

Área Salud Mental

Programa Interministerial de Salud Mental Argentino

PRISMA

Varones

PRISMA es un Programa implementado por el Ministerio de Justicia y DDHH de la Nación y el Ministerio de Salud de la Nación que se crea con el objetivo de tratar la problemática de mujeres y hombres alojados, tanto, en las instalaciones de los establecimientos penitenciarios especializados en materia psiquiátrica del Servicio Penitenciario Federal como en otras unidades. Para lograr con sus objetivos y, en el marco de la Ley 26.657, el PRISMA dispondrá de diversos dispositivos: Evaluación, Tratamiento y Egreso; con actividades y finalidades diferentes y específicas.

El dispositivo de Evaluación recibe requerimientos de las autoridades judiciales como de las autoridades de los establecimientos penitenciarios por indicación de sus equipos de salud mental. Desde nuestro organismo, también, hemos articulado el trabajo con este equipo solicitando se evalúe la posibilidad de inclusión de dos personas detenidas en el Programa. Como también, hemos intercambiado acerca de las particularidades que van produciéndose en la implementación. Siendo la franja de detenidos que el sistema no termina de alojar, dado que “no responden a los criterios de incorporación de ningún programa especializado”, uno de los temas del mencionado intercambio. Se detallarán a continuación los criterios de admisión establecidos para la incorporación al Programa: se admitirán pacientes con Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios; con elevado Riesgo de Suicidio-Episodios Depresivos Graves; Cuadros de Excitación Psicomotriz; con Esquizofrenia y/o Trastorno de Ideas Delirantes Persistentes, con Retraso Mental Moderado, Grave y/o Profundo y pacientes con Trastornos Mentales Severos.

El dispositivo de Tratamiento se organiza alrededor de tres instancias; una la de Atención a personas con Episodios Agudos, otra la de Atención a personas con Trastornos Mentales Severos y, una tercera, Residencial para personas con Declaración de Inimputabilidad (artículo 34 del Código Penal).

Se creará, próximamente, una locación para que residan las personas que se encuadran en esta situación. Quienes, una vez que se determine la cesación de la medida de seguridad, podrán acceder al dispositivo de Egreso o hacer el pasaje directo a la comunidad con el apoyo socio-sanitario y vincular que resulte necesario.

El dispositivo de Egreso se caracteriza por ser abierto, ajeno al sistema penal, contará con Casas de Medio Camino (en noviembre de 2011 se anunció la inauguración de una casa de medio camino) y con Equipos de Seguimiento Comunitario. Con el equipo de Egreso e Inclusión hemos mantenido diversas reuniones de trabajo; las primeras con un tenor más informativo y las sucesivas con el objetivo de producir intervenciones que optimicen los recursos y los esfuerzos advirtiendo los estragos de prácticas burocráticas y solitarias. Quedando en evidencia la intensa y dificultada labor que vienen desarrollando, atento los obstáculos que el medio extra carcelario opone (judiciales y/o sanitarios) a la inclusión social de las personas vinculadas al ámbito de lo carcelario por motivos de su salud mental.

Cabe señalar que, consecuentemente, se desactivaron los establecimientos psiquiátricos (U.20 y U.27) ubicados en los Hospitales Borda y Moyano, respectivamente.

En 1967, por razones circunstanciales y por falta de alojamiento adecuado, los internos con enfermedades mentales que se encontraban bajo la supervisión del Instituto de Clasificación de Cárceles de Encausados (U 16) fueron derivados al Pabellón Lucio Meléndez, ubicado en el Hospital Neuropsiquiátrico, Dr. José T. Borda. El día 31 de mayo de 1968 se suscribió un convenio, ratificado por Decreto N° 1962/69 entre la Secretaría de Estado de Salud Pública y el Instituto Nacional de Salud Mental del, por entonces, Ministerio de Bienestar Social, por un lado, y la

Secretaría del Estado de Justicia y la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario Federal del Ministerio de Justicia, por el otro, por el que se transfirió a la Dirección Nacional en forma gratuita el edificio, instalaciones y bienes muebles de los Pabellones "Lucio Meléndez" y "Chiarughi" del Hospital Nacional "Dr. José T. Borda", de acuerdo a lo establecido en el Artículo 4° de la Ley 17.022. Su habilitación definitiva recién se concretó el día 26 de mayo de 1969 cuando la Dirección Nacional resolvió inaugurar sobre la base del Pabellón "Lucio Meléndez" a partir del día 13 de junio de 1969, y al que luego se agregaría el Pabellón "Chiarughi", la Unidad 20, establecimiento destinado exclusivamente al tratamiento de enfermos mentales delincuentes de ambos sexos. El convenio fue ampliado y celebrado el día 23 de octubre de 1979 entre la Secretaría del Estado de Salud Pública de la Nación y el Ministerio de Justicia (Ratificado por Decreto N° 648/80), por el cual se transfiere a la Dirección Nacional el pabellón "Servicio Trece" ubicado en el Hospital Borda previendo que alojará en el futuro, solamente internos varones. A partir de entonces se resolvió denominar al Servicio Psiquiátrico Central (U. 20), Servicio Psiquiátrico Central De Varones (U.20).

A finales del mes de mayo de 2011, se produjo un incendio en las Salas Individuales de Tratamiento, como consecuencia de lo cual, murieron dos internos y resultando un tercero herido. A partir de este momento, es que desde el Poder Ejecutivo de la Nación, se decide realizar una mudanza del establecimiento, la aplicación de un nuevo programa y la devolución del predio al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. A principios del mes de julio de 2011 la mudanza se concretó, trasladando a todos los pacientes-internos al Complejo Penitenciario Federal N ° 1 de Ezeiza. No todos los pacientes fueron alojados/internados en el Hospital Penitenciario Central (ala norte) de dicho establecimiento, a los pacientes con un diagnóstico subjetivo vinculado con una modalidad psicopática se los alojó en el Anexo a la Unidad N ° 20 ubicado en el Módulo VI del Complejo.

Consignaremos a continuación una síntesis de los puntos relevantes surgidos, desde la mudanza y la desactivación del establecimiento psiquiátrico hasta la actualidad.

A partir del traslado, los profesionales que se encontraban a cargo de los tratamientos (integrantes del Programa de la U.20) notaron diversas reacciones por parte de los pacientes: los más “graves” (casos de psicosis) se encontraban muy bien, mientras que aquellos con rasgos “más psicopáticos” se notaban molestos en la medida en que la nueva situación obligaba a una suerte de “para todos” en lo que hace a ciertas cuestiones (celdas individuales y no fumar, por ejemplo.). Refirieron que se han trasladado a los pacientes en situación de tratamiento y que, aquellos que se encontraban en situación de alta, tuvieron diferentes destinos: algunos fueron alojados en cárcel común, otros en el Anexo de la Unidad N ° 20 y otros en el Pabellón H del Módulo VI, del mismo Complejo.

En relación a los criterios de internación, refirieron en ese momento, que se estaría trabajando con los criterios anteriores pero de un modo “más estricto”: admiten casos de psicosis agudas, psicosis crónicas, casos de debilidad mental o de personas en situación de vulnerabilidad subjetiva importante. Ya no cuentan con la Sala de Observación y Evaluación, por lo menos, no bajo la modalidad de funcionamiento instituida con anterioridad.

A principio del mes de agosto los internos realizaron una huelga de hambre, por el agravamiento de las condiciones de detención producidas por la mudanza. Al poco tiempo la medida fue levantada. Así como en las mujeres, los pacientes varones se confrontaron con un ir y venir de personas trabajando en la construcción de nuevos espacios, pintando otros, acondicionando instalaciones eléctricas, como también, a diferencia de las mujeres contaron con la presencia de una considerable cantidad de profesionales de distintos campos del saber reunidos discutiendo aspectos del trabajo que se estaba organizando y de otros que los entrevistaban. Mucho movimiento y mucha organización en el “aquí y ahora”.

PRISMA se está haciendo en el sentido de que en ese llevarse a cabo se produce. No hay equipos constituidos (con excepción del de la U.20 del Ministerio de Justicia, actualmente, a cargo del dispositivo de tratamiento de los varones), se están armando y se están aprestando según el espíritu que guarda

el programa. Cuestiones estas que conllevan la inclusión de los profesionales que venían trabajando, según el modelo anterior en un lugar físico diferente, con los nuevos. Los referentes de ese modelo, su coordinador y dos de las coordinadoras de áreas (de psiquiatría y de trabajo social) están desafectados y asignados a una nueva tarea vinculada con la investigación de aspectos de la salud mental en los establecimientos comunes.

Se realizaron asambleas diariamente como la vía de una puesta en común de los aspectos cotidianos y de sortear el agravamiento de las condiciones de detención. Hay una impronta en el abordaje que se delinea en términos de proponer actividades que se traduzcan en la ocupación de gran parte de la jornada, además, de los espacios terapéuticos específicos. Se ha ideado un registro, que el equipo de guardia deberá completar, como cierre y evaluación diaria en el que deben firmar los profesionales y los penitenciarios dejando sentado lo acontecido.

Los coordinadores del equipo de Inclusión Social se encontraban, al momento de nuestra intervención, discutiendo aspecto de la tarea con los trabajadores sociales. Se le dirigió a la Procuración un pedido para trabajar juntos sobre los casos de traslados, a cárcel común, para que se respeten las indicaciones de los lugares sugeridos desde la perspectiva de las necesidades particulares

Cabe consignar, que bajo la premisa de “sanitarizar” la asistencia de la salud mental en la cárcel es que se ha emprendido PRISMA. Paradójicamente, y esperamos que circunstancialmente, se han incluido los establecimientos psiquiátricos en las cárceles. Habrá que ir interpretando el efecto de esta inclusión sobre la premisa sanitizar. Si lo sanitario, a modo de derrame, se filtra en lo carcelario o si lo carcelario le inoculara sus genes a lo sanitario.

La implementación de programas de salud mental, en el ámbito carcelario, que suponga la posibilidad de desarrollarlos sin considerar el contexto, resulta un error de cálculo, contrariamente, se deben abordar en el marco de una política integral de salud mental. Ya hemos tenido experiencias en el sentido de producir “islas asistenciales” que se contraponen a “desiertos pseudo- terapéuticos”. La cárcel es un sistema con vasos comunicantes, a pesar del mismo sistema, en el

que se producen movimientos. Hay un ir y venir entre las islas y los desiertos. En este sentido, los comentarios recibidos de profesionales de PRISMA (Ministerio de Salud) respecto de: no imaginar lo que son las unidades o la sorpresa por la resistencia en el “irse” por parte de los que tienen el alta hacia las unidades carcelarias comunes o por la expectativa del “venirse” (cortes e intentos de suicidios mediante) de la población común; denota la suposición (fallida) de que es posible operar haciendo cierta abstracción de las coordenadas del contexto y denota, particularmente, la falta de experiencia en el campo carcelario y de capitalización de experiencias previas.

Otro tema consecuencia de la mudanza, el tope temporal en cuanto a la prestación asistencial, por parte del equipo del Programa, a los pacientes de la ex-U.20 / actual Anexo suscita algunas preguntas que no han quedado zanjadas en la presente intervención. ¿Cómo se preparó el pasaje asistencial, se llevó a cabo un trabajo conjunto entre los equipos, cómo se decidió la asignación de los pacientes; la lógica de PRISMA en el tratamiento de los varones de qué manera se trasvasa en el Anexo 20? ¿El Anexo 20 cambiará su nominación porque ya no existe “la veinte”?

Con el correr de los días se pudo observar que la aplicación de PRISMA en Ezeiza ha agravado las condiciones de detención: la comida, la visita y lo judicial. Generándose un interrogante respecto de lo asistencial que, en las mujeres, estaba por definirse (al momento de la presente intervención; qué profesional se asignará para el seguimiento de cada paciente) y, en los varones, el conflicto de equipos (entre los Ministerios) y de criterios atravesó la implementación. La inclusión de los agentes penitenciarios en tareas para la que no se encuentran capacitados y el corrimiento de aquellas que deben cumplir suscitó, al inicio de la puesta en marcha, confusión, desorganización y riesgos, al decir de los agentes. Cuestión esta que se ha ido reencausando según lo observado en la actualidad.

El tratamiento de los varones quedó en manos, por el momento, del equipo tratante de la ex - U20, profesionales dependientes del Ministerio de Justicia y DDHH. Los relevamientos realizados nos permitieron corroborar que se fueron

asentando las prácticas en el nuevo lugar. No hemos recibido reclamos por parte de los pacientes respecto de su tratamiento específico o del trato recibido. Si, se han presentado casos respecto de situaciones legales o altas y reasignación de alojamientos en las que el equipo de tratamiento nos propone como interlocutores para el aporte de intervenciones desde otra perspectiva.

Se han relevado mejoras respecto del mobiliario, mesas y sillas para ambas plantas de alojamiento y para el sector de la visita. Se ha solicitado la colocación de aires acondicionados para los lugares de alojamiento y para el salón de usos múltiples, como también, la creación de una huerta y de tres talleres productivos.

Cabe consignar, que se están llevando a cabo (continuando con lo que se venía desarrollando en la U.20) talleres vinculados con diferentes áreas de interés: Arte, Cine (con intención de realizar un “corto” si autorizan los juzgados), edición de una Revista, de lectura de Diarios y de creación de una cartelera con noticias, de Reciclado en el que se están creando objetos para decorar el espacio con motivo de las fiestas navideñas; de Lectura en el que vienen trabajando un texto de Franz Kafka en relación a una entrevista de Michel Foucault acerca de la historia de la prisión; se inició uno de Habilidades Sociales y un proyecto de Mediación de Conflictos para abordar las peleas entre pacientes. Se iniciará un taller de Juego y de robótica en articulación con la empresa LEGO y uno de Rehabilitación Cognitiva en el que están trabajando.

Se encuentran en marcha las Asambleas de Convivencia en cada sala y los han autorizado a iniciar las Asambleas Multifamiliares. Se lleva a cabo la atención individual mediante los equipos tratantes conformados por psicólogo, psiquiatra y trabajador social; a la par, están funcionando tres Grupos Terapéuticos y, diariamente, se brinda a los pacientes educación física por la mañana y por la tarde. Se están llevando a cabo campeonatos de ping-pong y metegol. Los días sábados concurre personal de Readaptación Social para realizar actividades recreativas

Durante el mes de noviembre de 2011 se monitoreó el funcionamiento de las Salas de Observación y Evaluación ante un requerimiento del área de Auditoría respecto de posibles prácticas de aislamiento de los pacientes. Cabe mencionar,

que la modalidad psiquiátrica habitual, en que se basa la evaluación, requiere del aislamiento del paciente y que la implementación del dispositivo SOEP (Sala de Observación y Evaluación Permanente) se lleva a cabo con la observación del paciente en las celdas individuales con cámaras (durante veintidós horas), en el SUM desde el mediodía hasta las dos de la tarde y, dado que, no hemos recibido reclamos, en tal sentido, por parte de los pacientes en la actualidad, *se considera que tal práctica no se aparta de la clínica extramuros.*

Cabe mencionar, las dificultades a la hora de evaluar (tarea a cargo del dispositivo de Evaluación) a los internos en su lugar de alojamiento (población común) para determinar su inclusión o no de acuerdo a los criterios establecidos por el programa, ya que, al no contar con el período de Observación con internación como se realizaba en la ex – Unidad 20, se vuelve a evaluar al interno en el lapso de las 48 horas.

Se desconoce, según el profesional de guardia (que forma parte del dispositivo de Tratamiento), cuál es el personal asignado para la tarea de observación de las cámaras instaladas en las celdas como así también si éstas funcionan las veinticuatro horas.

Otro tema es el destino de los internos que, por no cumplir con los requisitos de ingreso o por no contar con celdas SOEP disponibles, son trasladados al Anexo 20. Se reconoce que dicho destino no necesariamente representa un espacio de respuesta para la problemática abordada. Por lo que resulta necesario, en primera instancia, revisar el alojamiento de destino para personas que sí cumplen con los criterios pero que no pueden ser alojadas en el SOEP por una cuestión de cupo. La implementación de vidrios transparentes sin malla metálica en las ventanas de las puertas de las celdas SOEP, reitera la inadecuación del lugar para llevar a cabo el dispositivo de Observación y Evaluación, ya que el aislamiento del interno solo lo comprende en su magnitud física; según refieren los especialistas. El mismo puede comunicarse visual y verbalmente con otros internos que se encuentren en el SUM.

Durante el mes de diciembre de 2011 se participó de la muestra de la “producción” de los talleres mencionados anteriormente; pudiéndose corroborar el

trabajo que se viene desarrollando plasmado en las obras y en la palabra de los pacientes que relataron la experiencia que vienen haciendo al incluirse en cada uno de los espacios ofrecidos. Se escuchó a personas (pacientes, profesionales y funcionarios penitenciarios) entusiasmadas e implicadas en la posibilidad de participar activamente en la construcción de un lugar diferencial y singular.

Cabe agregar, que el equipo tratante nos facilitó, al finalizar el año 2011, copias de los documentos recientemente confeccionados referidos al Protocolo de Articulación entre el Dispositivo de Inclusión Social y el Equipo Tratante y al Programa de Atención a Personas con sufrimiento Mental Grave en Situación de Detención. En el primero se sitúa de manera pormenorizada el procedimiento a seguir para llevar a cabo un trabajo articulado cuando se inician intervenciones tendientes a la inclusión en el medio libre. Y en el otro, se desarrolla la fundamentación del Programa que incluye aspectos tales como: política de articulación con el SPF, política general de atención de las Personas Internadas, constitución de una Comisión de Docencia e Investigación, constitución de un Comité de Ética, constitución de una Comisión de Enlace, constitución de un Comité de Cuidado de los Profesionales de la Salud trabajando en condiciones insalubres, especificaciones sobre el Dispositivo de tratamiento y sobre el Programa de Tratamientos Interdisciplinarios (PROTIN). Consideramos de suma importancia este desarrollo documental que da cuenta de una práctica fundamentada y de una experiencia que al escribirse se inscribe. Se continuará con el monitoreo.

Lic. Liliana Martínez