

SUBJETIVIDAD E INSTITUCIÓN TOTAL

**SEIS ENSAYOS PARA
UNA UTOPIA TRATAMENTAL**
(luego del desengaño)

YAGO DI NELLA

COLECCIÓN

TEXTOS UNIVERSITARIOS 14

 **COPALQUI**
EDITORIAL

Di Nella, Yago (2022): Subjetividad e institución total. Seis ensayos para una utopía tratamental (luego del desengaño).

Colección: Textos Universitarios. Número 14. Barcelona. Copalqui Editorial.

CDU: 001, Ciencia y conocimiento en general. Divulgación de la ciencia. 159.9, Psicología. 003, Ciencias sociales en general. 17, Ética. Moral. 323. 3 Grupos y Estratos sociales.

I. Subjetividad. II. Institución total. III. Tratamiento penal. IV. Salud Mental. V. Psicosocial.



Ilustración de la tapa: Luis D'Alfonso
Diseño y maquetación: Copalqui Editorial

ISBN: 978-84-939783-2-7
Edición: 1a Ed.
Cantidad de ejemplares (impresión promocional): 90

© Yago Di Nella, 2022.
© Copalqui Editorial, 2022.
Carrer Rabassa 27 2n 1era, 08024 Barcelona, Espanya www.copalqui.org

Obra bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento-No comercial Sin Obra Derivada 3.0. Unported license. Licencia Completa y permisos más allá de la cobertura indicada pueden consultarse en: www.copalqui.org

Impreso en: Associació d'Acció Social i Cultural Adalquí





ENSAYO 5

(1° PARTE)

ABORDAJE DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD (MENTAL)

EN CONTEXTOS DE ENCIERRO:

LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL FRENTE A LA JUSTICIA PENAL

ABRIL 2020

Regla 24

El Estado tiene la responsabilidad de dar servicios médicos a los reclusos. Los reclusos deben gozar de los mismos niveles de atención sanitaria disponibles afuera del establecimiento. Deben tener acceso gratuito y sin discriminación a los servicios de salud. Los servicios médicos de los establecimientos penitenciarios deben estar vinculados con la administración del servicio de salud pública general para que el tratamiento y la atención del recluso puedan continuar. Esta regla incluye el tratamiento del HIV, la tuberculosis, otras enfermedades infecciosas y la dependencia a las drogas.

Reglas Mandela - ONU

Presentación: la legalidad y el imperativo ético de la inclusión sanitaria

El presente ensayo tiene por fin adentrarnos en un asunto específico y crítico en toda institución total, es parte de la misma sustancialidad del completo institucional deteriorar su sujeto. Ya lo han definido autores como Zaffaroni o Domínguez Lostaló, cuando definen al antro de encierro prolongado como una máquina de deteriorar. Toda estrategia sanitaria en su interior será reparatoria y supletoria de ese efecto, el cual es en sí mismo, parte del dispositivo mismo.

Ahora bien, el problema del completo institucional encierra un desafío: incluir sanitariamente donde se produce una exclusión social programada por el mismo Estado. Se trata de un imperativo ético, si nos posicionamos en el enfoque de derechos, pero es también un asunto legal, y constituye una estrategia de abordaje para la futura eficacia del regreso a la comunidad de su sujeto, el confinado en el antro de encierro. Complementariamente, impacta en el otro sujeto allí presente, el personal de la institución total.

Si bien estamos referenciando el problema de accesibilidad al sistema de salud en general, adopta particular importancia cuando nos atenemos a un componente, la salud mental. En este campo, se vuelve aún más acuciante por cuanto justamente hemos visto en los ensayos previos que ese deterioro propio de la vida en el encierro es -antes que nada- subjetivo.

Todo cuanto hemos visto respecto al derecho internacional de derechos humanos en lo referido a *lo mental* se aplica al contexto de encierro, pues el mismo en ninguna circunstancia ni caso implica la conculcación del mismo. Por lo tanto, lo trabajado en el texto recientemente aparecido "*Inclusión Mental*" Volumen 2: "*Hacia la democratización de saberes*"¹⁴ se debiera considerar perfectamente y sin titubeos en este colectivo de exclusión comunitaria efectuada por el Estado. He recogido innumerables menciones y enseñanzas del maestro Alfredo Kraut, a quien dedico estas líneas, siendo un referente en la abogacía por una legalidad respetuosa de la Constitución Nacional en materia del Derecho a la Salud.

Introducción: el *Completo Institucional* y la salud

La institución total, en su modalidad conservadora, se debate todo el tiempo entre dos límites:

- No tiene un *pseudo-sub-sistema de salud* en su interior, ofreciendo muy limitados servicios sanitarios que, en general, apenas garantizan la sobrevivencia (y en ocasiones, ni siquiera) y

¹⁴ Di Nella, Yago (Editor) *Inclusión Mental* Vol 2: *Hacia la democratización de saberes*—2021- Editorial Copalqui, Barcelona, España. Este texto originalmente estaba concebido como capítulo para ese libro, pero luego fue preservado para esta publicación.

- la exclusión social propia del encierro en el *completo institucional* de su sujeto de intervención tiende a ampliarse hacia los asuntos propiamente sanitarios, esto es, esa expulsión de la comunidad se extiende sobre el derecho a *la mejor atención disponible* (principio nodal de los *Principios de Salud Mental* de la ONU).

Así, no solamente ven restringido el derecho a vivir en comunidad, sino a una adecuada atención en materia de prevención de enfermedades, de atención tratamental propiamente dicha y, mucho menos aún, de rehabilitación por enfermedades previas o sobrevinientes en el encierro mismo.

¿A qué nos estamos refiriendo en concreto? Por lo común se presume que la desatención de una enfermedad previa al encierro institucional es una consecuencia previsible, al modo como entienden los Imperios los daños colaterales por sus bombardeos. Esta situación es naturalizada por las autoridades ministeriales y por las funciones de conducción institucional de los antros de encierro, pues presuponen que la institución *hace lo que puede* y la expulsividad que el propio sistema sanitario aplica el *desviado social*, justifica su pragmatismo posibilista. Sería como un infortunio desagradable pero inexorable el que impide una mejor atención de la salud.

Claro que este pensamiento solo es posible en tanto esté el estigma jugando allí, pues se debe deshumanizar al sujeto de intervención para que tal circunstancia derrotista sea aceptada sumisamente y sin dar pelea por la inclusión sanitaria del confinado. Esa resignación jamás la aceptarían para sus familiares o amistades, pero sabemos se trata de un supuesto *otro cultural*, y entonces rige la doctrina de la impotencia (que hemos visto en el Ensayo 1 y el Ensayo 4).

Se termina por aceptar que la salud de “*los internos*” es (o puede ser) deficitaria, pues *se hace lo que se puede* y otras consignas derrotistas, ajenas en absoluto al enfoque de derechos y todos los principios de humanidad, dignidad y respeto presentes en la Constitución Nacional. De eso hablaremos en este ensayo.

Sin embargo, antes de referirnos en estricto al asunto de *lo mental* en la vida de la institución total, es preciso consignar algunos planteos psicojurídicos y sociosanitarios específicos, ya que hay una tendencia general a considerar que la Salud Pública no debe abocarse a este colectivo (los hospiciados, los *locos inimputables*, los procesados que han sido detenidos por sospecha de delitos cometidos y los condenados por delitos penales), al igual que acontece en todas las demás instituciones totales. La gran mentira de la visión conservadora (que vimos en el Ensayo 4) supone que es la misma institución la que debe constituir un sistema interno que emule la praxis sanitaria.

Nunca, jamás, ocurrió que una institución total pudiera construir un sistema sanitario en su interior, pero la fábula sigue en pie hasta nuestros días. Algo a todas luces imposible. Veamos por qué.

I.- Consideraciones iniciales sobre el Derecho a la Salud (Mental) de las personas privadas de libertad alojadas en Unidades Penitenciarias. ¹⁵

A partir del art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESyC) y la conceptualización de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se encuentra receptado normativamente un concepto integral de Salud/Salud Mental que supera la concepción tradicional que la limitaba a ser ausencia de enfermedad. Ello se enriquece a partir de los lineamientos de la Ley de Salud Mental N° 26.657 y su decreto reglamentario del 2013, dado su claro paradigma garantista, el cual concibe a la Salud Mental como parte integral e inescindible de la Salud en general y a esta como responsabilidad indelegable del Estado. Más aún si es ese mismo Estado quien detiene y retiene a una persona contra su voluntad en una dependencia de su tutela.

En pocas palabras: *No hay Salud sin Salud Mental*, debiera no ser excluyente de las personas alojadas en instituciones cerradas a cargo del Estado, sea por la razón que fuere. Sin embargo, esa accesibilidad no es igualitaria ni equitativa, es selectivizada. Entonces, aun cuando las personas privadas de libertad se encuentran dentro del conjunto de portadores de este derecho y, en base a estos presupuestos amplios, es exigible (no solamente es esperable y legítimo) que el derecho a la Salud abarque las condiciones materiales de detención, alojamiento, alimentación, seguridad personal, condiciones de las requisas, afectos, entre otros. Así lo establecen los puntos 9, 10, 11, 12, 13 y 26 de las viejas “Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos”, colocando en el servicio de salud el control de las exigencias normativas, conforme art. 26.1 del mismo cuerpo legal.

Lo diré más tajantemente y de otro modo: **si una persona es detenida o condenada por un delito, no hay lugar donde diga que a partir de ese momento no le corresponde el acceso al sistema sanitario**, con todos sus subsistemas, programas, tecnología y acciones que destina a la comunidad en general.

¹⁵ Agradezco la colaboración y el auxilio legal de la Dra. Valeria Vegh Weis sin la cual el texto del presente acápite –sencillamente- no existiría.

I.1- El derecho internacional y la accesibilidad al sistema de salud (mental): algunos apuntes iniciales su aplicación en los antros de encierro

Lo reseñado anteriormente encuentra taxativa recepción en el principio X de los “*Principios y Buenas Prácticas para las Personas Privadas de Libertad de las Américas*”: cuando dice:

“Las personas privadas de libertad tendrán derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social...”.

Es decir, como el resto de la población. El énfasis sobre el aseguramiento del acceso a sus necesidades en materia de cuidado de la salud en este colectivo (los privados de su libertad, bajo cualquier circunstancia), reposa en el hecho de que las instituciones totales -manicomios, geriátricos, hospitales monovalentes en general y unidades carcelarias-, en tanto lugares de encierro que estigmatizan y fijan roles, producen –por acción o por omisión- un deterioro de la Salud/Salud Mental, por el sólo hecho de encontrarse la persona en ellas. Uno de los autores que más ha trabajado este efecto es Goffman ya en la década del 60 del siglo pasado, por ejemplo, en su excelente y visionaria obra “*Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*” (Bs. As.; Amorrortu Editores; 1961). Sobre el efecto intrínsecamente deteriorante de la institución total se ha abocado también Zaffaroni en “*En busca de las penas perdidas*”, pero éste último lo hace agregando a su personal como sujetos afectados. Al efecto deshumanizante y de fragilización de la salud de las personas lo hemos desarrollado y descrito en nuestra obra *Inclusión Mental Volumen 1: Introducción (efectos y consecuencias de la cultura manicomial)* y en los cap. 3 (deshumanización) y cap. 4 (mediante un caso testigo). En el Volumen 2 se incluye un capítulo donde se ejemplifica cómo esto tiene impacto en un equipo que trabajaba con inimputables, gracias a la contribución de la Lic. Mercedes Rattagan: “*PRISMA: Una experiencia instituyente*”. Haremos un detalle de lo aprendido en esa experiencia en la segunda parte del presente Ensayo 5.

El núcleo del contenido del siguiente Ensayo 6 pasa por la reversión, neutralización y/o minimización de dicho deterioro, mediante dispositivos que tienden a abordarlo, antes que a negarlo o a resignarse frente a su emergente aparición.

En esta lógica, el Estado es llamado a intervenir en el aseguramiento del derecho al acceso a la Salud de los privados de libertad en un mandato de garantía que resulta doble, en tanto se superponen la situación de encierro y la condición de vulnerabilidad (extrema, en la mayoría de los casos) de sus titulares. Así lo expresó el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en la sentencia dictada en el caso *Renolde contra Francia* del año 2008:

“Joselito Renolde murió el 20 de julio de 2000 luego de haberse ahorcado en su celda en la prisión de Bois-d’Arcy, en Francia, donde se encontraba con

detención preventiva. En vista de la obligación del Estado para tomar medidas operativas de prevención para proteger una persona cuya vida estaba en riesgo, se puede haber esperado que las autoridades que estaban a cargo de un recluso que se sabía que sufría de trastornos mentales graves y que representaba un riesgo de suicidio tomaran medidas especiales orientadas a su enfermedad para asegurar la compatibilidad con la detención continua” (el destacado es nuestro).

Ello se refuerza en tanto que el Estado no puede ampararse en la falta de recursos, para abstenerse de cumplir con estas obligaciones, evadiendo el riesgo de que se abstenga de satisfacer los derechos bajo el eufemismo de la “*protección integral de derechos*”. Es extremadamente excepcional encontrar una sentencia penal sobre omisión de asistencia sanitaria y, por otro lado, no se encontrará ninguna que incluya la expulsión del sujeto del sistema de salud como parte de la sanción, por lo cual se transforma –de hecho- en un agravamiento de las mismas condiciones de detención. Esta paradoja es la que funda la necesidad del presente Ensayo.

Por lo común, esa falta de recursos, que suele ser de profesionales, es el argumento según el cual la institución total adolece del personal en salud mental requerido. Justamente, este argumento señala la ausencia de un criterio inclusivo, pues no se considera al sistema sanitario como recurso para atender esa problemática. Este es un fiel ejemplo del problema de la exclusión de las personas privadas de libertad respecto de su acceso a los servicios de salud mental con que cuenta el resto de la población.

El Estado asume la posición de garante respecto de los privados de libertad, en virtud de la especial relación de sujeción que se establece (Corte Interamericana de Derechos Humanos en casos “*Pachito López*” y “*Urso Branco*”, y Corte Suprema de Justicia de la Nación *Fallo “Verbistky”*), pero bajo la fábula de que creará al interior del antro de encierro esas condiciones sanitarias, sociales y de cuidados.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos en el Caso “*Instituto de Reeducción del Menor*” Vs. *Paraguay* (Sentencia de 2 de septiembre de 2004: *Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*) ha dicho explícitamente que:

“152. Frente a las personas privadas de libertad, el Estado se encuentra en una posición especial de garante, toda vez que las autoridades penitenciarias ejercen un fuerte control o dominio sobre las personas que se encuentran sujetas a su custodia¹⁶. De este modo, se produce una relación e interacción especial de sujeción entre la persona privada de libertad y el Estado, caracterizada por la particular intensidad con que el Estado puede regular sus derechos y obligaciones y por las circunstancias propias del encierro, en

¹⁶ Aquí se cita Caso de los Hermanos Gómez Paquiyauri, supra nota 26, párr. 98; Caso Juan Humberto Sánchez. Sentencia de 7 de junio de 2003. Serie C No. 99, párr. 111; y Caso Bulacio, supra nota 56, párr. 138. En el mismo sentido, cfr. Caso de la Cárcel de Urso Branco, supra nota 54, considerando sexto; y Caso de los Hermanos Gómez Paquiyauri. Medidas Provisionales. Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 7 de mayo de 2004, considerando décimo tercero.

donde al recluso se le impide satisfacer por cuenta propia una serie de necesidades básicas que son esenciales para el desarrollo de una vida digna.

153. Ante esta relación e interacción especial de sujeción entre el interno y el Estado, este último debe asumir una serie de responsabilidades particulares y tomar diversas iniciativas especiales para garantizar a los reclusos las condiciones necesarias para desarrollar una vida digna y contribuir al goce efectivo de aquellos derechos que bajo ninguna circunstancia pueden restringirse o de aquéllos cuya restricción no deriva necesariamente de la privación de libertad y que, por tanto, no es permisible. De no ser así, ello implicaría que la privación de libertad despoja a la persona de su titularidad respecto de todos los derechos humanos, lo que no es posible aceptar.

154. La privación de libertad trae a menudo, como consecuencia ineludible, la afectación del goce de otros derechos humanos además del derecho a la libertad personal. Pueden, por ejemplo, verse restringidos los derechos de privacidad y de intimidad familiar. Esta restricción de derechos, consecuencia de la privación de libertad o efecto colateral de la misma, sin embargo, debe limitarse de manera rigurosa, puesto que toda restricción a un derecho humano sólo es justificable ante el Derecho Internacional cuando es necesaria en una sociedad democrática”.

La cita de la CIDH es más que elocuente y nos permite descansar en el esfuerzo argumentativo. Allí está casi todo dicho. La privación de la libertad es el derecho legalmente restringido, pero ello no habilita al uso extensivo en otros cercenamientos. En efecto, la doctrina tiene todos los libros en la misma biblioteca. El proceso de internación en una institución total no implica desafiliación sanitaria.

1.2- ¿Y por casa cómo andamos?: la legalidad interna y su sujeto

En nuestro país, conforme los registros epidemiológicos estimados por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud, más del 21% de la población mayor de 15 años detenta alguna problemática en Salud Mental en algún momento de su vida. Si bien la ausencia de registros en las unidades carcelarias impide extrapolar los datos, los análisis aproximatorios permiten advertir que los porcentajes serían altamente superiores en el marco del sistema penitenciario (Boletín Epidemiológico N° 1 (2010) elaborado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y la Organización Panamericana de la Salud; publicado por el Ministerio de Salud de la Nación, Argentina). ¿Pero cuál es su accesibilidad concreta y fácticamente demostrable a la mejor atención disponible que señala como legítimo y legal la ONU en sus principios de Salud Mental?

Las recomendaciones de la ONU, las cuales integran el artículo 2 de la Ley Nacional de Salud Mental argentina, no constituye el único soporte.

LEY 26657: ARTICULO 2° — Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991.

Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores; para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

Tampoco podemos soslayar la incidencia y prevalencia de patologías de preponderancia mental en los antros de encierro. Por ejemplo, las Normas del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CTP) lo respaldan:

“41. En comparación con la población general, hay una alta incidencia de síntomas psiquiátricos entre los presos”.

En esa lógica se promueve la necesidad de que la asistencia sanitaria en prisiones contemple programas de prevención del suicidio en tanto

“57. La prevención contra el suicidio es otro de los asuntos que se incluyen dentro de los objetivos del servicio de asistencia sanitaria en las prisiones. Dicho servicio debería garantizar que exista una concienciación adecuada de este tema en todo el establecimiento y que se hayan tomado las medidas adecuadas.”

Las condiciones de detención –per se- son susceptibles de vulnerar derechos fundamentales, particularmente en lo atinente al derecho a la salud (desde una visión amplia): la (in)accesibilidad al sistema público está en el centro del problema. Así lo advirtió la Corte Interamericana de Derechos Humanos al pronunciarse sobre la situación de las cárceles de la provincia de Mendoza en 2006 (Corte Interamericana de Derechos Humanos; 30 de marzo de 2006; Medidas Previsionales en el caso de las Penitenciarias de Mendoza). Si bien el Estado receptó luego lo propuesto por la CIDH, en la supervisión del cumplimiento de las medidas en 2010 *“destacó que seguían presentándose suicidios”*. También es ostensible la ausencia de programas específicos para personas condenadas con graves trastornos mentales e inimputables. En este último grupo es notoria la falta de políticas públicas que atiendan la especificidad del fenómeno.

En la misma línea, el 17 de marzo de 2011 representantes de los mecanismos contra la tortura del sistema de Naciones Unidas y la Relatoría sobre los Derechos de las Personas Privadas de Libertad de la CIDH mostraron su preocupación por las condiciones de detención en América, resaltando la problemática de *“el hacinamiento y la superpoblación; las deficientes condiciones de detención a nivel de infraestructura y en relación con la falta de provisión de servicios básicos, como alimentación, agua potable, atención médica, y condiciones higiénicas adecuadas.”*

Por último, cabe destacar otro problema irresuelto: es primordial abarcar la problemática de adicciones a sustancias en el marco de la pena privativa de libertad, resaltándose en esa lectura que las mismas se

encuentran incorporadas a la esfera de la Salud Mental, tal como estipula la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 desde su artículo 4:

“Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.”

Se impone particularmente la necesidad de que el abordaje sea voluntario, no susceptible de ser meritulado conforme a los parámetros de conducta/concepto, para evitar las inconveniencias del sistema de premios/castigos y -así- dotar de confianza a la relación terapéutica para lograr una transferencia adecuada. El tratamiento debe poder contemplar la necesidad de la persona privada de libertad de arribar a un espacio donde prime la palabra en un ámbito de confidencialidad. Sería incluso beneficioso alentar la atención extramuros en la modalidad ambulatoria. Deben asegurarse en ese sentido programas de protección contra el suicidio. Todo ello es evidente de toda evidencia que presupone un sistema de salud no expulsivo de estos sujetos de intervención, mediante personal entrenado y capacitado al efecto.

Asimismo, durante la permanencia del sujeto en condiciones de detención debe asegurarse que los llamados *traslados* no perjudiquen la continuidad del tratamiento, y asegurarse las posibilidades concretas de continuidad en el exterior de la unidad carcelaria al momento de la obtención de la libertad. En este sentido, *hay una tensión permanente entre la seguridad y la salud del confinado*, fricción que debe ser atendida por las autoridades desde un punto de vista integral y con enfoque de derechos.

Es de destacar que en el marco del VI Encuentro de Jueces de Ejecución Penal celebrado en San Luíís en abril de 2011, en la comisión Nº 2 “*Salud Mental y Adicciones en contextos de encierro*”, particularmente en los puntos 2, 3 y 4 se propuso:

“2. Promover una clasificación preventiva de la población carcelaria, evitando puntualmente alojar a aquellas personas imputadas de tenencia o tráfico de estupefacientes junto a otras reiterantes o reincidentes, líderes internos o a las que se les impute –por ejemplo- la comisión de delitos violentos contra la propiedad y sean considerados referentes en el medio. El tráfico de estupefacientes en el interior de las instituciones de encierro -válido resulta aclararlo- no es atribuible exclusivamente a los internos.

3. Impulsar el tratamiento de los que así lo requieran, a través de los dispositivos asistenciales elásticos que están previstos en la nueva Ley de Salud Mental Nº 26.657.

4. Instar a las autoridades pertinentes a que los tratamientos de carácter voluntario referidos sean realizados por profesionales ajenos a la institución carcelaria”.

Reafirmando entonces que se reconoce a las personas privadas de libertad el pleno derecho a gozar del acceso a la Salud (pública), se explicita que se les extiende el arco normativo que lo asegura. Esto es, que a las

personas privadas de la libertad por razones penales debe garantizárseles el mismo e igualitario acceso a la salud pública que a cualquier otro sujeto de la comunidad.

En ese marco, además de la ya citada Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, se destaca lo normado por la **Ley Nacional de Derechos del Paciente** N° 26.529 (año 2009, y su modificatoria N° 26.742 del año 2012), importante norma que desde su artículo 2 expresa:

“Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

- a) **Asistencia.** El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;*
- b) **Trato digno y respetuoso.** El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;*
- c) **Intimidad.** Toda actividad médico – asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326;*
- d) **Confidencialidad.** El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;*
- e) **Autonomía de la Voluntad.** El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud;*
- f) **Información Sanitaria.** El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.*
- g) **Interconsulta Médica.** El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.”*

En ningún lugar de la norma se excluye de la misma a las personas privadas de su libertad. Al contrario, debieran incluirse en la categoría “paciente” con la cual describe a su sujeto de aplicación. En efecto, el *completo institucional* justamente funciona bajo el principio tácito de la expulsión de tal rasgo, pues se trataría de desviados sociales que no merecen el cumplimiento de las garantías constitucionales. Pero convengamos ya aquí, en este inaugural acápite, en la siguiente sentencia: si se cumpliera con lo pautado en la cita respecto a los derechos de los pacientes para el caso de los privados de la libertad el problema estaría prácticamente resuelto y este ensayo sería innecesario.

1.3- La salud mental del sistema sanitario: expulsividad y desconocimiento del derecho a la atención

Volviendo a lo pautado en la **Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657** en la que se destacan los artículos 1 y 2, en tanto delimitan la protección de la salud desde la perspectiva de los derechos humanos, y el artículo 7 que enuncia expresamente los derechos de las personas con padecimiento mental, estén o no detenidos y/o condenados por la justicia penal:

“ARTICULO 1° — La presente ley 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 encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTICULO 7° — El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos: a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud; b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia; c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos; d) 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; e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe; f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas; h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión; i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales; k)

Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades; l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación; m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente; n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable; o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados; p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.”

La regla ha de ser, entonces, el pleno reconocimiento, ejercicio y tutela -operatividad- de todos los derechos no estrictamente afectados por la sentencia, en aplicación del principio de legalidad que debe regir en la ejecución penal. Se debe recordar que sientan las reglas para la ejecución de la pena privativa de libertad, especialmente la defensa de la dignidad e inviolabilidad del sujeto confinado, su derecho a condiciones de encierro adecuadas, la prohibición de torturas y tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, la no discriminación, la inclusión social como aspiración de la ejecución de la pena privativa de libertad y, especialmente, el acceso a la justicia, la tutela judicial suficiente y el debido proceso. En este marco **el acceso a la salud pública es parte de ese reconocimiento de la responsabilidad indelegable del Estado.**

Lo que es más, y tal como se expresó al comienzo, la propia condición de privado de la libertad genera un cúmulo accesorio de derechos que deben ser operativizados por el Estado como derivación de la propia restricción que éste aplica a la persona y que implica que ella misma no pueda satisfacerlos. **El Estado deviene garante de los derechos fundamentales del privado de libertad.** Así como decide recortar o restringir un derecho, se hace cargo en ese mismo acto de atender los que el sujeto no puede autogestionarse, por esa ausencia de autonomía que el mismo Estado ha determinado.

En esta lógica establecida por el enfoque de derechos incluido en nuestro plexo constitucional y explicitado y detallado en nuestras leyes nacionales 26529 y 26657, **la falta de atención sanitaria no es una pauta inherente al encierro**, sino todo lo contrario. El aseguramiento del derecho a la Salud (en el sentido más amplio del término), asentado en los estándares jurídicos y técnicos vigentes, son un imperativo al que el Estado debe responder. Claro que esto incluye la salud mental del sujeto, pues es un componente inescindible de su salud integral (art. 1 de la ley 26657).

De este modo, no satisfacer los recaudos exigidos por estos estándares, constituye una vulneración a los derechos humanos de la persona. Su contracara necesaria es que el reclamo por parte de la persona privada de libertad de la exigencia de respeto por sus derechos en modo alguno constituye una indisciplina, sino el legítimo ejercicio de un derecho. Leyes como la de Derechos del Paciente y la de Salud Mental no hacen

excepción alguna y rigen completamente para las personas encarceladas. El acceso al Sistema Sanitario público es su condición de posibilidad.

II. Atención en Salud Mental y Adicciones dentro de las unidades carcelarias

Desde el inicio mismo de la modalidad de atención de las penas a través de las instituciones totales se presume que el sistema penitenciario debe atender todas las necesidades de los internos. Así, se consideraba (en los albores de la sociedad industrial) que debían incluir en su interior un sistema educativo, servicios culturales, recreativos y, claro está, una estrategia propia para la atención de la salud. Esta concepción se asentaba además en el *modelo de cárcel-isla* (descrito en el Ensayo 1), según el cual el campo de exclusión era tal, que tanto la población penal como el personal afectado a su custodia, estaban en situación de virtual expulsión del resto de la sociedad. Pero eso fue hace más de un siglo.

En los albores del siglo XX, en efecto, el sistema sanitario presumía que ese sector de la población quedaba por fuera de sus prácticas e incumbencias. En esta circunstancia, la atención de la salud y en particular la salud mental era llevada a cabo por el propio personal, con las escasas estrategias, infraestructura y recursos humanos de la institución total. Cuando excepcionalmente se recurría a un hospital general, éste –por lo común- no aceptaba al sujeto derivado. Lo devolvía sin más. Lamentablemente, esta concepción sigue vigente en la mayoría de las ciudades y provincias del país. El argumento que prima es el del *completo institucional*, esto es, se espera que el antro de encierro construya y sostenga otro sistema de salud para los expulsados, para los *desviados sociales* en tanto seres peligrosos que no pueden ni merecen estar siendo atendidos por el sistema público de salud.

II. 1. Deber estatal de asistencia en Salud

Una segunda línea de abordaje del problema de la accesibilidad al sistema sanitario se orienta hacia la población penitenciaria en general, es decir, no exclusivamente hacia personas sobre las que la justicia determinó una afectación de su Salud Mental susceptible de declaración de inimputabilidad o de impedir la aplicación de la pena, sino a toda persona que se encuentra privada de su libertad. Sobre todos ellos existe el deber del Estado de efectivizar la atención sanitaria dentro de la cárcel, en el marco de las obligaciones positivas asentadas en los instrumentos internacionales de derechos humanos y en la posición especial de garante del Estado a relación a las personas prisionizadas.

Como hemos venido diciendo insistentemente, el eje axiológico sobre el que reposa esta obligación estatal es la no discriminación respecto de la

población en general en el acceso a los sistemas de salud. Este principio tan elemental como lógico, es sin embargo resistido por los servicios sanitarios, con argumentaciones que van desde la saturación de la demanda, hasta la inseguridad que les produce este tipo de población.

El principio de legalidad en la ejecución de la pena impone que la misma no puede afectar más derechos que los estrictamente vinculados con la privación de libertad, bajo riesgo de incurrir en una manifiesta causal de discriminación negativa. Ello se potencia en el riesgo de doble discriminación para el caso de los sujetos procesados, quienes conservan su estatus de inocencia. En este caso, el sujeto ni siquiera es condenado e igualmente vivencia la misma exclusión del sistema sanitario, por el simple acto (procesal penal) de estar bajo prisión preventiva.

A nivel normativo, entre los “Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos”, se destaca el Principio 9 “*Los reclusos tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por su condición jurídica*”; y en el “Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión”, el Principio 24: “*Se ofrecerá a toda persona detenida o presa un examen médico apropiado con el menor retraso posible después de su ingreso en el lugar de detención o prisión y, posteriormente, esas personas recibirán atención y tratamiento médico cada vez que sea necesario. Esa atención y ese tratamiento serán gratuitos*”.

Las actualizadas “Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos” establecen en el acápite “Servicios Médicos” que:

“22. 1) Todo establecimiento penitenciario dispondrá por lo menos de los servicios de un médico calificado que deberá poseer algunos conocimientos psiquiátricos. **Los servicios médicos deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación. Deberán comprender un servicio psiquiátrico para el diagnóstico y, si fuere necesario, para el tratamiento de los casos de enfermedades mentales.** 2) Se dispondrá el traslado de los enfermos cuyo estado requiera cuidados especiales, a establecimientos penitenciarios especializados o a hospitales civiles. Cuando el establecimiento disponga de servicios internos de hospital, éstos estarán provistos del material, del instrumental y de los productos farmacéuticos necesario para proporcionar a los reclusos enfermos los cuidados y el tratamiento adecuados. Además, el personal deberá poseer suficiente preparación profesional. 3) Todo recluso debe poder utilizar los servicios de un dentista calificado.

25. 1) El médico deberá velar por la salud física y mental de los reclusos. Deberá visitar diariamente a todos los reclusos enfermos, a todos los que se quejen de estar enfermos y a todos aquellos sobre los cuales se llame su atención. 2) El médico presentará un informe al director cada vez que estime que la salud física o mental de un recluso haya sido o pueda ser afectada por la prolongación, o por una modalidad cualquiera de la reclusión.

26. 1) El médico hará inspecciones regulares y asesorará al director respecto a: a) La cantidad, calidad, preparación y distribución de los alimentos; b) La higiene y el aseo de los establecimientos y de los reclusos; c) Las condiciones

sanitarias, la calefacción, el alumbrado y la ventilación del establecimiento; d) La calidad y el aseo de las ropas y de la cama de los reclusos; e) La observancia de las reglas relativas a la educación física y deportiva cuando ésta sea organizada por un personal no especializado. 2) El Director deberá tener en cuenta los informes y consejos del médico según se dispone en las reglas 25 (2) y 26, y, en caso de conformidad, tomar inmediatamente las medidas necesarias para que se sigan dichas recomendaciones. Cuando no esté conforme o la materia no sea de su competencia, transmitirá inmediatamente a la autoridad superior el informe médico y sus propias observaciones.”

En el instrumento nominado “Principios de Ética Médica de las Naciones Unidas Aplicables a la Función del Personal de Salud, especialmente los Médicos, en la Protección de Personas Presas y Detenidas contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes”, se destaca el Principio 1 que impone que

*“El personal de salud, especialmente los médicos, encargado de la atención médica de personas presas o detenidas tiene el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de **tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas.**”* (las negritas son de nuestro propio destacado)

Está claro que lo planteado en la cita sólo es posible en un sistema sanitario de cobertura integral. Tanto es así, que esto conllevaría la evidente situación (imposible de cubrir y cumplir) según la cual ninguna institución carcelaria (o la manicomial) ostentara las especialidades y aparatología que permita suplir un sistema de salud. Está claro que se renuncia a ese fin, pero esto no necesariamente implica que se asegure la accesibilidad al sistema sanitario que sí tiene esos recursos.

Esto no es privativo de nuestro país o región. Según las Normas del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes debe regir igualdad en la asistencia de los privados de libertad, siendo el estándar que

*“38. Un servicio de asistencia sanitaria de una prisión debería poder proporcionar tratamiento médico y cuidados de enfermería, así como las dietas apropiadas, fisioterapia, rehabilitación o cualquier otra atención especial necesaria **en unas condiciones comparables a aquellas que disfrutaban los pacientes de la comunidad exterior.** Se debería adaptar el suministro de personal médico, técnico y enfermeros, así como las instalaciones y el equipo”. (el destacado no pertenece al original).*

Se ha dicho allí que las personas privadas de libertad conservan su derecho fundamental de gozar de una buena salud, tanto física como mental, así como a una atención cuyo nivel sea, como mínimo, el mismo que goza la población en general. En consecuencia, las administraciones penitenciarias no sólo tienen la responsabilidad de cumplir con este estándar, sino también de disponer de las condiciones que promuevan su bienestar y que no deben abandonar la institución en un estado de salud peor al que tenían cuando ingresaron. Sinceramente, ese planteo legal es ciencia ficción si observamos las condiciones de alojamiento, los recursos sanitarios disponibles y la

(in)accesibilidad al sistema público de salud. Pero ello no impide nos hagamos una serie de preguntas: ¿Qué hará el Estado con esta circunstancia? ¿Seguirá mirando para otro lado como si no ocurriera? ¿Acaso lo seguirá naturalizando? ¿Esperará a una nueva sanción internacional, como lo acontecido con la provincia de Mendoza en 2006, para recién después proceder en consecuencia y revisar dicha situación?

Este problema presupone que se debe evaluar si las condiciones sanitarias internas a la institución de ejecución penal pueden hacer frente al problema de salud con las mismas condiciones de atención que el sujeto recibiría en la comunidad. El caso más patente -quizás- donde observamos un trato desigual es en odontología, siendo que la única actividad que realizan (generalmente) las unidades penales al respecto es la extracción de piezas. No existen acciones preventivas o tendientes a la conservación de las piezas dentales y mucho menos la reposición. Es un ejemplo, claro, pero que bien puede transferirse al resto de la labor sanitaria en un espacio carcelario. **La promoción de la salud constituye un tema ajeno al antro de encierro** y resulta análogo a hablar de la vida de la familia humana en Plutón. Los servicios sanitarios atienden emergencias, suministran medicamentos a personas con enfermedades crónicas, distribuyen (generalmente con clara incidencia del criterio custodial) psicofármacos y más o menos por allí termina su visión sanitaria intracarcelaria.

Por ello, es fundamental instaurar un nuevo proyecto institucional al interior de los servicios penitenciarios e instituciones manicomiales como soporte legal y ético de un modelo de Estado garante, proyecto tendiente a poner en observancia el enfoque de derechos en la atención sanitaria. Los problemas de salud preexistentes y emergentes deben recibir apoyo particular, al igual que muchos otros cuyo estado de Salud (Mental) puede verse significativa y adversamente afectado por el hecho de estar encarcelados. El hacinamiento encarna la potencialidad de mayor deterioro físico y mental, como veremos a lo largo del Ensayo 6. La respuesta es y debiera ser el sistema público de salud.

II. 2. Independencia del servicio de salud (mental) intramuros

Seramente, nadie del campo del derecho ni enmarcado en el amparo y respeto a la Constitución Nacional refutaría la siguiente sentencia: *Toda persona privada de libertad tiene derecho al acceso efectivo a un servicio de salud en las mejores condiciones posibles*. Sin embargo, no ocurre.

Algo hace que las instancias gubernamentales consideren factible y tolerable el incumplimiento de este mandamiento legal de máximo nivel normativo. De hecho, los instrumentos internacionales de derechos humanos marcan la necesaria independencia del personal de salud y la coordinación de los servicios existentes en las prisiones con los disponibles en la comunidad.

¿Por qué sigue ocurriendo entonces la evidente inaccesibilidad al sistema sanitario y cómo se justifica?

Desde nuestra perspectiva, la opción por contratar personal sanitario de carácter civil, por fuera de la fuerza de seguridad que conduce el organismo penitenciario, evita la confusión entre seguridad y derecho a la salud y la primacía de aspectos asegurativos. Aun así, no asegura el mismo nivel de prestaciones que establece la norma ni la autonomía mínima requerida para la labor, pues su dependencia administrativa y funcional sigue siendo la instancia penitenciaria.

Así, el carácter independiente de los servicios de salud públicos respecto del servicio penitenciario se impone como un requisito insoslayable para un goce genuino del derecho a la salud. Este objetivo es sustancial para **una adecuada atención de la salud en un marco de ética profesional y autonomía técnico-operativa**. No hay una manera de sustituir estos dos factores si el personal sanitario depende de la misma instancia que priva de la libertad y sostiene el encierro del sujeto al cual atender y evaluar.

Por otro lado, se ve afectada u obstaculizada la posibilidad de que la persona privada de libertad se sienta seguro de explicitar potenciales situaciones de abuso, malos tratos o tortura, cuando el servicio sanitario que lo asiste pertenece a la misma fuerza de seguridad que los posibles autores de tales abusos. En este sentido, únicamente el carácter civil del personal sanitario y su carácter externo al medio penitenciario puede evitar el encubrimiento de casos de torturas. Aún en casos de menor gravedad como falta de medicación, incumplimiento en las dietas alimenticias o de ejercicios y acciones rehabilitadoras (y tantas otras medidas de higiene y cuidado de la salud), es igualmente fundante la mirada externa.

A todo efecto debería promoverse la adecuación de la Ley 20.416, arts. 5, inc. a) y art. 41.iii que abordan la salud carcelaria como funciones específicas del servicio penitenciario, a los estándares jurídicos y técnicos vigentes. La Corte Interamericana de Derechos Humanos en el precedente “*Bayarri c. Argentina*” (2008) dispuso en su considerando 92 que

“... Es indispensable que el Estado actúe con diligencia para evitar las prácticas de tortura, tomando en cuenta, por otra parte, que la víctima suele abstenerse, por temor, de denunciar los hechos. A las autoridades judiciales corresponde el deber de garantizar los derechos del detenido, lo que implica la obtención y el aseguramiento de toda prueba que pueda acreditar los actos de tortura. El Estado debe garantizar la independencia del personal médico y de salud encargado de examinar y prestar asistencia a los detenidos de manera que puedan practicar libremente las evaluaciones médicas necesarias, respetando las normas establecidas en la práctica de su profesión” (el destacado es nuestro).

Pero entonces bien, ¿Qué recaudos debe cumplimentar el personal de salud intramuros a los efectos de satisfacer la exigencia de independencia a la que hace referencia el alto tribunal?

Entre los “*Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas*” (aprobados por la Comisión Interamericana el 13 de marzo de 2008), se destaca el Principio X que establece que

“el Estado deberá garantizar que los servicios de salud proporcionados en los lugares de privación de libertad funcionen en estrecha coordinación con el sistema de salud pública, de manera que las políticas y prácticas de salud pública sean incorporadas en los lugares de privación de libertad” (el destacado es nuestro).

A su vez, en el Principio XX se dispone respecto del personal de los lugares de privación de libertad que se *“garantizará que el personal esté integrado por empleados y funcionarios idóneos, de uno y otro sexo, preferentemente con condición de servidores públicos y de carácter civil”* (el destacado es nuestro).

Por su parte, en las “Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos” se destaca el ya citado artículo 22, el cual establece que *“(l)os servicios médicos deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación”*.

Luego, en el informe periódico sobre Argentina del año 2005, el Comité contra la Tortura de las Naciones estableció entre los motivos de preocupación sobre la situación carcelaria actual:

“...m) La falta de independencia del personal médico de los establecimientos penitenciarios, quienes pertenecen a la institución penitenciaria.”

Y como recomendación ante ello, que el país

“Adopte las medidas necesarias para garantizar la presencia de personal médico independiente y calificado para llevar a cabo exámenes periódicos de personas detenidas”.

Compilación de observaciones finales del Comité contra la Tortura sobre países de América Latina y el Caribe (1988-2005); p. 56 y 58.

En este punto y retornando a la responsabilidad internacional del país ante los pronunciamientos de los órganos de control del cumplimiento de los tratados, debe tenerse en consideración que Argentina ratificó sin reservas la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, con fecha 24 de septiembre de 1986 y como sabemos en la Reforma Constitucional de 1994, la incorporó en el bloque de constitucionalidad, a través del inciso 22 del artículo 75 de la Constitución Nacional.

Complementariamente, la Relatoría sobre los Derechos de las Personas Privadas de Libertad de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en su visita a la Argentina del 7 al 10 de junio de 2010 se expidió en estos términos:

“...insta al Estado a tomar las medidas necesarias para proveer a las clínicas de las unidades penitenciarias de infraestructuras sanitarias adecuadas; de

*recursos humanos indispensables; de medicamentos e insumos médicos suficientes para cubrir las necesidades de la población penitenciaria; y de seguridad que garantice la integridad física del personal. La Relatoría quiere destacar que las personas privadas de libertad tienen derecho a la salud, en particular, a la atención médica, psiquiátrica y odontológica adecuada; a la disponibilidad permanente de **personal médico idóneo e imparcial**; y al acceso a tratamiento y medicamentos apropiados y gratuitos. Además, se recomienda al Estado proveer atención médica regular a las personas detenidas en dependencias policiales”* (El destacado no pertenece al original).

Comunicado de prensa nº 64/10 titulado “Relatoría de la CIDH constata graves condiciones de detención en la Provincia de Buenos Aires”.

Las Normas del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT) afirman lo siguiente respecto de la independencia profesional:

*“71. El personal sanitario de una prisión es potencialmente un personal en riesgo. Su deber de cuidar a los pacientes (presos enfermos) puede entrar a menudo en conflicto con las consideraciones de la dirección y seguridad de la prisión. Ello puede dar lugar a difíciles cuestiones y elecciones éticas. Con el fin de garantizar su independencia en los asuntos de asistencia sanitaria, el CPT considera importante **que dicho personal sea alineado tan estrechamente como sea posible con el servicio de asistencia sanitaria**”* (el destacado es nuestro).

Es claro entonces que el personal, sea que trabaje en dependencias del sistema de salud o en la penitenciaría, debe ser ajeno al régimen laboral propio del centro de ejecución penal. Es la menor garantía de ecuanimidad, no coerción, y disminución de presiones administrativas y disciplinarias a ese personal en su labor sanitaria.

El ya referido Centro Internacional de Estudios Penitenciarios, comprende la naturaleza del fenómeno arriba descripto cuando entiende que

*“(l)as administraciones penitenciarias deben asegurarse de que los reclusos tengan acceso al personal médico calificado, suficiente tanto en número como en especialización, para satisfacer sus necesidades. **Normalmente, el mejor modo de conseguirlo es estableciendo relaciones con los prestadores de atención sanitaria de la población civil**”* (el destacado es nuestro).

El planteo de un esquema atencional basado en el sistema sanitario tradicional es tan lógico que hasta resulta obvio al leerlo. Pero no sucede en los efectos conducentes y en la realidad operativa.

El personal de salud (en general) que trabaja en las prisiones, no es parte del personal disciplinario o administrativo de la cárcel. ¿Pero cómo puede sustraerse al régimen disciplinario de la misma? Cómo evitar que una prestación de salud no ingrese en la matriz institucional de *premios y castigos*, del ya clásico *toma & daca*.

El Centro Internacional de Estudios Penitenciarios sostiene la necesidad de autonomía del personal de salud, siendo esperable que éste

sea ajeno al sistema penitenciario, pero si ello no fuera factible plantea una propuesta supletoria al efecto:

*“En aquellas jurisdicciones en las que el personal médico es contratado directamente por la administración penitenciaria, **deberá estar encuadrado en una estructura organizativa independiente de la prisión**”* (destacado nuestro).

Coyle Andrew (2009): p. 56

No podrían ser más claros. La dependencia del agente de salud no puede responder al poder disciplinario.

Por último, volviendo a nuestro país, cabe agregar que en el marco del VI Encuentro de Jueces de Ejecución Penal celebrado en San Luis en abril de 2011 (en la que tuve el honor de participar en mi carácter –por entonces- de Director Nacional de Salud Mental y Adicciones de la Nación), en la comisión Nº 2 “*Salud Mental y Adicciones en contextos de encierro*” se acordó en el punto 4

*“Instar a las autoridades pertinentes a que los tratamientos de Salud de carácter voluntario referidos sean realizados **por profesionales ajenos a la institución carcelaria, preferentemente por personal de los servicios de salud de la esfera nacional, provincial o municipal**”* (el destacado es nuestro).

Así, los jueces de ejecución del país, reunidos en San Luis hace cerca de 10 años, no pudieron ser más contundentes y explícitos al respecto de lo planteado a lo largo de estas líneas. Aun así, a veces algunos de ellos parecen olvidarlo en sus resoluciones.

III- Reglas Mandela y la Salud (penitenciaria)

En el año 1955, con motivo del *Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente* se sancionaron las *Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos* citadas a lo largo de este texto en varios pasajes. Constituyen los estándares mínimos universalmente reconocidos para la gestión de los centros penitenciarios y el tratamiento de las personas privadas de libertad, y han tenido un inmenso valor e influencia en el desarrollo de leyes, políticas y prácticas penitenciarias en los Estados Miembros en todo el mundo.

En el año 2011 se crea el llamado *Grupo intergubernamental de expertos de composición abierta*, con el objetivo de revisar ese viejo acuerdo a más de medio siglo de su redacción. En reconocimiento de los avances producidos desde 1955 en materia de legislación internacional y ciencias penitenciarias, la Asamblea General decidió, en efecto, establecer un grupo intergubernamental de expertos para examinar y, eventualmente, revisar las Reglas Mínimas. Organizaciones de la sociedad civil y los órganos pertinentes de las Naciones Unidas fueron invitados para contribuir en este proceso. Como custodio de las viejas *Reglas Mínimas*, la Oficina de las

Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) acompañó de cerca el proceso de revisión al actuar como su Secretaría.

Cuatro años después, en 2015, desde la Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal se presenta dicha revisión. En la cuarta reunión celebrada en Ciudad del Cabo (Sudáfrica) en marzo de 2015, el grupo de expertos logró consenso en todas las reglas que estaban sometidas a revisión. En mayo de 2015, la Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal aprobó las reglas revisadas y las remitió al Consejo Económico y Social para su aprobación y posteriormente a la Asamblea General para que se adoptaran.

Así fue como se elevaron las **Reglas Nelson Mandela** al ámbito de la Asamblea General de la ONU, la cual adoptó en diciembre del 2015 la revisión de las **«Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos»**.

El nombre tiene todo un sentido, pues el Grupo de Expertos recomendó que las reglas revisadas fueran también denominadas "*Reglas Nelson Mandela*" en homenaje al legado del difunto Presidente de Sudáfrica, Nelson Rolihlahla Mandela, quien pasó 27 años en prisión durante su lucha por los derechos humanos, la igualdad, la democracia y la promoción de una cultura de paz a nivel mundial.

Lo primero que es preciso aclarar es que estas Reglas se aplican a todo detenido y no exclusivamente a una clase, tipo o parte de ellos, sea cual fuere su carácter o especificidad pues

“1. (...) trata de la administración general de los establecimientos penitenciarios y es aplicable a todas las categorías de reclusos, independientemente de que su situación sea el resultado de un proceso criminal o civil, de que se encuentren en espera de juicio o estén cumpliendo condena, e incluso de que se les haya o no sometido a “medidas de seguridad” o medidas correccionales por mandamiento judicial.”

Por lo tanto, las precisiones sobre las condiciones sanitarias y derecho a la salud que exponemos a continuación aplican dichas reglas a todo detenido o persona privada de la libertad, en general, incluso aquellas que se encuentran en prisión domiciliaria, presidios, cárceles o alojados en centros psiquiátrico-penales.

Ahora sí, aclarados estos orígenes y decurso posterior de la norma, analizaremos algunos de sus pasajes, en relación con el derecho a la salud y a la salud mental, en particular.

En primero lugar, se encuentra el ya abordado principio nodal de todo este asunto: ¿Debe construirse un sistema de atención de la salud aparte y específico para los detenidos, o deben tener los mismos accesos y derechos al resto de la población? Seremos aún más directos: ¿Debe atender la salud la administración penitenciaria el sistema público de salud? Esta vieja discusión arrecia el día a día de todos los servicios, manicomios y cárceles.

En los acápites anteriores del presente ensayo Ya hemos resuelto ese interrogante desde la perspectiva legal, pero subsiste como problema no concluido ni resuelto en absoluto en las prácticas cotidianas y en la visión costumbrista de los decisores políticos.

Ahora bien, esta situación se vuelve más patética cuando nos percatamos de su esencia: *dicha discusión solamente se da en términos de que nadie quiere hacerlo*, no de que se quieran apropiarse del servicio prestacional, por lo cual no debe ser entendida sino **como un efecto más de la discriminación** que sufren estas personas, por su carácter de atravesamiento legal-penal: **“son criminales y nada merecen”**. Es parte del castigo, dirán (nos hemos referido a este asunto en los dos primeros ensayos de la presente obra, pero sobre todo en la introducción de desengaños).

Respecto a lo que plantean las Reglas Mandela, no queda mucha duda, veamos primero un asunto de orden general, a saber:

“Regla 3 La prisión y demás medidas cuyo efecto es separar a una persona del mundo exterior son aflictivas por el hecho mismo de que despojan a esa persona de su derecho a la autodeterminación al privarla de su libertad. Por lo tanto, a excepción de las medidas de separación justificadas y de las que sean necesarias para el mantenimiento de la disciplina, el sistema penitenciario no deberá agravar los sufrimientos inherentes a tal situación.”

La única medida es *la separación* del resto de la comunidad. Como hemos dicho antes, **para las Reglas Mandela la privación no incluye la del acceso al sistema de salud**, como puede verse además claramente luego, cuando el reglado se aboca a las condiciones de salud. Este precipitado de principios no hace más que abonar en la resolución de la disyuntiva mencionada arriba. Cito:

Servicios médicos

Regla 24 1. La prestación de servicios médicos a los reclusos es una responsabilidad del Estado. Los reclusos gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior y tendrán acceso gratuito a los servicios de salud necesarios sin discriminación por razón de su situación jurídica. 2. Los servicios médicos se organizarán en estrecha vinculación con la administración del servicio de salud pública general y de un modo tal que se logre la continuidad exterior del tratamiento y la atención, incluso en lo que respecta al VIH, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, y la drogodependencia.

La regla 24 no parece dejar muchas dudas. El Estado en su conjunto es responsable por la salud de los confinados a su cargo (los llamados *internos*) y **no debe haber diferencia alguna en lo referido a la calidad de las prestaciones**. Por lo cual, entonces, queda por definir qué prestaciones de salud puede brindar el mismísimo servicio penitenciario con la misma eficiencia y eficacia y cuáles no.

Pero quizá la regla siguiente introduzca alguna suspicacia que vulnere lo ya planteado, pues aconseja y promueve un servicio propio, como veremos, aunque con una salvedad que merece mayor análisis:

Regla 25 1. Todo establecimiento penitenciario contará con un servicio de atención sanitaria encargado de evaluar, promover, proteger y mejorar la salud física y mental de los reclusos, en particular de los que tengan necesidades sanitarias especiales o problemas de salud que dificulten su reeducación. 2. El servicio de atención sanitaria constará de un equipo interdisciplinario con suficiente personal calificado que actúe con plena independencia clínica y posea suficientes conocimientos especializados en psicología y psiquiatría. Todo recluso tendrá acceso a los servicios de un dentista calificado.

Bien, en principio podemos observar algunos problemas básicos en esta regla:

- a) No define nivel de especificidad del servicio de atención propuesto.
- b) No define necesidades sanitarias especiales.
- c) Presupone que es posible que personal de salud penitenciaria actúe con plena independencia, cuando por lo general, depende del director de la Unidad de encierro, cuyo fin primero es la seguridad y la custodia.
- d) Los servicios no delimitan acciones que corresponderían.
- e) El equipo interdisciplinario debe tener “suficiente” personal, pero cómo definirlo con precisión...

Estas impresiones tienen aun así una resolución legal y legítima. No parece tan indelimitable el asunto de las responsabilidades penitenciarias en materia de salud, si recurrimos al principio general arriba ya establecido: **No debe ser de inferior calidad prestacional que el sistema de salud pública**, por lo cual llegamos entonces a la siguiente idea fuerza.

Todo servicio prestacional de salud penitenciaria debiera seguir los protocolos, calidad, eficiencia, recursos, parámetros y reglamentaciones establecidas para las prácticas propias del sistema de salud pública.

Solamente bajo esas circunstancias debieran habilitarse como reemplazo del servicio atencional de la salud que recibe el resto de la comunidad. Esta idea nodal debiera incluir al registro de las prestaciones, lo cual seguramente sea uno de los incumplimientos más insoslayables de todo servicio penitenciario. Nos referimos a las falencias en el registro de las prestaciones y prácticas sanitarias que se efectúan al interior de las unidades carcelarias.

Regla 26 1. El servicio de atención de la salud preparará y mantendrá historiales médicos correctos, actualizados y confidenciales de todos los reclusos, y se deberá permitir al recluso que lo solicite el acceso a su propio historial. Todo recluso podrá facultar a un tercero para acceder a su historial médico. 2. En caso de traslado de un recluso, su historial médico se remitirá a los servicios de atención de la salud de la institución receptora y permanecerá sujeto al principio de confidencialidad médica.

Si se quiere conocer cómo funciona un servicio de sanidad penitenciaria, lo más sencillo es pedir acceso al archivo de historias clínicas (la regla le denomina “*historial médico*”) y ver con qué se encuentra (si encuentra algo). En efecto, no se aceptaría jamás un centro de salud cualquiera que no registre sus prestaciones, salvo que se trate de una entidad de salud para población penitenciaria (o, claro está, la manicomial). Ningún profesional lo haría (prescindir de registrar su labor) en otra dependencia.

Finalmente, la Regla 32 despeja toda otra duda respecto a la entidad y calidad de las prácticas que se realizarían al interior de una unidad penitenciaria

Regla 32 1. La relación entre el médico u otros profesionales de la salud y los reclusos estará determinada por las mismas normas éticas y profesionales que se apliquen a los pacientes en la comunidad exterior, en particular: a) la obligación de proteger la salud física y mental de los reclusos y de prevenir y tratar las enfermedades exclusivamente por razones clínicas; b) el respeto a la autonomía de los reclusos en lo que respecta a su propia salud, y el consentimiento informado como base de la relación entre médico y paciente; c) la confidencialidad de la información médica, a menos que mantenerla pueda dar lugar a una situación de peligro real e inminente para el paciente o para terceros; d) la prohibición absoluta de participar, activa o pasivamente, en actos que puedan constituir tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, incluidos experimentos médicos o científicos que puedan ser perjudiciales para la salud del recluso, como la extracción de células, tejido u órganos.

Por lo tanto, toda vez que el personal de salud del servicio penitenciario no pudiera brindar una praxis con “*las mismas normas éticas y profesionales que se apliquen a los pacientes en la comunidad exterior*” debiera indicarse una derivación al sistema sanitario público, a fin de garantizar no opere una discriminación negativa, debido a estarse detenido.

Me pregunto, por ejemplo, cómo hará el médico de la cárcel para informar lo planteado en la Regla 33 a su jefe directo, el Director de esa unidad, responsable directo de las llamadas “*condiciones de reclusión*”:

Regla 33 El médico informará al director del establecimiento penitenciario cada vez que estime que la salud física o mental de un recluso haya sido o pueda ser perjudicada por su reclusión continuada o por determinadas condiciones de reclusión.

¿Qué probabilidades hay de que esto ocurra si el médico es dependiente directo del director de la unidad penal?

En efecto, cuando se trata de trabajar sobre prácticas usuales, la disyuntiva sobre el origen prestacional de la atención de salud parece menor. Si todo va bien, no parece influir sustancialmente si el equipo de salud depende de la institución penitenciaria o del sistema público. Pero cuando advienen problemas, la situación cambia drásticamente, tal como hemos visto sencillamente en la anterior Regla 33. Veamos la siguiente Regla y sigamos analizando si es lo mismo...

Regla 34 Si los profesionales de la salud, al examinar a un recluso en el momento de su ingreso en prisión o al prestarle atención médica posteriormente, se percatan de algún indicio de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, deberán documentar y denunciar esos casos ante la autoridad médica, administrativa o judicial competente. Se seguirá el procedimiento de seguridad apropiado para no exponer al recluso o a sus allegados a los peligros que pudieran correr el riesgo de sufrir.

¿Qué posibilidades tiene el profesional actuante de denunciar un maltrato cualquiera, si esto implica a su jefe directo o indirecto, lugar donde debe seguir trabajando, en condiciones objetivas y subjetivas de implicación directa con responsables de evaluar su labor y supervisarla? Evidentemente se vuelve un fin de cumplimiento imposible. No se puede esperar mucho del cumplimiento de esta regla si el profesional actuante pertenece a la institución a la que debe denunciar.

Este problema, por lo demás común en la vida institucional, es una razón más y de mucho peso para **establecer una dependencia administrativa externa del personal sanitario respecto a la unidad penal** (cuanto menos) y al servicio penitenciario (en general), en lo posible.

Frente a la supuesta imposibilidad de establecer un sistema “*de dependencia administrativa exterior*” de salud en las unidades penales, las Reglas Mandela propone la siguiente supletoria:

Regla 35 1. El médico o el organismo de salud pública competente hará inspecciones periódicas y asesorará al director del establecimiento penitenciario con respecto a: a) la cantidad, calidad, preparación y distribución de los alimentos; b) la higiene y el aseo de las instalaciones y de los reclusos; c) las condiciones de saneamiento, climatización, iluminación y ventilación; d) la calidad y el aseo de la ropa y la cama de los reclusos; e) la observancia de las reglas relativas a la educación física y la práctica deportiva cuando estas actividades no sean organizadas por personal especializado.

En mis 25 años de trabajo nunca he visto esto. Quizá alguna vez en algún lugar del mundo ha ocurrido, quién sabe. Esta estrategia supletoria, no sutura el problema esencial: ***la atención de la salud del detenido es una obligación del sistema sanitario, y la sanción no incluye de ninguna manera y en ninguna ley, principio ni regla, esa exclusión salutogénica.***

Si se da esta situación de exclusión sanitaria en lo referido a los detenidos varones adultos jóvenes, mucho más aún es discriminatorio y doblemente, cuando abordamos la cuestión, pero en referencia al género femenino. Veamos qué dicen las reglas:

Regla 28 En los establecimientos penitenciarios para mujeres habrá instalaciones especiales para el cuidado y tratamiento de las reclusas durante su embarazo, así como durante el parto e inmediatamente después. En la medida de lo posible, se procurará que el parto tenga lugar en un hospital civil. Si el niño nace en prisión, no se hará constar ese hecho en su partida de nacimiento.

Regla 29 1. Toda decisión de permitir que un niño permanezca con su madre o padre en el establecimiento penitenciario se basará en el interés superior del niño. Cuando los niños puedan permanecer con su madre o padre, se tomarán

disposiciones para: a) facilitar servicios internos o externos de guardería, con personal calificado, donde estarán los niños cuando no se hallen atendidos por su madre o padre; b) proporcionar servicios de atención sanitaria especiales para niños, incluidos servicios de reconocimiento médico inicial en el momento del ingreso y servicios de seguimiento constante de su desarrollo a cargo de especialistas. 2. Los niños que vivan en el establecimiento penitenciario con su madre o padre nunca serán tratados como reclusos.

En el sistema penitenciario las mujeres son doblemente excluidas. Basta para ello, ver que la enorme mayoría de servicios penitenciarios provinciales ni siquiera tiene previstos espacios independientes en unidades independientes, ni mucho menos aptos en términos de las diferencias de género. Cuando estos edificios de alojamiento independiente existen, suelen ser comisarías abandonadas, viejas escuelas derruidas o edificios previamente arrumbados por otros organismos, que ya no los quieren para sí. Además de la cuestión edilicia, puede observarse similar caracterización, para su personal, su emplazamiento y su presupuesto.

Asimismo, no puedo dejar de observar incluso que la Regla 29 se aplica a las mujeres bajo la idea de que es quien cría (y debe criar) a la niñez, toda vez que no presupone la necesidad de esos servicios de crianza para los penales donde hay solamente varones. Esta Regla expresa en sí misma una discriminación de género, aun cuando intenta establecer principios generales mínimos para la crianza intracarcelaria (lo cual ya es un desaguado para esas niñas y niños), pues claramente presupone que cría la mujer, no el hombre.

En lo atinente a las personas con discapacidad mental o con trastornos mentales severos, las Reglas Mandela expresan lo siguiente:

Regla 109 1. No deberán permanecer en prisión las personas a quienes no se considere penalmente responsables o a quienes se diagnostique una discapacidad o enfermedad mental grave, cuyo estado pudiera agravarse en prisión, y se procurará trasladar a esas personas a centros de salud mental lo antes posible. 2. En caso necesario, otros reclusos con discapacidades o enfermedades mentales podrán ser observados y tratados en centros especializados bajo la supervisión de profesionales de la salud competentes. 3. El servicio de atención sanitaria proporcionará tratamiento psiquiátrico a todos los demás reclusos que lo necesiten.

Es claro el meollo del planteo en esta regla: ***una cárcel no es el lugar para una persona que padece un trastorno mental grave o que tiene una discapacidad mental*** (sea o no sobreviviente durante su condena). Asimismo, el ítem 3 no deja lugar a dudas sobre la responsabilidad institucional de su atención. Falta que la autoridad de aplicación de la Ley 26657 (los ministerios de Salud provinciales y el nacional) lo escuchen, lo entiendan y lo ejecuten. Esa fue la idea nodal que dio creación al *Programa Prisma* en el año 2011, pero esa... es otra historia que expondremos en la segunda parte del presente Ensayo 5.

Finalmente deseamos volver al eje central del planteo, en cuanto a la necesidad de no contribuir a un proceso de exclusión mayor a la que de por sí

brinda la privación de la libertad. Si el sujeto es alienado del sistema de salud pública, alejado de su personal sanitario y enajenado de los servicios de la comunidad, **se pierde la esencia misma de la progresividad del régimen de ejecución penal**. Existen varias Reglas que abundan en ello, pero citamos una, a saber:

Regla 88 1. En el tratamiento de los reclusos no se hará hincapié en el hecho de su exclusión de la sociedad, sino, por el contrario, en el hecho de que continúan formando parte de ella. Con ese fin se buscará, en lo posible, la cooperación de organismos de la comunidad que ayuden al personal del establecimiento penitenciario en la tarea de reinserir a los reclusos en la sociedad. 2. Cada establecimiento penitenciario contará con la colaboración de trabajadores sociales encargados de mantener y mejorar las relaciones del recluso con su familia y con los organismos sociales que puedan serle útiles. Se adoptarán medidas para proteger, en la medida en que ello sea compatible con la ley y con la pena impuesta, los derechos relativos a los intereses civiles, la seguridad social y otras prestaciones sociales de los reclusos.

Sin duda, esto debiera incluir a las prácticas de salud y a su irrestricto acceso, hasta donde sabemos no restringido expresamente en ninguna condena.

IV- CIERRE: DE LA CONSTATAION DE SUPERVIVENCIA A LA SALUD INTEGRAL

(2021 – Azul, provincia de Buenos Aires, Argentina)

A partir de una presentación realizada por la CPM en su trabajo como Mecanismo Local de Prevención de la Tortura la Jueza Silvia Araceli Torres ordenó al Director de salud penitenciaria, Martín Pedersoli, implementar de inmediato medidas necesarias para garantizar la salud integral de las personas alojadas en las unidades 7 y 52 del Servicio Penitenciario Bonaerense, ubicadas en la ciudad de Azul.

El presente caso testigo nos permite vivenciar el problema en su cariz concreto y puntual. A partir de un monitoreo un organismo externo efectuó (la Comisión Provincial de la Memoria) se detectaron graves falencias en esos centros penales que ponían en riesgo la vida e integridad de las personas alojadas, tal como se referenciaron teóricamente en los acápites previos.

Durante la inspección comprobaron que en ninguna de esas unidades contaban con un/a psiquiatra para la atención de la salud mental de los y las detenidas y que quienes toman medicación carecen de cualquier seguimiento de su tratamiento. En el caso de la Unidad 52, que aloja mujeres, tampoco cuentan con ginecólogo/a hace al menos tres años, lo que deriva en la carencia de controles periódicos y la falta total de abordaje de salud sexual y reproductiva.

Frente a la denuncia de esta y otras situaciones que impedían el acceso a la salud integral de la población detenida, la titular del Juzgado de

Ejecución N° 1 de Azul hizo lugar al *Habeas Corpus* que presentó la CPM y ordenó:

- Designar personal de ginecología en el caso de la UP 52,
- realizar un relevamiento de recursos en el área para asegurar la atención permanente de la salud en ambas unidades,
- incrementar el contacto de los y las detenidos con médicos psiquiatras que realicen el seguimiento de sus tratamientos y
- disponer de mecanismos de acceso diario y permanente a medicamentos e insumos de farmacia.

Según lo relevado por CPM son 19 los trabajadores del área sanitaria para los dos establecimientos inspeccionados donde se alojan unas 300 personas. Esta carencia fue reconocida en el fallo judicial que indica que la Dirección de Salud Penitenciaria debe efectuar el relevamiento del personal y adecuar la planta para asegurar el servicio sanitario.

Sobre la carencia de personal médico y especialistas como ginecólogos y psiquiatras el fallo judicial señala que en el caso de la UP 52

“las internas hallan relegadas sus posibilidades de acceder a un seguimiento oportuno de atención, pero además de acompañamiento para la prevención y/o promoción de la salud”.

Como puede observarse, se comienza a perfilar la necesidad de una atención integral, prevencional y promocional, la cual obviamente no estaría ocurriendo. Particularmente, sobre la atención de la salud mental en ambas unidades subraya

“la necesidad de habilitar vías/medios de contacto regular entre los internos/as –principalmente quienes llevan adelante un tratamiento medicamentoso- y los especialistas”

El fallo mencionado incluso sugiere el uso eventual de la modalidad virtual para la atención. Finalmente, suma que *“debe maximizarse la franja horaria de funcionamiento de la farmacia y garantizarse la provisión de medicamentos”*. Requerimientos elementales para un antro de encierro que no entiende de servicios sanitarios, ni de la necesidad de su imprescindible disponibilidad permanente.

Pero llegamos así a la conclusión más importante: Frente al fallo, desde la CPM insistieron con **la necesidad urgente de que la Dirección de Salud Penitenciaria pase a la órbita del Ministerio de Salud y se integre a las políticas sanitarias** de dicha cartera, a fin de garantizar la adecuada asistencia de las personas detenidas.

Los trastornos mentales y las enfermedades infecciosas son algunos de los problemas de salud más comunes entre las personas que se encuentran confinadas en instituciones totales. La asistencia médica penitenciaria debería formar parte de los sistemas de salud pública, pues no

tiene ninguna posibilidad de brindar una atención adecuada y en la misma calidad prestacional que el sistema sanitario.

Los confinados sufren numerosos problemas de salud que, inevitablemente, se convierten en cuestión pública cuando salen del antro de encierro, de todos modos. El problema es que la asistencia sanitaria tras las rejas depende de las instituciones penitenciarias, es decir, del Ministerio de Seguridad y/o Justicia de cada distrito, sin ser autoridad de aplicación ni tener ninguna *expertise* en ese tema. Considerar esa misión como posible ya habla de un modelo de Estado medieval, ni siquiera de Bienestar, mucho menos de un Estado con enfoque de Derechos.

Los problemas de salud más frecuentes en las cárceles son: la toxicomanía, las enfermedades derivadas del envejecimiento (hipertensión, diabetes, artritis...), los trastornos psiquiátricos y las infecciones, en las que tenemos subrayar que la profilaxis, los programas de prevención y la implementación de tratamientos prácticamente no están funcionando.

Los factores de riesgo que más menoscaban la salud de los confinados en cárceles y manicomios: el uso de drogas, las condiciones de alojamiento, la alimentación y las prácticas sexuales de riesgo. Pero a ello se suma **la inaccesibilidad al sistema público de salud, al cual se llega en las fases finales y cuando está ya en riesgo la vida del sujeto.**

Esto tiene consecuencias, no es inocuo. Las patologías más frecuentes en la institución total suelen agravarse por tratamientos deficientes y falta de seguimiento médico, resultando evidente que la asistencia sanitaria penitenciaria/manicomial necesita urgentemente medidas de mejora. Todos los autores especializados en la materia tienen una simple receta: **el acceso temprano al sistema de salud pública.** Se recomienda, en primer lugar, que **la responsabilidad sanitaria tras las rejas sea del sistema público sanitario en forma indelegable e inexorable.**

Cierto es que ello implica contemplar el peligrosismo reinante en nuestro entorno social, incluido los efectores del sistema de salud. Normalmente, los pacientes provenientes de instituciones totales son atendidos y entendidos como *desviados sociales*, cuando solamente son personas -por lo común- procedentes de entornos desfavorables y con un nivel socioeconómico bajo. Para ellos, **la cárcel -o el hospicio- es un espacio donde basta corroborar supervivencia como toda praxis sanitaria** (pues después de todo es un castigo), cuando podría suponer una oportunidad para el diagnóstico, tratamiento y prevención, pero lo que sufren en cambio es **una estigmatización etiquetante que los expulsa del acceso al sistema sanitario.**



ENSAYO 5

(SEGUNDA PARTE)

CUANDO EL SISTEMA SANITARIO SE OCUPA DE LOS INIMPUTABLES: EL CASO DE LA EXPERIENCIA PRISMA

(2011)

Septiembre 2021

1- Historia y antecedentes: la revolución sanitaria

Según un estudio realizado durante el año 2010¹⁷ sobre estimación de padecimientos mentales en la población del país, se estableció que una de cada cinco personas adultas tiene algún tipo de padecimiento mental y/o adicción. Un puñado de ellos llega a ser captado por el sistema de encierro, en ocasión de sus *crisis*. Pero no es esa la única fuente de casuística o *concausal* del encuentro entre enfermedad mental y encierro.

Teniendo en cuenta el ineludible proceso de deterioro subjetivo propio de todo marco de encierro institucional (por vía civil o por vía penal) la misma selectividad del Sistema Penal fortalece su impronta, cuando desconoce, minimiza o hasta potencia el padecimiento mental en personas allí alojadas. Resulta entonces esperable que exista un porcentaje mucho mayor de este tipo de padecimientos en contextos de encierro carcelarios.

En algunos casos, esos padecimientos mentales advienen en el trascurso del mismo encierro en la institución total, a diferencia de otros casos donde el trastorno mental severo ya ha sido relevado y evaluado al momento de ser declarados inimputables, aun desde el inicio del proceso de indagación

¹⁷ El estudio al que nos referimos fue producido por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones de la República Argentina y ha sido publicado por el propio Ministerio de Salud. En particular, lo hemos tomado y analizado técnicamente en el libro (2021) *Inclusión Mental Vol. 1: políticas públicas con enfoque de derechos*, en particular en su cap. 5: *Algunos aportes de la epidemiología de la salud mental con enfoque de derechos hacia la construcción de un nuevo paradigma en salud mental* (pp. 127-144). Editorial Copalqui, Barcelona, España.

por la (no)responsabilización penal. Siempre se ha dado un doble abandono en estos últimos casos:

- a) Por qué lo penal de por sí es un escenario donde prima la *expulsividad*, como venimos viendo a lo largo de esta obra, y
- b) por darse una suerte de distanciamiento, alejamiento y hasta aversión del sistema de salud (y de los servicios de salud mental) respecto al antro de encierro penal.

Se cumple entonces aquello de la canción: “*no soy de aquí, ni soy de allá*”. Pero hemos de presentar una excepción histórica en el presente ejemplo, que pasamos a relatar páginas abajo.

En efecto, el paradigma de derechos humanos sostenido por la sanción y promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental (año 2010) en su momento también tuvo incidencia en el ámbito carcelario y ha sido el punto de partida para comenzar a resolver otras problemáticas complejas, tales como la de aquellas personas que estando privadas de libertad padecen alguna clase de padecimiento mental grave o severo.

La oportunidad histórica de la que hablamos, como suele suceder en estos casos, surgió a raíz de una tragedia: *un incendio en la Unidad 20 del Servicio Penitenciario Federal (SPF)* que funcionaba en el Hospital Borda de la ciudad autónoma de Buenos Aires. Dos personas que estaban privadas de su libertad en el Servicio Psiquiátrico Central para Varones (Unidad 20 del Servicio Penitenciario Federal) murieron en un incendio ocurrido el 30 de mayo de 2011 dentro de esa dependencia. El edificio, ubicado en Barracas, lindero al Hospital Borda, sufrió el siniestro “*alrededor de las 3 de la madrugada*”, en la habitación de uno de los internos fallecidos. Además de los dos muertos, hubo otro inimputable, dos miembros del personal carcelario y un bombero que resultaron heridos, aunque ninguno de ellos de gravedad. Desde el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) entendieron lo ocurrido como parte de la “*crisis estructural*” de las instituciones de encierro.

David Díaz Ríos y Leandro Nahuel Muñoz fueron los *internos* que reportó como muertos el Servicio Penitenciario Federal. Ambos estaban encerrados “*en la Sala de Tratamiento Individual, por prescripción del psiquiatra de turno*”, por un profesional miembro del dispositivo civil que gestionaba en la unidad el *Programa Nacional del Interno con Enfermedad Mental Grave*.

El incendio se produjo en la habitación, pero no se supo el origen pues no funcionaban bien las cámaras de videos de las piezas. Sí pudo constatarse que el material de las habitaciones no era ignífugo y no había ventanas para observar al internado. Sin duda, con los requisitos habitaciones legal y reglamentariamente consabidos no tendría que haber pasado esta tragedia. Según los técnicos del lugar, “*Muñoz tenía un cuadro psiquiátrico para el que este edificio, de 150 años, no está preparado*”. Sin embargo, el

SPF contó que *“la semana pasada se practicó un simulacro de incendio y funcionó de forma impecable”*. Parece que el simulacro no fue suficiente.

A través de un comunicado, desde el CELS responsabilizaron al Estado y definieron lo ocurrido como parte de la *“crisis estructural”* y *“de las graves violaciones a los derechos humanos”* a los internos de éstas. Las celdas donde estaban los fallecidos suelen ser *“espacios cerrados, sin ventilación”* y *“con paredes acolchadas que deberían contar con un tratamiento ignífugo adecuado”*, cuestionaron.

Allí es cuando la máxima autoridad -la presidenta de la Nación- toma la decisión política de avanzar en el abordaje del asunto y restituir derechos a esa población bajo encierro indefinido.

Se presentó así la necesidad de concretar una intervención singular para la población carcelaria en el marco de la Ley de Salud Mental, en ese momento de naciente implementación. Por ello, soy convocado en mi rol de *Director Nacional* en materia de aplicación de la ley Nacional de Salud Mental para idear, diseñar e implementar un programa nuevo, consonante con el enfoque de derechos, y ponerlo a andar en el marco del SPF, en lo referido a la custodia de esta población, cuya mayoría tenían medidas de seguridad y resguardo desde la justicia penal.

En dos meses, se puso en marcha tal indicación presidencial, avalada por los dos ministerios involucrados. En efecto, con fecha 01/08/2011 y mediante la resolución conjunta 1075/2011 y 1128/2011 del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y del Ministerio de Salud (respectivamente), se crea el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA) con el objeto de tratar la problemática de personas alojadas tanto en las instalaciones de los establecimientos penitenciarios especializados en materia psiquiátrica del Servicio Penitenciario Federal (SPF), como en otras unidades del SPF, que cumplan con los criterios de admisión establecidos para dicho programa. Queda bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (MSAL) el abordaje y la atención de los sujetos inimputables del ámbito federal, algo inédito hasta entonces.

De esta manera, y teniendo como guía el art. 7 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 que enuncia los derechos de las personas con padecimientos mentales, esencialmente a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud, se empezó a implementar una política intersectorial de inclusión hacia aquellas personas que por su padecimiento y condición social fueron históricamente excluidas.

Entre los considerandos de la Resolución Conjunta 1075/2011 y 1128/2011 podemos encontrar el espíritu del PRISMA en los siguientes términos, a saber:

“promover el ejercicio del derecho a la salud de toda persona privada de su libertad en el ámbito del Servicio Penitenciario Federal, especialmente el derecho a la salud mental, en los términos establecidos por la Ley 24.660”.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/185000-189999/185022/norma.htm>

En ese sencillo acto el Estado nacional aceptaba lo planteado en la primera parte del presente ensayo 5: la aceptación del principio según el cual **la atención de lo mental la debe llevar adelante la autoridad de aplicación sanitaria fue un hecho revolucionario**, del cual y al día de hoy a más de 10 años, no hay otro antecedente del que tengamos noticia en ningún sistema sanitario regional o de alguna jurisdicción de nuestro propio país.

Sigue vigente el concepto según el cual desde los mismos servicios penitenciarios la atención sanitaria se hace mal, *sin expertise* y sin recursos humanos capacitados y suficientes. En este apartado analizaremos las oportunidades, los obstáculos y desafíos del proceso de implementación del dispositivo en ese momento creado, en la urgencia que se nos planteara de la presidencia de la nación.

Antes de avanzar sobre el dispositivo, veamos algunos detalles más del problema a ser abordado. Es preciso consignar que no solamente debimos hacernos cargo de los varones del pabellón psiquiátrico penal del hospital Borda, pues aún en la clara invisibilidad que ostentaban, ocurría algo similar con las mujeres también. Antes de la implementación del presente dispositivo PRISMA, el SPF contaba con la Unidad 20, un pabellón dentro del hospital neuropsiquiátrico Braulio Moyano. Ahí se encontraban alojadas trece mujeres, cuyo tratamiento estaba íntegramente a cargo del SPF, las cuales fueron derivadas a un sector diferenciado dentro de una cárcel de máxima seguridad como es El Complejo Penitenciario Federal IV de Mujeres (en aquel momento denominado Instituto Correccional de Mujeres Unidad 3), siendo el primer establecimiento del Servicio Penitenciario Federal destinado específicamente al alojamiento de mujeres. En el libro *Inclusión Mental Vol 2 ya citado* (Di Nella, Y., 2021b), particularmente en el Cap. 13 “*Pateando puertas, abriendo ventanas, tendiendo puentes: la ley nacional de salud mental y los ámbitos de aplicación*”, los autores (Soledad Abella – Lucrecia Cabrera – Gabriela Franco – Sergio Sosa) hacen una descripción de este segmento del programa, el cual fue doblemente tortuoso, dada la innegable circunstancia del atravesamiento del tema del género (y la consecuente discriminación negativa) en el abordaje de esta población. Cito al respecto lo siguiente:

La mudanza desde la unidad 20 a la Unidad Correccional atravesó innumerables conflictos, ya que era un proceso que requería tiempo de anticipación y sucedió de una manera totalmente abrupta. Tal y como se realizan todos los traslados de personas detenidas, este caso no sería la excepción. El servicio que se encontraba emplazado en un hospital de la ciudad de Buenos Aires con buenas condiciones edilicias y con accesibilidad

respecto de los medios de transporte para llegar al lugar por parte de las personas que acudían a visitar a las internas en forma asidua. Los traslados en el SPF son muy crueles y en condiciones degradantes para la persona privada de su libertad, según nos explicaron infinidad de veces, las características de estos movimientos responden a cuestiones de seguridad. Esa frase pronunciada por agentes penitenciarios es terminante: no hay nada más allá de preservar la seguridad. En este caso el traslado sin previo aviso consistió en la llegada de un camión de traslados en plena madrugada. Las despertaron, las sacaron de las camas, les hicieron juntar las pocas pertenencias que pudieran entrar en una bolsa de basura y las subieron a las unidades móviles. Llegaron a su lugar de destino: Centro de Rehabilitación para Drogadependientes (CRD), una unidad en desuso donde alojaban a las mujeres que estaban cumpliendo condena en rehabilitación. Al construir un nuevo edificio para este dispositivo, el viejo esqueleto quedó inhabitable. Mientras que a los hombres los trasladaron al Hospital Penitenciario Central (HPC), un edificio nuevo con todas las características sanitarias que permite una cárcel, a las mujeres las “arrastraron” a un viejo edificio con celdas diminutas, puerta metálica con una pequeña mirilla deslizable desde el lado de afuera y sin baño. Al llegar a este lugar se encontraron en pésimas condiciones edilicias y en medio de una obra en construcción que improvisaron al momento de producirse el traslado.

Esta cita busca introducir un ejemplo, uno solo, de todo aquello que venimos exponiendo en esta obra: **el enfoque conservador custodial en su dimensión más concreta y desensibilizada**. Justamente, la idea de introducir el eje sanitarista en la intervención constituye un corte, abrupto, troncal, fundacional, de ingreso al sistema del enfoque de derechos, toda vez que pueda romper con los lazos del encierro como *castigo* y pueda soslayar esos enclaves medievales propios de los antros de encierro.

La experiencia de PRISMA es una oportunidad, justamente, para demostrar qué acontece cuando se rompe con esa modalidad de intervención custodial. No la exponemos aquí para golpearnos el pecho, sino exclusivamente para ilustrar todas las modificaciones -sustanciales- que introduce la apertura institucional hacia lo sanitario y social de cualquier ente de encierro, sobre todo cuando es penal.

Nuestro enfoque procuraba, en realidad, introducir una modalidad de intervención desde la perspectiva de un enfoque de derechos inmersa en las pautas que marca la Ley Nacional de Salud Mental y la Convención de los Derechos de las personas con Discapacidad. El programa fue redactado y diseñado en ese objetivo. Las intervenciones ya no se concentrarían en la vida interna de *seres peligrosos*, sino que pondrían el énfasis en el *egreso acompañado*, tendiendo a la reconstrucción del lazo social de manera de fortalecer la autonomía en el nivel más alto posible, teniendo en cuenta el contexto de encierro, pero más allá de esa consabida referencia.

Claro que ello supone una revisión absoluta de todo el dispositivo institucional hasta ese momento vigente. Las actividades grupales y de integración eran -ahora- el eje fundamental de trabajo. Obviamente, los equipos tanto de abordaje de las mujeres como en los varones encontraban

resistencia a cada paso, sobre todo en lo referido al **modelo de abordaje a través de la grupalidad**, propio del programa PRISMA (las razones de esto se trabajan en su raíz y en su fuente de perturbación en el siguiente Ensayo 6). También fue el eje fundamental de los reclamos y reparos por parte del SPF. Cada actividad que planteábamos desde el MSAL presentaba una resistencia fundamentada en “*cuestiones de seguridad*”. Dirán las autoras arriba citadas:

Cada ingreso a los pabellones, o salida de las internas hacia los distintos espacios terapéuticos, era una lucha. Sin dudas intentar construir un lenguaje común entre salud y seguridad parecía imposible al principio. Nos “culpaban” en tanto caras visibles de la nueva dinámica, por haber “irrumpido” en una rutina sin sobresaltos que llevaban dentro del Hospital Moyano. Cada movimiento que queríamos hacer requería una serie de solicitudes, firmas y requisas. Al principio “jugaban” a asustarnos, ya que luego de pasar varias rejas que se abrían y cerraban con llaves y candados, nos dejaban a nuestra merced en los espacios en común de las internas y se retiraban hacia lugares alejados para vernos desde las cámaras. Nos dejaban ahí adentro durante largos minutos en los que aprovechábamos para producir un acercamiento con las internas. Cuando pasaba largo rato sin que suplicáramos la asistencia de las celadoras, se asomaban preguntando si ya habíamos terminado.

Este relato, a modo de ejemplo, presenta y expone entonces el ambiente que reinaba al momento de implementar el nuevo enfoque, en un marco de cierta sensación de invasión por parte del SPF y de hostilidad hacia el nuevo equipo de intervención, sobre todo en la idea de que nadie como ellos eran los dotados para atender una población “*tan peligrosa*”.

Pero antes de adentrarnos en el análisis del programa en sus resultados, queremos dar a conocer su textura, pasando primeramente por ese acto inaugural verdaderamente transformador y revolucionario de dar la potestad a la autoridad de aplicación sanitaria sobre la atención de la salud mental de inimputables en un antro penal, y luego sí veremos algo sobre los resultados de dicho proceso de implementación.

2- El programa PRISMA y su textura

El acto administrativo mediante el cual se crea el programa Interministerial PRISMA resultó de una Resolución conjunta, pero -como ya detallamos- con números pertenecientes a cada organismo. No dejaba de ser un detalle interesante.

Dicha resolución partía de la cita de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, al mencionar su objeto: *tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales, con jerarquía constitucional*. Es relevante porque esa cita responde a una legalidad que sigue vigente. Cuando se sigue insistiendo que no es menester

de los Ministerios de Salud atender a esta población, la encerrada por actos reñidos con la ley (sean o no imputables), debieran recordar esta asunción por parte del Estado Argentino allá por 2011. Pero eso no es todo, el siguiente párrafo de los considerandos dice:

“Que al MINISTERIO DE SALUD le compete, conforme el Artículo 23 ter de la Ley 22.520, ejecutar los planes, programas y proyectos del área de su competencia elaborados conforme las directivas que imparta el PODER EJECUTIVO NACIONAL, y entender, en su ámbito, en la elaboración, ejecución y fiscalización de programas integrados que cubran a los habitantes en caso de patologías específicas y grupos poblacionales determinados en situación de riesgo.”

La competencia está reconocida y ya establecida desde entonces. Que no se cumpla hoy es otro asunto, pero no se puede alegar que el Estado lo desconozca o no lo reconozca. Eso no es nada, fíjese en su -ojalá- atenta lectura que *le pone los puntos* al otro Ministerio (del cual depende el Servicio Penitenciario), cuando le asigna su estricta y restricta función, limitando las atribuciones del otro ministerio participante, a saber:

“Que compete al MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS, de conformidad con el artículo 22 de la Ley de Ministerios, entender en la determinación de los objetivos y políticas del área de su competencia y ejecutar los planes, programas y proyectos del área de su competencia elaborados conforme las directivas que imparta el Poder Ejecutivo Nacional.”

Luego entonces el resolutorio conjunto cita las responsabilidades y competencias de las oficinas intermedias (secretarías y subsecretarías) y termina por aunar las funciones de ambos ministerios, en el siguiente considerando inaugural del programa mismo, y de su objeto:

“Que en razón del trabajo conjunto que se ha venido realizando entre este Ministerio y su par de Salud y en pos de coordinar políticas públicas en materia de Salud Mental - en concordancia con la Ley N° 26.657- en beneficio de las personas privadas de su libertad, así como de quienes egresen del Servicio Penitenciario Federal, deviene necesario profundizar y ampliar el trabajo desarrollado, a partir de la concepción de un programa que involucre a sendos Ministerios.”

Que por todo lo expuesto, resulta conveniente proceder a la creación del “PROGRAMA INTERMINISTERIAL DE SALUD MENTAL ARGENTINO”, el que será coordinado por el MINISTERIO DE SALUD a través de la DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES y sub coordinado por el MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS, a través de la SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN PENITENCIARIA.

El mencionado Programa aglutinó los servicios psiquiátricos que hasta el momento funcionaran en sede de la Unidad N° 20 y de la Unidad N° 27 del Servicio Penitenciario Federal. Luego de varias otras incidencias y detalles programáticos se dio por cerrada la fundamentación y se pasó al acto resolutorio propiamente dicho:

EL MINISTRO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS Y EL MINISTRO DE SALUD RESUELVEN:

Art. 1° — Créase el "PROGRAMA INTERMINISTERIAL DE SALUD MENTAL ARGENTINO (PRISMA)", cuyos objetivos y dispositivos se ilustran en el Anexo I, que forma parte integrante de la presente.

Art. 2° — Establécese un plazo de CIENTO OCHENTA (180) días, a partir de la vigencia de la presente, para la evaluación del progreso del Programa creado por el artículo 1°, a cuya finalización deberá producirse un informe debidamente fundamentado sobre el funcionamiento y resultados del mismo.

Art. 3° — Las autoridades de aplicación del Programa creado por el artículo 1° de la presente son: la SUBSECRETARIA DE GESTION PENITENCIARIA dependiente de la SECRETARIA DE JUSTICIA por el MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS y la DIRECCION NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES dependiente de la SECRETARIA DE DETERMINANTES DE LA SALUD Y RELACIONES SANITARIAS, por el MINISTERIO DE SALUD.

Art. 4° — Asígnase al licenciado Yago DI NELLA (D.N.I. N° 22.124.344) la función de Coordinador del PROGRAMA INTERMINISTERIAL DE SALUD MENTAL ARGENTINO (PRISMA), sin perjuicio del cargo que actualmente desempeña, cuyas acciones serán:

- a) Coordinar el programa PRISMA, en todo lo referido a su implementación técnica, excepto lo referido a la seguridad de los internos y/o pacientes.
- b) Articular el funcionamiento del PRISMA con los organismos de competencia en la materia.
- c) Constituir los dispositivos que componen el PRISMA y nombrar a los responsables técnicos de los mismos.
- d) Establecer un mecanismo de articulación interdispositivo del PRISMA mediante la conformación de un Consejo de Seguimiento constituido por los responsables de cada dispositivo, el cual estará bajo su coordinación.
- e) Rubricar junto con el Oficial de Enlace informes circunstanciados, dirigidos a las autoridades de aplicación, relativos al desarrollo del PRISMA y al cumplimiento de las responsabilidades en cuanto a los tratamientos impartidos a los internos pacientes.
- f) Elevar, en un plazo de CIENTO OCHENTA (180) días, a partir de la vigencia de la presente, a las autoridades de aplicación mencionadas en el artículo precedente, un informe debidamente fundamentado sobre el funcionamiento y resultados del PRISMA, el que deberá estar rubricado conjuntamente con el Oficial de Enlace.

Art. 5° — Asígnase al doctor Pablo KOHAN (D.N.I. N° 27.479.129) la función de Oficial de Enlace del PROGRAMA INTERMINISTERIAL DE SALUD MENTAL ARGENTINO (PRISMA), cuyas acciones serán:

- a) Ejercer el enlace entre el MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS y el MINISTERIO DE SALUD.
- b) Informar, junto al Coordinador del PRISMA, a las autoridades de aplicación, acerca del desarrollo del mismo y del cumplimiento de las responsabilidades en cuanto a los tratamientos impartidos a los internos pacientes.

Art. 6° — Facúltase al Coordinador a adoptar todas las medidas y acciones conducentes para el desarrollo e implementación del PROGRAMA INTERMINISTERIAL DE SALUD MENTAL ARGENTINO (PRISMA).

Art. 7° — Establécese que estará a cargo del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS:

- a) Disponer de un espacio para la asistencia de Salud Mental para internos pacientes con padecimiento mental severo.
- b) El aporte de los profesionales necesarios a fin de dotar los equipos interdisciplinarios que actuarán en las distintas etapas de tratamiento previstas en el PRISMA, a excepción del dispositivo destinado a inimputables, que estará exclusivamente en la órbita del MINISTERIO DE SALUD.
- c) La seguridad externa del PRISMA a cargo del SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL.

Art. 8º — Establécese que estará a cargo del MINISTERIO DE SALUD, en su calidad de autoridad de aplicación de la LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26.657:

- a) La designación de los profesionales que integrarán los equipos interdisciplinarios.
- b) La responsabilidad sobre los tratamientos que se apliquen a los internos pacientes.
- c) Las capacitaciones previstas para el personal profesional y no profesional en materia de salud mental.
- d) El dispositivo relativo a inimputables y toda cuestión relacionada a los mismos, alquiler y/o construcción de establecimientos específicos para su atención una vez producido su egreso, gestión de internaciones a partir de requerimientos judiciales específicos.

Art. 9º — El gasto que demande la ejecución de lo resuelto precedentemente será atendido, respectivamente, por las partidas presupuestarias correspondientes a cada una de las jurisdicciones, de acuerdo a las funciones y acciones encomendadas por la presente resolución.

Art. 10.— Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Julio C. Alak. — Juan L. Manzur.

Por supuesto que ese texto resolutorio fue insuficiente y a nada de comenzar se suscitaron inconvenientes múltiples de incumbencias. Luego de iniciado el proceso de implementación, y frente a diversas dificultades surgidas en la falta de “*letra chica*” entre ambos ministerios involucrados, se firmó la siguiente Acta Acuerdo operativa:

En el marco de la implementación progresiva del PRISMA en el Servicio Penitenciario Federal, según lo pautado en la Resolución Conjunta Interministerial 1075/11 y 1128/11, para un mejor cumplimiento de la Ley Nac. 26657 de Salud Mental, la ley de Derechos del Paciente 26529 y de la Ley 24660 de Ejecución de la Pena, así como el resto del marco legal vigente, se ha acordado en reunión mantenida con el Secretario de Justicia Dr. Julián Álvarez, el Oficial de Enlace Dr. Pablo Kohan, la Asesora Dra. Lilén Rosso, los siguientes puntos:

- 1- El dispositivo de Evaluación e Ingreso al PRISMA estará bajo la coordinación y responsabilidad del lic. Yago Di Nella, en carácter de Coordinador del Programa.
- 2- El dispositivo de Tratamiento Varones del PRISMA (Hospital Penitenciario Central del Complejo Penitenciario de Ezeiza) estará bajo la coordinación y responsabilidad del Dr. Pablo Kohan; en su carácter de Oficial de Enlace del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos;
- 3- El dispositivo de Tratamiento Mujeres del PRISMA será coordinado bajo la responsabilidad asumida por el equipo de Tratamiento PRISMA de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones;
- 4- El Dispositivo de Egreso e Inclusión Comunitaria será coordinado bajo la responsabilidad del lic. Yago Di Nella, en carácter de Coordinador del Programa;
- 5- Tanto el Equipo de Evaluación como el equipo de Inclusión Comunitaria tendrán acceso a historias clínicas, expedientes y al trabajo con los pacientes, en pos de la consecución de sus responsabilidades y tareas emanadas del Programa, o de acciones establecidas por el coordinador del PRISMA, en el marco de lo estipulado en los Art. 4, 6 y 8 de la Resolución Conjunta Interministerial.

6- La Unidad de Fiscalización Ley 26657, dependiente de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones intervendrá periódicamente en el seguimiento de los tratamientos, tanto en la Unidad Varones como en la Unidad Mujeres, tal como lo viene realizando en el ámbito público y privado.

7- Se establecerá el funcionamiento del Consejo de Seguimiento según lo previsto en Art. 4 inciso d de la Resolución Conjunta como mecanismo de Articulación Interdispositivos, en modalidad quincenal o cuando lo crea pertinente el Coordinador del PRISMA.

8- Se adoptan estas medidas en el marco de las competencias emanadas del Art. 4 “inciso a” e “inciso b” y del Art. 6 de la Resolución Conjunta Interministerial.

9- La designación de nuevos profesionales afectados a los equipos de los diversos dispositivos del PRISMA se realizará en el marco de lo estipulado en el Art. 8 inciso a de la Resolución Conjunta.

10- Este acuerdo será revisado y evaluado en los 180 días de iniciado el proceso de implementación del PRISMA (tal lo establecido en el Art. 2 de la Resolución Conjunta), momento en el cual se hará efectivo el traspaso de todos los dispositivos bajo la responsabilidad funcional del Coordinador del PRISMA.

3- Consideraciones sobre la intervención de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en la Creación de un programa sanitario para inimputables

Introducción: la situación general

Existe una creciente preocupación en el mundo entero por el encarcelamiento de personas con trastornos mentales en prisiones, en lugar de recibir atención en instituciones de salud mental. En algunos países hay tantas personas con esquizofrenia, adicciones graves y otras enfermedades mentales severas en prisión como en hospitales mentales.

En nuestro país, en particular, no hay estadísticas confiables al respecto del diagnóstico de los internados en cárceles, pero se presume que es un no despreciable número. El gran número de personas con trastornos mentales encarceladas en prisiones es, entre otras cosas, un subproducto de la falta de disponibilidad o de la disponibilidad reducida de instituciones de salud mental, de la implementación de leyes que criminalizan las conductas molestas, de la extendida y equivocada idea de que todas las personas con trastornos mentales son *peligrosas*, y de la intolerancia de la sociedad hacia la conducta (entendida como) *desviada* o perturbadora. Además, algunos países carecen de tradición legal que promueva el tratamiento (en contraposición con el castigo) para personas con trastornos mentales acusadas o autoras de delitos.

Si bien lo planteado es evidente, la situación no cambia. Las prisiones no son lugares adecuados para las personas que necesitan tratamiento de

salud mental, dado que **el sistema de justicia penal pone énfasis en la obediencia, la disuasión y en el castigo, antes que en el tratamiento y la atención**. Aun cuando las instituciones cerradas de tipo correccional pongan énfasis en lo que denominan “*la rehabilitación*” (engaño que analizamos en detalle en la introducción de esta obra), habitualmente están inapropiadamente equipadas para atender a las personas con trastornos mentales. Desafortunadamente, ***las prisiones se han convertido en muchos países en hospitales psiquiátricos de facto***.

Las personas con trastornos mentales graves encarceladas en prisiones resultan con frecuencia victimizadas, intencionalmente o no (Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación p. 84). Los límites se vuelven borrosos, se confunde lo custodial y lo manicomial y -por último- termina pasando que ya no sabemos dónde estamos, pero de seguro **es un antro de encierro donde rige el completo institucional**.

Personas declaradas inimputables. Medidas de Seguridad.

La enorme mayoría de las personas que fueron incorporados al PRISMA estaban declaradas inimputables. Una primera cuestión a estudiar, entonces, es qué se considera necesario hacer frente a la declaración de inimputabilidad y sus efectos, como la normativa que regula la materia desde el art. 34 del Código Penal de la Nación, a los estándares de Derechos Humanos vigentes relativos a la salud mental, en el marco de la nueva (al momento de la creación del PRISMA llevaba poco más de 6 meses desde su sanción) Ley Nacional 26657. En ese sentido, sentamos las siguientes posiciones iniciales:

a. Exclusión de la jurisdicción penal:

Desde nuestra perspectiva, con el dictado el sobreseimiento o la absolución, debe disolverse la jurisdicción del tribunal penal sobre la persona declarada inimputable. De considerarse necesaria la internación involuntaria, la misma deberá ser monitoreada por un juez civil. Contradice el prisma de los derechos humanos, la aplicación de medidas de seguridad en referencia a un padecimiento mental, por resultar inherentes a una lógica de *peligrosidad*, vedada constitucionalmente. Hemos visto en el Ensayo 2 que inclusive la CSJN ha dictaminado al respecto de este asunto.

b. La peligrosidad como fundamento del mantenimiento de las medidas de seguridad y su carencia de base científica:

En el precedente “RMJ” (CSJN. Caso “RMJ s/ Insania” Sent. 19 de febrero 2008, apart. 6), la Corte Suprema analiza la situación de privación de la libertad del causante englobando las medidas de seguridad y las

internaciones civiles. El apartado 16 de la sentencia establece en relación con *la peligrosidad* como fundamento del sostenimiento de la medida restrictiva de libertad, que:

“... no resulta indispensable que la persona deje de ser considerada peligrosa, sino que debiera alcanzar con que la internación no sea entendida como el único medio terapéutico disponible, ya sea porque se cuenta con nuevos medios para contenerla o bien porque el estado de peligrosidad no fuera constatación fehaciente mediante, lo suficientemente grave o inminente. De allí se desprende que el solo hecho de que la persona deba ser sometida a un tratamiento psiquiátrico no resulta suficiente para disponer o mantener su internación. En razón de las irregularidades y violaciones a las garantías constitucionales apuntadas en el *sub lite*, lo señalado precedentemente en términos de deber ser, ha devenido de imposible cumplimiento. Así las cosas, nada de ello puede sostenerse en el particular donde, después de casi 25 años, no se advierte tratamiento alguno ni informe periódico de la evolución concreta de M.J.R.”.

A su vez, ya en el año 2006, el Alto Tribunal Nacional dicta el precedente “Gramajo” (CSJN. Caso “Gramajo, Marcelo E.2. Sent. 5 de septiembre de 2006), sosteniendo en esta sentencia la carencia de base científica de la peligrosidad, el cual repasamos (pues lo hemos abordado en el Ensayo 2) aquí:

“...la peligrosidad, referida a una persona, es un concepto basado en un cálculo de probabilidades acerca del futuro comportamiento de ésta. Dicho cálculo, para considerarse correctamente elaborado, debería basarse en datos estadísticos, o sea, en ley de grandes números. En dicho caso, la previsión, llevada a cabo con método científico, y con ligeros errores, resultaría verdadera: de un total de mil personas, por ejemplo, se observaría que, dadas ciertas circunstancias, un porcentaje —que designaremos arbitrariamente como la mitad para el ejemplo—, se comportaría de determinada manera, extremo que se habría verificado empíricamente. Pero este cálculo, que como se dijera sería válido desde el punto de vista científico, no permitiría establecer de manera específica cuáles, del grupo total, serían las quinientas personas que se comportarían de tal forma y cuáles las restantes quinientas que lo harían de otra”

CSJN. Caso “Gramajo, Marcelo E.2. Sent. 5/09/2006, apartado 23.

También establece en el caos legal y procedimental (consecuente) referido, propio de la concepción medieval del sujeto humano (el famoso, remanido y vigente *pienso, luego existo* cartesiano) y en el ideario inquisitorial del derecho mismo, que: “(l)as medidas penales, se las llame penas o como quiera denominarlas el legislador, la doctrina o la jurisprudencia, siempre se imponen a una persona y, por ende, frente a un caso individual” (ídem nota anterior). Ahora bien, ¿quién y cómo evalúa esa supuesta peligrosidad?

La Corte Interamericana de Derechos Humanos, ya en referencia a sujetos inimputables, en un fallo del 2005 afirmó que

“La valoración de la peligrosidad del agente implica la apreciación del juzgador acerca de las probabilidades de que el imputado cometa hechos delictivos en el futuro, es decir, agrega a la imputación por los hechos

realizados, la previsión de hechos futuros que probablemente ocurrirán. Con esta base se despliega la función penal del Estado. En fin de cuentas, se sancionaría al individuo —con pena de muerte inclusive, en algunos países— no con apoyo en lo que ha hecho, sino en lo que es. Sobre ponderar las implicaciones, que son evidentes, de este retorno al pasado, absolutamente inaceptable desde la perspectiva de los derechos humanos. El pronóstico será efectuado, en el mejor de los casos, a partir del diagnóstico ofrecido por una pericia psicológica o psiquiátrica del imputado"

(CIDH, Serie C N° 126 caso Fermín Ramírez contra Guatemala, sentencia del 20 de junio de 2005).

En consecuencia, no puede sostenerse seriamente que se autorice a un Estado de Derecho para que imponga penas o prive de libertad a una persona —con independencia del *nomen juris* que el legislador, la doctrina o la jurisprudencia eligiera darle al mecanismo utilizado para ello—, sobre la base de una mera probabilidad acerca de la ocurrencia de un hecho futuro y eventual.

En el campo de la Psicología Forense, en el final del siglo XX e inicio del actual, existió un debate respecto de si la psicología (desde su ciencia) puede o no brindar herramientas para la determinación de *la peligrosidad* de un sujeto. Un importante sector académico, salvo el más positivista y retrógrado, sostendrá la posición contraria a la idea de diagnosticar peligrosidad¹⁸. Integrando este último espacio, Ariana García (actualmente psicóloga forense en el ámbito de la CSJN e importante referente en grado y posgrado en Psicología Forense, de inserción nacional e internacional en la materia), en un artículo destinado al análisis de este tema, sostiene que, *“la Ciencia psicología no posee herramientas para determinar la peligrosidad, ya que esta conlleva la necesidad de predecir una conducta a futuro. Sin embargo, muchos profesionales responden sobre cuestiones de peligrosidad, avalándose en técnicas psicológicas creadas para otros fines, confundiendo conceptos jurídicos con alcances psicojurídicos”*.

Considera, además, que *“es fundamental replantearse el lugar que ocupa el psicólogo en los casos de determinación de la peligrosidad; preguntarse por qué un sujeto llega a convertirse en peligroso y si, en realidad, no son peligrosas las herramientas psicológicas creadas, en rigor de verdad, con otros fines. Tampoco el psicólogo tiene en cuenta que las evaluaciones periciales son realizadas a un sujeto que, en las condiciones*

¹⁸. Entre las obras de los especialistas que presentan una postura crítica respecto a la posibilidad de determinación de la peligrosidad, podemos citar: Del Poppolo, Juan Horacio (1996) *Psicología Judicial*. Mendoza. Ediciones Jurídicas de Cuyo. Álvarez, Héctor; Varela Osvaldo Y Greif Dora: (1992), *La Actividad Pericial en Psicología Forense*. Buenos Aires. Ediciones del Eclipse. Domínguez Lostalo, Juan Carlos: (1999) *Vulnerabilidad*. Ficha de Cátedra. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de la Plata. García, Ariana (2008) *Psicología Forense Crítica, ¿Es posible la determinación de la peligrosidad en la práctica pericial psicológica?* En el libro *Psicología Forense y Derechos Humanos*. Compilador Yago Di Nella. Editorial Koyatun. La Plata.

actuales de detención, resulta una tarea imposible no hallar indicadores que “confirman lo que busca” (agresividad, baja tolerancia a la frustración, etc)” (García, Ariana, 2008).

Pero esa discusión, propia del ámbito psicojurídico, no es exclusivo de los profesionales psi. Ni les involucra a ellos en forma específica, puesto que quienes solicitan esos diagnósticos de peligrosidad -como vimos en el Ensayo 2- son los propios jueces de ejecución penal. Pero no son unívocos, puesto que cuando se reúnen, ya no plantean el mismo enfoque, se vuelven progresistas y comparten lo impartido por la CSJN y por el ámbito académico de la psicología. Por ejemplo, es de destacar que en el ya citado VI Encuentro de Jueces de Ejecución Penal celebrado en San Luís en abril de 2011, en la comisión mencionada *ut supra*, en el punto 6 instaron a “Revisar el concepto de inimputabilidad del artículo 34 del código penal a la luz de la ley nacional de salud mental N° 26.657”.

Consideramos en lo que atañe al aspecto de *la peligrosidad*, estamos en un momento de “Crisis”, en el sentido que Thomas Kuhn (2005) le da al concepto. Sin duda, a partir de la nueva concepción de la Salud Mental asentada en el paradigma de los derechos humanos que recepta la ley nacional en la materia, el concepto de *peligrosidad* se encuentra superado por el criterio de *riesgo cierto e inminente* (el cual analizamos en detalle en el libro *Inclusión Mental Vol 2* y lo presentamos con cierto desarrollo mínimo en el Ensayo 2 de la presente obra) como único fundamento de la disposición de internaciones y tratamientos involuntarios, de personas con padecimiento mental.

c. Cierre de las unidades penitenciarias psiquiátricas e internación como última ratio en hospitales generales.

En lo que se refiere a los dispositivos de encierro, conforme a los estándares jurídicos y técnicos vigentes, es necesario promover en todo el país el cierre de las unidades carcelarias psiquiátricas y la inclusión de las personas allí alojadas en dispositivos acordes a la Ley Nacional de Salud Mental, mediante casas de medio camino o casas de convivencia, con tratamiento orientado a la inclusión comunitaria, preservando el derecho a vivir en comunidad, con el pertinente componente custodial que ello requiriera. Ello no es infactible prácticamente, ni es técnicamente inviable, por el contrario. La Experiencia PRISMA lo demuestra. Solo se requiere la inversión que las leyes de salud mental y de ejecución penal presuponen, o sea, es preciso que el Estado asuma su responsabilidad, toda vez que invade el derecho a vivir en comunidad y decide restringir la libertad de circulación, por el *riesgo cierto e inminente* de personas que han entrado en conflicto con la ley penal, aun no siendo responsables penales por tales hechos reprochables o de daño para sí o para terceros.

Es determinante entonces, primeramente, reconocer la función indelegable del Estado toda vez que intercede mediante una interdicción de libertades sobre un grupo de personas a las que entiende como potencialmente dañinas, pero inimputables. En efecto, ya desde el Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación se establece:

“(d)e todas maneras, las personas internadas tras una declaración de inimputabilidad penal, al igual que cualquier otra persona con trastornos mentales que no ha sido acusada de un delito, tienen derecho a la revisión regular y periódica de su detención, y el derecho a recibir tratamiento y atención adecuados en un ambiente terapéutico. Además, las personas admitidas porque no se las considera penalmente responsables por razones de salud mental, también pueden conservar el discernimiento para adoptar decisiones relativas a su tratamiento” (el destacado es nuestro).

OMS, 2006

En el común de los casos y jurisdicciones esto no se cumple en lo más mínimo. Las personas declaradas inimputables, aun asumiéndose que no son penalmente responsables, no tienen el menor acceso al sistema de salud y por lo común son atendidos en unidades carcelarias, como un condenado más. Y continúa entonces el Manual de la OMS:

“(l)a legislación o las normas administrativas deben contener disposiciones que aseguren la atención y el tratamiento adecuados de los trastornos mentales de las personas privadas de libertad. La ley debe disponer la transferencia de las personas privadas de libertad a una institución de salud mental para su tratamiento, en caso de que no puedan ser adecuadamente tratadas en la prisión. En muchos países, las prisiones tienen unidades hospitalarias establecidas especialmente, donde se transfiere a los internos enfermos. Un órgano de revisión debe supervisar tales unidades para asegurarse de que la calidad y la disponibilidad de la atención sea equivalente a la de los servicios que se encuentran en instituciones de salud mental no penitenciarias. La legislación también debe asegurar que tales unidades hospitalarias encuentren bajo la directa supervisión de personal de salud mental cualificado, y no de las autoridades penitenciarias” (destacado nuestro):

Como se puede observar en el texto de la OMS, **el mayor peligro no es el sujeto, sino su abordaje puramente custodial**, centro del cuestionamiento subyacente a la recomendación citada en el texto del organismo internacional especializado en la materia. La solución de crear hospitales psiquiátricos (hospicios, digámoslo con todas las letras) dentro de unidades penitenciarias, no ha sido eficaz, pues implica la manicomialización de población ya entendida como *peligrosa* (por lo cual se agrega un nuevo estigma, al primero), en una situación que tiende a perpetuarse indefinidamente. El resultado es consabido: **una doble exclusión del estigmatizado como loco y peligroso**. Para lo loco, el manicomio, para lo peligroso la celda carcelaria, entonces aunamos los dos estigmas en un dispositivo único que los reúna y listo. El combo es letal: **no salen más**.

Morirán allí, en el olvido judicial y del Ministerio Público, salvo alguna excepción. Pero aun, por si pareciera poco esto, puede ser peor.

Más la institucionalización en ese antro de doble estigma, los padecimientos mentales crónicos son susceptibles de promover **una discapacidad**. Más bien es el destino esperable y sería un milagro que ello no aconteciera. Cabe destacar que la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas establece en su art. 1 que,

“son personas con discapacidad aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.”

Recordemos que en Argentina es Ley, no meramente una recomendación tal lo suelen plantear las autoridades ministeriales. La Convención instituye el denominado “Modelo Social de la Discapacidad”, entendiendo que la discapacidad obedece a causas preponderantemente sociales (art. 1, 2º párr.), fijando el estándar de igualdad de la persona con discapacidad con las demás personas y estableciendo el derecho a vivir en comunidad (art. 19).

A ello se suma que los “Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas” de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (Resolución 01 de 2008), fijan en su principio III, inciso 3 *la internación involuntaria como último recurso terapéutico y determina que de modo alguno la discapacidad puede justificar por sí sola la privación de libertad de la persona.*

Dichos Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos- 2008, en su Principio III apart. 3 dice además:

“Los sistemas de salud de los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos deberán incorporar, por disposición de la ley, una serie de medidas en favor de las personas con discapacidades mentales, a fin de garantizar la gradual desinstitucionalización de dichas personas y la organización de servicios alternativos, que permitan alcanzar objetivos compatibles con un sistema de salud y una atención psiquiátrica integral, continua, preventiva, participativa y comunitaria, y evitar así, la privación innecesaria de la libertad en los establecimientos hospitalarios o de otra índole. La privación de libertad de una persona en un hospital psiquiátrico u otra institución similar deberá emplearse como último recurso, y únicamente cuando exista una seria posibilidad de daño inmediato o inminente para la persona o terceros. La mera discapacidad no deberá en ningún caso justificar la privación de libertad.”

Complementariamente en nuestro contexto argento, en el fallo “Verbitsky” dictado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, el punto 2 del resolutorio expresa que las “Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos” de las Naciones Unidas recogidas por la Ley 24.660 (que

analizamos en el Ensayo 2 y en la primera parte del presente Ensayo) configuran las pautas fundamentales a las que debe adecuarse toda detención.

Las Reglas expresan taxativamente que las personas con padecimientos de Salud Mental en ningún caso deben ser recluidos en prisiones:

“B.- Reclusos alienados y enfermos mentales

82. 1) ***Los alienados no deberán ser recluidos en prisiones.*** Se tomarán disposiciones para trasladarlos lo antes posible a establecimientos para enfermos mentales. 2) ***Los reclusos que sufran otras enfermedades o anormalidades mentales deberán ser observados y tratados en instituciones especializadas.*** 3) Durante su permanencia en la prisión, dichos reclusos estarán bajo la vigilancia especial de un médico. 4) El servicio médico o psiquiátrico de los establecimientos penitenciarios deberá asegurar el tratamiento psiquiátrico de todos los demás reclusos que necesiten dicho tratamiento”. (las negritas son nuestras)

Asimismo, el Principio de 20 de los “*Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Salud Mental de las Naciones Unidas*” (ONU, 1991) establece la aplicabilidad de este instrumento internacional respecto de las personas detenidas debido a delitos penales y que, según se determinó o se sospecha, padecen un trastorno mental:

“Principio 20. Delincuentes

1. *El presente principio se aplicará a las personas que cumplen penas de prisión por delitos penales o que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos o investigaciones penales efectuados en su contra y que, según se ha determinado o se sospecha, padecen una enfermedad mental.*

2. *Todas estas personas deben recibir la mejor atención disponible en materia de salud mental, según lo estipulado en el principio 1 supra. Los presentes Principios se aplicarán en su caso en la medida más plena posible, con las contadas modificaciones y excepciones que vengan impuestas por las circunstancias. Ninguna modificación o excepción podrá menoscabar los derechos de las personas reconocidos en los instrumentos señalados en el párrafo 5 del principio 1 supra.*

3. *La legislación nacional podrá autorizar a un tribunal o a otra autoridad competente para que, basándose en un dictamen médico competente e independiente, disponga que esas personas sean internadas en una institución psiquiátrica.*

4. *El tratamiento de las personas de las que se determine que padecen una enfermedad mental será en toda circunstancia compatible con el principio 11 supra”.*

Como ya explicamos, aunque no se den por enteradas las autoridades del poder ejecutivo y del poder judicial (e incluso de la defensa pública), lo vuelve norma aplicable en Argentina el Art. 2 de la Ley Nacional de Salud Mental 26657. Los “*Principios de Salud Mental*” de las Naciones Unidas, particularmente en los principios 11 y 16 refuerzan la excepcionalidad de la

reclusión involuntaria, y lo particularizan respecto de las personas que encuentran privadas de libertad por una causa penal. Todo ese instrumento da cuenta de la necesidad de reformular los procedimientos judiciales, y los dispositivos propios del poder ejecutivo, en el sentido que le daba el programa interministerial PRISMA, esto es, de revisar la asignación propiamente penitenciaria de una población que debe ser atendida por la instancia sanitaria, más allá de los problemas que deban contemplarse - complementariamente- en torno a la custodia y la seguridad de estas personas.

En consonancia con lo anterior, las Normas del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (que tanto gustan los juristas *progresistas* citar, dado que viene del llamado *Primer Mundo*) respaldan este planteo ético e instrumental cuando señala que

“desde el punto de vista ético, es apropiado hospitalizar a los presos con enfermedades mentales fuera del sistema penitenciario, en instituciones en las cuales el servicio público sanitario es responsable.”

Pero no necesitamos recurrir a estas instancias extranjeras. Sin perjuicio de ello, cabe destacar que la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 eleva el estándar de derechos, ya que sólo el equipo de salud mental responsable del usuario es quien puede disponer si corresponde una internación involuntaria y bajo estrictos supuestos de excepción, a saber:

- *Riesgo cierto e inminente* e
- inexistencia de una modalidad terapéutica menos lesiva.

Asimismo, la internación involuntaria frente a una crisis ya no será dada en un hospital psiquiátrico (monovalente), sino en un hospital general, mediante la evaluación de un equipo interdisciplinario y no ya solamente por la mirada de una sola disciplina, la del médico. Esto nos lleva a la idea de incluir dispositivos de residencia acompañada para las personas con especial necesidad de cuidados, sobre todo si están en situación de producir o de ocasionarse daño. Pero por ello *condenarla de hecho* a un confinamiento de por vida, no parece ya ser una opción, al menos ya no es legal ni legítimo.

En efecto, hoy **el Estado condena de hecho a los inimputables a un confinamiento de por vida (la medida de seguridad) porque no instrumenta los dispositivos adecuados para su correcta atención en espacios sanitarios**, aunque tuvieran medidas de cuidado o custodiales complementarias. **Los encierra entonces, no su supuesta *peligrosidad*, sino la falta de inversión pública en lugares adecuados de alojamiento y en equipos interdisciplinarios que los puedan sostener allí.** El Poder Ejecutivo cree que ahorra dinero internándolos de por vida en instancias penitenciarias (decimos, cree, porque nada es más caro al erario público que eso, pero no se calcula pues se entiende que el simple encierro resuelve el

problema) y ni el Poder Judicial, ni el Ministerio Público, tampoco lo exigen, digamos todo.

A ese respecto en el art. 28 de la misma ley nacional de Salud Mental dispone

“(l)as internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.”

En ningún lugar dirá que ello no compete a los inimputables. Lo que es más, se promueve la atención comunitaria en el lugar de origen de la persona:

“ARTICULO 9° - El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.”

A nivel jurisprudencial, nos hemos referido al tema en el Ensayo 2 cuando hablamos de lo resuelto por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, cuando expresó el carácter de deber estatal de garantía y de protección especial, en el fallo “*Tufano, Ricardo Alberto s/ internación*” (2005), estableciendo que:

“Las personas con discapacidad psicosocial conforman un colectivo social en particular situación de vulnerabilidad, fragilidad, impotencia y abandono, y un grupo de riesgo con “debilidad jurídica estructural”, lo que conlleva la necesidad de una protección especial de parte del derecho y del sistema judicial argentino en su conjunto”.

Luego en otro fallo, “*RMJ s/ Insania*” (2008), agregó:

“14) Que además de la garantía del debido proceso, este Tribunal advierte que se encuentran comprometidos principios constitucionales que también deben imperar en todo procedimiento de tipo psiquiátrico como lo son el de razonabilidad, proporcionalidad e igualdad...”

*16) Que ante ello, **no resulta indispensable que la persona deje de ser considerada peligrosa sino que debiera alcanzar con que la internación no sea entendida como el único medio terapéutico disponible**, ya sea porque se cuenta con nuevos medios para contenerla o bien porque el estado de peligrosidad no fuera constatación fehaciente mediante, lo suficientemente grave o inminente. **De allí se desprende que el solo hecho de que la persona deba ser sometida a un tratamiento psiquiátrico no resulta suficiente para disponer o mantener su internación**” (el destacado no pertenece al original).*

A ello se agregan, los innumerables informes de organismos internacionales respecto de las internaciones de personas por motivos de Salud Mental y la afectación en materia de derechos humanos que imponen.

Por ejemplo, en las Observaciones Finales del Comité de Derechos Humanos en su 98º período de sesiones respecto del art. 40 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, celebradas entre el 8 a 26 de marzo de 2010 respecto de Argentina, se ha dicho que

*“24. Preocupa al Comité la información recibida respecto a las deficiencias en la atención de los usuarios de los servicios de salud mental, en particular en lo relativo al derecho a ser oídos y a gozar de asistencia jurídica en decisiones relativas a su internamiento. (Artículo 26 del Pacto). **El Estado Parte debe tomar medidas con miras a proteger los derechos de estas personas de conformidad con el Pacto, y de adecuar la legislación y práctica a los estándares internacionales relativos a los derechos de las personas con discapacidad.**”* (el destacado es nuestro)

El nombrado Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación afirma que *“Uno de los objetivos importantes del sistema de justicia penal debería ser el de asegurar que ninguna persona con trastornos mentales sea mantenida, de manera inapropiada bajo custodia policial o en prisión. En la actualidad, no es frecuente que este objetivo se cumpla. Demasiadas personas con trastornos mentales son sometidas a acusación y encarceladas, en muchos casos por delitos relativamente leves.”* Esa conclusión de la OMS nos exime de mayores comentarios explicativos.

En resumidas cuentas, diremos para cerrar este acápite que no falta normatividad, no faltan experiencias, ni conocimientos técnicos, ni personal entrenado, lo que no aparece es la **decisión política** por parte de los diversos poderes del Estado para hacerla vigente, cada uno desde su respectiva incumbencia.

4- Algunas CONCLUSIONES parciales sobre la implementación de la experiencia del PRISMA

Este acápite retoma ideas y desarrollos de los artículos de Mercedes Rattagan (en el libro *Inclusión Mental* en su Vol 2, más específicamente el Cap. 17: *Prisma: una experiencia instituyente*. Pp. 469-486.) y del ya citado de autores varios (Cap. 13 *“Pateando puertas, abriendo ventanas, tendiendo puentes: la ley nacional de salud mental y los ámbitos de aplicación”*. Soledad Abella – Lucrecia Cabrera – Gabriela Franco – Sergio Sosa. Pp. 377-410) publicados en el libro mencionado. En realidad, esa obra es antecedente de esta y a ella nos remitimos en todo lo concerniente a la implementación de la ley nacional de salud mental referenciada en los anteriores acápites.

Hemos expuesto sobre el contexto histórico de la experiencia. Luego sobre las condiciones legales en materia de abordaje de personas inimputables o con padecimientos mentales severos sobrevinientes en contextos de encierro penal. Hemos pasado rápidamente a pensar y revisar - posteriormente- todo lo atinente a la conceptualización propia del enfoque de derechos en materia de lo que presupone la implementación de un programa

de entidad sanitaria en un contexto carcelario. Hemos aportado argumentos legales, psicojurídicos y éticos. Es evidente que en este menester está todo por hacerse. Es además imperioso y urgente avanzar en ello.

Implementar los cambios de acuerdo con la norma fue todo un desafío. Si bien parecía estar presente la voluntad política, el carácter inaugural y altamente instituyente del enfoque parecían hacer flaquear las improntas reformistas de los ministerios involucrados. No faltaban detractores, más bien salían a la pelea sin dilaciones y por doquier.

Lo establecido en la Resolución Conjunta 1075/2011 y 1128/2011 del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y Ministerio de Salud de la Nación (Programa PRISMA) era lapidario a los fines conservadores, como vimos cuando páginas atrás analizamos dicha resolución *binorma*. No dejaba lugar a dudas, se trataba de una nueva escena institucional donde la técnica y la metodología tratamental estaban del lado de lo sanitario y la custodia del lado penitenciario.

A pesar de ello, el organismo intentó preservar ese fin primordial último: *que no se escapen, que no se maten, que no reincidan, que no dañen*. Conscientes nosotros de esa lógica *peligrosista*, y sin negar en lo más mínimo la necesidad de preservar a las personas involucradas y a la comunidad, procuramos movernos sin estigmatizaciones, reemplazándolas por dispositivos cotidianos, de cercanía, de empatía implicada, y de grupalidad expresiva (abundaré sobre estos asuntos en el Ensayo 6, que sigue al presente). Y no salió nada mal.

Mientras los sujetos estén bajo el preeminente régimen carcelario, que prioriza la seguridad sobre la salud, fue preciso en tiempo récord inspirar confianza, por ello debimos dotar al programa de equipos interdisciplinarios muy capaces, experimentados y libres de todo *miedo al otro*, aún en los estigmas que los habitaban.

Entonces, una primera idea emerge aquí: el primer momento de acercamiento, de escucha y toma de la palabra de los sujetos de intervención, es fundacional, requiriendo de un equipo de trabajo muy formado en la intervención institucional y comunitaria, de perfil grupalista, de empatía fácil, cercano y revinculante, y sobre todo, con el enfoque de derechos muy encarnado en su praxis profesional.

Ello nos lleva a un segundo asunto, tal como lo indicara la misma Mercedes Rattagan:

“la necesidad de lograr un profundo cambio en las concepciones que mantienen de pie a estas instituciones, teniendo en cuenta el POQUISIMO tiempo de desarrollo del Programa Prisma, ya que fueron escasos meses, se comprobó el gran avance logrado en la restitución de derechos, y sobre todo, el haber podido demostrar que no todo está perdido, que se pueden lograr cambios aunque sea desde la dimensión singular, que produzcan como efecto mariposa transformaciones más profundas.

Hemos puesto en evidencia la necesidad de evaluar las condiciones generadoras de la vulnerabilidad y los responsables de esta situación como también la necesidad de una imperiosa presencia del Estado y de una fuerte decisión política para revertir esta situación.”

En efecto, se trató de inicio de restituir la dimensión humana de estas personas, de retrotraerlos a cuando fueran tratadas con alteridad dignificante, con empatía y compromiso: *escuchar, contener, devolver, vincular*. Los primeros momentos, por supuesto, fueron entonces cara a cara, mano a mano, en el objetivo de internarse en sus historias, padecimientos y circunstancias de vulnerabilización.

Ese “*poner el cuerpo*” también implicó una tarea al interior de los equipos de sostenimiento mutuo, de sostenes espalda con espalda, de innumerables charlas de café, de mate y de diálogos interminables para tender puentes de elaboración de lo que estaba ocurriendo y de lo allí implicado. Soledad Abella y sus colegas dirán al respecto:

“apuntarnos internamente en el equipo interdisciplinario que fuimos conformando, todo era queja y malestar, todas las propuestas eran imposibles de implementar, todo era un NO. Lentamente y con mucho trabajo fuimos construyendo alternativas terapéuticas, recabando información y planteando posibilidades de abordaje desde la perspectiva de derechos”.

La resistencia no provenía exclusivamente del personal penitenciario, más bien era menor que la del personal profesional que venía trabajando desde antaño en el viejo esquema manicomialista. El apoyo discursivo inicial del vasto equipo que hacía años estaba trabajando en el dispositivo de hombres (sólo varones, ¡oh casualidad!), compuesto por personal civil perteneciente al Ministerio de Justicia, se fue trastocando en una compleja trama que podríamos sintetizar en un “*no se puede*”. En ese marco habían ocurrido los hechos siniestros mencionados páginas atrás, si bien no por su responsabilidad, que era (casi) enteramente custodial.

Las cosas eran muy distintas en el componente de varones (donde quedó operando este equipo penitenciario), pues al estar emplazado en un hospital penitenciario como es el del centro penal de Ezeiza, tenían una mínima estructura “*sanitaria*”, aunque con las limitaciones de estar emplazado en una cárcel de máxima seguridad. Había un servicio de guardia las 24 horas y un cuerpo de profesionales (muy vasto, pero de escasa presencia cotidiana). Si bien en teoría se trataba de un solo equipo, no se contaba con los mismos recursos en el caso de las mujeres, las cuales estaban otrora prácticamente abandonadas a su suerte. Esto llevó a que la estructura asistencial y tratamental del Ministerio de Salud fuera inaugural, absolutamente. De hecho, al ingresar y demostrar su capacidad diferencial de trabajo, este equipo sanitario -nuevo, instituyente, verdaderamente interdisciplinario (en su funcionamiento), presencial, empático, no discriminador- hasta debió soportar agresiones por parte de ese equipo de “*civiles*” (jerga penitenciaria, militarización mediante), en los mismos términos de violencia en los que se

manejaba el personal penitenciario. Estaban tales profesionales no solamente burocratizados, sino además coaptados por el régimen.

A pesar de todas estas resistencias, el equipo de Abella rescata progresos insoslayables, que bien son dignos de mención, pues, dirán,

“tuvimos algunos pequeños grandes logros que nos llenaban de orgullo:

- *Presentación de un plan de tratamiento por parte del equipo con una instancia de consenso en la cual se evaluaba junto con las usuarias la aceptación del mismo, o la posibilidad de realizar algún ajuste, para luego firmar el consentimiento informado por escrito.*
- *Dejar registro en la historia clínica de las internaciones realizadas por el equipo tratante.*
- *Extensión del horario de permanencia de las puertas de las celdas abiertas durante la noche, ya que al cerrarlas no tenían acceso al baño. Durante las largas horas de la noche les dejaban un tacho para que hagan sus necesidades, los cuales podían vaciar a la mañana siguiente cuando lograban tener acceso al sector de los baños. Este logro fue producto de negociaciones permanentes con el personal del SPF.*
- *Autorización para la concreción de una visita íntima que estaba totalmente vedada para este tipo de dispositivos.*

Como resultado de los tratamientos logramos externar al 40% de la población con la que nos encontramos al inicio, algunos traslados a lugares más cercanos a sus vínculos y la inclusión laboral del 90% de las internas, a las que se les negaba la posibilidad de un ingreso como producto de actividades laborales a las que la población carcelaria por fuera del Programa accedía con mayor frecuencia. “

Como puede observarse, el equipo cita como logros, en su mayoría (salvo el índice de externaciones) la simple accesibilidad a derechos elementales, que tiene por común el resto de la población penal. Así era (y es) con las mujeres inimputables en efecto, el trato del sistema.

En lo referido a la instrumentación del programa tratamental en su conjunto (PRISMA contenía tres subprogramas, del cual *el tratamiento* era un componente, como se puede observar en el anexo al final del presente texto), en ambos sectores (varones y mujeres) **las resistencias** estuvieron desde el inicio. Por un lado, desde el personal sanitario, por el otro, la celaduría del SPF. Por último, desde algunas de las mismas personas alojadas en el Servicio. Aparecieron dudas, inquietudes, temores respecto al objetivo del programa e intimidaciones permanentes desde el personal penitenciario hacia *nosotros* quienes proveníamos desde el Ministerio de Salud, nominados por ellos “*el personal civil*”.

Esas cargas tenían directa relación con el tipo de trato dispensado a las personas bajo programa. Era desaconsejable, estimaban, tratarlas bien. Dirán Abella y Cía. al respecto: “*Escuchamos, acompañamos y soportamos quejas, violencias, malos tratos, temores, reclamos, tanto de usuarias como de agentes del SPF*”. Estaba mal. Era peligroso, inclusive, decían intimidando.

Pero no hubo un solo incidente. El buen trato, genera buenos encuentros y fomenta el vínculo cordial. Lo único que hubo que lamentar fue el tiempo perdido en estos debates.

De este modo, mediante el abordaje interdisciplinario que hemos descrito en el Ensayo 3 y 4 propio de la metodología instituyente (y que profundizaremos en el Ensayo 6), fuimos introduciendo y **multiplicando espacios de intercambios, de escucha profunda, de restitución de derechos**. Este sencillo acto de promover instancias de diálogo, coloquiales, informales inclusive, compartiendo espacios de “*mateadas*”, almuerzos, talleres recreacionales o lúdicos, pero siempre dando lugar a la palabra y al disenso fue fomentando una nueva institucionalidad desprovista de estimas, y muy fecunda en términos de la humanización del otro. El dispositivo de inclusión social haría luego el resto, pero es otra historia que contamos en el anexo 2 del presente ensayo.

Basaglia, psiquiatra italiano que impulsó en Trieste la reforma en salud mental cerrando los manicomios (incluso estos antros de inimputables), en una oportunidad expresó:

“Podrán volver a abrir el día de mañana los manicomios, pero de algo estoy seguro, es que nosotros demostramos que se puede vivir sin ellos”.

De alguna manera, esto fue lo que expresaron los sujetos participantes del programa cuando el Ministerio de Salud finalmente se retiró del dispositivo de tratamiento que se llevaba a cabo en el complejo penitenciario:

“Podríamos reconocerlos, aunque no llevaran puesto el guardapolvo blanco como si lo llevan los de justicia, Uds. son diferentes y aunque estuvieron poco tiempo con nosotros, nos mostraron que hay otra manera de hacer las cosas”.

En efecto, cuando terminó mi gestión al frente de la Dirección Nacional de Salud Mental (10 de diciembre de 2011), y no teniendo reemplazo para mi función sociosanitaria como coordinador general del dispositivo interministerial, lamentablemente el Ministerio de Salud optó por retroceder y devolver el dispositivo al SPF. Esa retracción ofició como una decisión de defeccionar, pues implicaba un eventual cierre del dispositivo, al menos tal como se presenta en el Anexo 1 (según la resolución interministerial citada).

Lo que sigue, lo cual no está en análisis en las presentes páginas, ya no contendría su esencia: **la actividad sanitaria como sustancial y la custodial como complementaria, ni tampoco nuestra metodología de intervención desde la grupalidad como eje central de la restitución de derechos**, ya expuesta en el Ensayo 4 (y reforzada en otros aspectos en el siguiente Ensayo 6). Evidentemente, los procesos de transformación institucional, aún consagrados en su eficacia, requieren de la voluntad política para sostenerlos. Corría diciembre de 2011 y se optó por -en silencio- sacar del SPF y poco a poco las instancias participantes del Ministerio de Salud en el abordaje de esta población penal.

Pero quiero dejar algo asentado: *el proyecto no se terminó en su eventual fracaso* (como puede notarse visiblemente en el Anexo 2), o por ineficacia, sino por el contrario, en **su eficacia desnudaba que otro esquema tratamental -no peligrosista- era posible**, pero requería de otros esfuerzos, compromisos y responsabilidades, que no estaban dispuestos y dispuestas a asumirse; entonces, se decidió, por **falta de voluntad política** mediante, retroceder y volver a entregar el sistema de tratamiento de las personas inimputables al medieval dispositivo de corte inquisitorial, para volver al trato propio del **completo institucional**, de aquellos ubicados en **el doble estigma de locura (sin razón) y delito (trasgresión penal)**.

Si se analiza el dispositivo tratamental del programa PRISMA expuesto por Rattagan y por Abella y otros (ya citados), así como la implementación del dispositivo de *Inclusión Social* del mismo Programa expuesto en el Anexo 2, se obtienen las respuestas sobre la vehemente necesidad de un cambio, cuya voluntad política es sustancial (como vimos al cierre del Ensayo 4).

Sin duda, la aplicación de la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental y todo lo que hemos visto en torno a la legislación y la jurisprudencia nacional e internacional en materia de personas declaradas inimputables, se enfrenta con los fundamentos epistemológicos que impregnan nuestras ciencias, nuestra formación y todo nuestro quehacer profesional. Esta tensión entre una ley del siglo XXI, sustentada en conceptos de un nuevo paradigma, tropieza con la formación de profesionales (psi, abogados, médicos, ciencias sociales, etc.) que responde a concepciones del siglo XVI al XX, previas a todo enfoque de derechos, dificultando la plena comprensión de los principales postulados de una norma que presupone reformular todo cuanto acontece en el quehacer de estos oficios.

Aun así, **el equipo interdisciplinario, democratizado, amplio y pleno, en sus tres componentes (de evaluación, de tratamiento y de inclusión social) se las arregló para introducir un profundo proceso instituyente** que terminó:

- Sin lesionados,
- con una cantidad de egresos del sistema realmente impresionante y nunca antes visto (ver Anexo 2),
- y en un marco de humanización y etificación de la labor,

que han dado por fruto una experiencia que demostró **eficiencia y eficacia programática** a pocos meses de iniciar su funcionamiento. A tal punto fue edificante la experiencia, que nos permite sostener que la **metodología de clínica de la vulnerabilidad psicosocial**, con su central enfoque de *restitución de derechos*, es creadora de **nuevas utopías tratamentales**, inclusive con dificultades presupuestarias, de recursos humanos formados y de voluntad política.

ANEXO 1

PROGRAMA INTERMINISTERIAL DE SALUD MENTAL ARGENTINO ¹⁹



1.- INTRODUCCIÓN

1.1.- Presentación

Según un estudio realizado en 2010 sobre estimación de padecimientos mentales en la población del país, uno de cada cinco adultos tiene algún padecimiento mental y/o adicción (Dirección de Salud Mental y Adicciones y OPS). Dado el ineludible proceso de deterioro subjetivo propio de todo marco de encierro institucional y la misma selectividad del Sistema Penal, es esperable un porcentaje mucho mayor en contextos carcelarios.

Teniendo en cuenta lo mencionado, se establece la creación del **Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (en lo que sigue, PRISMA)** con el objeto de tratar la problemática de aquellas mujeres y hombres alojados tanto en las instalaciones de los establecimientos penitenciarios especializados en materia psiquiátrica del Servicio Penitenciario Federal (en adelante, SPF) como en otras Unidades del SPF, que cumplan con los criterios de admisión establecidos para este programa (definidos más adelante en el presente documento).

Para lograr sus objetivos, El PRISMA se compondrá de diversos dispositivos, que ostentan finalidades particulares para cada etapa (**Evaluación, Tratamiento y Egreso**).

1.2.- Dispositivo de Evaluación

El Programa contará, en primer lugar, con un equipo de admisión conformado por profesionales que recibirá las solicitudes de toda autoridad judicial, así como también, a requerimiento de las autoridades de otros establecimientos penitenciarios por indicación médica.

El inicio del accionar de este dispositivo, se realizará efectuando las reevaluaciones de los pacientes alojados en las Unidades 20 y 27 a partir del comienzo de ejecución del presente Programa.

Este Dispositivo estará destinado tanto a internos con problemáticas de salud mental que requieran una evaluación acorde, como de nuevos ingresantes con características similares, para determinar la admisibilidad al Programa y la gestión de la derivación a alguno de sus dispositivos efectores.

Estas evaluaciones se realizarán contemplando, en primer lugar, cuál es el lugar de residencia originario de las personas evaluadas, así como de su entorno social y familiar para en una primera instancia, determinar la pertinencia de la permanencia de la persona en el ámbito del Área Metropolitana. En los casos en que se detecte que el sujeto proviene de alguna otra jurisdicción, se tratará por todos los medios de preservar su tratamiento en el lugar de residencia originario para una mejora de las condiciones y posibilidades de inclusión social futura.

¹⁹ Se reproduce el texto original, publicado por el Ministerio de Salud en Agosto de 2011 mediante un cuadernillo de difusión del organismo.

En una segunda etapa, y luego de realizar la evaluación interdisciplinaria correspondiente, el equipo emitirá un informe sanitario único, Y procederá a efectuar la derivación de la persona al dispositivo de tratamiento más adecuado previsto en el Programa, o recomendar su alojamiento en Unidades de régimen común.

1.3.- Dispositivos de Tratamiento

El Programa creará tres dispositivos de tratamiento a ejecutarse en la órbita del SPF los dos primeros (Dispositivo para Atención de Episodios Agudos, Dispositivo para Atención de Trastornos Mentales Severos), para dar respuesta a las necesidades de atención. El tercer Dispositivo tendrá carácter civil.

I.- Dispositivo para Atención de Episodios Agudos.

II.- Dispositivo para Atención de Trastornos Mentales Severos.

III.- Dispositivo para Atención de Personas con Declaración de Inimputabilidad (artículo 34 del Código Penal).

El Dispositivo para Atención de Episodios Agudos, brindará atención a aquellos cuadros que requieran de una atención inmediata (véase punto 3.2).

De acuerdo a la evolución de cada caso, la persona podrá ser derivada al Dispositivo de Atención de Trastornos Mentales Severos, lugar donde permanecerá hasta tanto se evalúe la necesidad de un traslado a otro tipo de alojamiento.

En todos los supuestos, las evaluaciones para las respectivas derivaciones a los distintos dispositivos, se realizarán por profesionales provenientes de las distintas etapas que componen el Programa (Evaluación, Tratamiento y Egreso).

Los Dispositivos de Atención de Episodios Agudos y Trastornos Mentales Severos se compondrán siempre por el mismo equipo de profesionales, de manera tal que el sujeto privado de la libertad sea tratado en todas las etapas por las mismas personas. Los casos comprendidos por las personas con declaración de inimputabilidad (Art. 34 Código Penal) se tratarán en forma diferenciada, en un dispositivo que se creará para estos efectos.

Las personas a las que se determine el cese de su Medida de Seguridad, podrán acceder al dispositivo de Egreso o bien hacer el pasaje directo a la comunidad con el apoyo que resulte necesario.

2.- DISPOSITIVO DE EVALUACIÓN DE PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL ALOJADAS EN EL SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL

2.1.- Lineamientos generales

Este dispositivo, en primera instancia, realizará una evaluación interdisciplinaria de:

I.- Personas actualmente alojadas en las Unidades Psiquiátricas del SPF, sus condiciones de salud mental, para las que se construirán diagnósticos situacionales con el objeto de establecer cuál es el dispositivo de tratamiento más adecuado para cada caso.

II.- Sujetos que ingresen al SPF con algún pedido de evaluación respecto a su estado de salud mental, y que cumplan con los Criterios de Admisión al Programa.

En segundo lugar, se procederá entonces a gestionar la derivación a los dispositivos que correspondan, de acuerdo a las recomendaciones que surjan de cada informe interdisciplinario efectuado.

Las recomendaciones estarán basadas en la diferenciación entre aquellas personas que se encuentren cursando un episodio agudo, las que presenten indicadores de un trastorno mental severo, los sujetos que no presenten ninguno de los indicadores anteriores y, por último, las personas con declaración de inimputabilidad.

2.2.- Población a la que está dirigido el Dispositivo

El Dispositivo se encuentra destinado a aquellas personas ya alojadas en las Unidades psiquiátricas del SPF, o que ingresen a este con solicitud de evaluación interdisciplinaria acerca de su estado de salud mental. Se establecen los siguientes Criterios de Admisión y no Admisión al Programa.

Criterios de Admisión

Deben ser ingresados:

- I- Los pacientes con Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios (CIE 10 F-23).
- II- Los pacientes con elevado riesgo de suicidio, incluyendo Episodios Depresivos Graves (CIE 10 F-31 y F-32). Este riesgo debe ser claramente especificado por el equipo de evaluación. Debe describirse con detalle las medidas apropiadas tomadas para impedir este acto, el diagnóstico y el tratamiento realizado en el establecimiento de origen.
- III- Cuadros de Excitación Psicomotriz. En todos los casos se deberá explicitar el diagnóstico, el motivo, el riesgo de auto o heteroagresión y el tratamiento suministrado en la unidad de origen.
- IV- Esquizofrenia (CIE 10 F-20), Trastorno de Ideas Delirantes Persistentes (CIE 10 F-22).
- V- Retraso Mental Moderado (CIE 10 F-71), Grave (CIE 10 F-72) y Profundo (CIE 10 F-73).
- VI- Trastornos mentales severos (F20, F21, F22, F24, F25, F28, F29, F31, F32.3, F33, F42).

Criterio de no Admisión

No deben ser ingresados:

- I- Los pacientes con el solo diagnóstico de ideación suicida o ideación de muerte, siempre que no presenten planes o tentativas de suicidio. En caso de duda, se deberá aplicar una batería diagnóstica que evalúe potencial simulación.
- II- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas (F19).
- III- Trastornos de la Personalidad y del comportamiento del adulto (F60, F62).
- IV- Retraso mental leve (F70).
- V- Todas aquellas situaciones en los cuales los diagnósticos no sean contemplados en los criterios de admisión.

En documentos anexos se definirán las mencionadas categorías diagnósticas.

2.3.- Objetivos

2.3.1.- Generales

- I.- Establecer la necesidad de alojamiento, en algunos de los dispositivos del Programa, e informar a las autoridades competentes.

2.3.2.- Específicos

- I.- Realizar evaluaciones de diagnóstico de vulnerabilidad psicosocial y socio-penal.
- II.- Determinar la presencia en la persona de indicadores que den cuenta del atravesamiento actual por un episodio agudo de su salud mental.
- III.- Detectar en la persona la existencia indicadores de un trastorno mental severo.
- IV.- Efectuar las derivaciones a dispositivos correspondientes para cada caso.

2.4.- Metodología

El dispositivo de evaluación tendrá un carácter móvil, constituyéndose en el Cuerpo Médico Forense, el Hospital Penitenciario Central I DE Ezeiza, o en la unidad penal que requiera su intervención. Cuando se solicite una intervención en unidades penales del interior del país, el equipo técnico interministerial podrá solicitar la colaboración para la realización de la evaluación por parte de la autoridad sanitaria local.

Las evaluaciones se realizarán en forma interdisciplinaria. La entrevista se desarrollará de manera individual, en el marco de la confidencialidad correspondiente. Debe recordarse que para abordar adecuadamente la problemática debe primar un criterio "interdisciplinario" y no "multidisciplinario", debiéndose evitar la realización de entrevistas "por separado" por cada profesional de las distintas disciplinas.

Asimismo, los informes resultantes se realizarán interdisciplinariamente, con el objeto de determinar, en primer lugar, que la persona sea alojada en cualquier caso en el lugar de residencia originario y en donde se encuentre viviendo su grupo familiar de

referencia, y, en segundo lugar, determinar el dispositivo acorde a las necesidades de la persona evaluada, para efectuar la derivación correspondiente.

Para la realización de cada informe único e interdisciplinario se deberán utilizar diversas fuentes de información, a saber:

I.- Entrevista en profundidad individual, realizada por tres profesionales de diversas disciplinas: psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, con apoyo técnico jurídico de un abogado, cuando corresponda.

II.- Lectura del expediente judicial.

III.- En el caso de resultar posible, entrevista con la familia de la persona evaluada.

IV.- Entrevista con el profesional interviniente, para los casos en que la persona haya recibido tratamiento.

Protocolo específico de aplicación:

Para el desarrollo de las acciones del Dispositivo de Evaluación, se seguirán las siguientes pautas de implementación:

El protocolo se organiza en función de las siguientes tareas:

I- Recepción de la persona derivada. La responsabilidad sobre la seguridad de la persona recaerá en personal del Servicio Penitenciario Federal y el resto de las actividades pertinentes a cargo del Equipo de Evaluación Interministerial.

Se confeccionará la Historia Clínica con los siguientes datos, los cuales deberá constar en la carátula:

- Fecha y horario de ingreso.
- Apellido y Nombre.
- Número de Historia Clínica.

En un documento anexo se establece el Modelo Historia Clínica a seguir.

Junto con la solicitud de admisión se deberá acompañar toda la documentación referida a los tratamientos previos a su derivación en otros dispositivos.

- Fotocopia del Oficio Judicial u Orden de Derivación de otra Unidad Penitenciaria, en el que se ordena su derivación para evaluación.

II- Evaluación de Salud Mental por un equipo compuesto de por lo menos un médico psiquiatra, un psicólogo y un trabajador social. El equipo así constituido deberá emitir un informe fundado que establezca la admisibilidad al Programa. Especificando, si correspondiera la admisión, a que dispositivo de tratamiento (dispositivo para atención de episodios agudos, dispositivo para atención de trastornos mentales severos, dispositivo residencial para personas declaradas inimputables)

III- Durante este examen, se tomarán los primeros recaudos tendientes a la contención terapéutica que corresponda, en base a la siguiente lógica de procedimiento:

- a) Diagnóstico Clínico Presuntivo.
- b) Propuesta de Tratamiento inmediato.

IV- Si las condiciones vitales de la persona evaluada fueran críticas, se deberá proceder a dar atención a esta contingencia, derivando para tratamiento a un hospital de agudos, por medio de una intervención del S.A.M.E o a hospital penitenciario según corresponda, de acuerdo a la urgencia, y a la capacidad de respuesta efectiva a esta problemática. Todo ingreso o traslado, deberá ser comunicado al Juzgado interviniente o de turno especificando motivos, si correspondiere.

2.5.- Resultados e impacto esperados

En la población destinataria es esperable lograr una mayor adecuación de la atención para las distintas problemáticas, ya sea que se trate de un episodio agudo o de un trastorno mental severo.

2.6.- Conformación del equipo de trabajo

El equipo de evaluación es diferente al de tratamiento y se constituye como equipo sanitario autónomo, diferenciándose de los del Cuerpo Médico Forense.

Su plantel se conformará principalmente por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y abogados, quienes se ocuparán de realizar las entrevistas, los informes interdisciplinarios, en términos de recomendaciones para las posteriores derivaciones correspondientes.

Una vez finalizado el informe interdisciplinario, se procederá a ejecutar las recomendaciones realizadas.

2.7.- Actividades

Se realizarán las siguientes actividades:

I.- Entrevistas interdisciplinarias con las personas alojadas en las Unidades Psiquiátricas del SPF al momento de implementación del presente programa.

II.- Entrevistas con las personas que ingresan al SPF con algún pedido de evaluación acerca de su salud mental.

III.- Lectura y relevamiento de datos contenidos en los expedientes o registros de cada persona.

IV.- Entrevistas a referentes vinculares de la persona, no circunscribiéndonos sólo a familiares del mismo, sino también a terceros con quienes tenga un vínculo significativo.

V.- Informes interdisciplinarios para cada uno de los casos abordados.

VI.- Gestiones correspondientes en virtud de las recomendaciones surgidas de los informes interdisciplinarios.

VII.- Reuniones periódicas de equipo de todos los integrantes del Programa.

3. DISPOSITIVO DE TRATAMIENTO

3.1. Lineamientos generales

Las personas con padecimiento mental tienen derecho a recibir atención sanitaria y social, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud (Capítulo IV, art. 7 de la Ley 26.657).

En relación a tratamiento igualitario, la población carcelaria recibirá el mismo trato que cualquier persona con sufrimiento mental y en el marco del modelo de atención de la salud mental integrado al sistema de salud pública. El mismo prevé la internación en el hospital general (HPC) y el debido proceso en la gestión clínica y de derechos de las personas. (Salud Mental y Derechos Humanos- Vigencia de los estándares internacionales – OPS -2009).

El equipo interdisciplinario del Hospital Penitenciario Central I de Ezeiza tendrá a su cargo la gestión terapéutica en dos dispositivos complementarios:

El Dispositivo de Atención de Episodios Agudos y el Dispositivo de atención de Trastornos Mentales Severos.

3.2. Dispositivo para atención de episodios agudos

3.2.1. Población a la que está dirigida el dispositivo

Este dispositivo está dirigido a personas que atraviesan una situación de urgencia en salud mental, encontrándose alojadas bajo la responsabilidad del Servicio Penitenciario Federal, derivadas del equipo de evaluación.

3.2.2. Objetivo general

Brindar atención integral de urgencia por parte del equipo interdisciplinario de Salud Mental del Hospital Penitenciario Central I de Ezeiza, a las personas alojadas en el Servicio Penitenciario Federal o derivadas por Poder Judicial en situaciones de crisis. Entiéndase por crisis la ruptura del equilibrio biopsicosocial. (Protocolo de urgencia en Salud Mental- DNSMyA)

3.2.3. Objetivos específicos

- Brindar atención del episodio agudo en la guardia de tal forma de reducir el nivel de crisis.

3.2.4. Metodología

Al momento de la internación, se realizará un examen médico clínico de rutina, por parte del equipo sanitario del HPC I.

Se procederá luego a realizar una evaluación por parte de un equipo interdisciplinario de salud mental y construcción de una estrategia terapéutica, según lo promovido por el Capítulo V en sus artículos 8, 9, 10, 11 y 12 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Se implementará la metodología de intervención en crisis y de acuerdo a cada caso en particular se incluirán intervenciones psicofarmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales. La estrategia terapéutica incluye el abordaje familiar y vincular.

Según la evolución del tratamiento, la persona podrá ser derivado a una Unidad del Servicio Penitenciario Federal, al Dispositivo de atención de Trastornos Mentales Severos, al Dispositivo de Egreso o bien el pasaje directo a la comunidad, si correspondiere. En este último caso, cuando la persona se encuentre jurídica y psicosocialmente en condiciones de comenzar el proceso de externación del sistema, se le deberá proveer el apoyo que resulte necesario.

3.2.5 –Resultados e impacto esperado

Atención de la urgencia. Guardia permanente. Estrategia terapéutica a corto y a mediano plazo- referencia a otro dispositivo de la red y estrategia de seguimiento.

3.2.6 –Conformación del equipo de trabajo

Equipo interdisciplinario que estará compuesto por médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos, y enfermeros.

3.2.7 –Actividades

Asistenciales: Atención de la urgencia – intervención en crisis – guardia permanente

Individuales: Consultorios de seguimiento, atención en sala durante la internación. Interconsulta.

Grupales: grupo terapéutico – terapia familiar – vincular – redes de acompañamiento y sostén en el proceso salud enfermedad (modelo multifamiliar).

Institucionales: Interconsulta- Trabajo intersectorial- Reuniones del equipo interdisciplinario de salud mental. Reuniones con referentes y autoridades hospitalarias.

Reuniones con otros efectores del Programa Interministerial de Atención e Inclusión Comunitaria para personas con padecimiento mental (PRISMA).

3.2.8 –Indicadores de impacto:

-Sentido de pertenencia y Reforzamiento de la identidad del usuario

-Mejor nivel de socialización, autonomía y autodeterminación.

-Adquisición de destrezas y habilidades para la vida.

-Lazo sociofamiliar construido

-Redes de sostén organizadas

-Usuarios promocionados a dispositivo de egreso

-Usuarios egresados y referidos directamente a la comunidad dando continuidad a su tratamiento ambulatorio.

-Inclusión de la salud mental en el espacio general de salud

-Disminución del estigma y discriminación hacia la población objetivo

3.3. Dispositivo de Atención de Trastornos Mentales Severos

3.3.1 Población a la que está dirigida el dispositivo

Este dispositivo está dirigido a personas derivadas del equipo de evaluación, de acuerdo a lo establecido en el Punto 2 del Protocolo.

3.3.2 Objetivo general

Brindar la atención integral de la población objetivo.

3.3.3 Objetivos específicos

- Desarrollar intervenciones psicofarmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales.
- Realizar abordajes familiares y medidas de revinculación.
- Promover el reforzamiento de factores protectores y la disminución de los factores de riesgo para la salud mental.

3.3.4 Metodología

El equipo interdisciplinario desarrollará una estrategia terapéutica para cada caso en particular; según las condiciones de Salud Mental y Psicojurídicas. El abordaje psicosocial tendrá por objetivo último favorecer la inclusión en la sociedad.

3.3.5 Resultados e impacto esperado

Se espera lograr: la mejoría del estado de salud que originó la internación, desarrollar mayor autonomía y autodeterminación. La adquisición de destrezas y habilidades para la vida. Un cambio de la subjetividad que le permita asumir las responsabilidades de sus actos. Construcción de lazos sociofamiliares. Organización de redes de sostén, promoción de usuarios a dispositivos de egresos o a la comunidad.

3.3.6 –Conformación del equipo de trabajo:

Equipo interdisciplinario estará compuesto por médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos, enfermeros, y profesionales de la educación.

La Coordinación podrá incorporar también recurso no formal, voluntarios, usuarios y familiares entre otros. Se contará con el sistema de custodia policial y medidas de seguridad del predio

3.3.7 Actividades

Grupales: grupo terapéutico – terapia familiar – vincular – redes de acompañamiento y sostén en el proceso salud enfermedad. (modelo multifamiliar) y entrevistas individuales si la situación del paciente lo requiere.

Institucionales: Interconsulta- Trabajo intersectorial- Reuniones del equipo interdisciplinario de salud mental. Reuniones con referentes y autoridades hospitalarias.

Reuniones con otros efectores del Programa Interministerial de Atención e Inclusión Comunitaria para personas con padecimiento mental (PRISMA)

Preventivo. Promocionales: potenciar la adquisición de habilidades para una vida saludable.

Promoción social (grupo de pertenencia – espacio habitacional adecuado y posible- alimentación y vestido-) cultural (recreación – uso saludable del tiempo libre – educación – capacitación en oficios -) laboral (calificación de mano de obra- inclusión en talleres productivos- cooperativas – emprendimientos laborales – empresa social- contratos laborales con organismos gubernamentales y no gubernamentales).

Rehabilitación sanitaria y sociocultural de las personas que padecen trastorno mental.

3.3.8 Indicadores de impacto

- Sentido de pertenencia y Reforzamiento de la identidad del usuario
- Mejor nivel de socialización, autonomía y autodeterminación.
- cambio de la subjetividad que le permita asumir las responsabilidades de sus actos.
- Adquisición de destrezas y habilidades para la vida.
- Lazo sociofamiliar construido
- Redes de sostén organizadas
- Usuarios promocionados a dispositivo de egreso

- Usuarios egresados y referidos directamente a la comunidad dando continuidad a su tratamiento ambulatorio.
- Inclusión de la salud mental en el espacio general de salud
- Disminución del estigma y discriminación hacia la población objetivo

3.4. Dispositivo Residencial para personas declaradas inimputables

Lineamientos Generales

Se implementará el mismo modelo de atención en salud mental comunitaria que en las instancias anteriores vinculado al enfoque de derechos y prácticas de atención biopsicosocial, teniendo en consideración la particularidad del marco jurídico que supone la aplicación del Art. 34 del Código Penal.

3.4.1- Población a la que está dirigida

Personas a las que se les imputa la comisión de un delito pero que no pueden afrontar el reproche jurídico por no poder dirigir sus acciones o comprender la criminalidad de su acto.

3.4.2 Objetivo general

Brindar la atención integral de la población objetivo.

3.4.3 Objetivos Específicos

- Desarrollar intervenciones psicofarmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales.
- Realizar abordajes familiares y medidas de revinculación.
- Promover el reforzamiento de factores protectores y la disminución de los factores de riesgo para la salud mental.

3.4.4 Metodología

El equipo interdisciplinario desarrollará una estrategia terapéutica para cada caso en particular; según las condiciones de Salud Mental y Psicojurídicas. El abordaje psicosocial tendrá por objetivo último favorecer la inclusión en la sociedad. Se destaca la importancia del abordaje promocional de la población objetivo teniendo en cuenta el doble estigma que incide sobre ella.

3.4.5 Resultados e impacto esperado

Se espera lograr: la mejoría del estado de salud que originó la internación, desarrollar mayor autonomía y autodeterminación. La adquisición de destrezas y habilidades para la vida. Construcción de lazos sociofamiliares. Organización de redes de sostén, promoción de usuarios a dispositivos de egresos o a la comunidad.

3.4.6 –Conformación del equipo de trabajo:

Equipo interdisciplinario estará compuesto por médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos, enfermeros y profesionales de la educación.

El coordinador podrá incorporar también recurso no formal, voluntarios, usuarios y familiares entre otros. Se contará con el sistema de custodia policial y medidas de seguridad del predio.

3.4.7 Actividades

Rehabilitación sanitaria y sociocultural de las personas que padecen trastorno mental. Grupales: grupo terapéutico – terapia familiar – vincular – redes de acompañamiento y sostén en el proceso salud enfermedad. (Modelo multifamiliar) y entrevistas individuales si la situación del paciente lo requiere.

Institucionales: Interconsulta- Trabajo intersectorial- Reuniones del equipo interdisciplinario de salud mental. Reuniones con referentes y autoridades hospitalarias.

Reuniones con otros efectores del Programa Interministerial de Atención e Inclusión Comunitaria para personas con padecimiento mental (PRISMA)

Preventivo promocionales: potenciar la adquisición de habilidades para una vida saludable.

Promoción social (grupo de pertenencia – espacio habitacional adecuado y posible- alimentación y vestido-) cultural (recreación – uso saludable del tiempo libre – educación – capacitación en oficios-) laboral (calificación de mano de obra- inclusión en talleres productivos- cooperativas – emprendimientos laborales – empresa social- contratos laborales con organismos gubernamentales y no gubernamentales).

3.4.8 indicadores de impacto

- Sentido de pertenencia y Reforzamiento de la identidad del usuario
- Mejor nivel de socialización, autonomía y autodeterminación.
- Adquisición de destrezas y habilidades para la vida.
- Lazo sociofamiliar construido
- Redes de sostén organizadas
- Usuarios promocionados a dispositivo de egreso
- Usuarios egresados y referidos directamente a la comunidad dando continuidad a su tratamiento ambulatorio.
- Inclusión de la salud mental en el espacio general de salud
- Disminución del estigma y discriminación hacia la población objetivo

4.- DISPOSITIVO DE INCLUSIÓN COMUNITARIA PARA PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL EGRESADAS DEL SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL

4.1.- Lineamientos generales

El presente programa se plantea estrategias de intervención y seguimiento de las personas egresadas o por egresar del SPF con problemáticas de salud mental de las que, luego de la evaluación del equipo de Admisión, se determine la necesidad de su seguimiento personal y comunitario por un período de doce meses aproximadamente. La admisión al Dispositivo de Egreso se determinará por la necesidad de que la persona reciba un acompañamiento individual y comunitario para su eficaz y efectiva inclusión social.

Será responsabilidad de los profesionales tratantes, así como también de la Dirección Nacional de Readaptación Social, ofrecer la posibilidad de admitir al momento de su liberación, por cualquier causa (aquellas personas que con cumplimiento efectivo de su condena, con medidas de libertad anticipada y con cese de la medida de seguridad del art. 34 CP), el ingreso a este Dispositivo.

Se trata de un dispositivo sanitario abierto, ajeno al Sistema Penal y que encuentra su objetivo principal en garantizar la inclusión social exitosa de la persona que egresa.

La perspectiva psicosocial será el eje del programa, en tanto permite monitorear las formas de la responsabilidad del sujeto frente a la Ley.

Ello permitirá el diseño de estrategias de intervención que redunden en la posibilidad de reinserción social efectiva, a través de la disminución del nivel de vulnerabilidad de los participantes.

4.2.- Marco conceptual

La presencia de dispositivos que promuevan la revinculación de la comunidad con las personas que egresan del Dispositivo de Salud Mental Penitenciaria (DSMP) y del Servicio de Atención de Inimputables (SAI), del Servicio Penitenciario Federal, representa la oportunidad de que la comunidad participe de un circuito en el que no se ve necesitada de excluir a la persona, incrementando, a su vez, sus posibilidades de contención y crecimiento vincular.

Esto implica que la persona se encuentre en condiciones básicas para poder compartir el espacio de tareas con otros, en el sentido tanto de su salud como en el de la convivencia armónica y pacífica con los demás.

Las condiciones de encierro apartan al sujeto de la comunidad en la que se constituyó, creando condiciones de artificialidad que, lejos de enfrentarlo con los efectos de sus acciones, lo ubica en una situación de pasividad y extrema vulnerabilidad.

4.3.- Población a la que está dirigido el Dispositivo

El Dispositivo se encuentra destinado a aquellas personas que provengan del DSMP y SAI, ambos dependientes del SPF. En el caso del primero, una vez concluida la pena o por haber accedido a medidas de libertad anticipada y, en el caso del SAI, con el cese de la medida de seguridad.

4.4.- Objetivos

4.4.1.- Generales

- I.- Promover la inclusión social.
- II.- Facilitar la reasunción de la autonomía personal.
- III.- Estimular la reconstrucción de un proyecto de vida saludable.

4.4.2.- Específicos

- I.- Realizar evaluaciones de diagnóstico de vulnerabilidad psicosocial y sociopenal.
- II.- Efectuar las intervenciones psicosociales correspondientes a los resultados obtenidos en el punto I de este apartado.
- III.- Efectuar revinculación comunitaria con la familia y el entorno social de los participantes del Programa.
- IV.- Generar lazos tendientes a la inclusión laboral y educativa de las personas participantes del Programa.
- V.- Promover la planificación de proyectos de vida saludables, en los aspectos sociales, ambientales, psicológicos y médicos.

4.5.- Metodología

El modelo a seguir es el de *la Clínica de la Vulnerabilidad Psico- Social*, a través de la contención comunitaria, recurriendo a estrategias de intervención alternativas al “Control Social Institucional Punitivo-Represivo”. La estrategia procura reconstruir redes vinculares y grupales que fortalezcan al sujeto y que lo disuadan de incurrir en acciones que entren en conflicto con la ley. Asimismo, la metodología de la Clínica de la Vulnerabilidad Psicosocial procura colaborar en el proceso de inclusión social, en contraste con la vida en el encierro.

4.6.- Resultados e impacto esperados

En la población destinataria es esperable lograr:

- I.- Un mejoramiento en la calidad de vida a través del cumplimiento de los derechos humanos.
- II.- Un reposicionamiento subjetivo que implique en la persona la posibilidad de reconocer los aspectos de la personalidad y las condiciones sociales en que se encuentra actualmente, y las anteriores, que lo llevaron a la institución de encierro.
- III.- Un desmantelamiento de las falsas asociaciones y estigmatizaciones surgidas en el marco de la institución de encierro.
- IV.- Un mejoramiento en las áreas de afecto, trabajo, salud y educación, a través de la identificación de necesidades realizada en el primer trimestre de abordaje.

4.7.- Conformación del equipo de trabajo

El equipo de trabajo se divide en dos subequipos, a saber:

- I.- Seguimiento institucional: compuesto por profesionales (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales) que se ocuparán de realizar entrevistas de seguimiento en el

marco de la casa de convivencia en donde se encuentren alojadas las personas participantes del dispositivo.

II.- Abordaje comunitario: compuesto por profesionales (psicólogos, abogados, psiquiatras, trabajadores sociales) que se ocuparán de realizar los contactos con el entorno familiar y vincular de las personas participantes del dispositivo, con el objetivo de afianzar los lazos comunitarios y acelerar el proceso de inclusión social.

Los equipos se constituirán en duplas interdisciplinarias de trabajo, que serán las encargadas de realizar el trabajo de monitoreo, acompañamiento y asistencia.

En el curso del primer mes de trabajo en cada uno de los casos, se espera identificar las necesidades en torno a las áreas de trabajo, salud y educación. Ello redundará en el abordaje de las condiciones afectivas, sanitarias, laborales y educativas, a través de las gestiones que correspondan en cada caso.

4.8.- Actividades

I.- Cada dupla, en cada caso, realizará las siguientes actividades:

- a. Entrevistas con las personas participantes del dispositivo.
- b. Trabajo en grupo. Cada dupla coordinará quincenalmente a un grupo de las personas participantes del dispositivo. Se buscará permanentemente la participación activa de las personas participantes del dispositivo en las actividades y desarrollo del programa.
- c. Entrevistas con el entorno familiar de las personas participantes del dispositivo. Se buscará la participación activa de los familiares o grupo de referencia. Para ello se realizarán entrevistas con los mismos en el domicilio de residencia y en caso de ser pertinente, en la misma institución.
- d. Visita y recorrida del entorno barrial de las personas participantes del dispositivo.
- e. Identificar, solicitar, gestionar, facilitar y ejecutar programas, planes, subsidios, seguros de desempleo y/o cualquier otro recurso de las diversas agencias de la administración local, provincial o nacional y del sector privado.
- f. Visitas a potenciales lugares de trabajo y/o promover y auxiliar la conformación de emprendimientos económicos solitarios o en conjunto, prioritariamente, por parte de las personas que recuperan la libertad.
- g. Cobertura y gestión de las necesidades sanitarias (tratamientos, análisis, etc.).
- h. Cobertura y gestión de las necesidades educativas (tramitación de títulos, certificados, información de cursos, carreras, etc.).

II) En cuanto al funcionamiento interno del Programa, todos los integrantes realizarán las siguientes actividades:

- a. Reuniones de equipo con los integrantes del Programa. Su fin es lograr que el diseño interdisciplinario de las intervenciones y acciones emprendidas cumplan con los objetivos y condiciones fijados para el Programa.
- b. Supervisiones con expertos en clínica forense y psicología comunitaria. Su función es despejar dudas e inquietudes del curso de las intervenciones y que los supervisores, cada uno en su especialidad, puedan indicar puntos de conflictividad que el profesional no haya detectado.
- c. Emisión de Informes técnicos para cada uno de los casos abordados. Cada caso contará con un legajo de seguimiento, en el que los profesionales, siguiendo las pautas de confidencialidad, volcarán las observaciones e intervenciones correspondientes.

Es importante hacer hincapié en el derecho de la persona de acceder a su historia clínica y en el carácter confidencial de la misma.

4.9.- Indicadores de impacto

Se profundizará el análisis de distintos indicadores que permitirán ir comprobando parcialmente la efectividad de las actividades que se estén ejecutando. En este grupo podemos ubicar:

I.- Inclusión educacional.

- II.- Inclusión laboral.
- III.- Integración vincular.
- IV.- Relaciones sociales en la institución, con los profesionales y con los compañeros.
- V.- Grado de internalización de las normas en cuanto a la implicación y responsabilización por sus actos.
- VI.- Construcción de un proyecto de vida futura.

ANEXO 2

INFORME DE GESTION PRISMA

EQUIPO DE INCLUSIÓN SOCIAL

6 de Febrero de 2012

Informantes:

Lic. En psicología Rodríguez, Mauro Andrés & Lic. En Trabajo social Edgardo Márquez.

1- ORGANIZACIÓN del EQUIPO de INCLUSIÓN SOCIAL del PRISMA

Con el objeto de ejemplificar el funcionamiento del dispositivo se lo ha diferenciado en diversas actividades claves para el mismo, las que no representan divisiones en las prácticas cotidianas, sino que se utiliza esta modalidad para una mejor comprensión de la tarea.

Inicialmente, dentro del Dispositivo conviven tres grandes áreas de trabajo, a saber:

- 1- SEGUIMIENTO E INCLUSIÓN SOCIAL
- 2- CASA PRISMA (Planificación)
- 3- INTEGRACIÓN SOCIO-COMUNITARIA

2- DESARROLLO DEL INFORME

2.1- SEGUIMIENTO E INCLUSIÓN SOCIAL

El equipo de Inclusión Social lleva adelante sus funciones desde el momento en que una persona es evaluada y cumple con los requisitos establecidos para su admisión bajo la órbita del Programa.

En dicha oportunidad, el equipo jurídico efectúa un relevamiento y seguimiento de la causa judicial, contactando al/los Juzgado/s interviniente/s, al Defensor Oficial de la persona y al área Judicial del Servicio Penitenciario Federal (SPF) con el objeto de poder delimitar el tiempo estimado de permanencia de la persona dentro del SPF.

Cumplido este proceso, se informa a los referentes del Dispositivo sobre la posibilidad de egreso de la persona del lugar de detención, y se asigna de acuerdo a la proximidad de egreso una dupla de seguimiento para su vinculación con la persona y el equipo que lleva adelante su tratamiento en Salud Mental en situación de encierro.

Las duplas de trabajo se constituyen toda vez que ello sea posible, entre integrantes de disciplinas diversas y de distinto sexo (varón – mujer), comenzando su intervención aproximadamente seis (6) meses antes al egreso de la persona, circunstancia ligada al cumplimiento de la condena más que al alta del tratamiento.

La conformación de la dupla participante, se encuentra determinada en función de las necesidades del paciente y de la lectura clínica efectuada sobre el caso. En todos los casos, el contacto con la familia y grupo vincular se realiza a través de estas mismas duplas asignadas al caso.

El seguimiento de los casos los realizan profesionales psicólogos y trabajadores sociales. En los casos en que se requiere la participación de un acompañante terapéutico, a partir de la incorporación de Profesionales en el mes de Diciembre 2011 se realizan en forma alternada y, considerando las características del caso particular y la carga horaria requerida los mismos integrantes del equipo mencionados.

En todos los casos, los primeros contactos con la persona se realizan intra muros y en compañía de alguno de los abogados del Equipo, a fin de garantizar la cobertura de todas las dudas referidas a la situación jurídica.

Seguimientos realizados al 6 de Febrero de 2012

A la fecha el Equipo de Inclusión Social ha realizado el seguimiento de 21 (Veintiún) personas egresadas del Dispositivo de Tratamiento de Hombres y 4 (cuatro) personas egresadas del Dispositivo de Tratamiento de Mujeres. En todos los casos, el abordaje se inició con la averiguación del estado judicial de las causas, el relevamiento de la situación familiar y vincular de las personas, las condiciones sociales y civiles (portación de DNI, obra social, pensión, etc.).

Esta tarea se efectúa para la totalidad de los pacientes alojados por el Servicio Penitenciario Federal (SPF), dando lugar a la posibilidad de vinculación con dichas personas, lo que permite un trabajo más exitoso en el momento de su externación.

Una vez egresadas del SPF, el primer paso consistió en la ubicación habitacional en función de los recursos existentes de cada una de las personas, reuniones familiares, visitas a los lugares de alojamiento, tramitación de tratamientos ambulatorios, acompañamiento terapéutico personal y familiar y tramitación de documentación y beneficios sociales correspondientes a cada caso.

De los 25 egresos, a la fecha se registra 2 reingresos, el primero de ellos, entendemos podría deberse a las condiciones de extrema urgencia en que fue comunicada a este Equipo la necesidad de abordaje del caso, no dejando margen para un abordaje integral y exitoso. Este egreso se corresponde a la semana inicial de puesta en marcha del Programa, y la persona en cuestión no reúne los criterios para pertenecer al PRISMA. En el segundo caso, al acudir al lugar de internación de la persona, ésta ya se había retirado del mismo, sin posibilidad de contactarlo. Al reingresar al Servicio Penitenciario, no fue admitido por el PRISMA por no reunir los criterios establecidos en el mismo.

Asimismo, se han realizado 3 seguimientos de personas que han sido trasladadas a otras Unidades Penales del SPF, trabajando en los tres casos en la contención de la persona próxima a trasladarse y gestionando con la Unidad receptora las tramitaciones correspondientes.

A la fecha se mantiene contacto telefónico con frecuencia semanal con las personas trasladadas, así como con la familia y el abogado defensor de cada una de ellas.

De los 25 (veinticinco) egresos, sólo 4 (cuatro) mantienen internación hospitalaria.

Visitas intramuros

Durante los meses de agosto a noviembre del 2011, el equipo de *Inclusión Social* ha mantenido asambleas semanales tanto con los hombres como con las mujeres alojadas por el Servicio Penitenciario Federal, con el objetivo de reforzar las prácticas comunitarias dentro de la Institución carcelaria.

A partir del mes de diciembre, debido a la numerosidad de integrantes y habiéndose constatado la eficacia de la vinculación pretendida con los usuarios del PRISMA, se decidió modificar la frecuencia y modalidad de las visitas a los penales, concurriendo

a partir de entonces las duplas de seguimiento en compañía de alguno de los abogados del dispositivo semanalmente.

Los objetivos de estas visitas consisten en:

- Generar contacto personal con las y los pacientes,
- Que los pacientes conozcan los objetivos de trabajo del Equipo de Inclusión Social
- Contribuir al mejoramiento de las condiciones de habitabilidad de las y los pacientes, mediante la implementación de actividades de Inclusión Social:
 - Espacio de consultas sobre situación jurídica
 - Entrevistas de seguimiento con psicólogos y trabajadores sociales para los casos de personas próximas a egresar del Dispositivo de Tratamiento
 - Actualización sobre los derechos de los pacientes
 - Organización en conjunto con el Equipo de Tratamiento de visitas de autoridades del ámbito Judicial

Guía de Recursos

A la fecha se han mantenido reuniones de trabajo con autoridades de diversas organizaciones y efectores locales y de otras jurisdicciones. Ellos son:

- Procuración Penitenciaria Nacional – Lic. Liliana Martinez
- Juzgado Nacional de Ejecución Penal Nº 1, a cargo del Dr. Costabel
- Juzgado Nacional de Ejecución Penal Nº 2, a cargo del Dr. Peluzzi.
- Juzgado Nacional de Ejecución Penal Nº 3, a cargo del Dr. Axel López
- CENARESO
- SEDRONAR
- Centro Carlos Gardel
- Hospital de Agudos Dr. Torcuato de Alvear
- Hospital Neuropsiquiátrico Borda
- Patronato de Liberados de la Provincia de Buenos Aires
- CÁRITAS Argentina – Hogares de Tránsito.
- Ministerio Público de la Defensa
 - Defensoría Nº 1 Dra. Graciela De Dios
 - Defensor de Ejecución Dr. Alderete Lobo.
- Tribunal Oral en la Criminal Nº 9
- Red FUV (Red de Familiares, Usuarios, Estudiantes y Voluntarios en Salud Mental)
- Proyecto 7 (Hogar habitacional)
- DADSE
- CNPA
- ANSES
- CAL'S
- PAMI/PROFE
- Hosp. Comunitario
- CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales)

Registros Jurídicos

La gestión que realiza el equipo jurídico de PRISMA, puede dividirse en 3 grandes ejes, con distintas líneas de trabajo en cada uno,

a. Seguimiento de causas: consiste en el seguimiento de la causa acorde a un filtro de prioridades, como seguimiento de medidas de seguridad y su posible cese, de incapacidad para declarar en juicio, seguimiento de informes del Cuerpo Médico Forense, vencimientos de condena, etc.

Hasta la fecha, se está efectuando el seguimiento de 99 causas judiciales, tres de las cuales corresponden a personas que fueron trasladadas a régimen común, desvinculándose del Programa.

La tarea también comprende la presentación de propuestas ante los juzgados frente a los posibles egresos, control de internaciones o ceses de medidas de seguridad. Así como también se intermedia entre los usuarios y su Defensor Oficial (sea público o privado) para articular las distintas estrategias tendientes a la externación de las personas, también atendiendo a distintos problemas que puedan tener los usuarios en sede civil que dificulte aún más su inclusión social (divorcios, tenencia de hijos, sucesiones, etc). En este último caso la tarea se reduce al asesoramiento pertinente y la vinculación con entes públicos encargados de resolver los litigios correspondientes.

b. Entrevistas en el Hospital Penitenciario Central. Para poder evacuar dudas de los usuarios, algún tipo de asistencia jurídica y evaluar qué tipo de tareas se pueden realizar en el marco de lo permitido por el programa.

c. Trabajo interno. Consiste en la producción de informes jurídicos de seguimiento. Información enviada hacia las duplas de Inclusión. Elaboración y mantenimiento de listas de evaluación, de posibles egresos, etc. Vinculación con efectores del Sistema Judicial tanto Federal como de las distintas jurisdicciones.

Toda la información pormenorizada de las causas, estados y fechas de egreso posible se encuentran registrados en una base de datos a cargo de la dupla de referentes del dispositivo.

Cabe destacar que desde la gestión llevada adelante por este equipo, se han logrado medidas judiciales sin precedentes como pueden ser la obtención de los beneficios de egresos anticipados, libertades asistidas y condicionales, los que se constituyen en Derechos restituidos a las personas que por su padecimiento mental estaban excluidas del régimen de Progresividad, en un claro acto de discriminación.

En otro orden de cosas, algunos Juzgados han depositado en el equipo de Inclusión Social la responsabilidad de colaborar con el Patronato de Liberados para el seguimiento de las personas egresadas por medidas anticipadas, así como también han autorizado el egreso de personas bajo la condición del acompañamiento del equipo.

2.2- CASA PRISMA (Planificación)

En función de lo programado para el cumplimiento del Objetivo General del Programa Interministerial de Salud Mental Argentino, y de las necesidades relevadas en el funcionamiento del mismo desde su puesta en marcha, se procedió durante el mes de enero a una revisión de instituciones afines y de los supuestos que subyacen las prácticas que allí se realizan.

De lo trabajado se propone el siguiente esquema provisorio de funcionamiento de la Casa Prisma, sujeto a consideración del equipo de trabajo y de las autoridades implicadas.

La Casa Prisma es una propuesta en salud mental orientada a propiciar la inclusión social de los usuarios del Programa Interministerial de Salud Mental Argentino, en su vínculo con la comunidad, a través de iniciativas organizadas en tres dispositivos principales:

SERVICIO RESIDENCIAL

Contempla la gestión de 8 lugares para el alojamiento de usuarios de PRISMA en situación de desventaja social, por un tiempo mínimo de 4 meses aproximadamente, dependiendo el máximo de permanencia de cada caso en particular, siendo lo esperado un tiempo de un año.

Comprende el trabajo en las siguientes áreas: convivencial interpersonal, actividades de la vida diaria (necesidades básicas de alimentación y aseo) y el mantenimiento de la habitabilidad de la residencia (limpieza, refacciones), trabajando derechos y responsabilidades inherentes a su alojamiento en la residencia.

Supone desde un inicio a estas áreas en función de un Proyecto Terapéutico Personalizado (PTP) que incluya desde un comienzo la consideración de la situación de desventaja social por la que ingresa en este dispositivo.

Servicio Diurno (Centro de Día - ver punto 2.3-)

Actividades diurnas destinadas a usuarios del programa.

Tiende a promover la inclusión sociolaboral de la persona atendiendo el proceso singular por parte del equipo técnico, a la vez que se trabaja sobre aquellos aspectos que la dificulten.

Propiciar la inserción socio comunitaria, acercando referentes familiares y/o barriales que puedan acompañar la inclusión del usuario y la construcción y/o mantenimiento de su proyecto personal.

Se contemplan:

- Emprendimientos laborales: ensaladas, huerta, panadería, bijouterie, textil, etc.
- Asamblea de usuarios: mensual
- Grupo terapéutico: semanal
- Multifamiliar: mensual
- Formulación individual del plan terapéutico personal

Centro Comunitario (red FUV, comunidad, etc)

Incluye actividades abiertas a la comunidad y la coordinación de propuestas con otras organizaciones.

Se propone hacer de la casa un espacio interesante, convocante, que visibilice la casa en el barrio y aproveche los recursos comunitarios tendiendo continuamente al trabajo de inclusión social en el seno mismo de la sociedad.

Contempla la realización de talleres, cursos, actividades recreativas/deportivas, etc.

2.3- INTEGRACIÓN SOCIO-COMUNITARIA.

El equipo de Integración Socio-Comunitaria del PRISMA propone la creación de un espacio que acompañe a las personas en situación de vulnerabilidad psicosocial que hayan estado en el Servicio Penitenciario Federal, en su integración a la vida en la comunidad, favoreciendo la creación de redes que contribuyan al desarrollo individual de estas personas. Se propone construir un espacio donde:

- se trabaje por la integración plena de las personas en situación de vulnerabilidad psicosocial;
- se identifiquen recursos existentes en la comunidad que favorezcan dicha integración;
- se establezcan redes con diferentes instituciones, dispositivos, programas de base comunitaria;

- se fortalezcan las redes ya existentes a través de la planificación de actividades inclusivas.

A su vez, el trabajo tendrá objetivos específicos para con los usuarios del Programa PRISMA, los cuales están orientados a promover la participación de los usuarios en diferentes espacios comunitarios; favorecer la exploración de actividades de esparcimiento; favorecer la exploración de actividades laborales; favorecer el desarrollo de habilidades para el trabajo.

Para alcanzar estos objetivos, en el mes de diciembre se comenzó con un relevamiento institucional en los barrios cercanos a la Casa de medio camino del Programa PRISMA, con el fin de articular con los recursos ya existentes en los distintos lugares y poder dar mayor respuesta a las necesidades de los usuarios y poder trabajar mejor su inclusión social.

Recorriendo la zona y barrios vecinos se relevaron distintas instituciones, centros de salud, centros culturales, espacios barriales, instituciones gubernamentales y organizaciones auto convocadas, con los que se mantuvieron entrevistas y acordaron futuras articulaciones.

CENTROS DE SALUD

- Hospital Argerich
- CeSaC (Centro de Salud Comunitario) San Telmo. Gobierno de la ciudad
- CeSaC (Centro de Salud Comunitario) Barracas. Gobierno de la ciudad

CENTROS COMUNALES DE C.A.B.A

- Parador nocturno, Azucena Villaflor. Gobierno de la ciudad
- Hogar de la tercera edad. 7 de diciembre. Gobierno de la ciudad
- Hogar de noche. 26 de Julio. Gobierno de la ciudad

ORGANIZACIONES GUBERNAMENTALES

- Pro-huerta. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación
- I.N.T.A (Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria)
- Micro-crédito. Ministerio de Desarrollo social.
- Ventanilla Única Social. Gobierno de la Ciudad.
- Marca Colectiva. Ministerio de Desarrollo Social.
- Fortalecimiento de vínculos. Gobierno de la Ciudad.
- C.A.I.N.A (Centro de Atención Integral a la Niñez y Adolescencia. Gobierno de la Ciudad de Buenos aires).

ORGANIZACIONES INDEPENDIENTES

- Centro cultural de C.T.A.
- Articultores. Grupo de artistas y cultivadores urbanos.
- Proyecto ISOLE. Emprendimientos laborales que trabajan por la Integración Socio-económica de personas en situación de exclusión social y desventaja psíquica.

El equipo de Integración Socio-Comunitaria se encuentra trabajando en el armado de Emprendimientos Laborales y Actividades Recreativas en la casa de medio camino con los usuarios, así como también en actividades en el barrio utilizando espacios sociales.

Hoy se encuentra en pleno funcionamiento el emprendimiento de ENSALADAS DE FRUTAS, las cuales son comercializadas en el Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Desarrollo Social, como también en la vía pública e instituciones cercanas a la casa PRISMA.

En el emprendimiento participan 6 usuarios egresados del Sistema Penitenciario, organizados con la metodología de COOPERATIVA, con funciones asignadas acorde a sus intereses, saberes e inquietudes (Corte, armado, limpieza, venta, arte, gestión, etc.). Se realizan semanalmente asambleas de trabajadores y espacios de reflexión del trabajo. El Emprendimiento tiene como objetivo inmediato, dar respuesta a la necesidad económica, pero a largo plazo se propone construir un grupo de trabajo autogestivo, que genere y mantenga una actividad productiva acorde a los intereses que se van presentando y la demanda real del mercado.

Está programado un ciclo de clases de Kick Boxing a cargo de un usuario campeón sudamericano, en el Parque Lezama. También se encuentra en proceso el armado de un Emprendimiento de Plantines y venta de humus (LA COMPOSTERA). Para este emprendimiento se realizó contacto con el Programa PRO-HUERTA y ARTICULADORES para su asesoramiento, y con el equipo de tratamiento de la Unidad IV de mujeres de Ezeiza, para trabajar desde su estadía en el penal en el mismo proyecto con una misma línea y criterio. Hay otros emprendimientos pensados para ser llevados a cabo como, por ejemplo: diseño de ropa, una banda musical, los cuales irán tomando forma a medida que vaya consolidando un grupo.

El Equipo de Integración Socio-Comunitaria forma parte del Equipo técnico de Casa PRISMA, el cual está trabajando en la organización de la misma, planificando los distintos servicios y actividades que conformarán la dinámica de la casa.

Reuniones de Equipo

Es el ámbito en el que la totalidad del Equipo se encuentra, se discute el seguimiento de los casos, nuevos casos a abordar, estrategias de intervención, contactos institucionales, necesidades de los integrantes y dificultades de las estrategias diseñadas, así como las soluciones a implementar. Las mismas se llevan adelante los miércoles a partir de las 14 hs. en el inmueble en la calle Brasil 457/61 de CABA (alquilado por la dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones al efecto de implementación del programa y las acciones enunciadas).

3- RESUMEN

Total de personas bajo seguimiento: 99

Seguimiento actual de personas en libertad: 21 hombres + 4 mujeres

Seguimiento de pacientes alojados en Unidades Penales: 60 hombres + 11 mujeres. 3 Hombres alojados en unidades comunes del SPF.

Pacientes próximos a egresar: 8 hombres + 2 mujeres.