

margen N° 82 - octubre 2016

Salud Mental, Sistema Penitenciario Federal y Programa Interministerial de Salud Mental Argentino. Tensiones e intervenciones en Problemáticas Sociales Complejas

Por Mariano Poblet Machado y Esteban D. Martin

Mariano Poblet Machado. Licenciado en Trabajo Social (UBA). Maestrando en Derechos Humanos (UNLa). Trabajador Social de Planta del Programa Interministerial de Salud Mental Argentino, PRISMA.

Esteban D. Martin. Licenciado en Trabajo Social (UNLaM). Maestrando en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Trabajador Social de Planta del Programa Interministerial de Salud Mental Argentino, PRISMA. Docente UBA.

En el presente trabajo analizaremos qué ocurre cuando las personas con problemáticas severas de salud mental son atrapadas por el sistema penal y cómo se intenta abordar dicha problemática a través de nuestro rol de Trabajadores Sociales en el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA).

Haremos una (muy) breve caracterización de la problemática de la salud mental en Argentina y su relación con las unidades penales. Desde esa óptica, intentaremos señalar algunas cuestiones relevantes que se generan al cruzarse el campo de la salud mental con la criminología y la justicia penal.

La Salud Mental y Unidades Penales en la Argentina -I-

Para comenzar, resulta destacable ubicar el inicio de la Salud Mental en la Argentina dentro de la línea teórica del “alienismo”, en donde el tratamiento se realizaba mediante el encierro de las personas, los “locos peligrosos”. En 1854 se creó el Hospicio de Mujeres -hoy llamado Braulio Moyano- y en 1863 el de Hombres, actualmente Hospital José T. Borda.

A mediados de 1940 se buscó “*abandonar la beneficencia y la caridad para convertir la asistencia médica en una obligación del Estado para con los ciudadanos*” [Falcone, 2000]. A su vez, surgieron las obras sociales sindicales. “*La actividad asistencial pasa a tener mayor desarrollo en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Los procesos de salud y enfermedad serán abordados como fenómenos sociales y colectivos*” [Falcone, 2000].

Dentro del campo penitenciario se desarrolló una Unidad dentro del Servicio Penitenciario Federal, especializada en Salud Mental, llamada Unidad N° 20. Su historia se remonta al año 1967, cuando los internos con enfermedades mentales que se encontraban bajo la supervisión del Instituto de Clasificación de Cárceles de Encausados fueron derivados al Pabellón “Lucio Meléndez”, ubicado en el Hospital Borda.

Durante la dictadura militar, directamente se desintegraron los servicios de Salud. Al mismo tiempo, se comenzó con una política privatista del campo de lo público, con fuerte incidencia en la salud.

Con la vuelta de la democracia, se buscó construir una política en Salud Mental para recuperar los espacios destruidos por la dictadura. Las propuestas fueron acompañadas por grupos de profesionales que promovían la discusión acerca de la institución manicomial. Buscaban la generación de cambios en los modelos de abordaje, especialmente las internaciones en los manicomios.

En los noventa se reafirmó una política neoliberal regida por la desregulación, la privatización y la competencia. La salud quedó en manos del mercado, de los grandes laboratorios y empresas de medicina.

En el año 2008 se creó el “Proyecto de Reforma de la Unidad 20”, que surgió a partir del informe “Vidas Arrasadas” realizado por el CELS y MDRI, en el cual se documentan las violaciones a los derechos humanos de las personas con padecimiento mental que se encontraban detenidas en dicha unidad.

Dicho proyecto buscaba que el tratamiento fuera realizado por un equipo de civiles, limitando las funciones del personal penitenciario a aquellas relacionadas con la seguridad. Básicamente, se buscaba la transformación del penal en un hospital psiquiátrico.

En el año 2010 se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) mediante el consenso entre legisladores, organizaciones sociales, de Derechos Humanos, de usuarios y familiares y de profesionales de la salud. Recibió un fuerte impulso por el gobierno nacional. Esta ley promueve modificaciones en el campo profesional, en búsqueda del respeto de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental grave, favoreciendo su inclusión social.

En 2011 se dio un paso superador en el Proyecto de Reforma de la Unidad 20, con la creación del PRISMA, dependiente tanto del Ministerio de Justicia como el Ministerio de Salud de la Nación. El programa busca efectivizar los postulados de la LNSM dentro de un dispositivo de salud mental en el ámbito penitenciario. Se traslada a las personas detenidas en la Unidad 20 a un Hospital Penitenciario en el CPF I. También se busca que las internaciones y externaciones a dicho dispositivo sean realizadas exclusivamente por profesionales de la salud mental, evitando que éstas sean dispuestas por jueces penales.

(In)seguridad y Salud Mental

Las personas con problemáticas de salud mental suelen encontrarse en una fuerte situación de vulnerabilidad, tanto social como psíquica. Suelen poseer redes sociales frágiles, contando con pocas personas que puedan comprometerse a asistirlos, sean familiares u otros referentes sociales significativos. También suelen enfrentar grandes dificultades económicas, impedimento para que puedan realizar un tratamiento prolongado, discontinuándolo ya sea por no poseer recursos para realizar un abordaje en el ámbito privado, como provocándoles problemas en el acceso a centros asistenciales públicos.

Por otro lado, su vulnerabilidad psíquica produce que tengan obstáculos para insertarse laboralmente en empleos en relación de dependencia, lo que les permitiría acceder a una obra social. Esto se debe tanto situaciones de discriminación como a las dificultades que presentan estas personas para poder soportar situaciones de stress y desgaste emocional.

Estos dos tipos de vulnerabilidades que presentan estas personas les generan una situación de constante inseguridad, la cual *“es tanto la inseguridad social como la inseguridad civil”*, ya que *“el sentimiento de inseguridad es la conciencia de estar a merced de estos acontecimientos. Por ejemplo, la incapacidad de ‘ganarse la vida’ trabajando”* [Castel, R, 2000, p 35].

Si consideramos que para superar la inseguridad (social) de casi todos los miembros de la sociedad se otorgaron *“protecciones fuertes al trabajo; o también: construyendo un nuevo tipo de sociedad concebida y puesta en marcha para asegurar la rehabilitación de los no propietarios, la propiedad social”* [Castel, R, 2000, p 41], las personas con problemáticas de salud mental están en una situación desventajosa. De esta forma, las personas con problemáticas de salud mental grave, se encuentran en *“estado de inseguridad social permanente que afecta a la mayor parte de las categorías populares (ya que) actúa como un principio de desmoralización, de disociación social, a la manera de un virus que impregna la vida cotidiana, disuelve los lazos sociales y socaba las estructuras psíquicas de los individuos. (...) La inseguridad social hace de esa existencia un combate por la supervivencia librado en el día a día y cuyo resultado es siempre y renovadamente incierto”* [Castel, R, 2000, p 40]

A pesar de este panorama, consideramos que actualmente se están dando pequeñas modificaciones dentro del Estado, generando cambios en la “propiedad social”, en la búsqueda de ser *“capaz de garantizar un conjunto coherente de protecciones en el marco geográfico y simbólico de la Nación (...) Así puede equilibrar su desarrollo económico y su desarrollo social con vistas al mantenimiento de la cohesión social”* [Castel, R, 2000, p 55].

Para ejemplificar esto, nos parece sumamente relevante señalar la difusión y expansión de las Pensiones No Contributivas para Personas con Discapacidad. A través de las mismas, las personas beneficiarias, además de tener un ingreso económico mensual, pueden acceder a una cobertura de salud que les posibilita el acceso a los tratamientos. De esta manera, la recuperación del Estado como elemento de protección es de fundamental importancia, ya que *“para aquellos que no disponen de otros ‘capitales’ – no solamente económicos, sino también culturales y sociales -, las protecciones son colectivas o no son”* [Castel, R, 2000, p 64].

Salud Mental y lo Penal

Históricamente, el *“peligro se cristalizó en la figura del vagabundo, es decir, del individuo desafiado por excelencia, a la vez fuera de la inscripción territorial y fuera del trabajo. Medidas de carácter predominantemente represivo para intentar erradicar esa amenaza de subversión interna y de inseguridad cotidiana que supuestamente representaban los vagabundos”* [Castel, R, 2000, p 18]. Al mismo tiempo, las personas con problemáticas graves de salud mental sufrían (y sufren) una *“persecución sistemática (como) un grupo considerado desviado, (...) a través de un programa que se apoyaba en los efectos movilizantes de los miedos irracionales que podían entonces ser trasladados a impulsos violentos”* [Hallsworth, 2006, p 59]. Esto tiene su explicación en las clásicas formas de tratamiento que tenían estas personas, a las que se encerraba en instituciones totales, casi de por vida, bajo la justificación de una supuesta peligrosidad.

Las personas con problemas graves de salud mental que no poseen redes de asistencia, normalmente suelen estar institucionalizadas en hospitales monovalentes o en situación de calle, y suelen ser el blanco predilecto del poder punitivo en sus actividades de selección y secuestro.

La situación de inseguridad social que poseen las personas con padecimiento mental grave se vuelve mucho más compleja cuando son alcanzadas por el sistema penal. Su ingreso a ese ámbito

se debe, en la mayoría de los casos, a que son engañados para cometer pequeños actos delictivos como hurtos o robos, o porque lo han aprendido así. Por otro lado, en caso que sufran algún tipo de descompensación psicomotriz y se le dé intervención a alguna fuerza de seguridad, normalmente serán detenidos por una supuesta “resistencia a la autoridad”.

Reflexiones sobre la problemáticas de Salud Mental en el Sistema Penal

Las personas detenidas con problemáticas de salud mental responden perfectamente al estereotipo dado por la selectividad del sistema penal (pobres, proveniente de sectores marginales, generalmente jóvenes y de sexo masculino), pero también poseen un estigma extra por su problemática mental. Este estigma está relacionado con una valoración negativa por su condición de salud mental.

Al mismo tiempo, el sentido común cataloga a estas personas como *“peligrosas, capaz de cometer actos violentos de manera injustificada, por lo tanto merecedores de maltrato y humillaciones constantes. Se genera una ‘criminológica del otro’ extraño que representa a los delincuentes como miembros peligrosos de grupos raciales o sociales distintos que tienen poca relación con ‘nosotros’. Es más bien, una ‘criminología’ que comercia con imágenes, arquetipos y miedos, más que con una análisis cuidadoso y conclusiones de investigaciones más un discurso politizado del incesante que una forma detallada de conocimiento-para-el-poder”* [Hallsworth, 2006, p 62].

Una vez dentro de las unidades penitenciarias, normalmente las personas con padecimiento mental grave no suelen ser demandantes, por lo que los profesionales de salud mental del SPF no suelen identificarlas para realizar las derivaciones correspondientes. Esta situación permite que normalmente sean víctimas constantes de maltratos y abusos, tanto del personal penitenciario dedicado a la seguridad interna como también de otras personas privadas de su libertad.

Para complejizar más esta situación, cuando una persona con problemáticas graves de salud mental es capturada por la justicia penal, entran en juego mecanismos específicos y particulares. Ante la sospecha -por parte de los funcionarios judiciales- de que la persona detenida presenta algún tipo de problemática de salud mental, se la deriva al Cuerpo Médico Forense para que determine, en base al estado de salud mental, si es inimputable o no.

La inimputabilidad está definida por el Art. 34 del Código Penal, que dice que *“No son punibles: 1º. El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconciencia, error o ignorancia de hecho no imputables, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones. En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial (...). En los demás casos en que se absolviera a un procesado por las causales del presente inciso, el tribunal ordenará la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comprobare la desaparición de las condiciones que le hicieren peligroso”*.

Aquí se pueden realizar dos observaciones. Por un lado, si la persona presenta una problemática de salud mental grave, existen grandes posibilidades de que la misma desconozca la posibilidad de solicitar su evaluación para determinar si es aplicable el Art. 34. Por otro, la intervención de los profesionales del CMF es solicitada por funcionarios del Poder Judicial, normalmente abogados penalistas con nulo conocimiento sobre Salud Mental.

A su vez, si el CMF llegase a determinar que es aplicable el Art. 34, se genera una instancia muy

particular. Lo que tendría que suceder es que si se determinara la inimputabilidad, debería darse por finalizada la causa penal y darle intervención a un juez del ámbito civil, debiendo la persona detenida recuperar la libertad inmediatamente. El juez civil debe ordenar el traslado a un efector de salud mental para su intervención. Sin embargo, los jueces civiles están acostumbrados a ordenar la internación de estas personas en instituciones psiquiátricas. Pero la LNSM indica en su artículo 20 que *“La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional (...) y solo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mental mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros”*.

De esta forma, se debería eliminar la posibilidad de que un juez determine la internación de una persona.

Pero si se trata de un caso de relevancia mediática o en el que el acto delictivo que se le imputó a la persona declarada inimputable es significativo, los juzgados generan distintas trabas a este procedimiento. Se puede dar el caso en el que una persona se encuentre privada de su libertad en el ámbito penal por más tiempo del que le correspondería si hubiese sido condenada por el delito que se le imputó. Esto es posible ya que la persona declarada inimputable no tiene fijada ninguna pena temporal. Se puede considerar que estas situaciones buscan atender *“los reclamos de aumento de los fondos en el reparto del dolor, ahora dirigido a poblaciones definidas socialmente como desviadas”* [Hallsworth, 2006, p 58]. El inimputable termina siendo portador de una doble desviación: *“malviviente y delincuente”* y *“loco”*.

Existe en este momento una pequeña cantidad de personas declaradas inimputables en el PRISMA, que pese a todos los esfuerzos que realizan los diferentes profesionales de los Equipos Tratantes junto a las Defensorías correspondientes no han podido salir del ámbito penal. Las causas de estas personas privadas de la libertad son bastante mediáticas, lo que refuerza los argumentos de Garland al indicar que *“La criminología del otro (...) no es un producto del aparato administrativo del Estado, sino de las elites políticas. Sus arquitectos son, sobre todo, los políticos (frecuentemente, pero no necesariamente, de la derecha) y los medios masivos de comunicación populistas”* [Hallsworth, 2006, p 61].

Estos “otros” representan los ejemplos más notorios de los efectos colaterales negativos que produce el aumento de las (in)seguridades. Por otro lado, *“la destrucción de las características distintivamente modernas del orden penal (...) ha ocurrido de dos formas distintas: primero, con el desplazamiento de las sentencias proporcionales hacia lo que puede ser llamado sentencias desproporcionadas; segundo, por el intento de las elites políticas de erosionar la autonomía de restringidas elites profesionales en relación con las políticas penales antes garantizada”* [Hallsworth, 2006, p 67]. En el caso de los inimputables, la pena es desproporcionada porque paradójicamente no se les administró pena, por lo que no tienen una fecha de finalización.

De esta forma, el Estado va a endurecer su sistema penal aumentando su selectividad, de acuerdo a las demandas de grandes sectores de la opinión pública. Sin embargo es interesante pensar cómo las víctimas más indefensas de este endurecimiento son aquellas que menos herramientas y recursos tienen, es decir las que cuentan con mayores niveles de vulnerabilidad.

En ese contexto, el Trabajador Social del Prisma interviene en problemáticas sociales complejas -2-, intentando disminuir los niveles de violencia que sufren las personas con problemáticas de salud mental grave, para incidir positivamente en la reducción de sus niveles de vulnerabilidad psicosocial, para que puedan obtener un tratamiento acorde a sus necesidades, lo que influirá directamente en una disminución del padecimiento subjetivo que enfrentan.

Notas

-1- Basado en Falcone, Rosa. (2000). Breve Historia de las instituciones Psiquiátricas de la Argentina. Del Hospital Cerrado al Hospital Abierto

-2- En términos de Alfredo Carballeda.

Bibliografía

Carpintero, E. y. (2004). Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70 (Vol. Tomo I y Tomo II). Buenos Aires: Topia.

Castel, R. (2004). La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido? Buenos Aires: Manantial.

Falcone, R. (2000). Breve Historia de las instituciones Psiquiátricas de la Argentina. Del Hospital Cerrado al Hospital Abierto. Obtenido de http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/Falcone_HistoriaInstit.pdf

Hallsworth, S. (2006). Repensando el Giro Punitivo. Delito y Sociedad. Revista de Ciencias Sociales(22), 57-74.

Foucault, Michel. Microfísica del Poder. Editorial La Piqueta. Madrid 1980.

Cazzaniga, Susana. El abordaje desde la singularidad. Facultad de Trabajo Social UNER (Universidad Nacional de Entre Ríos) 1997. Mimeo.

Carballeda, Alfredo Juan Manuel. Salud mental y Cuestión Social. Una mirada desde la Intervención. Ponencia en Jornadas Nacionales de Salud Mental. Mendoza. 2005.

Carballeda, Alfredo; La Intervención en Lo Social y las nuevas formas del padecimiento: Ponencia Seminario de la Maestría en Trabajo Social Escuela Superior de Trabajo Social de la UNLP. 2004

Carballeda, Alfredo J. La Intervención en Lo Social. Editorial Paidós. Buenos Aires 2002.