

Programa REMEDIAR no contribuye ni en cantidad ni en variedad con fármacos de uso cotidiano.

La intervención ha permitido concluir, en consideración de las características de la población alojada, una desproporción entre el número de personas detenidas, los profesionales y la composición de las especialidades disponibles. Se observa como imprescindible reformular el plantel profesional con la incorporación de especialistas, interpellando a los responsables de la provisión de recursos humanos y materiales –medicamentos, por caso– a las estructuras existentes.

3.3. SALUD MENTAL EN CÁRCELES FEDERALES

La promoción y protección de la salud mental de las personas detenidas ocupa un lugar igualmente relevante dentro de las estrategias de trabajo del organismo. Por esa razón, durante el año 2015 se han llevado a cabo, de modo regular, visitas semanales a los diferentes establecimientos penitenciarios emplazados en el área metropolitana de Buenos Aires. Las intervenciones responden a situaciones que implican la vulneración del derecho a la salud mental en términos de su preservación, cuidado y/o mejoramiento; y en los casos individuales han sido iniciadas por el requerimiento de las personas detenidas, familiares o allegados.

Se efectivizaron un total de 971 intervenciones generales en la temática, de las cuales 253 corresponden a entrevistas psicológicas individuales/grupales con las personas detenidas; 421 a diversas intervenciones como monitoreos de historias clínicas y confección de informes profesionales en el marco de procesos judiciales, 256 a entrevistas con los profesionales de salud de cada establecimiento penitenciario, y 41 entrevistas con funcionarios penitenciarios de otras áreas. Distribuidas por colectivos, las 253 entrevistas psicológicas con personas detenidas correspondieron a 169 varones adultos; 50 mujeres adultas; 30 jóvenes adultos, 3 personas integrantes del colectivo LGBTI; y la restante con una mujer joven adulta.

En cuanto a los motivos de consulta, el pedido de asistencia psicológica seguido de la asistencia psiquiátrica y del tratamiento para las adicciones constituyó la porción más significativa de las intervenciones; seguida por los monitoreos asistenciales, de programas, del funcionamiento de los servicios de salud mental, los denominados seguimientos, y la aplicación de protocolos en casos de enfermos graves o medidas de fuerza.

Como abordaje esencial e introductorio, es necesario comprender que la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentren en el territorio nacional.

En la cárcel, la salud mental se trama en el régimen penitenciario. Sistemas represivos y violentos que no promueven los lazos sociales, va de suyo que producen efectos subjetivos que vulneran el derecho a la protección de la salud mental³¹⁴. Mediar o incorporar a los presos en dispositivos específicos de tratamiento de salud mental por conductas que no se ajustan al régimen penitenciario, o en nombre de diagnósticos de “excitaciones psicomotrices”, también va a contramano del espíritu de la ley. Esta última promueve el derecho a ser asistido en aquellos aspectos vulnerables que requieran de apoyos específicos y no que esos aspectos sean fundamentos para limitar el pleno ejercicio de los derechos. En la cárcel se psiquiatiza a los presos denominados conflictivos y vulnerables como un modo de gobierno. Partiendo de estas premisas, el entramado de intervenciones mencionado ha permitido identificar los siguientes señalamientos relevantes respecto de ciertas prácticas arraigadas en la cultura penitenciaria que ponen en juego la promoción y protección de la salud mental en contextos de encierro.

314. Por el contrario, el Capítulo IV de la Ley N° 26.657 prevé que todo paciente tiene *“derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria”*.

LA PSIQUIATRIZACIÓN DEL VÍNCULO MADRE-HIJO

Se han reiterado de modo preocupante ciertas respuestas, basadas en argumentos de salud mental, ante situaciones protagonizadas por mujeres embarazadas y/o mujeres madres que conviven con sus hijos en la Unidad N° 31: el corte del vínculo madre-hijo³¹⁵. En aquellas mujeres que evidenciaron una notable vulnerabilidad subjetiva, psicosocial, fueron los informes psiquiátricos los que oficiaron de puntapié inicial para poner en marcha la maquinaria de la desvinculación. Al considerarlas no aptas para la crianza de los hijos, y en nombre de los derechos del niño, se ha decidido externar al menor y trasladar a las mujeres a otro establecimiento penitenciario de mayor rigurosidad. Todo esto sin agotar cualquier instancia de apoyo que posibilitara el pleno ejercicio de la maternidad, y profundizando una mirada moralista entramada en una lógica binaria: está apta o no lo está para criar a su hijo.

Advierte este organismo que el discurso institucional, construido para nombrar y responder a la problemática actual de la planta de madres de aquel establecimiento, está organizado alrededor del “deber ser y deber hacer” de una madre con una referencia permanente al interés superior del niño, a modo de letanía. Lo vulnerable, lo criminal y la maternidad advienen poco conciliables desde esta perspectiva carcelaria.

Por el contrario, en el relato de algunos profesionales, se destaca la posibilidad privilegiada de asistencia para los detenidos por crímenes de lesa humanidad –alojados en el mismo establecimiento– con quienes sí es posible mantener un intercambio “*de igual a igual*”. Mientras que las mujeres madres presas son representadas por esos mismos profesionales como desinteresadas e indolentes, los detenidos por crímenes de lesa humanidad, posiblemente en algunos casos vinculados a la apropiación de menores, sí satisfacen las expectativas de intervención de aquellos profesionales de salud mental.

315. Por su desarrollo en profundidad, ver Apartado 2.1 “Principales problemáticas implicadas en el alojamiento de las mujeres”, del Capítulo IX de este informe.

LA CONCILIACIÓN DEL PROTOCOLO DE RESGUARDO Y LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL: EL ENCIERRO COMO PEOR RESPUESTA

Como este mismo informe advierte³¹⁶, y pese a la posición fuerte en contrario establecida en el *Protocolo para la implementación del resguardo de personas en situación de especial vulnerabilidad*, la aplicación de esta medida en ciertos colectivos y espacios específicos suele mantener la firme identificación del resguardo con el aislamiento.

Los dispositivos penitenciarios de internación de Salud Mental –PRISMA y PROTIN– no cuentan con condiciones edilicias apropiadas para su implementación. Carecen de pabellones diferenciales, por lo que los pacientes con resguardo y sin él, deben convivir diariamente. Eso no sería un problema, en los casos de medidas de resguardo alternativas al alojamiento en un sector diferenciado: como esas modalidades son invisibilizadas y negadas por la administración penitenciaria, cuando los pacientes con resguardo no se encuentran participando de ninguna actividad, deben permanecer en sus celdas encerrados.

Al decir de los profesionales de PRISMA, el mayor obstáculo resulta en aquellos casos en que el resguardo sobreviene a consecuencia de una orden judicial. Porque, en los que su aplicación devino de la voluntad del paciente, se abordan los motivos que lo llevaron a solicitarlo incluyéndolos como tema del tratamiento y apuntando a su levantamiento. La estrategia para desjudicializar los resguardos es la confección y el envío sistemático de informes a sede judicial, puntualizando las condiciones agravadas de detención en virtud de las horas de encierro y lo contraproducente de un tratamiento de salud mental tramado en un incremento del aislamiento social. En la percepción de los profesionales tratantes en el dispositivo, la administración de justicia penal, en su intención de garantizar la seguridad de los detenidos, soslayan las implicancias que esta medida tiene, en

316. Conf. Apartado 1 “La aplicación del *Protocolo para la implementación del resguardo de personas en situación de especial vulnerabilidad*”, del Capítulo VI de este informe.

particular, en un dispositivo de internación. Poner en debate la modalidad de aplicación del resguardo en el marco de los tratamientos de salud mental es una deuda pendiente.

LA SOBREPoblACIÓN CARCELARIA Y LA SALUD MENTAL

La sobrepoblación carcelaria tiene consecuencias directas sobre la salud mental de la población. El régimen penitenciario, trato y tratamiento, inevitablemente se distorsiona con más personas alojadas en un espacio que no está preparado para incluirlas. Se incrementan las limitaciones y las privaciones, al igual que el sentimiento de encierro, la impotencia y la violencia.

En ese contexto de colapso, el acceso a la salud mental en términos asistenciales también se ve afectado: no hay profesionales para responder a las exigencias de la población actual, tampoco hay espacios disponibles para utilizar como consultorios y los movimientos de internos para que accedan a sus consultas se ven demorados o impedidos. En el CPF II de Marcos Paz hemos advertido especialmente estas dificultades en las prestaciones asistenciales derivadas del incremento de la población carcelaria; si bien los reclamamos, por parte de los detenidos, en cuanto a la calidad y a la frecuencia de las mismas tienen una historia previa a la sobrepoblación. Particularmente en el Módulo III, donde la asistencia psiquiátrica no se brinda en forma sistemática ni articulada a la psicológica para intentar disminuir o cancelar el consumo de psicofármacos. También corresponde señalar que en el transcurso de un año el promedio de entrevistas realizadas por los profesionales al ingreso de los internos, pasaron de ser quince semanales a quince diarias y que ante esta realidad la dotación profesional duplicó su número. La ecuación cantidad de detenidos/ demandas asistenciales/cantidad de profesionales, no resulta en consecuencia eficaz, sin desconocer que en el trasfondo de esta ineficacia se trama la particular concepción de la política de salud mental penitenciaria.

PRISMA Y EL DESAFÍO DE HORADAR LO CARCELARIO

La implementación de un dispositivo de salud mental civil en un espacio trazado por la lógica de seguridad es un desafío que requiere de constancia, valor y mucha tolerancia a la frustración. La perspectiva del abordaje de PRISMA plasmada en una ética clínico asistencial, tanto como en los talleres y actividades que desarrollan, da cuenta de esta posición que intenta no ceder ante lo carcelario. En esa dirección es que se han reformulado los criterios de incorporación al programa, flexibilizándolos: de los doscientos cincuenta y siete pedidos de evaluación recibidos durante el 2015, según han informado los profesionales a cargo, incorporaron al 42 % del total de personas evaluadas. Cabe aclarar, que muchas de las derivaciones responden a cuestiones de régimen penitenciario y no específicamente de salud mental. Se destaca también el trabajo desplegado, de manera compartida con la Procuración Penitenciaria de la Nación, para posibilitar la externación de dos pacientes declarados inimputables hacia el ámbito civil.

Sin embargo, resulta esencial poner en perspectiva algunos de los ejes problemáticos que han atravesado la marcha del programa durante el año en análisis.

En el dispositivo de mujeres, emplazado al interior del CPF IV de Ezeiza, continúan sin contar con guardia psiquiátrica, por lo que ante una descompensación durante la noche o los fines de semana las pacientes quedan a disposición de la División de Seguridad y Traslados para su derivación a la Sala de Evaluación, Diagnóstico y Estabilización (SEDE) donde funciona la guardia psiquiátrica del dispositivo PRISMA para varones. En este sentido, se han realizado diversos reclamos incluyendo el de una ambulancia propia. En un agregado de vulneración ha podido corroborarse que la habitación en SEDE, destinada a las mujeres, es utilizada por los agentes de seguridad para alojar internos varones, en tránsito, que aguardan ser trasladados.³¹⁷

317. Además, las celdas del Módulo V en CPF IV carecen de baño y ventilación adecuada; como las puertas se cierran durante la noche, las pacientes quedan

Por su parte, en el dispositivo de varones se redujo la capacidad de internación a la mitad, desde la mudanza operada a mediados del año 2011 desde la ex Unidad N° 20 emplazada dentro del predio del Hospital Borda hacia el CPF I de Ezeiza. La infraestructura del Ala Norte del Hospital no permite mayores modificaciones en cuanto al cupo: el espacio físico limitado imposibilita el armado de estrategias diferenciales que no agreguen encierro al tratamiento de los pacientes con resguardo, menores de 21 años, diagnosticados con “*trastornos de la personalidad*”, o quienes integran el colectivo LGBTI.

Desde el punto de vista operativo se suscitan incorporaciones, sorteando el camino formal, sin criterios y por orden de funcionarios del CPF I de Ezeiza. Ha podido corroborarse el traslado de personas para su evaluación desde establecimientos del norte o sur del país que viajan desconociendo su lugar de destino y el motivo de ese movimiento. Suelen arribar al dispositivo por la noche o durante los fines de semana, lo cual impide una evaluación pronta de los profesionales, y el regreso a su unidad de origen cuando no reúnen los criterios de incorporación al dispositivo. En estas situaciones, suelen permanecer en SEDE varios días hasta retornar a su lugar de origen. Desde el punto de vista de la salud mental, trasladar a una persona más de mil kilómetros para evaluar su sufrimiento o padecimiento mental se reputa grave, delicado y disparatado; más aun cuando la decisión parece encubrir estrategias de sanción encubiertas, disociadas de criterio de salud mental alguno.

En el avance de reconocimiento de derechos a los pacientes alojados en el dispositivo PRISMA, se destaca la pertinencia de reformular ciertas restricciones como la suspensión de la progresividad que permitiría su inclusión en institutos de egresos anticipados –en definitiva, los pacientes internados trabajan, participan de talleres y concurren a educación– así como el reconocimiento al derecho a visitas íntimas.³¹⁸

a merced de la celadora para acceder al baño o a la heladera, situación que es abordada con mayor profundidad en el Apartado 2.1 “Principales problemáticas implicadas en el alojamiento de las mujeres”, del Capítulo IX de este informe.

318. El artículo 73 del Decreto 396/99 suspende las calificaciones de conducta

EL PROTIN Y LA CONTRADICCIÓN RESPECTO DE SU ESTATUTO DE INTERNACIÓN

Pese a la negativa de las autoridades penitenciarias a reconocerlo, la inclusión de una persona detenida en el dispositivo PROTIN, implica una internación en salud mental: el cambio de lugar de alojamiento, el paso de población común a un módulo específico, la suspensión de la progresividad y de las visitas íntimas, respaldan esta posición.

Aun cuando la incorporación al tratamiento requiere del consentimiento de las personas, se han detectado varios casos en donde la voluntariedad y permanencia en el mismo queda supeditada a cuestiones estrictas de régimen penitenciario. Los profesionales tratantes plantean como obstáculos en su práctica la ausencia de una Sala de Evaluación y Observación, con guardia durante las veinticuatro horas. En este sentido, en el dispositivo de varones continúa sin poder ser utilizado el sector destinado a la observación de pacientes en consonancia con los criterios de admisión: por criterios debatibles de gestión poblacional, se encuentra inhabilitado para el alojamiento de una persona detenida por una causa mediática. En el dispositivo para mujeres, por motivos disciplinarios y sin criterios de salud mental, se han producido realojamientos de pacientes desde PROTIN hacia el Pabellón de urgencias psiquiátricas.

La confusión y el “como si” son parte del funcionamiento del PROTIN, cuya dirección no está a cargo de personal del campo de la salud.

y de concepto del interno alojado en un establecimiento penitenciario especializado de carácter psiquiátrico. El Decreto N° 1136/97 impide la realización de visitas íntimas cuando el/la detenido/a esté alojado en establecimientos o secciones especiales de carácter asistencial, médico, psiquiátrico o en los que se desarrollen regímenes terapéuticos especializados.

CALIFICACIÓN Y OBJETIVOS EN SALUD MENTAL: EL ROL DEL PSICÓLOGO “EVALUADOR”

En más de una oportunidad, este organismo ha sostenido las paradojas de la presencia de la variable psicológica al momento de evaluar la progresividad en el régimen, así como la contradicción interna que conlleva la idea del psicólogo “evaluador”. Se trata de un aspecto decisivo de la práctica en salud mental en las cárceles, cuestionada de manera constante.

Es desde esa posición que hemos avanzado sobre el tema, relevando en campo la posición de los profesionales sobre esa irregularidad³¹⁹. Tomando como eje nuestras incumbencias, podríamos decir que la acción de cuantificar, obligar y condicionar en salud mental, así como su engarce con el régimen progresivo con objetivos psicológicos que conllevan el reconocimiento del delito, son maniobras que vulneran el derecho a una debida asistencia en salud mental. Abordar la variable psicológica con objetivos, tal como sucede, por ejemplo, con la salud médica, conlleva consecuencias en lo que hace al respeto de aquel derecho.

Así, pudimos concluir que la cuestión de las calificaciones hace de tope, de obstáculo a la labor “terapéutica”. En primer lugar, se trata de algo que genera roces y resquemores entre los detenidos y los profesionales que deben asistirlos. De esa manera intercede en el trabajo terapéutico, y lo obstaculiza, ya que impide que se pueda aprovechar el espacio terapéutico como un espacio de la palabra. Por ello mismo resulta por lo general éticamente cuestionable; y no solo éticamente, ya que legalmente no se puede obligar a alguien a realizar un tratamiento psicológico; y lo que se hace hoy en día, de modo más o menos directo, es obligarlos³²⁰. Se trata de algo que re-

319. Con el objetivo de tomar conocimiento de los obstáculos o vicisitudes que en la actualidad resultan del hecho de que los psicólogos deban, entre sus demás funciones, evaluar y calificar a los internos a quienes a su vez asisten desde el punto de vista de la salud mental, se han monitoreado los establecimientos CPF I, CPF II, CPF IV y Unidad N° 19.

320. Cabe recordar que la Ley Nacional de Salud Mental recupera el derecho del

sulta insidioso para su labor, ya que invierte la demanda, en el sentido que se les exige –demanda– que concurran y eso lleva a los internos a responder automáticamente y según aquello que suponen que se espera de ellos.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA OFENSORES SEXUALES (POS)

Durante el año 2015 se creó el Programa de Tratamiento para Ofensores Sexuales (*POS*), a ser implementado en el anexo de la Unidad N° 9 de Neuquén, emplazado dentro de una prisión provincial ubicada en la localidad de Senillosa³²¹. La distancia aproximada de 1.200 kilómetros respecto de la localización del programa que reemplaza, ejemplifica el desarraigo que supone su implementación, poniendo en cuestión su supuesto carácter optativo.

Sobre las diversas modalidades de coerción que rodean su carácter voluntario, relevamientos efectuados por este organismo han permitido corroborar que continúa ordenándose judicialmente la realización de tratamientos de salud mental, contradiciendo su carácter voluntario, que plantea la ley, sin ajustarse a los criterios establecidos para tratamientos involuntarios: presencia de riesgo de daño cierto e inminente para sí o para terceros. En ese marco, aunque formalmente el *POS* es indicado como optativo, en la práctica funciona como una condición para la obtención de informes favorables en miras a la incorporación a institutos de egresos anticipados. Contradictoriamente, además, el cambio de residencia a otra provincia, limita las posibilidades de fortalecer los lazos familiares, y puede interrumpir la participación del detenido en instancias educativas o laborales.

Se reitera que este organismo no acuerda con los abordajes diseñados según los delitos cometidos, y que sigue

paciente a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades (Ley N° 26.657, art. 7).

321. Mediante la Resolución N° 1552/15. El mismo decreto deroga la Resolución N° 916/09, que instaura el Programa de Tratamiento para Internos Condenados por Delitos de Agresión Sexual (*CAS*), interrumpiendo abruptamente su implementación.