de apoyo para el análisis de información, la sistematización de datos o la identificación de patrones. Sin embargo, la decisión final -especialmente la emisión de sentencias- debe permanecer como una atribución exclusiva de los seres humanos. Solo las personas, con su capacidad de interpretar contextos, ejercer juicio crítico y aplicar principios como la equidad, la empatía y el debido proceso, pueden garantizar decisiones justas y respetuosas de los derechos fundamentales.

No sería una buena práctica que la IA sentencie o juzgue a la conducta humana, pero sin duda alguna es muy interesante la posibilidad de incorporar a la misma en el sistema judicial. Podría ser muy útil para achicar tiempos y procesos, ayudar a modernizarlo, incrementar la calidad del servicio de justicia, es decir, todo aporte al sistema judicial por parte de IA, que no sea juzgar comportamiento y conducta humana sería una ganancia para toda la sociedad. La tarea del Juez no debe ser reemplazada por la IA, pero sí que esta nueva tecnología aporte soluciones en los procesos, y ganancias en los tiempos que indefectiblemente representarán en una mejor prestación del servicio de justicia.

RECOMENDACIONES AL MOMENTO DE IMPLEMENTAR SOLUCIONES DE IA EN LA JUSTICIA[9]

Entre las recomendaciones, desafíos y lineamientos a tener en consideración al momento de desarrollar o implementar soluciones de IA tanto en el Estado y particularmente en el Poder Judicial se destacan:

a) Teniendo en cuenta la extensión geográfica de la Argentina, la brecha digital debe ser un elemento a considerar al momento de implementar este tipo de soluciones.

b) La IA no es un fin en sí misma, sino que pasa a ser un medio para aumentar el bienestar de la sociedad. En virtud de ello, la IA debe focalizarse o bien principalmente considerar al ser humano, para así poder generar la confianza necesaria de todos los participantes en aquellos resultados que produzca. Corresponde que el desarrollo de la IA se centralice en el ser humano, de allí que los sistemas deben respetar ciertos principios con relación a los algoritmos, tales como: transparencia, trazabilidad, explicabilidad y libre acceso. Con relación al diseño de sistemas, pasar de un enfoque de “caja negra” a uno de “caja blanca”, para que las decisiones tengan razonamiento y basamento, además que todo lo sucedido en el proceso pueda ser trazado con exactitud.

c) La transparencia de la IA al tomar decisiones debe estar presente, del mismo modo que una persona podría explicar el motivo por el cual tomó una decisión.

d) La integración de base de datos es un elemento crucial al momento de diseñar un sistema de IA, bajo un enfoque que esté orientado a la interoperabilidad, promoviendo el tráfico de información entre los distintos usuarios y operadores.

e) Para evitar que los sistemas de IA puedan crear sesgos negativos, eventos de discriminación, o afectar a minorías marginadas, en los procesos decisorios deben considerarse primariamente cuestiones de la ética.

f) Los sistemas de IA no están exentos de producir daños ocasionales o fortuitos, aun cuando la voluntad sea justa, de allí que la fiabilidad, seguridad y solidez no

pueden faltar, de manera tal que durante su funcionamiento sean adecuados y no se produzcan equivocaciones, absurdos o contradicciones. Ante esto, se hace necesario que el ser humano pueda controlar todas las etapas del proceso, para producir mejoras a través del sistema de prueba y error. Al respecto es interesante ahondar en este concepto señalando que los marcos regulatorios deberían exigir que los sistemas de IA capaces de provocar algún tipo de engaño o falla cumplan con rigurosos procesos de evaluación de riesgos. En segundo lugar, los responsables de la formulación de políticas deberían implementar normativas que revelen cuándo un contenido o interacción proviene de un sistema de IA y por último, se recomienda priorizar la financiación de investigaciones que desarrollen herramientas para detectar fallas generadas por IA, para que se diseñen sistemas más transparentes y menos propensos a las fallas o errores. En conjunto, legisladores, investigadores y sociedad civil deben actuar de manera proactiva para prevenir que las fallas de la IA comprometan los lazos compartidos entre la confianza social y la estabilidad institucional.[10]

g) Cuando se diseñen este tipo de sistemas, un principio que no puede estar ausente es el de los derechos humanos, donde el entorno legal y normativo proteja y priorice información amplia y pluralista, mejorando y preservando el interés individual y el bien social. La autonomía, previsión de daños, la equidad y explicabilidad, son principios que deben ser incluidos en cualquier marco regulatorio que busque desarrollar herramientas de IA. En relación con este apartado, ya la ONU se ha expedido al respecto[11] donde expresó que es necesario implementar controles sobre la venta y el uso de sistemas de IA que representen amenazas significativas para los derechos humanos, hasta tanto se implementen las salvaguardas correspondientes, además de prohibir programas de IA cuyo empleo no se ajuste a la normativa internacional en materia de derechos humanos.

h) Antes de diseñar o desarrollar los sistemas, hay que relevar y analizar las tareas que van a automatizarse. El usuario, ante la irrupción de estas nuevas tecnologías deberá capacitarse en las mismas, adaptarse a las nuevas tendencias, donde con el paso del tiempo, indefectiblemente tendrá que olvidarse de viejas capacidades utilizadas hasta la aparición de la IA.

i) El usuario debe ser el centro del diseño, para procurar una configuración intuitiva y amistosa, con lenguaje accesible y claro.

j) Tener el debido cuidado al momento de implementar soluciones que sean traídas de otros países, buscando armar "trajes a medida", es decir, se debe ir hacia un sistema de IA que sea acorde a nuestra realidad.

En este apartado resulta interesante destacar las "Recomendaciones sobre la ética de la inteligencia artificial" de la UNESCO[12] específicamente en el ámbito de acción política, ámbito de actuación 2: gobernanza y administración ética, en su punto 62 manifiesta que: "Los Estados Miembros que adquieran sistemas de IA para casos de utilización sensible en materia de derechos humanos, como la aplicación de la ley, la asistencia social, el empleo, los medios de comunicación y los proveedores de información, la atención de la salud y el sistema judicial independiente, deberían prever mecanismos para vigilar el impacto social y económico de dichos sistemas mediante autoridades de supervisión adecuadas, como autoridades independientes de protección de datos, una supervisión

sectorial y organismos públicos encargados de la supervisión".

REGLAS Y GUÍAS PARA EL USO DE LA IA EN LA JUSTICIA

Para determinar algunas reglas y guías para el uso de la IA en la justicia es interesante destacar lo realizado por la Corte Constitucional de la República de Colombia.[13]

Estas reglas buscan mantener a salvo las garantías constitucionales para quienes utilicen el sistema judicial, y existiendo la posibilidad que aparezcan ciertos sesgos discriminatorios y otros riesgos derivados del uso de la IA, se emitieron ciertos criterios para orientar a los magistrados, buscando el uso prudente de estas tecnologías, para que no se vean afectados el debido proceso ni la independencia judicial.

CRITERIOS A TENER EN CUENTA AL MOMENTO DE UTILIZAR LA IA EN LA JUSTICIA

1. Transparencia: los resultados brindados por la IA deben poder ser plenamente comprendidos, así los usuarios estarán en condiciones de ejercer su derecho a contradecirlos, por ese motivo se debe dejar constancia de manera clara y precisa el uso y finalidad de dichos resultados.

2. Responsabilidad: es obligatorio que quien utiliza la IA tenga la capacitación suficiente y sea consciente de las consecuencias de su utilización, para que de esa manera poder justificar de forma adecuada tanto el origen, pertinencia y necesidad, como la información generada, la que necesariamente debe estar debidamente verificada.

3. Privacidad: Se refiere a la obligación de garantizar la protección y confidencialidad de los datos personales y sensibles que las personas aportan al sistema de justicia. Esta protección resulta esencial para preservar la confianza en el sistema y asegurar que la información se utilice únicamente con fines legítimos y dentro del marco normativo vigente.

4. No sustitución de la racionalidad humana: este principio reconoce la imposibilidad ética y jurídica de reemplazar la participación y responsabilidad del ser humano en la toma de decisiones y la conducción de los procesos judiciales

5. Seriedad y verificación: es obligatorio realizar un riguroso análisis de las fuentes, alcances, limitaciones, riesgos y capacidades de la herramienta de IA utilizada, en función del caso concreto o del problema jurídico a resolver

6. Prevención de riesgos: se deben aplicar mecanismos adecuados de control frente a probables situaciones de riesgo como consecuencia del uso de la IA, como por ejemplo errores, desactualizaciones, sesgos, inconsistencias o resultados falsos.

7. Igualdad y equidad: cualquier forma de discriminación debe ser eliminada, y se garantice que el uso de este tipo de tecnologías no produzca sesgos que impacten negativamente la vigencia efectiva de los derechos humanos.

8. Control humano: debe asegurarse la real posibilidad de someter a control y revisión todas aquellas decisiones en las cuales participe la IA, a través del acceso a información clara y la utilización de mecanismos de impugnación ante las autoridades correspondientes.

9. Regulación y ética: relacionado a la exigencia de implementar estándares de conducta individuales que estén en línea tanto con los principios constitucionales y legales, como con las pautas razonables de comportamiento de la sociedad en el

uso de este tipo de tecnologías por parte de los integrantes del sistema judicial.

10. Adecuación a buenas prácticas y estándares colectivos: los marcos de actuación definidos por la propia estructura del Poder Judicial deben ser obligatoriamente aplicados, respetando su autonomía e independencia, considerando los criterios administrativos y jurisprudenciales.

11. Seguimiento continuo y adaptación: el uso de tecnologías de IA debe ser constantemente ajustado y revisado en función de los avances jurídicos, técnicos y sociales, incorporando mecanismos progresivos de mejora y control.

12. Idoneidad: el empleo de este tipo de tecnologías de la información y comunicación debe colaborar a facilitar, agilizar y garantizar el acceso efectivo a la justicia y la tramitación adecuada de los procesos en trámite.

ALGUNAS PARTICULARIDADES A TENER EN CUENTA AL MOMENTO DE UTILIZAR LA IA EN LA JUSTICIA[14]

Al respecto se señala que:

a) La IA no puede reemplazar el razonamiento lógico y humano que le corresponde ejercer a los jueces al interpretar los hechos, valorar la prueba, motivar sus decisiones y emitir un fallo. Dicho reemplazo podría estar vulnerando la garantía del juez natural y el debido proceso probatorio. En las distintas instancias del proceso judicial y durante las etapas de revisión, deberán establecerse controles que eviten la afectación del derecho al debido proceso por un uso indebido de la inteligencia artificial, destacándose la necesidad de autorregulación ética.

b) La utilización de la IA en el ámbito judicial debería considerarse a tareas administrativas y documentales, así como apoyatura en la gestión judicial, corrección y síntesis de textos. A través de este tipo de funciones no se reemplazan ni se sustituyen las funciones esenciales del funcionario judicial. A pesar de ello, deben tomarse las precauciones específicas para evitar la afectación de derechos fundamentales, como lo son la intimidad o la protección de datos personales, además de impedir que se vea comprometida la imparcialidad judicial como consecuencia de sesgos o errores generados por la IA.

c) La utilización de la IA en el ámbito judicial debe respetar los principios de transparencia, responsabilidad y privacidad, tal como fuera señalado previamente.

d) Al implementar la IA en la justicia se debería identificar una persona humana responsable, que asumirá la evaluación de las decisiones en las que haya intervenido la justicia y responder ante eventuales cuestionamientos.

e) La producción de la IA debe ser expresada en un lenguaje claro, comprensible y accesible para todas las personas, para de esa manera posibilitar su interpretación y control.

f) Autorregulación ética y mecanismos de control interno son dos cuestiones a aplicar por los usuarios de la IA al momento de recurrir al uso de esta tecnología como apoyo en la gestión judicial.

g) El uso de la IA en la justicia debe enmarcarse en el respeto irrestricto de los derechos fundamentales, garantizando el acceso efectivo a la justicia de toda la sociedad, previendo cualquier tipo de vulneración, fundamentalmente del debido proceso, valorando riesgos de cada tecnología o sus nuevos usos.

h) Se deberán entablar gestiones de coordinación entre todos los poderes judiciales de la Argentina, los provinciales

y el nacional, a fin de armonizar esfuerzos regulatorios y formativos, definir necesidades específicas del sistema judicial, compartiendo información y experiencias.

i) El establecimiento de un sistema de control, monitoreo, alerta, evaluación y mejora continua respecto de las actividades que impliquen la utilización de herramientas de IA por parte del sistema judicial.

En lo relativo a recomendaciones para el uso de la IA en el sistema judicial, es interesante destacar Acuerdo N° 202/2024 del Superior Tribunal de Justicia de San Luis el que al aprobar la implementación del Programa de Inteligencia Artificial en el Poder Judicial de esa provincia, recomienda *"...que la implementación y uso de Iurix Mind , así como de cualquier otra tecnología de Inteligencia Artificial y de Inteligencia Artificial Generativa en el Poder Judicial de San Luis, en cualquiera de las Fases del Programa, no exime ni enerva las responsabilidades funcionales y éticas que la Constitución y las leyes imponen a magistrados y funcionarios en el cumplimiento de sus deberes. Estas tecnologías están destinadas a acrecentar, complementar y potenciar las habilidades y el criterio de los operadores judiciales, no a reemplazarlos ni sustituirlos; en este sentido:*

a) La toma de decisiones judiciales y la responsabilidad final sobre las mismas recaen exclusivamente en los magistrados y funcionarios competentes, quienes deben ejercer su juicio crítico y aplicar su conocimiento jurídico en la evaluación y uso de los resultados proporcionados por los sistemas de Inteligencia Artificial.

b) El uso de estas tecnologías debe considerarse como una herramienta de apoyo que optimiza procesos y brinda información relevante, pero no sustituye el análisis jurídico, la interpretación normativa y la valoración de las circunstancias particulares de cada caso que deben realizar los operadores judiciales.

c) Los magistrados y funcionarios tienen la obligación de mantenerse actualizados sobre el funcionamiento, alcances y limitaciones de las tecnologías de Inteligencia Artificial implementadas, a fin de utilizarlas de manera responsable y eficiente en el marco de sus funciones".

CONSIDERACIONES FINALES

La irrupción de la IA en el sistema judicial plantea oportunidades valiosas, pero también desafíos complejos que requieren una respuesta coordinada, ética y responsable. Si bien estas tecnologías pueden agilizar procesos, mejorar la eficiencia administrativa y optimizar el acceso a la información, no deben sustituir el análisis jurídico ni la función decisoria humana. La clave radica en desarrollar marcos normativos claros, protocolos de uso, y mecanismos de control que aseguren la transparencia, la protección de los derechos fundamentales y la confianza de la ciudadanía. La capacitación de los operadores judiciales y el diálogo permanente entre los distintos niveles del poder judicial son elementos esenciales para lograr una integración efectiva, equitativa y segura de la inteligencia artificial en la administración de justicia.

BIBLIOGRAFÍA

1- Naciones Unidas (2018) Aspectos jurídicos de los contratos inteligentes y la inteligencia artificial: documento presentado por Chequia (A-CN.9-960).

2- Parlamento Europeo, (2020), Régimen de responsabilidad civil en materia de inteligencia artificial.(P9_TA(2020)0276). https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2020-0276_ES.html
3- Dabat, C. (2024, julio 22). ¿Qué es la IA generativa y cómo funciona? https://www.datalytics.com/blog/que-es-la-ia-generativa-y-como-funciona/
4- Holdsworth, J. (2025, abril 8). ¿Qué es el sesgo de la IA? Ibm.com. https://www.ibm.com/es-es/think/topics/ai-bias
5- Sung M. P. et al. (2023, Abril 3) TRAK: Attributing Model Behavior at Scale https://doi.org/10.48550/arXiv.2303.14186
6- Adam Zewe, (2024, Diciembre 11),. Researchers reduce bias in AI models while preserving or improving accuracy. MIT News https://news.mit.edu/2024/researchers-reduce-bias-ai-models-while-preserving-improving-accuracy-1211
7- García Pastor Fabián (2023, junio 11) La Ética en el Prompt Engineering: Desafíos y Responsabilidades en la Era de la IA. https://www.linkedin.com/pulse/la-%C3%A9tica-en-el-prompt-engineering-desaf%C3%ADos-y-era-de-ia-garcia-pastor/
8- Kohan, Paula E. (2021, agosto 17) Algunos pensamientos sobre las implicancias del uso de la inteligencia artificial en la justicia www.saij.gov.ar
9- Le Fevre Cervini, E. (2022, August 4). Uso estratégico de datos e inteligencia artificial en la justicia. Informe 6. Caracas: CAF. https://scioteca.caf.com/handle/123456789/1932 (pag. 15 y siguientes)
10- Peter S. Park, et al. (2024, Mayo 10) AI deception: A survey of examples, risks, and potential solutions. Pattern, Vol 5 Issue 1. https://doi.org/10.1016/j.patter.2024.100988
11- Bachelet Michelle, Oficina del Alto Comisionado de la Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2021, Septiembre 15) Los riesgos de la inteligencia artificial para la privacidad exigen medidas urgentes. Comunicado de Prensa https://www.ohchr.org/en/press-releases/2021/09/artificial-intelligence-risks-privacy-demand-urgent-action-bachelet
12- UNESCO. (2021, Noviembre 23) Recomendación sobre la ética de la inteligencia artificial. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000381137_spa
13- Corte Constitucional de la República de Colombia. Sala segunda de revisión. Sentencia T-323 de 2024.: Asunto: uso de herramientas de inteligencia artificial generativas procesos judiciales de tutela expediente Referencia: T-9.301.656. Párrafo 423 y 424. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2024/t-323-24.htm
14- Periódico Judicial (2024, Julio 3) Nueva Tecnología al servicio de la justicia puntana. https://www.periodicojudicial.gov.ar/nueva-tecnologia-al-servicio-de-la-justicia-puntana