

Como conclusión puede señalarse que los indicadores considerados permiten estimar que la Unidad 21 presta una asistencia equivalente, sino superior, a los de un centro asistencial de la comunidad donde se inserta, en términos de evitar el fallecimiento de pacientes con enfermedades graves.

Lo referido coincide con las múltiples constataciones realizadas por el ASM en oportunidad de evaluar a los pacientes internados en la U21, lo que además se corrobora por la falta de necesidad de recomendar otras conductas diagnóstico-terapéuticas a las previamente indicadas por el equipo médico del centro asistencial.

Intervención en sede judicial

En términos de protección de los derechos humanos de las personas detenidas, los asesores del Área Salud Médica participaron de modo determinante en calidad de peritos médicos, en las siguientes causas judiciales.

Abril de 2018. Declaración testimonial. Causa N° 60000615/2007/TO1. “CRO y otros s/imposición de torturas. Víctimas LMM y CDN”. TOCF N°1, La Plata.

Mayo de 2018. Declaración testimonial. Causa N° 53016767/2012/TO1. “SSL s/abuso sexual e imposición de torturas...” TOCF N° 2, La Plata.

Noviembre de 2018. Declaración testimonial. Causa: Orden 4 N° 17441/17. Juzgado Nacional Criminal Correccional N°54.

Noviembre de 2018. Declaración testimonial. Causa N° FGR 314047/2008. VCR, JOH, PJE y otros. Sobre omisión del funcionamiento, imposición de tortura agravada y otros. Tribunal Oral Federal de Neuquén.

Diciembre de 2018. Perito. Análisis de las copias de las constancias médicas y de la historia clínica. Causa N° FSM 130160/2017. Juzgado Criminal y Correccional Federal 7-Secretaría N° 14.

3.2. Salud Mental en cárceles federales

Medicalización de la Salud Mental

A lo largo del año 2018 identificamos y recortamos una serie de temas vinculados con la práctica de salud mental en las cárceles federales que fueron foco de nuestra atención y fuente de nuestras intervenciones. Temas que, en su planteo y desarrollo, fueron bosquejando un diagnóstico de situación sobre la salud mental, en tanto derecho y su acceso, como también, sobre la concepción amplificadora de la salud mental que para nosotros incluye al régimen penitenciario.

Identificamos la prevalencia de derivaciones al área de salud mental de la PPN relacionadas con pedidos de asistencia psiquiátrica, más específicamente, solicitudes de prescripción de determinados psicofármacos, en muchas oportunidades, previo a cualquier evaluación médica y en algunos casos -cuando la hubo- poniendo en cuestión el criterio profesional respecto del plan farmacológico indicado. Advertimos, no sin preocupación, que esas solicitudes-según cuál fuera nuestro abordaje- nos podían ubicar en una vertiente de la salud mental que alimentara la medicalización y el consumo problemático como gobierno de la cárcel.

En este sentido, vale mencionar ciertos datos estadísticos que circunscribimos por su relevancia, y a modo de ejemplo de lo mencionado anteriormente, a algunos de los

establecimientos del área Metropolitana (CPF I, CPF II, CPF de la CABA, CPF IV y U.24). Sobre un total de 422 pedidos de asistencia surgidos en los establecimientos referidos, hubo 250 (59,24%) relacionados con la asistencia psiquiátrica y el reclamo de psicofármacos. Llamó especialmente nuestra atención la incidencia de pedidos recibidos que aludían al padecimiento de epilepsias como posible vía de obtención de psicofármacos. La mayor incidencia de estas demandas, un 72% del total de pedidos, se produjo en el CPFII.

Cabe mencionar que en este complejo se nos presentaron innumerables dificultades para llevar adelante nuestra tarea, no pudiendo acceder a la lectura de las historias clínicas sin contar con la autorización y firma de la persona detenida, que luego tenía que ser habilitada por el jefe de turno. En definitiva, quedábamos a expensas de un funcionario penitenciario para realizar nuestra tarea, este contrasentido nos llevó a eludir la lectura de las HC y organizar las intervenciones saltando este paso. El monitoreo en Farmacia respecto de las prescripciones apareció como una alternativa en nuestros abordajes, pero también nos quedó vedada. Por lo que de modo permanente nos vemos compelidos a “reinventar” nuestras intervenciones para no caer en la burocratización a la que nos convocan.

A pesar de los obstáculos, continuamos con los monitoreos de la recomendación relacionada con la circulación desregulada de psicofármacos.²⁵⁰ En tal sentido, el equipo de psiquiatras del mencionado Complejo nos puso al tanto de la inquietud existente respecto de la cantidad de medicación psiquiátrica que se prescribe y de las intenciones de reducirla. Planteándose la necesidad de implementar un "Programa de deshabitación de psicofármacos", que apuntara a una disminución de las dosis pautadas con el profesional tratante, requiriéndose del consentimiento informado del detenido a los fines de incorporarse. Se apuntaba fundamentalmente a aquellos que han desarrollado una conducta adictiva a los psicofármacos. A esto se sumaba la problemática de los detenidos que solicitaban psicofármacos por encontrarse "apretados" por otros detenidos. En este punto cabría preguntarse cómo incidiría en ello la obligatoriedad de la toma de la medicación molida y delante del enfermero que hemos recomendado oportunamente. El Programa se articularía mediante un trabajo interdisciplinario por parte de los profesionales del área de salud mental. Se advirtió la falta de demanda de atención psicológica y sí de medicación, y que la sobredemanda de medicación podría tener como correlato una baja en la demanda de la escucha psicológica, ya que la morigeración de una podría conllevar la emergencia de la otra. Realizamos distintas acciones vinculadas con el monitoreo de la marcha del Programa a lo largo del año 2018, aplicamos un cuestionario para el relevamiento de su implementación y mantuvimos distintas entrevistas con profesionales y personas privadas de libertad. El Programa se inició a finales de 2017 cuando se realizaron las primeras entrevistas, el ritmo de implementación fue muy lento y con obstáculos tales como la falta de formularios de incorporación, por ejemplo. La experiencia se inició con alrededor de cuarenta pacientes, con quienes se consensuó el cambio de medicación por una de duración más prolongada que conllevara pasar de tres tomas diarias a dos, para luego ir bajando la dosis. De las entrevistas mantenidas con los médicos psiquiatras corroboramos el desconocimiento que poseían en relación a las características generales del Programa argumentando que se trataba de una “*iniciativa*”, un “*bosquejo*”, un “*proyecto*”. No contaban con datos estadísticos respecto de la cantidad de pacientes incorporados ni de los psicofármacos que se intentaba deshabituarse, y nos remitían a conversar con el jefe del Psiquiatría, quién parecía ser el único implicado en el tema. No se llegó a formalizar el trabajo interdisciplinario con los psicólogos y además se verificó que las urgencias/emergencias y las entrevistas de evaluación al ingreso, teniendo en cuenta la

²⁵⁰ Recomendación N ° 812/14 PPN.

cantidad de población alojada y de profesionales asignados, dificultaban el trabajo personalizado y de seguimiento. La situación de los psiquiatras en el CPF II se caracteriza por la sobrecarga laboral y los obstáculos en la tarea, lo cual parece haber traído como corolario una suerte de “éxodo” de los profesionales. Con todo lo anterior, se vuelve evidente que el “Programa de deshabitación de psicofármacos” se torna inviable, así como el mero hecho de responder adecuadamente a la demanda de atención. A lo que se suma la dificultad para conseguir psiquiatras dispuestos a encarar un escenario laboral de estas características y que sobre el final del año, al jefe de Psiquiatría se lo reasignó a otro Complejo.

A raíz de las entrevistas con detenidos, en el marco del seguimiento del Programa, constatamos que aquellos que se encontraban alojados en el Módulo III, Pabellón 1 decidieron no recibir medicación psicofarmacológica. Al entrevistar a algunas de las personas allí alojadas nos informaron que el alojamiento se caracterizaba por ser de resguardo de la integridad física (RIF) y practicantes del Evangelio. Tres de los “líderes” (fajineros) del pabellón tomaron esta decisión que luego comunicaron y conversaron con todos los alojados. Es así que acordaron y comenzaron a rechazar la recepción de medicación psicofarmacológica en aquellos casos en donde la medicación se constituía en la respuesta a cualquier malestar. Al decir de uno de los detenidos *“la pastilla no puede ser la respuesta a todo, acá te atiende el psiquiatra y al toque pastilla...fue una decisión de todos para seguir con la palabra de Jesús. Estando dopados no hacíamos nada...este mes no hubo peleas o discusiones. En vez de llevarte a kinesio te daban pastillas, alguien discutía con la señora por teléfono y le daban pastillas”*. Refieren los detenidos que esta medida de auto regulación del consumo no se caracteriza por ser rígida y se revisa en el caso por caso de aquellos detenidos que lo necesiten por padecer alguna enfermedad crónica y que los psicofármacos constituyan un complemento del tratamiento. La medida apuntó a desinstitucionalizar la práctica de prescripción de psicofármacos como reemplazo de la escucha. Cabe consignar que el Programa de deshabitación de psicofármacos se fue extinguendo en el tiempo, si bien nunca se terminó de formalizar y, por el contrario, la decisión de tres detenidos respecto de la regulación del consumo de psicofármacos -en su lugar de alojamiento- advino como una medida de reducción de daños en el marco de una lógica de medicalización.

Tratamiento de los consumos problemáticos

En consonancia con lo anterior, y continuando con el diagnóstico de situación, precisaremos algunos detalles sobre el tratamiento de los consumos problemáticos por la vía de los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes (CRD) y de la Asistencia Grupal de las Adicciones (AGA). Finalizando el 2017 se confeccionó una recomendación²⁵¹ -que se hizo pública a inicios de este año- en la que se sugiere la necesidad de discutir y diseñar una política integral en salud mental, que incluya la problemática de las adicciones, proponiendo que la PPN forme parte de esa discusión. Como también, la conveniencia de que la jefatura de los CRD -en el seno del SPF- estuviese a cargo de un profesional de la salud mental. Dado que la problemática de las adicciones se considera un asunto de salud pública y salud mental, en la cárcel y fuera de ella, su abordaje debe ser implementado dentro de los saberes que constituyen este ámbito. En un documento producido por el área²⁵², relativo a las prácticas en salud mental en contextos de encierro, se planteó la necesidad de modificar la lógica penitenciaria -que prima en los dispositivos residenciales de tratamiento para las adicciones- por una sanitaria. A la vez

²⁵¹ Recomendación N° 873 /18 PPN.

²⁵² Véase www.ppn.gov.ar en “Ejes Temáticos - Salud Mental - Informe sobre buenas prácticas en Salud Mental en contextos de encierro.pdf” (2017).

que se ampliaran las plazas de alojamiento y que en los abordajes se incluyera la perspectiva asistencial de reducción de daños, cuestiones que también se recomiendan.

La respuesta de la Dirección de Sanidad a nuestra recomendación alude a que “el SPF, como fuerza de seguridad, tiene como objetivo primordial la custodia y guarda de las personas allí alojadas, y que no escapan a dicha órbita los internos alojados en los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes”. Agregan que, en relación a los tratamientos específicos para el abordaje de esta problemática, son los equipos de salud en forma interdisciplinaria los que se hacen cargo. Por otro lado, afirman que el Tratamiento y la Seguridad son dos áreas diferentes de abordaje, pero que, tratándose de una institución penitenciaria, resulta dificultoso separar una de otra. Si bien el documento se ocupa de aclarar que “toda decisión terapéutica estará a cargo del profesional de salud mental y/o médico sin interferencia de ningún otro factor”, resulta factible preguntarse, por un lado, quién tomará las decisiones estratégicas y de articulación con los demás equipos de salud del establecimiento, y por el otro, quién se responsabilizará por las decisiones terapéuticas asumidas por el equipo tratante en cada CRD. Insistimos, tal lo recomendado, en que, si el coordinador del CRD no es un profesional de la salud mental, resulta imposible el cumplimiento de estas funciones. Asimismo, el SPF plantea en la respuesta que acuerda en la necesidad de que los CRD articulen la labor con los profesionales de los AGA y con otros equipos, en función de lo recomendado por nuestro organismo; nos preguntamos desde qué instancia se implementaría esta coordinación y en base a qué estrategia. Por último, en referencia a los abordajes de reducción de daños sugeridos, el SPF alude a la necesidad de “una política específica y un dispositivo particular, minucioso y exhaustivo, sin el cual resultaría dañosa su aplicación”. A su vez, afirma que la reducción de daños se aplicaría al “uso y abuso de opioides, que no es prevalente en nuestro país”, concepción antiquísima y errónea de la política de reducción de daños que hemos corroborado en los intercambios mantenidos con el equipo de Estrategias Preventivas en Ámbitos de Contextos de Encierro de la SEDRONAR. Si bien la respuesta a la recomendación nos confrontó con la lógica de una fuerza de seguridad que administra cuestiones de salud mental, también decir que a posteriori de la recomendación el equipo de la SEDRONAR fue convocado para llevar a cabo un trabajo vinculado con los consumos problemáticos en los complejos metropolitanos. La decisión ante la respuesta recibida fue la de relevar de modo exhaustivo la práctica residencial y ambulatoria en el sistema penitenciario federal y mantener, a su vez, un intercambio sostenido con el equipo de la SEDRONAR que nos brindó asesoramiento y actualización sobre la temática, y nosotros sobre las particularidades de la problemática en las cárceles. Relevamiento, actualización e intercambio que nos permitiera contar cada vez con argumentos más sólidos para evidenciar que los consumos problemáticos, en las cárceles federales, no son abordados en la dimensión de complejidad y de daño, ni de reducción del mismo, que implican ni desde perspectivas integrales y transversales.

Sintetizaremos a continuación datos obtenidos -durante los meses de julio, agosto y septiembre del año 2018- sobre la oferta de abordajes para el tratamiento de los consumos problemáticos en los establecimientos federales. Aclarando que no son datos estadísticos producidos por el SPF sino obtenidos de los monitoreos y entrevistas, por lo que conllevan la relatividad de los dichos de los interlocutores y no abarcan a la totalidad de la población federal, que en julio de 2018 era de 12.356.

Complejo Penitenciario Federal N° III de Güemes-Provincia de Salta: Población total: 300 varones y 140 mujeres- CRD: 12 varones incorporados, 3 en lista de espera- AGA: grupo semanal con 7 varones-grupo semanal con 7 mujeres. Sobre 440 personas detenidas son 26 las asistidas.

Unidad N° 4 - Colonia Penal de Santa Rosa-Provincia de La Pampa: Población total: 510 varones- AGA: 3 grupos quincenales con 10 varones cada uno. Sobre 510 personas detenidas son 30 las asistidas.

Unidad N° 5 –Colonia Penal de General Roca-Provincia de Río Negro: Población total: 311 varones-AGA: 2 grupos semanales de 10 y 15 varones cada uno. Sobre 311 personas detenidas son 25 las asistidas.

Unidad N° 6 –Instituto de Seguridad y Resocialización- Rawson-Provincia de Chubut: Población total: 497 varones-CRD: 19 varones incorporados, 4 en lista de espera- AGA: grupo semanal con 20 varones. Sobre 497 personas detenidas son 29 las asistidas.

Unidad N° 7-Prisión Regional del Norte- Provincia del Chaco: Población total: 394 varones-CRD 10 varones incorporados, 4 plazas libres-AGA: grupo quincenal con 21 varones-2 varones en segunda fase abordados individualmente. Sobre 394 personas detenidas son 33 las asistidas.

Unidad N° 8 - Instituto Penitenciario Federal Jujuy -Provincia de Jujuy: Población total: 169 varones-AGA: grupo semanal con 21 varones. Sobre 169 personas detenidas son 21 las asistidas.

Complejo Penitenciario Federal N° V Senillosa-Provincia de Neuquén: Población total: 300 varones-AGA: dos grupos semanales de 15. Otros 16 incorporados y abordados individualmente. Sobre 300 personas detenidas son 46 las asistidas.

Unidad N° 10- Cárcel de Formosa- Provincia de Formosa: Población total: 114 varones-AGA: grupo semanal con 24 varones. Sobre 114 personas detenidas son 24 las asistidas.

Unidad N° 11-Colonia Penal de Presidencia Roque Sáenz Peña-Provincia de Chaco: Población total: 183 varones-AGA: dos grupos semanales de 8 y de 7 varones. Sobre 183 personas detenidas son 15 las asistidas.

Unidad N° 12- Colonia Penal de Viedma-Provincia de Río Negro: Población total: 300 varones- AGA: un grupo mensual con quince 15 varones. Sobre 300 personas detenidas 15 son las asistidas.

Unidad N° 13- Instituto Correccional de Mujeres-Provincia de La Pampa: Población total 80 mujeres- AGA: actualmente ningún grupo por licencia por maternidad de la psicóloga.

Unidad N° 14- Esquel-Provincia de Chubut: Población total: 135 varones- AGA: dos grupos quincenales de 15 y 7 varones. Sobre 135 personas detenidas 22 son las asistidas.

Unidad N° 15- Cárcel de Río Gallegos-Provincia de Santa Cruz: Población total 114 varones-AGA: un grupo semanal con 6 varones. Sobre 114 personas detenidas 6 son asistidas.

Unidad N° 17- Colonia Penal de Candelaria-Provincia de Misiones: Población total: 200 varones-AGA: dos grupos semanales con alrededor de 20 varones cada uno. Sobre 200 personas detenidas alrededor de 40 son asistidas.

Unidad N° 22- Cárcel Federal de Jujuy-Provincia de Jujuy: Población total: 102 varones-AGA: un grupo semanal con 13 varones. Sobre 102 personas detenidas 13 son asistidas.

Unidad N° 23- Cárcel Federal de Salta-Provincia de Salta: Población total: 19 mujeres-varones -AGA: un grupo con dos mujeres. Sobre 19 personas detenidas 2 son asistidas.

Unidad 30- Instituto de Jóvenes Adultos-Provincia de La Pampa: Población total: 36 varones-AGA: un grupo quincenal con 8 varones. Más un taller obligatorio para todos que incluye adicciones. Sobre 36 personas detenidas 8 son asistidas específicamente.

Unidad 35- Instituto Penal Federal de Colonia Pinto-Provincia de Santiago del Estero: Población total: 186-AGA: un grupo quincenal con 23 mujeres. Individualmente a alrededor de 60 mujeres. Sobre 186 personas detenidas 23 son asistidas específicamente.

Complejo Penitenciario Federal I-Ezeiza: Población total: 1927 varones-CRD: 24 varones incorporados-AGA: semanalmente grupos que incluyen un total de 50 varones- Sobre 1927 personas detenidas 74 son asistidas.

Complejo Penitenciario Federal II-Marcos Paz: Población total: 2010 varones-AGA: 10 grupos quincenales con un promedio de 12 varones cada uno. Sobre 2010 personas detenidas alrededor 120 son asistidas.

Complejo Penitenciario Federal CABA: Población total: 1754 varones-AGA: dos grupos semanales de 15 varones cada uno. Sobre 1754 personas detenidas 30 son asistidas específicamente.

Complejo Penitenciario Federal IV-Ezeiza: Población total: 600 mujeres-CRD: 25 mujeres incorporadas. Sobre 600 personas detenidas 25 son asistidas específicamente.

Complejo Penitenciario de Jóvenes Adultos-Marcos Paz: Población total: 375.jóvenes-CRD: 47 jóvenes incorporados. Sobre 375 personas detenidas 47 son asistidas.

Género y salud mental

Desde el año 2015 se viene observando un incremento significativo de mujeres detenidas, en particular en cárceles federales. En el marco de políticas económicas que incrementan la desigualdad social y la pobreza en América Latina, cada vez son más las mujeres que -acusadas de delitos vinculados al transporte y comercialización de drogas ilegales-, contribuyen a aumentar la población carcelaria en condiciones de infraestructura deficitarias. Respecto de la utilización del argumento de salud mental como una de las variables del gobierno de la cárcel, en un anterior informe de gestión ²⁵³ ya se consignó: *“la gran mayoría de las demandas recibidas por parte de las mujeres detenidas en el CPF IV hacen referencia a la falta de atención médica general, la sobre medicalización psiquiátrica y la aplicación abusiva de medicación inyectable. En esta línea, resulta frecuente la utilización de espacios destinados a tratamientos de salud mental como una modalidad de sanción y castigo. Asimismo, se señala como una mala práctica penitenciaria la implementación de requisas vejatorias e intrusivas, que incluyen desnudos parciales y totales”*.

Ante problemas de convivencia o por modalidades del gobierno de la cárcel que pueden incrementar los niveles de tensión/agresividad/violencia, afectándose el orden y el control penitenciario, aparece -en el caso de las mujeres- una respuesta de parte del sistema que es psiquiátrica, se diagnostica *“excitación psicomotriz”* y se produce el traslado al Pabellón de Urgencias Psiquiátricas. Las mujeres, ante problemas de convivencia, no cuentan con la posibilidad de solicitar traslados dentro del área metropolitana como tampoco cuentan con algún espacio dentro del establecimiento que funcione como mediación entre la tensión de lo cotidiano y *“el Psiquiátrico”*. La población masculina en Ezeiza tiene la alternativa de ser alojada en una habitación- destinada especialmente- en la que permanecen alrededor de 48 horas durante las cuales son evaluados por los profesionales de los programas diferenciales (PRISMA, PROTIN y Detección del Suicidio). De cualquier manera, este tipo de *“diagnósticos”* tan sesgados en relación al género, realizados indistintamente por psiquiatras, por médicos o por personal de seguridad, parecen estar atravesados por cierta concepción que se traduce en la locura asociada a las mujeres nerviosas y/o enojadas. Esta *“locura”* es disruptiva para el SPF. Es decir, las mujeres que cuestionan, que son *“violentas”*, que no se subordinan, que sufren crisis personales y/o familiares, son *“locas”* destinadas a ser internadas en un dispositivo de salud mental. Son medicadas y *“observadas”* por personal del SPF sin ningún tipo de capacitación en cuestiones de salud (mental).

La llamativa frecuencia de los supuestos episodios de excitación psicomotriz suscita una serie de preguntas: ¿Quién realiza el diagnóstico? ¿En qué contexto? ¿Cuánto

²⁵³ Informe Anual de la PPN, cap. VII *“Mujeres en prisión, diversidad sexual y cuestión de género”*, 2016. Disponible en: <https://goo.gl/mSzaD>

y cómo influye –quizás- el consumo desregulado y el régimen penitenciario? Se ha advertido que tienden a homologarse la angustia y el enojo con la excitación psicomotriz, culminando muchas veces en la internación de cualquier persona –mujer- angustiada, enojada o “rebelde”. Creemos, por ello, que hace falta poner en cuestión el “sobrediagnóstico” de excitación psicomotriz (o sucedáneo), que es utilizado de modo arbitrario y discrecional a los fines de encubrir el castigo y el disciplinamiento. También advertimos que se producen desplazamientos a partir de lo señalado por la PPN respecto de este diagnóstico y con otro nombre se sostiene la misma lógica.

Resulta necesario destacar que el cuadro mencionado no es habitual que sea “diagnosticado” en la población masculina, sino que es propio de ser considerado en las mujeres. Según los “Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental”²⁵⁴, un cuadro de “excitación psicomotriz” puede tener una base orgánica o psicógena y, tal como otros cuadros que determinan una urgencia, deben ser tratados en primer lugar garantizando las condiciones de cuidado y estableciendo una comunicación clara y sensible. En segundo lugar, debe realizarse una evaluación integral del estado de la persona y de la situación, descartando cuadros orgánicos, a fin de brindar, en un tercer tiempo, estrategias terapéuticas que incluyan un abordaje psicosocial / psicoterapéutico. En última instancia, muchas urgencias (pero no todas), se pueden resolver mediante un abordaje psicofarmacológico, priorizando su uso oral. Contradiendo las recomendaciones del propio Ministerio de Salud, los primeros recursos que utiliza el SPF ante cualquier crisis son el encierro y la medicalización inyectable.

Sobre la desconstrucción de esta lógica se trabaja de modo permanente e interdisciplinario desde la PPN.

Reunión con referentes de Sanidad de Dirección Nacional del SPF

Se concretó una reunión durante el mes de noviembre que se había solicitado en el mes de abril. La idea de la misma era plantear temas vinculados con la práctica en salud mental que se consideraban problemáticos -y que vulneraban derechos- según el diagnóstico de situación a consecuencia de nuestra labor cotidiana. Se planteó la necesidad del establecimiento de políticas sanitarias institucionales que no dejaran libradas las prácticas a la voluntad o intención de los profesionales de cada establecimiento.

Se puntualizó la prevalencia de solicitudes de prescripción de psicofármacos dirigidas a la PPN, la precariedad de los tratamientos ambulatorios para las adicciones, la falta de continuidad en la implementación de los programas de deshabituación de psicofármacos, se requirió sobre la marcha de la implementación del programa de detección de riesgo suicida, se cuestionaron las particularidades de funcionamiento del Anexo Psiquiátrico para mujeres, los traslados desde cientos de kilómetros para llevarse a cabo evaluaciones en salud mental en el CPFI y las desarticulaciones detectadas en la labor de psicólogos y psiquiatras. Respecto de la puesta en marcha del programa de detección de riesgo suicida mencionaron que se trataba de una acción y capacitación permanente para poder inscribir una modalidad de trabajo que no se redujera a las intervenciones de los psicólogos y/o psiquiatras, sino que, atento a la concepción de la seguridad dinámica, todos los involucrados en el trato/tratamiento de las personas privadas de libertad sean referentes de esta detección. Refirieron que se estaría aplicando un protocolo de intervención, reconociendo que previamente cada quien respondía de modo no sistematizado. Sistematización que redujo los niveles de estrés de los agentes, según manifestaron. Asimismo, mencionaron que sus estadísticas darían cuenta de una reducción de muertes

²⁵⁴ Ver página web del Ministerio de Salud: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-10_afiche-atencion-urgencia-salud-mental.pdf

por suicidio a partir del nuevo programa. Respecto de la pregunta y preocupación referida a las personas con riesgo alto (4 y 5) y los lugares para su alojamiento diferencial refirieron que cada establecimiento tenía que crear/armar -de acuerdo a sus posibilidades- un espacio de cuidado y observación permanente de estas personas, y que este era un tópico sobre el cual tendrían que hacer un monitoreo permanente en los distintos establecimientos. A su vez, se estarían capacitando al personal en sus lugares de trabajo en la técnica de RCP. Asimismo, acordaron que la oferta de asistencia ambulatoria para las adicciones resultaba insuficiente y discontinuada. Manifestaron -ante los planteos que se les formulara- que era necesario sistematizar la aplicación de la asistencia grupal, AGA, como programa ambulatorio para las adicciones, y que se pudiera probar la eficacia del mismo. Que en estos dispositivos se debían incluir cuestiones conexas al consumo como charlas de especialistas. Otro de los temas esgrimidos y de preocupación para la PPN fue el de los traslados por evaluaciones en salud mental que conllevan miles de kilómetros hasta el CPFI y luego -al no contar con criterios para la inclusión en alguno de los programas- se retorna al origen. Se propuso prestar especial atención a esta práctica y que se sustituyera por la utilización de video conferencias para las evaluaciones o que se articulara con los efectores de salud del lugar de origen. Acordaron, pero manifestaron que no es una práctica habitual según su criterio. Se les planteó también el hecho de que el complejo de Ezeiza se haya convertido en un “gran psiquiátrico” y la necesidad de ofertas de alternativas asistenciales locales. Manifestaron la dificultad de giro-cama en PRISMA, como también, la falta de psiquiatras en el sistema penitenciario debido a que no les resulta conveniente laboralmente y adujeron que es una especialidad médica deficitaria en el sistema de salud en general. Concluimos diciendo que continuaríamos identificando y señalando lo que no se ajuste al paradigma de salud mental y derechos humanos y monitoreando las intervenciones por parte del sistema en tal sentido.

4. Un estudio sobre la alimentación en las cárceles federales

Estudio Temático de Investigación: *Producción y gestión de la escasez y la falta como estrategia de gobierno penitenciario*

En este apartado presentamos un nuevo Informe de Investigación del Departamento de Investigaciones de la Procuración Penitenciaria²⁵⁵. Del mismo modo, desde el año 2010 el Departamento de Investigaciones lleva adelante el Registro de Casos de Tortura de la Procuración que se integra al Registro Nacional de Casos de Tortura y/o Malos Tratos (RNCT)²⁵⁶. Este Registro lleva 8 años de funcionamiento, y se ha implementado de manera

²⁵⁵ El trabajo del equipo que compone este Departamento ha articulado permanentemente los relevamientos en cárceles sobre prácticas de tortura y malos tratos con los estudios temáticos sobre *gobierno penitenciario*. Los antecedentes se remontan al año 2001, en el que se efectuó el relevamiento empírico de la investigación que se publicaría en 2006 con el título *Voces del encierro. Mujeres y jóvenes encarcelados en la Argentina*. En este recorrido se destacan especialmente, la investigación *Cuerpos castigados. Malos tratos físicos y tortura en las cárceles federales* (2008) y su Proyecto de Seguimiento: *Malos tratos físicos y tortura en las cárceles federales* (2009-2010), así también los estudios sobre *Robos y agresiones físicas en las visitas carcelarias* (2012), *Confinamiento Penitenciario* (2014) y *Extranjeros/as en prisión* (2015). Todos disponibles en la página web institucional www.ppn.gov.ar

²⁵⁶ Para ampliar sobre los objetivos del Departamento y las tareas que tiene a su cargo, véase la información consignada en el [sitio web de la Procuración](#).