



Ministerio de Seguridad
Argentina

Secretaría de Seguridad
y Política Criminal

Pautas de intervención para las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales en situaciones que involucran a personas con crisis de salud mental y/o con consumos problemáticos en el espacio público



Autoridades.

Presidente de la Nación
Dr. Alberto Ángel Fernández

Vicepresidenta de la Nación
Dra. Cristina Elisabet Fernández de Kirchner

Jefe de Gabinete de Ministros
Dr. Juan Luis Manzur

Ministro de Seguridad
Cdor. y Dr. Aníbal Domingo Fernández

Secretaria de Seguridad y Política Criminal
Lic. Mercedes La Gioiosa

Jefe de la Policía Federal Argentina
Comisario General Juan Carlos Hernández

Director Nacional de Gendarmería Nacional Argentina
Comandante General Andrés Severino

Prefecto Nacional Naval de la Prefectura Naval Argentina
Prefecto General Mario Rubén Farinón

Director Nacional de la Policía de Seguridad Aeroportuaria
Lic. José Alejandro Glinski



Ministerio de Seguridad
Argentina

Secretaría de Seguridad
y Política Criminal

Pautas de intervención para las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales en situaciones que involucran a personas con crisis de salud mental y/o con consumos problemáticos en el espacio público





Prólogo. Ministerio de Seguridad

El mantenimiento de la paz social en comunidades donde rige el estado de derecho requiere que en forma permanente mejoremos los estándares de eficacia en la actuación estatal y los niveles de sensibilidad a la hora de proteger los derechos fundamentales de cada uno de los ciudadanos y ciudadanas que componen una sociedad organizada.

Toda política pública destinada al acceso pleno a los derechos y a la protección estatal de los diferentes grupos sociales debe guiarse por el sistema internacional de protección de los derechos humanos, que en nuestro estado sociocultural debe regir de modo global.

A partir de la sanción de la Ley N° 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental, en el año 2010, el Estado Argentino procura asegurar el respeto del derecho fundamental a la protección de la salud mental de todas las personas. En ella también se establecen los derechos y garantías que las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen en relación con los servicios de salud.

Más allá de que las intervenciones en situaciones de crisis de salud mental son competencia de los profesionales del campo sanitario, en algunas oportunidades puede requerirse de la actuación de los miembros de las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales como primer nivel de respuesta. Es por ello que el Decreto reglamentario de la ley encomienda la elaboración de protocolos de actuación y capacitaciones al Ministerio de Seguridad de la Nación, conjuntamente con el Ministerio de Salud, autoridad de aplicación de la norma.

El Ministerio de Seguridad de la Nación expresa un compromiso con la definición de estos parámetros como un punto de partida ético institucional de primer orden. Sin embargo, no alcanza con delimitar ese vértice axiológico, sino que todos y cada uno de quienes componemos este Ministerio y las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales debemos consagrar este compromiso asegurándonos de que esos ejes estén presentes de modo operativo en cada decisión administrativa de gestión y en cada una de las situaciones que puedan presentar algún tipo de conflictividad.

Estos ejes que nos definen como institución deben plasmarse en un ordenamiento protocolar que los ponga en vigencia con la mayor disciplina institucional. Las normas expresan su máximo nivel de legitimidad cuando están destinadas a garantizar la eficacia del escenario ético compartido institucionalmente.

Es por ello que saludamos de modo efusivo la puesta en práctica de estas Pautas de intervención que actualizan doctrinaria e instrumentalmente las pautas preexistentes del año 2013; se trata de que la efectiva protección de los derechos de las personas que atraviesan una situación de crisis en su salud mental esté presente en cada una de las actuaciones de las fuerzas de seguridad.

Entendemos esta producción como un paso más en la dirección de reafirmar que las acciones tendientes a la protección de la paz social y el resguardo de los derechos humanos fundamentales no son paradigmas en tensión sino dos caras de la misma ética institucional que debe imperar en el estado de derecho.

Cdor. y Dr. Aníbal Domingo Fernández
Ministro de Seguridad



Índice.

| | |
|---|----|
| Prólogo. Ministerio de Seguridad | 05 |
| Glosario | 10 |
| 1. Principios generales de actuación | 11 |
| 2. Formas frecuentes de presentación de las crisis de salud mental | 15 |
| 3. Esquema general de intervenciones | 17 |
| 4. Casos especiales | 30 |



Las siguientes pautas de intervención han sido elaboradas por el Ministerio de Seguridad de la Nación, con el aporte del Ministerio de Salud y de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). Las mismas están destinadas al personal de las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales.

Con la sanción de la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, el Estado argentino reconoce el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental. Cabe aclarar que aquí se reconoce a las personas con consumos problemáticos de sustancias, sean legales o ilegales, como sujetos plenos de derecho para recibir todas las prestaciones sanitarias mencionadas en la presente ley.

Las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales tienen la obligación de intervenir ante casos de crisis de salud mental, que impliquen un riesgo para la integridad de la persona afectada y/o la de terceros, como así también ante situaciones de consumo de sustancias psicoactivas que se producen en el espacio público (aunque estas no representen necesariamente una crisis en los usuarios). Es en este sentido que resulta fundamental el establecimiento de lineamientos claros cuyo propósito es lograr intervenciones eficaces y respetuosas de los Derechos Humanos por parte de las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales. Es en este marco que se presentan las “Pautas de intervención para las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales en situaciones que involucran a personas con crisis de salud mental y/o con consumos problemáticos en el espacio público”.

Glosario

Salud: “Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad” (Organización Mundial de la Salud).

Salud mental: “Se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley Nacional de Salud Mental 26.657, art. 3).

Crisis: estado de descompensación o desorganización que irrumpe o altera las funciones psíquicas y el desempeño habitual de las personas y supone un alto nivel de padecimiento. Se incluyen en este estado situaciones de presuntos consumos problemáticos, conforme lo establece el art. 4 de la Ley de Salud Mental 26.657.¹

Consumos problemáticos: aquellos consumos que –mediando o sin mediar sustancia alguna– afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica de las personas y/o sus relaciones sociales. Éstos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas –legales o ilegales– o a través de conductas compulsivas de los sujetos (juego, tecnologías, alimentación, compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un/a profesional de la salud, conforme lo establece el artículo 2 de la Ley de creación del Plan IACOP 26.934).

¹ “Las adicciones (o consumos problemáticos) deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud” (Ley de Salud Mental 26.657, art. 4).



Emergencia: una emergencia es una situación que pone en peligro la vida del paciente o la función vital de un órgano, requiriendo inmediata atención o tratamiento.

Urgencia: en una urgencia, no existe peligro o amenaza inmediata para el paciente, pero si no se atiende en un período de tiempo determinado, la situación puede convertirse en una situación de emergencia.

1. Principios generales de actuación

1.1. Objeto

Las presentes pautas de actuación tienen como objeto establecer lineamientos en los procedimientos policiales que involucran a personas con crisis de salud mental. El objetivo final de la intervención es reducir los riesgos hasta la llegada de los servicios de salud, preservar la seguridad de las personas involucradas y la de los efectivos en la escena, y facilitar las condiciones para el acceso a los servicios de salud y sociales.

1.2. Ámbito de aplicación

Las pautas estipuladas serán de aplicación obligatoria para todo el personal de las fuerzas federales en las situaciones con personas con crisis de salud mental que requieran intervención en todo el territorio nacional.

1.3. Complementariedad

Las pautas aquí prescritas serán complementarias a la normativa vigente en materia de Salud Mental.

1.4. Sujetos de derecho

Las personas con crisis de salud mental son titulares de todos los derechos reconocidos por la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental.

1.5. Garantías en los procedimientos e intervenciones policiales

En las actuaciones policiales y de seguridad se deben respetar todos los derechos que les son conferidos por los instrumentos jurídicos antes mencionados, especialmente:

- a) A no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado.
- b) A poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.

1.6. Comunicación

Las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales tienen el deber de dar intervención inmediata a los organismos con competencia primaria en materia de Salud Mental y de trabajar articuladamente con las agencias de salud estatales que correspondan a la jurisdicción en la que se encuentre.

1.7. Información sobre sus derechos y procedimientos

En todo momento, el personal policial y de las fuerzas de seguridad debe brindar información, explicar los procesos y acciones que se realicen, atender y responder las consultas de la persona con crisis de salud mental.



1.8. Trato digno y no discriminación

Las personas con crisis de salud mental tienen derecho a la dignidad y al pleno respeto de su integridad física y emocional. Se debe garantizar el respeto por las elecciones o grupos de pertenencia, evitando todas aquellas situaciones o intervenciones que puedan incurrir en una acción de discriminación ya sea por motivos de género y diversidad, creencias religiosas, condición social, vestimenta, y/u otras razones que atenten contra la libre elección de las personas.

1.9. Respeto a la identidad de género

Se debe garantizar el respeto a la identidad de género autopercebida, la orientación sexual y/o expresión de género de acuerdo a lo establecido en la Ley 26.743 de género, en toda actuación y contacto en la que intervenga el personal de las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales, conforme la Resolución 37/2020 del Ministerio de Seguridad.

Esto implica que tanto en el registro escrito como en el trato hablado debe respetarse la identidad de la persona, aunque no haya rectificado su documento nacional de identidad (DNI).

1.10. Respeto a la multiculturalidad

Se debe garantizar el reconocimiento y respeto a la identidad, tradiciones y costumbres, lenguas y diversidad de las expresiones culturales.

1.11. Uso racional de la fuerza

El accionar de las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales se realizará en el marco de los estándares y principios internacionales sobre el uso racional de la fuerza: legalidad, oportunidad, proporcionalidad, gradualidad, moderación y responsabilidad. Se debe actuar conforme a las pautas generales de actuación elaboradas por el “Programa sobre Uso Racional de la Fuerza y Empleo de Armas de Fuego”, creado por la Resolución 377/2020 del Ministerio de Seguridad, y sus futuras actualizaciones.

Dentro de ese marco, la comunicación deberá ser siempre clara y respetuosa, durante todo el procedimiento de intervención policial. Esto incluye tanto el accionar en presencia, como las técnicas de persuasión o, si fuera necesario, de control físico para la neutralización de un riesgo inminente. La fuerza física se utilizará solo cuando otros medios legítimos para alcanzar el objetivo –como la presencia disuasiva, la comunicación verbal, entre otros– resulten ineficaces y el uso de la fuerza no acarree consecuencias más lesivas que aquellas que se producirían en caso de no recurrir a ellas.

1.12. Presuntos infractores de la ley penal

En aquellos casos en que la persona afectada sea un presunto infractor de la ley penal, será prioridad la salvaguarda del estado de salud del individuo, independientemente de la intervención que se dará a la justicia. La intervención policial siempre deberá priorizar la seguridad de todas las personas involucradas y garantizar el acceso de la persona afectada a los servicios de salud. Si bien las infracciones más frecuentes en estas situaciones son aquellas relacionadas con la **Ley de Estupefacientes**, es necesario considerar que pueden suscitarse otro tipo de infracciones a la ley penal.



2. Formas frecuentes de presentación de las crisis de salud mental

Si bien en las intervenciones se hará hincapié en las manifestaciones observables de las crisis y no en sus posibles causas o desencadenantes (consumo de sustancias, abstinencia, episodios psicóticos agudos, traumatismos, etc.), es importante recoger información sobre lo que originó la situación para poder informar al personal de salud al momento de su llegada, como así también para tomar decisiones operativas tales como incluir o excluir la comunicación con familiares, personas allegadas, etc.

A los fines de brindar un esquema básico de las escenas sobre las que eventualmente se deberá intervenir, se presentan, a continuación, las cuatro formas observables de crisis de salud mental más frecuentes:

2.1. Pérdida o disminución significativa de conciencia

Los cuadros de pérdida o disminución significativa de conciencia se caracterizan por un marcado descenso en la capacidad normal de respuesta a los estímulos del entorno. Estos cuadros representan emergencias clínicas que requieren de la rápida intervención médica a fin de preservar la vida de los individuos afectados.

2.2. Cuadros de confusión y/o desorientación

Existen ocasiones en que las personas actúan de manera extraña y, al comunicarse, expresan ideas incoherentes. Tales alteraciones severas del pensamiento pueden llevar al individuo a comportarse en modo perturbado o desorganizado, a sentir un malestar emocional considerable e incluso a ponerse en peligro a sí mismo y a los demás. Los riesgos asociados al síndrome confusional agudo –además de la agresividad y la conducta errática– son la incapa-

cidad para cuidar de sí mismo, la escasa percepción de las amenazas presentes en el entorno y la posibilidad de autolesionarse.

2.3. Agitación psicomotriz

Los individuos en situación de agitación presentan un nivel de movimiento notablemente incrementado que no posee propósito o intencionalidad definida. Algunos comportamientos característicos son la incapacidad para mantenerse quieto, frotarse y retorcerse. La agitación está asociada a la excitación física y emocional y suele ser considerada como la expresión visible de un estado interno de tensión o perturbación mental.

Los sujetos en este estado pueden mostrarse resistentes a la interacción, presentar comportamientos que dan cuenta de una notable confusión y manifestar inquietudes intensas sobre aspectos irrelevantes para su interlocutor.

2.4. Conductas de autoagresión

Las conductas de autoagresión presentan una escala de creciente gravedad, que oscila entre la ideación (deseos de muerte, ideas suicidas, etc.) y los comportamientos de riesgo (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado). Los comportamientos autolesivos adquieren niveles de gravedad progresiva, pudiendo llegar a comprometer seriamente la salud y la integridad de los individuos afectados.



3. Esquema general de intervenciones

Las intervenciones del personal de Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales con personas en situación de crisis de salud mental buscarán garantizar la integridad de las mismas hasta el arribo de los profesionales con competencia primaria en materia de Salud Mental y se realizarán mediante el siguiente esquema de procedimiento:

- 3.1.** Primer contacto y determinación de riesgos
- 3.2.** Establecimiento de las comunicaciones pertinentes y la espera de la llegada del equipo de salud con competencia primaria en materia de Salud Mental
- 3.3.** Mientras se aguarda la intervención de los servicios de salud, de deben desarrollar estrategias específicas de intervención según los siguientes niveles:
 - 3.3.1.** Pérdida o disminución significativa de conciencia
 - 3.3.2.** Crisis que no implican conductas violentas
 - 3.3.3.** Crisis con indicios de escalada hacia conductas violentas
- 3.4.** Finalización del procedimiento

3.1. Primer contacto y determinación de riesgos

Consiste en la evaluación de las conductas y el riesgo a la seguridad e integridad de todas las personas involucradas en la escena.

En el contacto inicial, se recomienda considerar los conceptos desarrollados en los primeros niveles de la doctrina para el Uso Racional de la Fuerza: presencia policial, comunicación eficaz y primeras respuestas policiales.

El personal policial y de seguridad deberá procurar información sobre las posibles causas que llevaron a la situación de crisis (consumo de sustancias, conflictos interpersonales, etc.). En caso de contar con la presencia de personas allegadas, se les consultará sobre los posibles factores precipitantes y antecedentes de hechos similares. Es importante atender al entorno de la persona (por ejemplo, familiares, referentes, etc.) y procurar su colaboración, ya que puede servir tanto para obtener información valiosa, como para facilitar la asistencia a la persona en situación de crisis. Si la persona afectada reacciona de manera adversa a la presencia de su entorno familiar o de allegados, se los deberá apartar para no incrementar la tensión.

Existen algunas **preguntas básicas** que permitirán identificar el estado de conciencia de quien está en crisis:

- Preguntar nombre y edad de la persona (ayuda a identificar el nivel de autoconciencia).
- Preguntar si sabe dónde se encuentra y hace cuánto tiempo está en el lugar (ayuda a identificar la conciencia de tiempo y espacio).
- Preguntar a la persona cómo se siente e indagar si requiere ser asistido en alguna necesidad (ayuda a identificar el nivel de autopercepción y a realizar una primera evaluación de las posibilidades comunicacionales).

Respecto de la evaluación del entorno en la que se interviene, se recomienda:

- Evaluar la presencia de objetos que puedan ser usados para producir lesiones (objetos contundentes, corto punzantes, etc.)
- Evaluar elementos contextuales que impliquen riesgos para la integridad (proximidad al flujo de tránsito, en caso de estar en espacios de altura, cercanía de ventanas o balcones).



- Establecer comunicación, en caso de ser posible, con referentes barriales que puedan ser de ayuda para la comunicación con la persona afectada.
- Solicitar dos testigos que brinden información del hecho y luego remover del lugar a eventuales personas curiosas.

3.2. Establecimiento de comunicaciones pertinentes

En función de la evaluación resultante del primer contacto, de la determinación de los riesgos de salud y de la seguridad de las personas presentes en la situación, se llevará a cabo la secuencia de comunicaciones pertinentes.

Cuando las personas presenten cuadros de pérdida o disminución significativa de conciencia, o bien crisis que no implican conductas violentas, se realizará la siguiente secuencia de comunicaciones:

- 1º Efectores del sistema de salud.
- 2º Comando.
- 3º Autoridades judiciales.

Si, en la evaluación resultante del primer contacto, se identifican indicios de escalada hacia conductas violentas, se deberá realizar un cambio en la secuencia, dando prioridad al nivel de riesgo interpersonal:

- 1º Comando.
- 2º Efectores del sistema de salud.
- 3º Autoridades judiciales.

En intervenciones que involucren a Niños, Niñas y Adolescentes, además de solicitar la presencia de los efectores de salud, se deberá dar intervención a los organismos de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

3.3. Estrategias específicas de intervención según los siguientes niveles

3.3.1. Pérdida o disminución significativa de conciencia

En estos casos, lo prioritario es la rápida atención del personal de salud. Si los estados de desvanecimiento temporal se prolongan en el tiempo, ponen en riesgo la vida de la persona.

Conforme lo establecido en el punto 3.2., las comunicaciones tendrán el siguiente orden:

- 1° Efectores del sistema de salud.
- 2° Comando.
- 3° Autoridades judiciales.

Mientras el personal policial aguarda la llegada de los servicios de salud, se recomienda:

- Evaluar signos vitales de la persona (respiración, pulso, ritmo cardíaco, temperatura corporal).
- No sacudir a la persona para que reaccione.
- En los casos que se compruebe fehacientemente que la pérdida o disminución de la conciencia es resultado de la intoxicación con sustancias psicoactivas, se deberá colocar a la persona de costado para evitar el riesgo de asfixia por aspiración de fluidos.



- En épocas de bajas temperaturas, mantener a las personas abrigadas.
- En caso de demora en el arribo por parte del personal de salud, se recomienda repetir la evaluación de signos vitales de manera recurrente.
- En caso de ser requerido, acompañar al personal sanitario durante la asistencia. Previo a todo traslado, se deberá realizar una inspección de seguridad sobre la persona afectada.

3.3.2. Crisis que no implican conductas violentas

En este escenario la intervención está orientada a **contener la situación y a evitar la escalada de tensión hacia conductas violentas.**

Conforme lo establecido en el punto 3.2., las comunicaciones tendrán el siguiente orden:

- 1° Efectores del sistema de salud.
- 2° Comando.
- 3° Autoridades judiciales.

Mientras el personal policial aguarda la llegada de los servicios de salud, se recomienda:

- Proveer un ambiente seguro y de contención hasta la llegada del personal de salud.
- Contener verbalmente a las personas afectadas hablando de modo claro y explicar, con un lenguaje simple, las acciones que se llevarán a cabo.
- Si se cuenta con la presencia de allegados, consultar sobre posibles causas de la crisis (sustancias ingeridas y tiempo que pasó desde la ingesta, uso regular de medicación psiquiátrica, etc.).
- Si no hay terceros en la escena, observar posibles indicadores de intoxicación.

- En ambos escenarios informar al equipo de salud sobre la información recogida.
- En caso de ser requerido, acompañar al personal sanitario durante la asistencia. Previo a todo traslado, se deberá realizar una inspección de seguridad sobre la persona afectada a fin de descartar la presencia de elementos que pudieran ser empleados contra sí, contra la integridad del personal médico y del propio personal policial.

En estos casos el accionar policial se adecuará a los primeros niveles descritos en la doctrina para el Uso Racional de la Fuerza: presencia policial y comunicación eficaz.

Para una persona en situación de crisis de salud mental, la presencia de personal policial uniformado puede generar un aumento de ansiedad y derivar en el inicio o incremento de conductas agresivas. Es por ello que para la implementación de estrategias verbales de contención debe mantenerse una comunicación calma y segura, conservando una distancia física prudencial. Es importante expresar confianza, respeto y amabilidad hacia la persona afectada. Esto ayudará a inspirar seguridad en el sujeto.

A la hora de iniciar las estrategias de **contención verbal** con una persona afectada, se recomienda atender a las siguientes consideraciones:

- Nunca dejar sola o desatendida a la persona.
- Respetar el espacio personal. Mantener una distancia aproximada de dos brazos.
- Procurar pararse en un ángulo de 45 grados (ligeramente de costado) y nunca darle la espalda.
- Ser cuidadoso con el contacto visual, para evitar que pueda ser interpretado como hostil o intimidatorio, por parte de la persona que se encuentra atravesando la situación de crisis.



- Mantener una actitud calma y tranquila. Las intervenciones pueden demandar mucho tiempo, es preciso no mostrarse impaciente.
- Cuidar la gestualidad y evitar movimientos bruscos. Durante la contención no ostentar el arma.
- La comunicación con la persona debe ser llevada adelante por un solo interlocutor (la alternancia o simultaneidad de interlocutores puede generar confusión y dar lugar al aumento de tensión interpersonal).
- Hablar en forma respetuosa, clara y comprensiva, teniendo en cuenta la edad, género, condiciones de vida, cultura e idioma de la persona. Utilizar vocabulario simple y disponerse a repetir el mismo mensaje las veces que sea necesario.
- Mostrar receptividad y comprensión (dar señales de prestar atención mediante gestos verbales y corporales, como asentir y repetir lo escuchado). No contradecir.
- No hacer chistes ni utilizar el sarcasmo. No dar consejos, ni hacer reproches. La percepción de falta de respeto o de provocaciones verbales puede causar las reacciones que se procuran evitar.

Las personas que atraviesan situaciones de crisis en salud mental se encuentran en un estado de vulnerabilidad extrema. Durante el curso de las mismas se alteran las funciones cognitivas, afectivas y sensorio-perceptivas. Esto genera un registro de pérdida de control sobre la propia conducta y la capacidad de relacionarse con el medio. Estas intervenciones representan un escenario difícil y complejo para la persona afectada, para sus allegados y para el personal de seguridad.

Quienes experimentan una crisis pueden manifestarse de manera desafiante, agresiva o insultante. Es habitual que estas conductas generen sentimientos de malestar, frustración y rechazo, por parte de quien interviene brindando cuidados. **En el contexto de la intervención se deben evitar tomar las expresiones ofensivas desde el**

plano personal, entendiendo que tanto las ofensas como los agravios tienen como causa principal el estado que se encuentra atravesando la persona en crisis.

3.3.3. Crisis con indicios de escalada hacia conductas violentas

En este escenario las personas suelen presentar un estado de agitación psicomotriz por el cual pueden moverse con exaltación nerviosa, tener incapacidad para mantenerse sentadas, caminar velozmente o en círculos, frotarse las manos y la ropa, gritar, quejarse en voz alta e, incluso, realizar amenazas. Estas actitudes normalmente son acompañadas por ansiedad, irritabilidad y dificultad para reaccionar adecuadamente a estímulos externos.

Conforme lo establecido en el punto 3.2., las comunicaciones tendrán el siguiente orden:

- 1° Comando.
- 2° Efectores del sistema de salud.
- 3° Autoridades judiciales.

Con el fin de evitar un escalamiento en los niveles de hostilidad, la intervención debe procurar el descenso gradual del estado de agitación. Para ello, se deberán atender a las siguientes pautas, mientras se aguarda la llegada del equipo de salud:

- Evaluar el entorno a fin de detectar posibles situaciones que incrementen el riesgo de acciones violentas de la persona afectada contra sí, contra terceros y contra el mismo personal interviniente.
- Desarrollar las estrategias de contención verbal expresadas en el punto 3.3.2.



- Procurar captar la atención de la persona por medio de la interacción verbal para ofrecer una relación colaborativa. Escuchar lo que la persona expresa y lo que dice necesitar.
- Respetar el espacio personal de la persona afectada, comunicarle con claridad las acciones que se llevarán a cabo y asegurar que permanezca en el lugar.
- Si se cuenta con la presencia de allegados, consultar sobre posibles sustancias ingeridas y el tiempo que pasó desde la ingesta, u otras posibles causas de la crisis.
- Si no hay terceros en la escena, observar posibles indicadores de intoxicación.
- En ambos escenarios informar al equipo de salud sobre la información recogida.
- En caso de ser requerido, acompañar al personal sanitario durante la asistencia. (Previo a todo traslado se deberá realizar una inspección de seguridad sobre la persona afectada a fin de descartar la presencia de elementos que pudieran ser empleados contra sí, contra la integridad del personal médico y del propio personal policial).

En el caso de que la persona tuviera en su poder objetos cortopunzantes y/o armas de fuego, la intervención estará destinada a hacer cesar la amenaza, conforme a las actuaciones policiales de acuerdo a la doctrina para el Uso Racional de la Fuerza.

► Sobre el uso de las técnicas de restricción física

Cuando las estrategias de contención verbal no fueran suficientes para contener y desescalar los comportamientos violentos de la persona afectada, y siempre que se haya procurado agotar todas

las instancias de comunicación, se realizará la reducción e inmovilización preventiva a través de la fuerza. Es preciso entender que las situaciones de restricción física provocan una importante excitación del sistema nervioso central que puede multiplicar los efectos riesgosos de determinadas sustancias, de modo tal que se incrementa el ritmo cardíaco, la presión sanguínea y la temperatura corporal.

La **reducción e inmovilización preventiva** tiene como objetivo evitar que las personas en situación de crisis pongan en riesgo su integridad o la de terceros. El uso de la fuerza por parte de personal policial y de seguridad consiste en limitar mecánicamente los movimientos del cuerpo hasta la intervención de los equipos de salud.

Para realizar este procedimiento, la cantidad mínima ideal de personal requerido es de cuatro personas. Las condiciones que deben cumplirse para dar paso a este tipo de intervenciones son las que se detallan a continuación:

- Agotar los mecanismos de contención verbal.
- Realizar previamente pedidos de apoyo y colaboración a efectores de salud.
- Evitar cualquier muestra de agresividad verbal o física con la persona afectada.
- Implementar las restricciones físicas por el mínimo periodo de tiempo posible.

El uso de las estrategias verbales tranquilizadoras debe continuar durante la contención física, a fin de reducir la agitación de la persona afectada y la violencia de la situación.



La metodología de reducción e inmovilización preventiva variará según se cuente o no con la presencia de personal médico en la escena. En el primero de los casos, la reducción tiene por fin favorecer la contención farmacológica por parte del personal médico; en el segundo caso, buscará contener la escalada de violencia hasta la llegada del personal sanitario.

El tramo inicial de la intervención se realizará conforme lo establecido en la **doctrina para el Uso Racional de la Fuerza**.²

- Al inicio del procedimiento, el personal debe mantener una distancia de al menos dos metros respecto de la persona alterada.
- Se escoge una palabra clave que, al ser mencionada, moviliza al personal policial hacia el individuo formando un abanico o semicírculo (cualquier objeto que pueda ser empleado para lesionarse o lesionar a terceros debe estar fuera del alcance de la persona).
- El personal ubicado a los costados del individuo contiene los brazos por medio de una llave de brazo (se toma la muñeca o el antebrazo de la persona con la mano hábil y, al mismo tiempo, se toma el área del bíceps con la mano inhábil, sujetando el brazo de la persona contra el cuerpo del policía).
- El personal de cara al individuo se moviliza para sujetar las piernas, tomándolas primero por los muslos.
- El personal restante se ubica por detrás del individuo y sujeta su cabeza y cuello (evitando exponer las manos y otras partes del cuerpo a posibles mordeduras) para evitar que se golpee a sí mismo o a terceros.

² Se remite al Manual de capacitación policial en el uso racional de la fuerza (2015). Punto 4: “Reducción e inmovilización de persona con superioridad numérica de personal policial”, pp.82-84.

Cuando se cuente con la presencia de personal médico en el lugar, se colocará al sujeto en posición decúbito supino (acostado boca arriba) para favorecer la intervención de contención farmacológica.

- Todo el personal debe ayudar a acostar al individuo sobre su espalda.
- Se extienden las extremidades hacia afuera y se las presiona contra el suelo, con las palmas de las manos hacia abajo.
- Se aseguran las extremidades a la altura de las muñecas, los codos, las rodillas y los tobillos, utilizando sólo la fuerza necesaria para reducir el movimiento. Esto debe realizarse sin forzar las articulaciones, aplicando la fuerza por encima o por debajo de ellas.
- El personal médico, luego de realizar la contención farmacológica, indicará el momento de finalización de la reducción e inmovilización preventiva.

Cuando el personal médico no se halle aún en la escena y la agitación desplegada por el sujeto obligue al esposamiento, la reducción e inmovilización preventiva se realizará en tres pasos: el **primer paso** será llevar a la persona en dirección a una posición prona (boca abajo) para favorecer el esposamiento. Una vez logrado el este, el **segundo paso** consistirá en girar a la persona sobre uno de sus lados. Desde esa posición de contención lateral, se procederá al **tercer paso**, que consiste en sentar a la persona con su espalda levemente inclinada hacia atrás y continuar la inmovilización de sus extremidades desde esa posición.

Una vez arribado el personal médico y producida la contención farmacológica, se aguardarán sus indicaciones para la finalización de la sujeción mecánica preventiva.



La sujeción mecánica preventiva mediante el uso de espesas o dispositivos similares sólo debe realizarse de manera excepcional, y por el menor tiempo posible, cuando se hubieran agotado todas las instancias previas de contención y ante una situación de **riesgo cierto e inminente** para la integridad de la persona, de terceros y/o del propio personal policial.

La inmovilización de las personas alteradas en posición prona (boca abajo) incrementa el riesgo de asfixia y de muerte. Otras maniobras igualmente riesgosas incluyen forzar a la persona a asumir posturas inclinadas (por ejemplo: arrodillado o sentado con el cuerpo inclinado hacia adelante) y que involucren una torsión a la altura de la cintura, ya que esto puede dificultar la respiración. No se debe usar el propio cuerpo de manera que obstruya la capacidad de la persona reducida para respirar (no deben sentarse o tumbarse sobre la espalda o el estómago de la persona inmovilizada).

La reducción física será siempre la última opción y nunca el modo inicial de intervención.

3.4. Finalización del procedimiento

El procedimiento finaliza cuando se deriva a la persona afectada al sistema de salud, dejando registro de ello en un acta de procedimiento. En caso de hospitalización, una vez ingresada la persona al establecimiento, si el personal de salud requiere que el efectivo permanezca custodiando a la misma, podrá hacerlo previa consulta a la autoridad judicial correspondiente.

En el caso de que el efectivo se encontrase con inconvenientes para realizar la derivación al servicio de salud, deberá comunicar la complicación presentada a la autoridad judicial competente, y adecuarse a lo ordenado por la misma. Esto deberá constar luego en el acta de procedimiento.

4. Casos especiales

4.1. Niños, niñas y adolescentes

En estos casos, el abordaje deberá adecuarse a lo establecido en la Convención Internacional de los Derechos del Niño, y adaptar la mirada sobre la intervención que se realiza, desde cualquier agencia pública, asumiendo a los/as niños, niñas y adolescentes como sujetos plenos de derecho, conforme lo ordena la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

Las intervenciones deberán realizarse conforme a lo especificado en el “Protocolo de Actuación para las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales en Intervenciones con Niños, Niñas y Adolescentes”, aprobado por Resolución 517/2022 del Ministerio de Seguridad, y sus futuras actualizaciones.

Es importante tener en cuenta que, de presentarse una duda sobre la edad de la persona, se la considerará como menor de edad.



Recordar que en las intervenciones por crisis de salud mental que involucren a sujetos de esta población específica, cuando se establezcan las comunicaciones pertinentes (punto 3.2.), además de solicitar la presencia de los efectores de salud, se deberá dar intervención a los organismos de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

4.2. Personas con discapacidad auditiva

En los casos que involucren a personas con discapacidad auditiva, se debe procurar la comunicación a través de la lengua de señas –idealmente, con un intérprete–, aunque también puede apelarse a otros medios posibles, como complementar la comunicación a través de gestos o palabras escritas. En este último caso, se deben escribir los verbos de las acciones que se esperan sean realizadas por la persona, utilizando frases cortas y simples. Es importante que el personal interviniente se ubique dentro del campo visual de la persona afectada, mantenga un contacto visual sostenido y no desvíe la mirada hacia terceras personas. Para pedirle a la persona que se tranquilice, se deberá colocar la mano abierta con la palma extendida hacia el propio pecho y se repetirá un movimiento lento de descenso.

Se desaconseja la comunicación a través de la lectura de labios, salvo que la persona haga alguna referencia gestual que indique la posibilidad de su empleo. La mayoría de quienes padecen sordera o hipoacusia sólo reconocen un número muy restringido de palabras a través de este medio.

Se debe considerar que en personas con discapacidad auditiva o hipoacúsicas, la restricción del movimiento de las manos equivale a un amordazamiento, en tanto éstas son el medio de expresión con el que cuentan.

4.3. Personas que no comprenden o hablan el idioma castellano

Cuando las personas en situación de crisis de salud mental fueran de nacionalidad extranjera y no comprendiesen y/o no hablasen el idioma castellano, se debe garantizar la comunicación, idealmente, a través de intérpretes o de otras personas que compartan el idioma y puedan brindar ayuda para la intervención. De no contar con la presencia de interlocutores válidos, puede apelarse a otros medios de comunicación posibles, tales como dispositivos tecnológicos de traducción simultánea, etc.

En estos casos, el abordaje deberá contemplar las consideraciones de la Convención de Viena sobre Relaciones Diplomáticas. En caso de contar con las condiciones operativas que lo permitan, se recomienda establecer comunicación con la embajada del país de origen del afectado, a los fines de solicitar asistencia.

Pautas de intervención para las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales
en situaciones que involucran a personas con crisis de salud mental
y/o con consumos problemáticos en el espacio público



Ministerio de Seguridad
Argentina

Secretaría de Seguridad
y Política Criminal

