

de las personas privadas de libertad, lo que incluye efectuar relevamientos generales y monitorear la asistencia médica en prisión, para lo cual resulta necesario acceder a la consulta de las historias clínicas de los pacientes-internos.

## 5.2. Aspectos cruciales de las prácticas en Salud Mental en cárceles federales

### El PROTIN y la discusión en torno a su carácter de internación en los términos de la Ley de Salud Mental

Uno de los aspectos a destacar de nuestra labor durante el año 2014 ha sido el monitoreo permanente de la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 en las prácticas asistenciales en el contexto carcelario. En tal sentido el funcionamiento del Programa de Tratamiento PROTIN (tanto en población masculina como femenina) ha sido uno de los focos de nuestras intervenciones, advirtiendo a partir de las mismas serios incumplimientos de la reglamentación que lo regula. Reglamentación que está expresada en el Boletín Público N°467 –Resolución DN N°1373– y en la propia Ley de Salud Mental N°26.657, norma marco de dicho documento.

En la mencionada resolución se aprobó la implementación del Programa de Tratamiento Interdisciplinario Individualizado e Integral (PROTIN) como un abordaje especializado para los varones adultos en el Módulo VI del Complejo Penitenciario Federal I de Ezeiza, y a finales del mes de junio de 2013 se formalizó su puesta en marcha para el tratamiento especializado de las mujeres con sede en el Módulo VI del Complejo Penitenciario Federal IV de Ezeiza. En la referida publicación se expresa que el marco normativo de la reglamentación es la Ley de Salud Mental N°26.657, y que con su implementación se busca estar en consonancia con la voluntad de diversos actores institucionales como los Ministerios de Salud y de Justicia y DDHH de la Nación, la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y todos los interesados en mejorar las condiciones de salud de la población privada de su libertad ambulatoria.

El texto del documento de aprobación del Programa sostiene como una de sus principales premisas *“atender las necesidades de las personas en el entorno en el cual desarrollan su vida cotidiana, poniendo el mayor esfuerzo en evitar la exclusión, y limitando el recurso de la internación a casos de extrema gravedad”*, aclarando que en caso de requerir la internación es necesario *“tener presente que el objetivo del tratamiento es lograr que la persona retorne al medio con celeridad.”* Se enfatiza de esta manera que la Ley 26.657 destaca al *“paciente”* como *“sujeto de derechos”* que padece un problema de salud mental y por tanto es *“usuario”* del sistema de salud. Es decir, refiere un cambio de paradigma del encierro, aislamiento y restricción máxima de derechos, a un paradigma de la persona con padecimientos de salud mental como sujeto de derechos usuaria del sistema de salud. En este sentido y como veníamos señalando, este nuevo paradigma deja necesariamente de lado las respuestas asistenciales tendientes al aislamiento y la manicomialización. Los parámetros de la ley buscan evitar la segregación y el aislamiento, medidas que contribuyen a incrementar la discapacidad o el padecimiento mental y violan los estándares internacionales de derechos humanos. En efecto, al ser separadas las personas de su entorno y perturbados los lazos sociales, quedan sometidas a un régimen de custodia, perdiéndose así la calidad de sujetos para ir asemejándose a un objeto a merced de la institución que las contiene.

Con esta mirada se han realizado monitoreos y seguimientos, habiéndose detectado una serie de irregularidades en las internaciones relevadas en ambos dispositivos de tratamiento que hacen necesario señalar que *“el entorno”* en el cual las personas privadas de su libertad ambulatoria desarrollan su vida cotidiana, así como el *“medio”* al cual se

debe propiciar que retornen con “*celeridad*” una vez dada el alta de la internación, son los llamados “*pabellones comunes*” o pabellones que alojan a la denominada “*población común*”.

La apelación, expresada en tal Boletín Público, a disponer el mayor esfuerzo para evitar la exclusión y limitar al máximo el último recurso terapéutico de la internación, en estricta consonancia con la Ley 26.657 aludida más arriba, denota el carácter restrictivo y segregativo que porta, en sí misma, la internación en el dispositivo PROTIN. En otro de sus apartados diferencia claramente el dispositivo de internación PROTIN de aquellos programas o dispositivos de Salud Mental implementados de manera ambulatoria en el ámbito penitenciario.

Hemos arribado a una definición operacional en la que “lo ambulatorio” serían aquellos abordajes individuales o psicoterapias de orientación y/o contención, así como los planes psico-farmacológicos en los casos de prescripciones psiquiátricas, y los abordajes grupales denominados A.G.A. (Asistencia Grupal de las Adicciones) que brindan los psicólogos y los psiquiatras del Servicio Penitenciario.

Entonces las prestaciones ambulatorias asistenciales son aquellas brindadas en los consultorios de los respectivos módulos de alojamiento de la “*población común*” y que no implican para el paciente el corte de lazos con su entorno o su medio, ni la restricción de lo ambulatorio que conlleva el recurso de la internación en el PROTIN, de allí el esfuerzo que se exige disponer para lograr con la mayor celeridad el retorno del paciente internado a su alojamiento de origen o pabellón común.

Se ha corroborado en los sucesivos monitoreos efectuados que la/os pacientes que requieren tratamiento en el PROTIN, son internada/os en pabellones de alojamiento diferencial de la población llamada “común”. En el caso de PROTIN mujeres, se ha detectado la permanencia de pacientes internadas por un lapso mayor a un año y en contra de su voluntad. Lo mencionado plantea un total incumplimiento de lo que se viene señalando en relación a la celeridad en el retorno al medio común.

Asimismo se confirmó, tanto en la División Judiciales como en Criminología, la suspensión de la Progresividad del Régimen Penitenciario de las/os pacientes internados en el PROTIN –en consonancia con el Decreto 396/99, que reglamenta las modalidades básicas de la ejecución de la pena, y que establece en su artículo 73 la suspensión de las calificaciones de concepto y de conducta para los internos alojados en establecimientos penitenciarios de carácter psiquiátrico– mientras que por otro lado se relevaron informes de los profesionales tratantes enviados a los juzgados, negando que la incorporación de tal o cual paciente en el Programa se tratase de una “*internación psiquiátrica*”.

Como también se verificó en todos los casos relevados, sin excepción, que la internación en el PROTIN conllevaba la suspensión del proceso calificador necesario para el acceso de las/os pacientes internados a las salidas anticipadas. Quedando las excarcelaciones así como cualquier traslado supeditados a la indicación del alta de internación en el PROTIN por parte de los profesionales tratantes.

En una dirección análoga, la ley establece la posibilidad de recibir visitas íntimas como modo de afianzar y mejorar los lazos familiares de los internos, pero en el artículo 68 del Decreto 1136/97 (Reglamento de Comunicaciones de los Internos) se excluye de ese derecho a las personas alojadas en unidades psiquiátricas. De los monitoreos realizados surge que mientras permanecen internadas/os en el PROTIN, las/os pacientes no reciben visitas íntimas.

Por otra parte, no se cumplió, ni al momento de poner en marcha ambos dispositivos, ni en el tiempo transcurrido desde entonces, con las designaciones referidas en el Boletín acerca del recurso humano afectado. En el caso del PROTIN mujeres no hay designado un equipo tratante que cumpla su labor exclusivamente en tal programa –como ocurre en

varones que sí trabajan sólo con pacientes internados en el PROTIN-. En tanto en el PROTIN mujeres, al no estar designados de manera exclusiva, deben asistir, además de las pacientes internadas allí, a las presas alojadas en los pabellones llamados “comunes”, lo que desdibuja, en mucho, tanto “*lo específico*” como las capacitaciones y espacios de formación que se requieren para tales abordajes, además de incumplir con las normativas vigentes.

Advertimos que las indicaciones de internaciones en el PROTIN mujeres son efectuadas de manera irregular, al ser indicadas por un único profesional, sin cumplimentar con el Artículo 16, capítulo VII, de la Ley de Salud Mental 26.657. Asimismo se han detectado casos en los que se determina el aislamiento de la persona por hasta 22 horas diarias, lo que contraría no sólo la Ley 26.657 en su letra y espíritu sino además el protocolo para la implementación del resguardo de personas en situación de especial vulnerabilidad, herramienta lograda por esta PPN y varios actores intervinientes en el marco de una acción de habeas corpus donde se cuestionaba el aislamiento como medida de gobernabilidad vulneratoria de los derechos de los detenidos (Conf. Expediente 6402/PP).

En su artículo 16 la Ley previamente citada refiere que “*Toda disposición de internación, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos: a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra.*” Observamos que se incumple con estos requisitos, totalmente en el PROTIN mujeres y en la mayoría de los casos en el PROTIN varones, y con el Consentimiento informado, otro de los requisitos obligatorios a informar al juez, según lo referido en el punto c) del mismo artículo 16.

Siguiendo con el PROTIN mujeres, también se han relevado graves incumplimientos a los artículos 14, 15 y 20 del capítulo VII de la Ley antedicha, indicando internaciones sin agotar las alternativas asistenciales previas ambulatorias que impidan el recurso de la internación, entendiéndola como el último. Y sin que tal recurso terapéutico de la internación “*aporte mayores beneficios*”, sin “*promover el mantenimiento de vínculos*”, ni “*contactos*”, ni “*comunicación*” de ningún tipo con el medio o entorno de las/os pacientes, sino más bien promoviendo el corte de los mismos, no siendo además el tiempo de las internaciones precisamente “*lo más breve posible*” como lo exige la norma regulatoria.

Decir también que en el capítulo II, artículo 3 la Ley sostiene: “*Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso debe hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: [...] d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización*”. Y que el Artículo 5°, refiere que “*La existencia de diagnóstico en la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo debe deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado*”.

Advertimos que en total incumplimiento con los artículos anteriores, en la gran mayoría de los informes enviados a los juzgados se justificaban las indicaciones de “*incorporación*” (ya que evitan nombrarla como internación, y la niegan) en el PROTIN mujeres, en base únicamente a la presunción de riesgo de daño cierto o inminente, teniendo en cuenta solamente los antecedentes de internaciones previas y a partir de entrevistas individuales con un psiquiatra, sin mediar evaluación interdisciplinaria alguna.

A partir de sucesivos monitoreos efectuados, corroboramos la no implementación en PROTIN mujeres de ninguno de los “*recursos terapéuticos*” citados por el Boletín Público N°467. Que tampoco se ha dado cumplimiento, tanto en varones como mujeres,

al Dispositivo de Inclusión Comunitaria (D.I.C.) según lo ordenara el Boletín Público precedentemente citado.

Se incumple, a su vez, con los plazos instruidos por la Ley para informar a los juzgados en tiempo y forma, tanto la indicación de la internación propiamente dicha – porque se la niega– como los informes acerca de la evolución de las/os pacientes internados ya sea de manera voluntaria como involuntaria –cuestión, la voluntariedad o involuntariedad, que también queda negada–. Además, y por consiguiente, se incumple también con los pedidos al Órgano de Revisión que la Ley ordena para evaluar la permanencia de ciertas internaciones involuntarias, las cuales hemos considerado, por el tiempo transcurrido, como cronificadas.

Otra de las cosas que se relevaron es que en determinados oficios judiciales se solicitaba a los profesionales tratantes expedirse acerca del grado de “PELIGROSIDAD” de tal o cual paciente, incumpliendo con la Ley de Salud Mental N°26657, que sanciona hablar de “RIESGO DE DAÑO CIERTO O INMINENTE” adecuándose de ese modo el proceder a los estándares internacionales en materia de legislación en Salud Mental y Salud Pública, en sintonía con los derechos de las personas con padecimiento mental y que acerca la legislación local a los nuevos paradigmas que sobre Salud Mental rigen en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

Conforme a lo expuesto precedentemente, se llevó a cabo una recomendación al Servicio Penitenciario Federal para que se adecuen todas las indicaciones de internación de los detenidos a los dispositivos de tratamiento del Programa PROTIN/Pabellón “A” Emergencias Psiquiátricas, tanto en varones como en mujeres, a los parámetros establecidos por el *Boletín Público* N°467 y la Ley de Salud Mental 26.657, especialmente al capítulo VII Internaciones, y se ordene la confección de un Protocolo de actuación para cada dispositivo, que se dé estricto cumplimiento al texto del capítulo VII, en relación a Internaciones, de la Ley 26.657, para ser implementado en cada indicación de internación y por el tiempo que transcurra tal recurso terapéutico. Como también, que se dé estricto cumplimiento en cuanto a la designación de profesionales necesarios y exclusivos, así como con la capacitación necesaria en cada dispositivo y a la implementación y puesta en funcionamiento de los llamados “recursos terapéuticos” y del Dispositivo de Inclusión Comunitaria (D.I.C.).<sup>265</sup>

Mencionaremos a continuación un recorte de la respuesta del SPF a lo recomendado por el Procurador Penitenciario. En principio, no reconocen las prácticas de salud mental llevadas a cabo en el dispositivo PROTIN, mujeres y varones, como en el Sector A de Urgencias Psiquiátricas del CPF IV, en términos de internación según lo establecido por la Ley Nacional de Salud Mental. Copiamos un fragmento de la respuesta recibida, remitida por el Jefe de División Psiquiatría de la Dirección de Sanidad: *“En primera instancia hay que mencionar que el PROTIN no constituye, bajo ninguna circunstancia, un dispositivo de internación por lo que las personas que cumplen con los criterios de admisión al mismo son INCORPORADAS al Programa de Tratamiento y no internadas en el mismo. Dicho Programa cuenta, sí, con un sector de internación para personas con padecimiento mental grave en todo de acuerdo con los estándares previstos por la Ley de Salud Mental (N°26.657)”*.

Alegan que no es un dispositivo de internación pero que cuentan con un sector de internación; más allá de la ambigüedad en la formulación anterior, la respuesta no se condice con lo establecido en el Boletín Público N°467/12 ni con lo relevado en cuanto a la suspensión de la Progresividad del Régimen Penitenciario y del acceso al derecho a visitas íntimas (Decreto 396/99 y 1136/97, respectivamente). Restricciones referidas al

<sup>265</sup> Recomendación N°816, de 29/07/2014.

alojamiento en establecimientos de carácter psiquiátrico. Nos informaron asimismo que se impartieron directivas, mediante el Memorando N°060/2014 (D.S.), haciendo hincapié en el procedimiento a seguir en lo que denominan el sector de internación del PROTIN. Solicitando información semanal respecto de las personas incorporadas al Programa, diagnóstico, fecha de incorporación, sector de alojamiento y etapa que transita en el tratamiento. Estas directivas están firmadas por el Jefe de Asistencia Médica, A/C Dirección de Sanidad.

Desde el área Salud Mental se llevarán adelante acciones tendientes a identificar esta diferencia entre incorporaciones e internaciones al Programa argumentada, que no hemos podido detectar por el momento y sobre la que tenemos casi la certeza de su inexistencia. Verificando que, en los casos de incorporaciones si las hubiere, se mantenga vigente la progresividad del régimen y la posibilidad del acceso a las visitas íntimas y el derecho de interrumpir el tratamiento por parte del paciente y retornar a población común, y en los de internaciones –según la versión penitenciaria– se esté en un todo de acuerdo con los estándares de la LNSM. Agregamos a lo dicho que nada se menciona sobre las prácticas cuestionadas en el Sector A del CPF IV.

### **Recomendación sobre la circulación desregulada de psicofármacos en cárceles federales y respuesta del SPF**

Durante el año 2013 el Área de Salud Mental realizó una serie de monitoreos relacionados con la prescripción y entrega de la medicación psiquiátrica en los diferentes establecimientos de la denominada área metropolitana. Lo que denominamos como “circulación desregulada de psicofármacos” constituye una situación preocupante en la medida en que termina formando parte de episodios con alguna connotación violenta. Particularmente, nos llamó la atención que en más de un caso de muertes por suicidio –o supuestos suicidios– que acaecieron en algunas unidades, se producían al día siguiente o como aparente corolario de “fiestas” en las que el psicofármaco formaba parte como un elemento que nada tenía que ver con lo médico.

Por todo lo anterior, se redactó la Recomendación N°812, emitida el 25 de abril de 2014, que tiene como finalidad restablecer el debido cumplimiento de lo que la Ley de Salud Mental y su Decreto Reglamentario establecen en este sentido.<sup>266</sup> En el artículo 12 de la reglamentación se indica que: *“La prescripción de psicofármacos debe realizarse siguiendo las normas internacionales aceptadas por los consensos médicos para su uso racional, en el marco de los abordajes interdisciplinarios que correspondan a cada caso”*. Y en el artículo 12 de la Ley que: *“La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psico-farmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios”*.

El análisis de la respuesta brindada por la Dirección de Sanidad del Servicio Penitenciario Federal a la Recomendación sobre la circulación desregulada de psicofármacos N°812 nos permite decir que a pesar que parecen estar en un todo de acuerdo con lo planteado y sugerido por nuestro organismo, se lee en ella cierto formalismo vacío envuelto en un discurso de la salud mental y de los Derechos Humanos. Se adjuntó a la respuesta el Memorando N°061/2014 (D.S.) en el que se

<sup>266</sup> Ver en página web de la PPN, Documentos - Recomendaciones.

imparten directivas vinculadas con lo recomendado. Desde el área de Salud Mental se iniciaron acciones a modo de prueba piloto en el Complejo Penitenciario Federal I, tendientes a corroborar el nivel de conocimiento y de implementación de tales directivas por parte de los responsables de la Salud Mental y del director del HPC.

En esta dirección es que se concurrió al HPC del CPF I con algunas copias del Memorando, anticipándonos a lo que presumíamos iba a suceder en relación al conocimiento de dicho documento por parte de los profesionales a entrevistar. Al entrevistarnos con las autoridades responsables del área de salud y al preguntar acerca del modo en que se estarían llevando adelante las directivas del Memorando, se evidenció el desconocimiento tanto de las directivas como de la recomendación precedente.

Al leer las directivas en lo relativo a la realización de evaluaciones psiquiátricas quincenales, los funcionarios aclararon que no se estaría cumpliendo con las mismas, una vez más debido a la desproporcionada cantidad de psiquiatras respecto de la población usuaria. Refieren que no dan abasto, que han solicitado más incorporaciones y no obtienen respuesta; y cuando ingresa un psiquiatra nuevo, renuncia al poco tiempo debido a las elevadas exigencias que no se condicen con lo que cobran.

Pero sobre todo, sorprenden dos cuestiones. La primera, que muchas veces la medicación se sigue entregando “indefinidamente”, varios meses después de la última evaluación, ya que de esa forma se evita que los internos reaccionen mal o tomen alguna medida más seria como lastimarse: De esta manera quedaría descartada la posibilidad de realizar un tratamiento psiquiátrico propiamente dicho, al cabo del cual pueda ir produciéndose una reducción gradual de las dosis, tomando como parámetro los síntomas que motivaron la consulta y la prescripción. En este caso, el acto médico se degrada en algo que ya no es tal y que termina reduciéndose a la mera entrega del fármaco, de una manera desintrincada respecto de un criterio profesional.

En segundo lugar, se sostiene que desde la Dirección de Sanidad del SPF están al tanto de esta situación, ya que mantienen intercambios en los que se transmiten estas dificultades, sobre todo en lo que se refiere al número de profesionales, por lo que entendemos que las directivas expresadas en el memorando de referencia formarían parte de una formalidad y no de una genuina disposición a modificar las prácticas.

### **Plan Estratégico de Salud Integral en el SPF**

Esta realidad asistencial puesta en tela de juicio mediante las recomendaciones citadas –con la que nos encontramos en el día a día de nuestro trabajo carcelario– en nada se condice con los lineamientos del Plan Estratégico de Salud Integral en el Servicio Penitenciario Federal, 2012-2015, Atención y Cuidado de la Salud de las Personas Privadas de su Libertad del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

En el apartado de Salud Mental en Contextos de Encierro, se establece que todas las personas privadas de su libertad están en riesgo de desarrollar una variedad de padecimientos mentales independientemente de si tienen necesidades particulares de salud mental al momento de su entrada. El aislamiento de la sociedad o la falta de privacidad, la falta de actividad significativa, el acceso insuficiente a los servicios de salud, especialmente de salud mental, las pobres condiciones de reclusión, el hacinamiento, la falta de seguridad y la violencia inducen a la angustia, la depresión y la ansiedad en la mayoría de las personas privadas de su libertad, llegando incluso a poder constituir graves cuadros de padecimiento mental y discapacidad mental. Se podría pensar entonces que estas personas están mal preparadas para sobrevivir en el entorno de las unidades penitenciarias y que se les hace muy difícil cumplir con las reglas propias de la privación de la libertad. Algunas pueden inclusive manifestarse mediante actos de violencia, agresión y/o comportamientos disruptivos, otras pueden negarse, por ejemplo, a