

además la necesidad de comunicar a la PPN y a las autoridades sanitarias nacionales, los casos sospechosos o confirmados que se presenten de dengue, chikungunya y zica, (período 2016-2017). Ello fue efectuado en fecha 07 de noviembre de 2016, dada la proximidad del momento donde las condiciones del medio ambiente son facilitadoras de la reproducción de vectores para la transmisión de estas enfermedades.

3.2. LA SALUD MENTAL EN CÁRCELES FEDERALES

La promoción y protección de la salud mental de las personas detenidas ocupa un lugar relevante dentro de las estrategias de trabajo del organismo. Por esa razón, durante el año 2016 se concurrió de modo semanal 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.

Consideramos a la salud mental desde una perspectiva amplificada, lo cual significa incluir todos aquellos aspectos del régimen penitenciario, trato y tratamiento, que traman lo cotidiano de las personas detenidas. El régimen y la producción de subjetividad. En la cárcel, la salud mental se trama en el régimen penitenciario, los 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 mental. 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.

PRISMA y el desafío de horadar el encierro

En el informe de 2015 destacamos que la labor realizada en PRISMA resulta un desafío que requiere de una gran dosis de constancia, convicción e implicación. Lo civil en un ámbito penitenciario demanda, sin lugar a dudas, un plus en la labor. Durante el año 2016 las decisiones, a nivel del Ministerio de Justicia y DDHH, vinculadas con la marcha del programa y particularmente con lo presupuestario, produjeron un deterioro en el seno del mismo.

Como consecuencia de las condiciones materiales deterioradas y los efectos adversos sobre el quehacer asistencial es que —a fines del mes de febrero— la Procuración Penitenciaria presentó un *habeas corpus* colectivo, tanto en mujeres como en varones. La presentación fue el resultado de un año de recorridas por los establecimientos, de entrevistas con los pacientes, con los profesionales y los directivos a cargo. En una primera instancia, se le dio lugar al planteo, pero luego hubo una apelación por parte del SPF. Dicha apelación fue elevada a la Corte Suprema, instancia en la que se confirmó lo denunciado. En cuanto a los varones, se ordenó la realización de un proyecto de obra correspondiente al acondicionamiento del sector de la cocina, los sanitarios, las duchas y los alojamientos individuales. A su vez, se solicitó que se implementara un plan de urgencia a fin de que se gestionara la provisión de elementos de higiene, tocador y bienes indispensables como ser camas, colchones y ropa blanca. En relación a las mujeres, se ordenó que los timbres de las celdas individuales funcionen adecuadamente por las noches dado que no cuentan con sanitarios en el interior de las mismas y es mediante este recurso que solicitan a los agentes poder salir al baño. También se solicitó que se mejore y optimice la circulación de aire del edificio, en el piso superior las ventanas se encuentran tapadas con un material que impide una adecuada ventilación. Asimismo, se sugirió que se contemple la posibilidad de confeccionar un nuevo *Protocolo para el manejo de situaciones de crisis*. Que se ordene a las autoridades del HPC

I que la Sala de Evaluación, Estabilización y Diagnóstico reservada para ingresar a las mujeres deje de ser utilizada por el SPF para alojar varones adultos debido a la sobrepoblación imperante en el complejo y el déficit de plazas.

En el mes de septiembre, tuvo lugar un violento procedimiento de requisa en PRISMA varones. Inédita situación, se podría decir que inaugural. Dada la presencia de asesores del área metropolitana de nuestro organismo, es que se llevó a cabo un relevamiento —casi en simultáneo con su producción— del episodio con los profesionales tratantes y los pacientes requisados. Personal de requisa ingresó a la planta baja del establecimiento y no permitió que los profesionales estuvieran presentes durante la requisa, la que siempre se realizaba ante la presencia de los profesionales dentro de los pabellones. Tres pacientes resultaron golpeados. Asesores de la PROCUVIN, quienes también se encontraban presentes, acompañaron la presentación. El director del complejo se comprometió a confeccionar un protocolo para la realización de las requisas en los dispositivos de salud mental y someterlo a discusión con la coordinadora de PRISMA. Según hemos corroborado a finales del año en curso no se habría concretado tal confección ni realizado ningún intercambio al respecto con la responsable del dispositivo.

La Sala de Evaluación, Diagnóstico y Estabilización (SEDE) fue clausurada el día 29 de septiembre, luego de una recorrida que realizó el Dr. Hornos —Sistema Interinstitucional de Control de la Unidades Carcelarias— de la que participó el Procurador Penitenciario y el director de la DGPDH. La clausura se debió a las precarias condiciones materiales. Los primeros días de octubre se realizó una nueva recorrida por las instalaciones de “SEDE”. Se pudo corroborar que se encontraba recién pintada. Las camas no contaban con los colchones correspondientes y tampoco se encontraban colocados los aires acondicionados lo que transformaba al espacio físico en inviable. A su vez, se señaló que las planchas selladas en las ventanas no permitían la correcta circulación de aire y que en este sentido no reunía las condiciones necesarias para la internación

de pacientes. Los colchones fueron renovados a los pocos días y se habilitaron las internaciones, nunca se repusieron los aires acondicionados y se instaló en su reemplazo otro sistema de ventilación no acorde con las altas temperaturas del verano. Hasta finales de año, la situación continuaba igual.

PROTIN, un programa parcialmente implementado

Se ha corroborado que el programa de referencia aún continúa sin ser implementado según lo establecido en el Boletín Normativo N° 467 del 2012. La PPN mediante la Recomendación N° 816/PPN/14 solicitó la puesta en funcionamiento integral del programa y estableció la cualidad de internación que conlleva el tratamiento allí brindado. Todos los profesionales, psicólogos y psiquiatras, son los responsables de las instancias de evaluación y tratamiento de los pacientes hasta que son dados de alta. No cuentan con equipos tratantes diferenciales según sea el momento asistencial, ingreso, tratamiento o alta/inclusión. No cuentan con talleres ni actividades terapéuticas a cargo de los profesionales tratantes; las actividades deportivas son responsabilidad del Área de Educación y están supeditadas a la cantidad de agentes de requisita presentes para realizar los movimientos.

A mediados del 2016 se produjeron cambios del personal de seguridad asignado y de los responsables de las distintas áreas del complejo, tras la versión de la posible fuga del interno apodado “Mi sangre” quien se encontraba alojado en la Sala Asistencia, Evaluación y Orientación, sin ningún criterio de salud. Ello implicó que las actividades que se desarrollaban en el dispositivo se vieran afectadas. La extradición del mencionado detenido posibilitó que se retomara el proyecto de habilitar ese espacio con fines terapéuticos, cuestión sin definición al momento del presente informe. Cabe mencionar, que las condiciones materiales de todos los pabellones, han sido otras de nuestras preocupaciones. Durante el año en curso se recibieron varios reclamos de pacientes que están alojados en el Pabellón F, en el mismo se encuentran

celdas quemadas, faltan instalaciones eléctricas y la provisión de agua corriente es deficitaria. Los elementos de limpieza de los pabellones brillan por su ausencia. Cabe recordar, que en la Recomendación N° 808/PPN/14, se solicitó el acondicionamiento de los Pabellones F y G y reparaciones que aún resultan inexistentes.

Suspensión de la progresividad del régimen penitenciario y del acceso a las visitas conyugales

Los abordajes en salud mental que conllevan la modalidad de una internación, PRISMA y PROTIN, tanto varones como mujeres, implican la suspensión de la progresividad del régimen penitenciario y la imposibilidad de acceder a las visitas íntimas. Lo mencionado promueve prácticas sexuales realizadas en espacios no adecuados ni con las medidas sanitarias esperables.²⁶³ Tópico que entendemos debiera estar sujeto a discusión y a producir una modificación que amplíe los derechos de los usuarios de dispositivos de salud mental carcelarios.

La salud mental y el trabajo

El Área Observatorio de Cárcenes Federales de nuestro organismo realizó un relevamiento general de las condiciones laborales del Complejo de Ezeiza. Se observó en los dispositivos de salud mental una menor tasa de ocupación comparada con el resto de los sectores del establecimiento. El promedio de los alojados con acceso a tareas laborales remuneradas es de un 60% en PROTIN y 63% en PRISMA. El Hospital Penitenciario y la Unidad Residencial de Ingreso llevan la delantera respecto de la baja tasa de ocupación laboral. Mientras los trabajadores en PRISMA se reparten en partes iguales las actividades de bienes y servicios —fajina de pabellón y huerta— y talleres tercerizados; —armado de broches y carpetas—; en PROTIN se refuerzan las asignaciones de tareas de fajina: 18 de las 24 personas afectadas a

263. Reglamento de modalidades básicas de la ejecución (Decreto 396/99), artículo 73. Reglamento de comunicación de los internos (Decreto 1136/97), artículo 68.

actividades remuneradas (el 75%), desempeñan tareas de limpieza dentro de los pabellones o en diversas áreas del sector. De más está decir la dimensión subjetiva que representa trabajar: el sustento, sostenerse, desarrollar potencialidades. Enmarcado todo esto en la privación de la libertad de personas con padecimiento mental cobra una particular significación.

Resulta muy preocupante que sea en los dispositivos de salud mental donde se observe la mayor precarización laboral. Los pacientes entrevistados mencionaron no solo las irregularidades en el acceso al trabajo sino también la subvaluación de las tareas desarrolladas y la inestabilidad en el empleo. Destacaron el carácter “premio” de la asignación laboral y la necesaria articulación de los profesionales de la salud mental para obtener la afectación a alguno de los talleres.

Adicciones: Centros de Recuperación de Drogadependientes (CRD) y Asistencia Grupal de las Adicciones (AGA)

El consumo problemático de drogas y la circulación tóxica desregulada es una realidad preocupante e insoslayable en el seno del sistema penitenciario. El crecimiento de la población privada de su libertad —de diez años a esta parte— no se ha visto acompañado de una respuesta acorde respecto del tratamiento de las adicciones que atienda la dinámica actual en cuanto a aspectos cuantitativos como cualitativos, número de personas que solicitan un tratamiento y modalidades de consumo. Los CRD, por sus criterios de incorporación y por la limitación de plazas con las que cuentan, resultan ser una oferta exigua y segregativa del común de la población penal. Los grupos AGA, por su parte, tampoco amortiguan lo deficitario dado lo irregular en el sostenimiento de su implementación por falta de espacios físicos, por problemas de cierre del tránsito en el penal, por la falta de tiempo de los profesionales que están asignados a un sinnúmero de tareas y entonces enviar un informe al juzgado o evaluar a una persona que se ha autolesionado se antepone a la coordinación del grupo AGA. En este contexto huelga decir que no se han

incluido estrategias ni dispositivos para las adicciones basados en la reducción de daños.²⁶⁴

Nuestras acciones se centraron con particular énfasis en monitoreos del funcionamiento de los grupos AGA en el CPF IV, del CRD del CPF III, y del CRD y grupos AGA en Jóvenes Adultos. A su vez, se intervino en diversos casos a raíz de solicitudes de incorporación al CRD en el CPF I.

La intervención realizada en el CPFIII nos permitió advertir que los motivos de la solicitud de inclusión se centran en la problemática de convivencia y la necesidad de ser trasladados. Por ello mismo es que se debe evaluar “para que no se convierta en un lugar de resguardo”. Se trata de un factor más que tiende a la degradación de lo específico del tratamiento que allí se ofrece.

Los monitoreos realizados en el CPF I dan cuenta que la lista de espera para incorporarse al dispositivo es larga y los períodos de incorporación son muy lentos. Los criterios de incorporación continúan sin ser modificados: los internos no deben estar en tratamiento psicofarmacológico, no deben tener un diagnóstico de psicosis u oligofrenia, no deben estar sancionados por problemas graves de faltas a la autoridad o de convivencia con sus pares y se toma en cuenta el perfil criminológico y los años de condena que le restan para obtener su libertad. Las entrevistas de evaluación se llevan a cabo mediante la realización de un cuestionario estandarizado que brinda un amplio margen de arbitrariedad para tomar la decisión de incorporación y tal decisión no es informada al interno solicitante a menos que mediante oficio judicial se les ordene a los profesionales que la brinden. Cabe señalar que el consumo dentro del dispositivo representa un motivo de expulsión del mismo. Si bien las psicólogas evaluadoras y tratantes están asignadas exclusivamente al dispositivo, la toma de decisiones se desprofesionaliza, dada la presencia y participación activa de personal penitenciario de seguridad que también están asignados exclusivamente al dispositivo. Tal como se ha advertido con anterioridad, la conducción de este tipo de dispositivos por parte de funcionarios penitenciarios que

264. Ley Nacional de Salud Mental, N ° 26.657-Decreto Reglamentario 603/2013, Capítulo V: Modalidades de Abordaje, Artículo 11.

no pertenecen a sanidad resulta un contrasentido desde el punto de vista de la salud mental e incumple con lo establecido por las regulaciones vigentes. Dicho contrasentido no se ha modificado a lo largo de todo este tiempo. A su vez, llama la atención que habitualmente los alojados en el CRD deban dirigirse a los operadores socio-terapéuticos, que son agentes penitenciarios con alguna escasa capacitación.

Sin que ello vaya en desmedro de lo que venimos planteando, no puede dejar de señalarse el modo en que los entrevistados hacen referencia al efecto humanizante del dispositivo en cuanto a la oferta de actividades (educativas, terapéuticas, laborales), pero sobre todo al buen trato y a una convivencia regida por las mínimas normas de respeto por el otro. Ello denota cierta valorización de la palabra como medio para encarar los conflictos.

De los datos relevados, surge que los grupos AGA conllevan un funcionamiento con vaivenes, no se implementan en todos los establecimientos y cuando los hay sin garantía en su periodicidad. En la actualidad se ofertan grupos AGA por módulo en el CPF IV, coordinados por los dos profesionales asignados a cada alojamiento. El ofrecimiento del dispositivo se realiza en las entrevistas de ingreso al complejo. La asignación de espacios para los abordajes en salud mental resulta un dato distintivo respecto de lo que acontece en los demás complejos. En este establecimiento de mujeres el abordaje grupal, AGA, resulta un espacio que trasciende la problemática del consumo de drogas. La estrategia es la de ofrecer un espacio que posibilite construir lazos sociales. De las intervenciones realizadas en el CRD de jóvenes adultos, se ha constatado que en el proceso de evaluación y admisión, al igual que en el CRD de adultos, indagan sobre los pabellones en los que ha estado alojado, la existencia de sanciones disciplinarias y sí ha incorporado pautas de convivencia, por ejemplo. El tratamiento específico no aparece como el eje del dispositivo, ante nuestro requerimiento referido a esto, se ha obtenido como respuesta que la falta de profesionales exclusivos del dispositivo plantea como dificultad la oferta de un abordaje asistencial de mayor “profundidad”. En relación a los grupos

AGA de jóvenes, los profesionales continúan sin contar con un espacio físico exclusivo. De modo que si los lugares físicos se encuentran ocupados, los grupos deben ser postergados.

Programa de Prevención de Suicidios

Se llevaron a cabo relevamientos del abordaje del *Programa de prevención de suicidios* (PPS) localizado en la Unidad Residencial N° 1, Pabellón Colectivo G del CPF I. Se corroboró la inexistencia de un equipo tratante interdisciplinario. Si bien la psicóloga evaluadora y tratante renunció y se reasignó a una nueva profesional, la dinámica laboral no se ha modificado. Aquellos internos que en la evaluación se presentan con “riesgo alto” (al haber tenido intentos de suicidios previos y ser primarios, por ejemplo) son ingresados al programa. Al igual que otros dispositivos de tratamiento, se hace notoria la injerencia penitenciaria en lo asistencial y que la voluntariedad o deseo de permanencia en el dispositivo —por parte del paciente— no siempre tiene el peso que debiera porque se anteponen cuestiones de cupos y lógicas de alojamientos que no se condicen con criterios de salud mental.

Programa de Ofensores Sexuales, una propuesta segregativa

En el año 2015 se derogó el *Programa de tratamiento para internos condenados por delitos de agresión sexual* (CAS),²⁶⁵ creado en el año 2010, que hasta entonces se aplicó en todas las Unidades Carcelarias Federales, y se creó el *Programa de tratamiento para ofensores sexuales* (POS) implementado exclusivamente en el Anexo de la Unidad N° 9, sito en la localidad de Senillosa, provincia de Neuquén.²⁶⁶

En anteriores informes detallamos la historia y las principales características del POS, que forma parte de una serie de programas específicos en relación a los diferentes tipos de

265. Resolución N° 916/09 publicado en el Boletín Público Normativo del SPF.

266. Resolución N° 1552/15 publicado en el Boletín Público Normativo del SPF.

delitos.²⁶⁷ Esta relación dual —que se establece entre el delito cometido y la aplicación de un tratamiento específico— conlleva una lógica que ya fue seriamente cuestionada por nuestro organismo en el año 2012²⁶⁸, por considerar que implica una superposición penal-psicológica y conduce a una normativización que impide abordar lo que para cada quien ese acto representa, es decir, la subjetivación del mismo.

En septiembre de 2016, a casi un año de la creación del POS, desde el Área de Salud Mental nos hicimos presentes en el Anexo de la Unidad N° 9 para realizar un monitoreo de la aplicación del programa y de la situación actual de aquellos condenados trasladados allí. Del monitoreo surgió que el tratamiento incluye tres fases en total, de una duración aproximada de un año cada una, pero cada seis meses se evalúan los “avances” individuales y grupales. Por ser el POS un “programa nuevo”, no se contempla el devenir subjetivo de aquellos que estuvieron incorporados en el CAS ni en tratamientos anteriores. Resulta importante señalar aquí que la mayoría de los detenidos vienen de un largo recorrido por el sistema penal, realizando tratamientos que a la larga les resultan frustrantes porque no son reconocidos. Lo planteado tiene como agravante que, pese a las demandas por parte de algunos jueces, la realización de este tipo de tratamientos no implica necesariamente un avance en la progresividad, al menos no hasta el nivel de acceder a derechos a los que acceden los detenidos con otro tipo de causas. Esta situación se produce en un contexto caracterizado por una creciente presión social y mediática, que derivó en leyes “más duras”. Este programa es la respuesta del SPF ante la demanda jurídica y el clamor social frente a este tipo de delitos. Se implementa con el estilo de precariedad con el que siempre se inician ciertos proyectos y del “como si” en términos de la progresividad del régimen. Los jueces exigen la realización de tratamientos específicos, exigencia

267. *Informe anual 2015*, pág. 398, *Programa de tratamiento para ofensores sexuales (POS)*.

268. *Informe Anual 2012*, pág. 530, *Monitoreos del Programa de tratamiento para condenados por delitos contra la integridad sexual*.

que es transmitida por profesionales de la salud mental en las diferentes unidades carcelarias a través de entrevistas pautadas, informando a los detenidos que en ningún otro establecimiento del ámbito federal se ofrece un tratamiento específico para este tipo de delitos, ni siquiera bajo la forma de grupo terapéutico. Esto claramente atenta contra la “optatividad” con la que se presenta el POS, convirtiéndolo en obligatorio, con el desarraigo que implica para los detenidos, sumado a la reducción de ofertas educativas. Por otra parte, el POS tiene como condición, entre otras, que quienes decidan participar en él no estén bajo tratamiento psicofarmacológico, este hecho sumado a la virtual obligatoriedad del tratamiento, deviene en una asimetría respecto al acceso a los derechos de quienes se encuentran bajo tratamiento médico, lo que resulta a todas luces inaceptable. A lo planteado se agrega que, al momento del monitoreo realizado por nuestro organismo, las 125 plazas disponibles destinadas al POS estaban ocupadas, por lo que la implementación del nuevo programa no queda por fuera de la problemática de cupo penitenciario.

Toda la situación descrita pone el acento en la contradicción que implica la exigencia de los jueces para que realicen tratamientos específicos, y las limitaciones propias del único tratamiento implementado. Además, el hecho de crear el POS en un solo lugar, sin alternativa alguna, alejado de los centros urbanos, hace pensar que tiene como única motivación aislar a los detenidos condenados por su conducta sexual, apartando así el problema, pero no eliminándolo. En el camino se violentan ciertos derechos básicos, como el principio de igualdad para el acceso a los derechos que brinda el Tratamiento Penitenciario, así como el acceso a los tratamientos en salud mental, el acceso a todos los niveles educativos, y por último, pero no menos importante, el derecho que tienen las personas privadas de su libertad a mantener sus vínculos afectivos cerca de su lugar de detención.

Seguimiento de la recomendación sobre circulación desregulada de psicofármacos

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 consonancia con el tenor de los requerimientos recibidos vinculados con la asistencia psiquiátrica y la prescripción de psicofármacos —intentando conjeturar acerca de la lógica de las respuestas del sistema penitenciario al malestar subjetivo— nos hicimos presentes en todos los establecimientos ubicados en el área metropolitana, a los fines de retomar el monitoreo de la asistencia psiquiátrica, más precisamente en lo que hace a la función específica de prescripción y entrega de medicación psicofarmacológica, del cumplimiento de la Recomendación N° 812, de 25/04/2014, referida a la circulación desregulada de psicofármacos. La misma tiene como finalidad restablecer el debido cumplimiento de lo que la Ley de Salud Mental y su Decreto Reglamentario proponen en este sentido²⁶⁹. De los diversos relevamientos realizados destacamos —en la mayoría de ellas, pero sobre todo en el CPF I y en el CPF CABA— la persistencia del desconocimiento de los profesionales de salud de la Recomendación N° 812 de nuestro organismo. En ninguno de los establecimientos monitoreados, se avanzó con la confección e implementación de un *vademecum* y un protocolo unificado para el SPF en lo que hace a los tipos de medicación

269. En el artículo 12 del Decreto Reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental 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”. “La prescripción de medicación solo 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 solo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales

psiquiátrica a utilizar y a la modalidad de la prescripción y renovación de la misma. Ello conlleva que los parámetros surjan de consensos dentro de cada equipo de tratamiento, y difieren de un establecimiento a otro. En el CPF CABA, por tomar un ejemplo, se continúa en general con la modalidad de renovaciones “automáticas” de las prescripciones, de modo “indefinido”. Además, la entrega de psicofármacos continúa realizándose dentro de los pabellones y ante la falta de personal de requisa. En algunos casos los enfermeros han debido entregar psicofármacos bajo coacción. No obstante lo anterior, cabe señalar que en el Modulo IV del CPF II uno de los psiquiatras nos confirmó que por orden de la Dirección Nacional del SPF se está administrando la medicación psiquiátrica por turnos, molida y su ingesta debe realizarse en presencia de los enfermeros. Esto fue corroborado en entrevistas con algunos internos. En referencia a los horarios de administración nos confirmó que a veces no se respetan, entre otras razones porque muchas veces dichos horarios obedecen a cuestiones de seguridad y a los tiempos que dispone la requisa. De todos modos, vale aclarar que no todos los enfermeros exigen que se tome al momento de la entrega.

De un modo similar, en el CPF IV se cumple con lo recomendado ya que la entrega de psicofármacos se ha modificado durante el año en curso y es realizada por fuera de los pabellones, en los consultorios cercanos a los módulos o en la celaduría. La entrega se realiza en tres momentos del día, la medicación se entrega molida y debe ser ingerida por la detenida delante de la enfermera, quien a su vez se encuentra acompañada por personal de seguridad. Asimismo, en la Unidad N° 31 lo relevado se condice con lo peticionado en la Recomendación y la ingesta también debe ser realizada a la vista de la enfermera.

En cuanto a los dispositivos de internación psiquiátrica, tanto PRISMA como PROTIN cumplen con criterios médicos a la hora de prescribir y renovar la prescripción psiquiátrica.

pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios”.

No obstante, cabe resaltar que en PRISMA la entrega de psicofármacos se realiza de forma diluida y no molida y que en la actualidad, la no renovación de los recursos materiales (los vasos) obstaculiza dicha modalidad. En PROTIN, la medicación se administra en forma molida, en presencia del enfermero, a quien acompaña personal de seguridad del SPF.

En PRISMA la prescripción de psicofármacos está regulada y a cargo de profesionales competentes, lo cual no es así en todos los establecimientos, en los que muchas veces es personal médico no idóneo el que realiza la prescripción. No hay renovaciones “automáticas” y la dinámica asistencial no recae en la medicación psicofarmacológica del malestar psíquico. No se medica “el encierro o el aburrimiento” sino que la práctica asistencial se basa en medicar para dar lugar a poder hablar de aquello que aqueja. Este último punto resulta crucial, por contraste, con lo observado en los otros complejos y dispositivos en los que el abordaje es fundamentalmente psicofarmacológico, observándose una desproporción preocupante respecto de la oferta de espacios que trabajen con otros recursos, como la palabra, y que puedan sostener una modalidad, una frecuencia y una calidad aceptable.

Regular mediante monitoreos la medicalización entendemos que va en el sentido de proteger a las personas intentando abrir un camino que brinde otro tipo de respuestas al malestar subjetivo.

Los jóvenes y la confidencialidad en las prácticas asistenciales

Nuestras intervenciones en el Complejo de Jóvenes nos permitieron corroborar que resulta habitual que las entrevistas psicológicas, en el referido complejo, se realicen ante la presencia de personal de requisa, un encuadre de las prácticas de salud mental que deja de lado la condición de confidencialidad del tratamiento.

Dichas prácticas entran en conflicto con lo que indica la Ley Nacional de Salud Mental²⁷⁰ que dispone el derecho

270. La Ley N° 26.657, denominada Ley de Salud Mental, en el artículo 7 del capítulo IV, establece que el Estado le reconoce a las personas con padecimiento