



# POLÍTICAS DE SALUD MENTAL



## INTRODUCCIÓN

### Aplicación de la ley de salud mental en la provincia de Buenos Aires: avances y deudas pendientes

El 27 de noviembre de 2013, el poder legislativo de la provincia de Buenos Aires sancionó la ley 14.580 de adhesión a la ley 26.657 (LNSM), que regula el derecho a la protección de la salud mental. En su artículo 3 la ley preveía un plazo de 36 meses para que el Ministerio de Salud provincial implementara las reformas necesarias para cumplir los objetivos establecidos a nivel nacional. A pesar de esto, la efectiva puesta en funcionamiento del proceso de adecuación se demoró más allá de lo planificado y recién comenzó a implementarse durante esta gestión.

En el informe anual 2022 se destacaron avances significativos en el camino a la sustitución y cierre de los manicomios y respecto al cumplimiento de la LNSM. Se reconocieron los planes de adecuación presentados e implementados por los hospitales monovalentes, la presentación del *Plan provincial sexagenal de salud mental 2021-2027* y la *Estrategia federal de abordaje integral de la salud mental* presentada por el Ministerio de Salud de la Nación.

En el mismo sentido, se destaca la resolución 4750/2021 en la que se desarrollan las *Normas complementarias para la habilitación de efectores de salud mental y consumos problemáticos y violencia de género del régimen de establecimientos privados asistenciales o de recreación*. Esto es un avance fundamental. Desde hace años la CPM destaca la urgencia de elaborar normas provinciales de habilitación que se adecuen a la perspectiva sostenida por la ley de salud mental, reforzar esquemas de fiscalización hoy endebles y fortalecer la presencia estatal en políticas públicas concretas para el abordaje de estos problemas.

Estas normas son complementadas por la resolución 8/2021 de la Subsecretaría de salud mental, consumos problemáticos y violencias

en el ámbito de la salud del Ministerio de Salud, publicada el 11 de enero del 2022, en la que se define

“Crear una mesa de trabajo y equipo técnico, para el acompañamiento y asesoramiento técnico, para el acompañamiento en el diseño y presentación de los proyectos institucionales que deberán cumplimentar las instituciones del sector privado, integrada por la Dirección Provincial de Salud Mental y Consumos Problemáticos, la Dirección Provincial de Registro y Fiscalización Sanitaria y representantes de organizaciones, entidades y/o cámaras de establecimientos de Salud Mental y/o Consumos Problemáticos de la Provincia de Buenos Aires”.

Se destaca como iniciativa positiva que durante el 2022 el Estado provincial avanzó en la implementación de la ley de salud mental elaborando recursos, pautas y guías de abordaje.

En agosto del 2022 se presentó la *Guía de atención de crisis y urgencias por motivos de salud mental y consumos problemáticos* donde se plantea

“...proveer a los equipos de salud de los Hospitales Generales, las herramientas y recomendaciones para la atención de las situaciones de crisis y/o urgencias en salud mental de la población consultante y unificar criterios en el abordaje de las urgencias en salud mental en los efectores que brindan atención en salud mental en el territorio de la provincia de Buenos Aires”.

En octubre del 2022 se presentaron las *Pautas generales para el abordaje intersectorial de urgencias en salud mental*, una iniciativa conjunta de los ministerios de Salud y Seguridad. Los objetivos de este documento:

“...brindar herramientas básicas para la actuación coordinada entre personal policial y personal de salud ante urgencias por motivos de salud mental, ya sea de personas con padecimiento mental, estado de intoxicación y/o consumo problemático de sustancias”. A su vez menciona que “la finalidad de la actuación coordinada es priorizar el cuidado y la seguridad de las personas facilitando las condiciones para el acceso de los servicios de salud y sociales”.

Durante el mismo mes se presentó la Mesa intersectorial de salud mental y consumos problemáticos integrada por los ministerios de Salud, Justicia y DDHH, Desarrollo de la Comunidad, Seguridad y la Defensoría del Pueblo, junto con los órganos de Revisión de Salud Mental provincial y nacional. Entre los objetivos de este espacio se destaca “establecer un diagnóstico sobre las instituciones que brindan atención y cuidado, impulsar el acceso a la información pública, producir políticas de mejora de los estándares a través de capacitaciones y procesos de acompañamiento, monitorear la adecuación de las instituciones a la Ley Nacional de Salud Mental y sostener un espacio de diálogo con instituciones del sector privado habilitadas y el Poder Judicial”.

También se presentó el *Registro Único Provincial de Establecimientos de Salud (RUPES)*, que contempla instituciones habilitadas en el ámbito privado. Según informaron las autoridades sanitarias, el listado se actualizará cada seis meses y

“...las instituciones que no figuren en el listado, deben comenzar el proceso de habilitación y/o adecuación poniéndose en contacto con el Departamento de establecimientos de Salud de la Dirección Provincial de Registro y Fiscalización Sanitaria al siguiente mail: [establecimientosmad@gmail.com](mailto:establecimientosmad@gmail.com)”.

Entendemos que estas decisiones representan un avance en la implementación de la LNSM. Dicho esto, es necesario remarcar que la sola disponibilidad de recursos escritos no garantiza su aplicación. Entendemos que resulta urgente la formalización de cada uno de estos lineamientos mediante un encuadre de resolución que les dé la contundencia necesaria para su aplicación. Por ello es necesario enumerar los aspectos que todavía son una deuda pendiente.

En el presente capítulo se describen los diagnósticos construidos a partir de la presencia territorial mediante monitoreos periódicos en los espacios privativos de la libertad de las personas con padecimiento mental. Por un lado, se analiza el proceso de adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos monovalentes públicos: se identificaron avances positivos, aunque se siguen constatando lógicas manicomiales y prácticas vulneradoras de los derechos de las personas alojadas.

En segundo lugar se desarrollan los avances y modificaciones respecto a las personas alojadas en las cárceles, materializadas en el marco de la acción judicial colectiva interpuesta por la CPM. Tal como se destacó en el último informe anual, las unidades penitenciarias neuropsiquiátricas no han sido contempladas ni incluidas en el plan provincial sexagenal, cuestión que resulta imprescindible.

En tercer lugar se aborda la problemática de las denominadas comunidades terapéuticas que se monitorearon durante el 2022. Esta cuestión fue desarrollada exhaustivamente en informes anteriores señalando que el sector privado cubre el vacío estatal respecto al abordaje de consumo problemático y/o adicciones, y que esta ausencia origina una total discrecionalidad de las instituciones privadas. Se relevaron prácticas gravísimas que vulneran la dignidad de las personas y que permiten afirmar que actualmente estas instituciones son el principal núcleo problemático respecto al abordaje de la salud mental en la Provincia. Un solo elemento da cuenta de la gravedad de la situación: el estado desconoce la cantidad total de instituciones que funcionan bajo esta modalidad (estén o no habilitadas) y de personas que permanecen en ellas.

También se desarrollará el abordaje de consumos problemáticos y adicciones al interior de las cárceles bonaerenses. Durante el 2022 se monitorearon los dispositivos específicos dispuestos por el Servicio Penitenciario Bonaerense para brindar tratamiento a las personas que atraviesan una condena. En términos generales se destaca que prima la lógica de seguridad por sobre el criterio sanitario y que la modalidad de abordaje implementada se encuadra esencialmente en una lógica disciplinaria y conductual, a través de la modalidad premio/castigo.

Luego hay un apartado referido a la intervención de fuerzas de seguridad en situaciones que involucran a personas con padecimiento mental en su domicilio o en la vía pública. Se retoman algunos casos en los que intervino el programa de Salud Mental.

Por último, se desarrollará un apartado con las muertes producidas durante el 2022 en las instituciones donde se encuentran personas privadas de libertad por razones de salud mental.

## 1. HOSPITALES MONOVALENTES

### 1.1. Datos generales

En la provincia de Buenos Aires existen cuatro hospitales monovalentes: Hospital interzonal especializado neuropsiquiátrico Colonia Domingo Cabred (Open Door), Hospital interzonal especializado neuropsiquiátrico José Esteves (Temperley), Hospital interzonal especializado de agudos y crónicos Alejandro Korn (Melchor Romero) y Hospital subzonal especializado neuropsiquiátrico Domingo Taraborelli (Necochea)<sup>1</sup>. A diciembre de 2022 las personas alojadas en estos hospitales eran 1.081.

De acuerdo a la información remitida por estos hospitales, la mayoría de las personas internadas (65%) tenían entre 40 y 69 años.

---

<sup>1</sup> En adelante serán mencionados como hospitales Cabred, Esteves, Korn y Taraborelli, respectivamente.

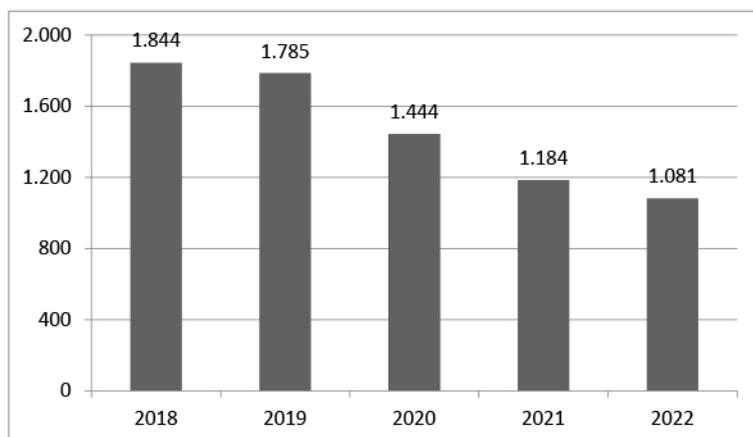
Tabla 1. Personas usuarias alojadas en los cuatro hospitales monovalentes de la Provincia de Buenos Aires, según rango etario, 31 de diciembre de 2022

Rango etario	Cantidad	Porcentaje
18 a 29	77	7%
30 a 39	146	14%
40 a 49	229	21%
50 a 59	239	22%
60 a 69	227	21%
70 o más	156	15%
<b>Total</b>	<b>1.074</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** CPM en base a información de los hospitales monovalentes. **Nota:** 1.074 casos con dato (99,3% del total).

Si comparamos las 1.081 personas internadas en los cuatro hospitales monovalentes al finalizar 2022 con la cantidad de personas internadas en 2021, la población ha disminuido un 9%, un decrecimiento registrado desde 2018.

Gráfico 1. Población internada en hospitales monovalentes, provincia de Buenos Aires, 2018-2022



**Fuente:** CPM en base a información de los hospitales monovalentes.

Pese a esta disminución resulta importante destacar como problema transversal y persistente el gran número de reinternaciones, lo que muestra que parte de las externaciones no resultan sustentables. Durante 2022 se produjeron 999 ingresos, de los cuales el 56% (557) fueron reinternaciones.

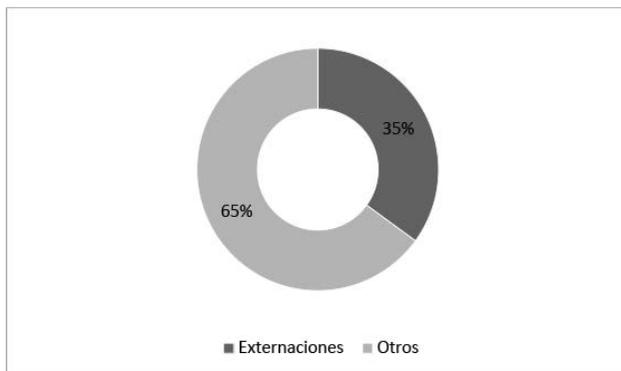
Gráfico 2. Ingresos a hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires, según tipo, 2022



**Fuente:** CPM en base a información de los hospitales monovalentes.

Los/as mismos/as profesionales de la salud mental identificaron como principal obstáculo la falta de dispositivos intermedios en la comunidad para sostener un tratamiento por salud mental ambulatorio; y cuando existen no cuentan con recursos humanos y materiales necesarios. A la falta de sustentabilidad de las externaciones se suma que sólo representan el 35% (325) de las formas de egreso, ya que la mayoría (603) se produce por otros motivos.

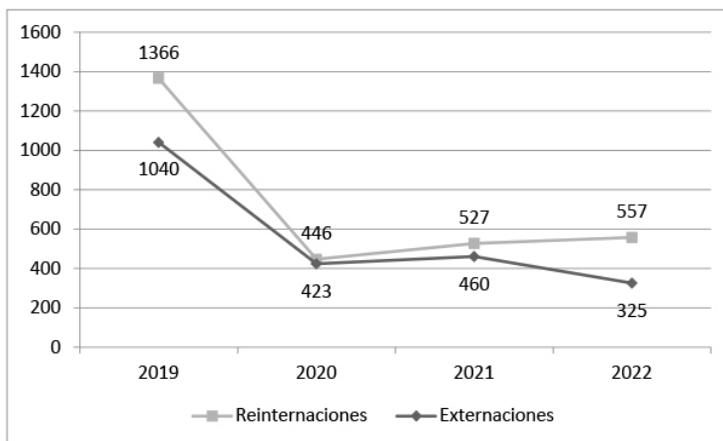
Gráfico 3. Egresos de hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires, según tipo, 2022



**Fuente:** CPM en base a información de los hospitales monovalentes. **Nota:** en “Otros” se incluyen fugas, traslados y retiros voluntarios.

En los últimos cinco años la cantidad de reinternaciones siempre fue superior a la de externaciones. La brecha entre ambas se había reducido en 2020-2021 pero volvió a aumentaren 2022.

Gráfico 4. Externaciones y reinternaciones en los hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires, 2019-2022



**Fuente:** CPM en base a información de los hospitales monovalentes.

Resulta necesario reforzar las estrategias interinstitucionales e intersectoriales para la conformación y sostenimiento en el largo plazo de circuitos que favorezcan externaciones sustentables y completas, garantizando abordajes y articulaciones comunitarias que contemplen la singularidad e intereses específicos de cada persona en relación a su situación particular y trayectoria de vida.

## **1.2. Estado de implementación de los planes de adecuación y persistencia de vulneraciones de derechos**

Como es de público conocimiento, los hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires están en plena adecuación a la ley nacional de salud mental 26.657 (en adelante LNSM), su decreto reglamentario 603/13 y ley provincial 14.580. Cada uno se encuentra ejecutando un plan integral de transformación, con previsión de plazos presupuestados acorde a la realidad de cada uno.

Durante 2022, el programa de Salud Mental sostuvo el monitoreo integral de estos hospitales: entre septiembre y diciembre se monitorearon 3 de los 4 hospitales monovalentes públicos: Cabred de Open Door, Taraborelli de Necochea y Esteves de Temperley.

Para el análisis posterior se tuvo en cuenta el plan de adecuación específico de cada uno y se tomó como antecedente comparativo lo relevado durante 2021. Se evidenciaron algunos avances, sin embargo se detectó la persistencia de lógicas manicomiales históricas y la aparición de nuevas tensiones surgidas a partir de los cambios implementados.

En cuanto a los avances positivos en torno al cumplimiento de los planes de adecuación, se destaca la transformación y reconversión de espacios que históricamente fueron utilizados para internar a personas con padecimiento mental (los denominados pabellones) en espacios educativos de formación y capacitación. El número de personas in-

ternadas sigue en descenso, y se mantiene un claro posicionamiento institucional respecto al cierre del manicomio prohibiendo el ingreso a servicios de larga estadía, antes llamados “crónicos”.

Ahora bien, se identificó la persistencia de lógicas manicomiales que vulneran los derechos de las personas alojadas. Se identificaron servicios de internación sobrepasados en su capacidad, condiciones de hacinamiento, personal insuficiente, sometimiento a régimen de aislamiento, aplicación de sujeción mecánica sin regulación ni control, condiciones materiales indignas, síntomas de sobremedicación en las personas entrevistadas, prolongación de internaciones por razones sociales. En resumidas cuentas, la vulneración del derecho a acceder a la salud y a tratamientos respetuoso de derechos.

Entre las nuevas tensiones surgidas en este contexto, identificadas y señaladas oportunamente por la CPM al Ministerio de Salud, destacamos la resistencia que aún existe sobre la implementación de la LNSM y la apertura de servicios de salud mental en hospitales generales que redundan en derivaciones a hospitales monovalentes. La consecuencia es que obliga a las personas a recorrer largas distancias, lejos de su centro de vida y de sus referentes afectivos y/o comunitarios, dificulta el sostenimiento de los tratamientos e impacta directamente en la sustentabilidad de las externaciones.

Esta es la situación relevada en el Hospital Taraborelli. La carencia de servicio de salud mental en el hospital municipal de Necochea Dr. Emilio Ferreyra genera serias dificultades: la derivación exclusiva al hospital monovalente aumenta los ingresos por guardia.

Otro punto problemático es el estado de los servicios de *agudos*: en términos generales, se encuentran excedidos en su capacidad. El análisis realizado permite asociar esta situación al cierre de las internaciones en los servicios de larga estadía/crónicos, a la falta de articulación y atención de los hospitales generales y a la insuficiente cantidad de dispositivos territoriales alternativos.

A modo de ejemplo: el plan de adecuación del Hospital Esteves proyecta una sala de admisión de agudos con una capacidad para 20

camas. Lejos de eso, en el monitoreo realizado en septiembre de 2022 se constató la presencia de 37 mujeres alojadas, más 15 en proceso de externación, un número mayor al registrado en la inspección realizada en el 2021 en la que se habían relevado 27 camas estables y 15 reservadas para personas con salidas terapéuticas. Esta situación afecta la calidad de la atención de las mujeres por insuficiencia de personal e imposibilita un seguimiento interdisciplinario. También impacta en que falta mobiliario y las condiciones materiales de alojamiento son malas. Se destaca negativamente la utilización de consultorios para alojar personas disponiendo camas en su interior. A partir de la entrevista mantenida con parte del equipo del servicio, se relevó que esta situación genera malestar, descompensación de cuadros de salud mental, robos y conflictos de convivencia evitables. Había mujeres que cargaban una mochila y/o cartera en la espalda para evitar el robo o pérdida de sus pertenencias. El equipo de salud destacó la deficiente atención que puede brindar a las mujeres alojadas; se relevaron reclamos en relación a la falta de acceso a agua caliente para el mate, retraso en el suministro de medicación, el estado de la comida y retraso en la atención de cuestiones vinculadas a la higiene.

En el Hospital Taraborelli se destaca una marcada diferencia entre lo planteado en el plan de adecuación (se proyecta una capacidad de la sala de agudos para 10 camas) y lo constatado durante la inspección: el total máximo de personas alojadas en el sector en una semana fue de 34. Al igual que en el Hospital Esteves se relevó la utilización de consultorios para agregar camas por la sobrepoblación que suele tener el servicio. Esta situación acarrea que el equipo resulte insuficiente para garantizar el abordaje e impacta en las condiciones materiales de alojamiento.

Por otro lado, la mayoría de las personas entrevistadas en los hospitales monovalentes, se encontraban cursando reinternaciones. Entendemos que es necesario enmarcar este dato en la dificultad para articular con efectores de salud comunitarios, ya que afecta directamente la sustentabilidad de las externaciones. Se detecta un circuito de entrada y salida durante los últimos años y una imposibilidad de sostener una vida por fuera del manicomio. En el mismo sentido se constató la prolongación de internaciones por razones sociales, habi-

tacionales o dificultad en la construcción de estrategias con las redes de apoyo. Consideramos que debe profundizarse este abordaje en la mesa interministerial porque es necesaria una asignación de recursos económicos y humanos.

Otra cuestión es la de las condiciones materiales en las que se encuentran las personas internadas. En el marco de los monitoreos realizados, las autoridades de los hospitales monovalentes informaron sobre inversiones realizadas a fin de reconvertir los pabellones que históricamente se utilizaron para internación en nuevos espacios de atención y formación. Lo positivo de esta reconversión debe replicarse asignando más presupuesto al mantenimiento y mejora de los servicios de internación.

En el Hospital Cabred el servicio de admisión, evaluación y tratamiento se encuentra en un espacio denominado por las propias autoridades como “transitorio” por su falta de accesibilidad y adecuación al proceso de salud que atraviesan las personas. En el plan de adecuación se proyectó para junio del 2021 su mudanza definitiva al edificio de clínica médica Eustaquio Cárdenas, conjuntamente con otros servicios. El plazo está vencido sin que se cumpliera con el cambio previsto. El espacio se ubica aislado del resto del hospital, las personas internadas allí no pueden circular en ningún momento por el predio, acceder a los espacios verdes y no cuenta con instalaciones adecuadas para las visitas. Se relevó que no existen espacios terapéuticos que preserven la privacidad de las consultas y los/as profesionales atienden en los pasillos. También se constataron condiciones riesgosas en la red de incendios y plan de evacuación, y la salida de emergencias no está debidamente señalizada. La modalidad de acceso al servicio es por escalera, lo que dificulta el ingreso de las personas descompensadas en su salud mental o con discapacidad, y cualquier tipo de evacuación ante a una emergencia.

En la sala de admisión del Hospital Esteves se constató el mal estado del baño y las duchas. De los 5 baños disponibles, uno se encuentra inhabilitado y en tres no funcionan las cadenas o dispositivo para evacuar los inodoros. Se observó pérdida de agua constante y el piso esté permanentemente mojado, representando un riesgo para las mujeres internadas. También se relevaron interrupciones en el servicio de agua, por lo que hay turnos para bañarse. Se observó humedad

y hongos en las paredes, y falta de mobiliario: no todas las mujeres tenían una silla en donde sentarse para almorzar. Los tres consultorios destinados a la atención de las mujeres alojadas dejaron de cumplir su función y pasaron a utilizarse como habitaciones.

En el Hospital Taraborelli se observó un gran deterioro de las paredes, pintura descascarada y humedad en diferentes espacios.

Otra vulneración de derechos relevada es el sometimiento de las personas a régimen de aislamiento, práctica prohibida en personas con padecimiento mental tanto por normativa nacional como internacional en la materia.

En el Hospital Taraborelli se relevó la aplicación del régimen de aislamiento diferencial como forma de abordaje conductual. Durante el monitoreo, una de las personas internadas no se encontraba en el sector común con la mayoría sino que estaba en su habitación. Para acceder a la entrevista debió pedir permiso al personal de vigilancia para salir de su habitación; al ser consultada sobre esto refirió que no se le permite salir de la habitación, acceder al patio ni participar de talleres por su comportamiento; sólo podía salir de la habitación en el horario de las comidas. Según se relevó, este criterio diferencial no se aplica a otras personas. Otra de las personas entrevistadas refirió que en su primer día de internación no se le permitió salir de la habitación en todo el día, sin recibir mayor explicación. A raíz de esto refiere haber padecido lo que denominó como “brote de angustia”.

Durante el monitoreo del Hospital Cabred se relevó la existencia de una habitación en el servicio de admisión, evaluación y tratamiento sólo con una cama y ningún otro mobiliario. De la entrevista con una de las personas internadas surge que dicha habitación se había utilizado para el aislamiento de casos sospechosos de Covid. Sin embargo, continuaba siendo utilizada para la aplicación de aislamiento a personas en crisis, lo cual se constituye como una grave violación de derechos. Según se desprende del relato, a este espacio se lo denomina internamente como “la jaula”, y refirió haber permanecido sujeta mecánicamente durante una noche bajo control de un enfermero.

Otro aspecto relevado respecto a la persistencia de lógicas manicomiales es la presencia de síntomas de sobremedicación en las personas entrevistadas, destacándose aquellas que se encontraban en la sala monitoreada del Hospital Cabred. Se observaron dificultades para expresarse, salivación excesiva, somnolencia, bostezos, fatiga, dificultad para sostenerse sentadas o paradas. Al momento de nuestro ingreso por la mañana, las personas internadas estaban todas en la cama lo que se repitió por la tarde, incluso en el momento del almuerzo una de las personas se quedó dormida en la mesa.

Se relevó la aplicación gravosa de la práctica de sujeción mecánica en el Hospital Taraborelli. Esta grave vulneración de derechos ya había sido relevada e informada oportunamente a las autoridades en 2021. En el monitoreo realizado en el 2022 se relevó persistencia, utilización con una frecuencia mucho mayor a lo relevado en el resto de los hospitales monovalentes y como método de amenaza y castigo. La aplicación de esta práctica, sin ningún tipo de regulación y sin responder a un criterio terapéutico que priorice el cuidado de la persona, se constituye como una grave violación a los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. Ante la ausencia de materiales acordados para realizar la sujeción, se utilizan telas tipo sábanas.

La mayor parte de las personas entrevistadas relató que estuvo sujeta mecánicamente durante su internación, como regla al ingreso por guardia y los primeros días de internación. Esto da cuenta de que lejos de utilizarse como último recurso esta práctica se aplica de manera sistemática y prácticamente indiferenciada.

Una de las personas entrevistadas refirió haber estado sujeta varios días; en su historia clínica se encontró registro explícito de que estuvo 10 días contenida mecánicamente, el registro no da cuenta de ningún criterio interdisciplinario que la justifique y no figuran los controles pertinentes. Del mismo registro surge que la desataron a fin de que accediera al baño porque al evaluarla notaron inflamación y dolor a causa de la retención de orina, posteriormente a acceder al baño se la volvió a atar.

Se relevó que los controles de signos vitales e hidratación se hacen una vez en cada turno de enfermería, es decir cada 6 horas. Esto da cuenta de la excesiva duración de esta práctica y del déficit de controles y cuidados,

un aspecto vital para toda persona restringida en su libertad de movimiento y bajo los efectos de medicación psiquiátrica. Según lo relevado en los relatos, varias personas refirieron haberse orinado mientras permanecían atadas, ya que el personal de enfermería no acudió a su llamado.

Pudo registrarse en los dichos de las autoridades y de los/as propios/as usuarios/as que esta práctica es utilizada como amenaza para disuadir a las personas internadas de obedecer las órdenes de loa/as trabajadores/as del hospital; la frase que se repite frente a la negativa de cumplir con alguna orden o indicación es “si no, te ato”. Una persona solicitó atención psicológica por sentirse muy angustiada y los enfermeros le dijeron que “no pida más porque si pide más de siete entrevistas la van a contener”; dejó de solicitar atención por temor.

La situación relevada en el 2021, muy similar a la registrada en el 2022, fue señalada en la entrevista con las autoridades, quienes lo reconocieron mencionado como problemático al interior del hospital. Expresaron estar realizando un espacio denominado por ellos de “reflexión” a fin de confeccionar un nuevo protocolo. Más allá de lo construido en dicho instrumento, lo relevado en las entrevistas es muy contundente, un indicador de que la sola existencia de un protocolo no garantiza *per se* los derechos de las personas internadas.

En el Hospital Cabred se relevó que en las historias clínicas el registro de la práctica de sujeción mecánica es incompleto: no figura el tiempo de duración de la sujeción ni los controles periódicos de signos vitales de la persona sometida a esta práctica. Tampoco se registra en qué momento se definió el cese ni qué profesional realizó la indicación.

En el Hospital Taraborelli se relevaron graves irregularidades en el carácter de las internaciones y los requerimientos legales para el control de legalidad, destacándose la presencia de menores de edad internados cuya situación no fue informada a ningún órgano judicial. Según la información aportada por las autoridades, el día del monitoreo se encontraban internadas seis personas menores de edad de las cuales dos de 16 años figuran como internaciones voluntarias.

Esta situación viola directamente lo establecido en la LNSM en su ar-

título 26: “En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos”. La gravedad de esta situación radica en que no se garantiza el control de la legalidad en casos en los que las personas se encuentran en una situación de vulnerabilidad mayor con respecto a las personas adultas.

También se constataron irregularidades y contradicciones entre lo registrado y la información que tenían las personas: internaciones registradas como voluntarias aunque las personas hayan expresado la voluntad de irse y no se lo permitieron (incluso llegaron a amenazarlas con sujeción mecánica), y también internaciones categorizadas como voluntarias cuyo consentimiento informado fue firmado por un familiar.

Cada una de estas vulneraciones fue oportunamente informada a la Subsecretaría de Salud Mental del Ministerio de Salud, en su carácter de autoridad de aplicación de la ley de salud mental. Con el informe de inspección correspondiente a cada hospital monovalente, solicitamos a las autoridades estatales la adopción de las medidas que consideren pertinentes para revertir las violaciones de derechos humanos relevadas, y garantizar el cumplimiento de las leyes nacionales de salud mental 26.657 y 26.529 de derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado.

Solamente se recibió respuesta de las autoridades respecto del informe del Hospital Taraborelli. El director provincial de Salud mental y consumos problemáticos remitió una respuesta en la que hizo hincapié específico en lo informado respecto al control de legalidad de las internaciones y a la práctica de sujeción mecánica. En relación al primer punto comunicó que se proyectó la articulación con el Programa de infancias y juveniles a los fines de realizar abordaje integral entre el hospital, los/as niños, niñas y adolescentes allí alojados/as y las instituciones del territorio que conforman el Sistema de Promoción y Protección de Derechos de N, N y A. Asimismo informó que en febrero del 2023 se realizarían ateneos entre equipos profesionales de la Dirección de Salud Mental y del Hospital Taraborelli “para abordar la temática de control de legalidad en las internaciones y la perspectiva de género de las mismas, con el fin de aunar criterios

de intervención, circular la palabra y profundizar redes de referencias”.

En cuanto a la práctica de sujeción mecánica gravosa relevada, la respuesta se limitó a referenciar la elaboración de la Guía de atención de crisis y urgencias por motivos de salud mental y consumos problemáticos, informando que fue “con la finalidad de unificar criterios de abordaje, herramientas y recomendaciones para los equipos de salud mental de los efectores de la provincia de Buenos Aires. En la guía se presentó un apartado específico que regula el uso de la sujeción mecánica terapéutica teniendo en cuenta el enfoque de derechos”. Sin embargo no se explora respecto a estrategias específicas para abordarlo al interior del hospital y revertir la grave situación actual.

A modo de conclusión: consideramos que el proceso de desmanicomialización llevado adelante en los hospitales monovalentes no debe descuidar las condiciones constitutivas de la dignidad de las personas que aún permanecen alojadas por presentar criterio de riesgo cierto e inminente.

Por otra parte, identificamos que las decisiones tomadas en pos de la adecuación generan nuevas tensiones que deben ser abordadas como parte de las políticas públicas proyectadas e implementadas. Estas tensiones ponen en agenda la importancia de profundizar el trabajo en hospitales generales, a los fines de abordar la resistencia que existe sobre la apertura de servicios de salud mental y la atención de personas con padecimientos mentales. Es indispensable el fortalecimiento de estos dispositivos con el objetivo de asegurar la accesibilidad de las personas.

Resulta fundamental que se continúe trabajando en pos de la eliminación de las barreras culturales y simbólicas que deben atravesar las personas usuarias de servicios de salud mental para acceder a las dimensiones básicas de la vida cotidiana, apuntando a que su vida transite y se constituya más allá de su padecimiento.

Resulta necesario profundizar acciones y estrategias destinadas a revertir las vulneraciones de derechos provocadas por la persistencia de prácticas manicomiales históricas, sostenidas y justificadas por una cultura médica hegemónica que las justifica y reproduce.

## **2. COMUNIDADES TERAPÉUTICAS: ESCASO CONTROL ESTATAL Y GRAVES VIOLACIONES DE DERECHOS**

El monitoreo de las denominadas comunidades terapéuticas confirmó, durante 2022, lo que venimos señalando en informes anteriores: persisten situaciones de graves violaciones de derechos humanos por insuficiente o nulo control.

Durante 2022 se monitorearon 5 comunidades terapéuticas en las cuales se constataron hechos y prácticas graves reiteradas e incluso relevadas en años anteriores; o sea, no son hechos aislados sino comunes y estructurales. La nueva normativa que regula la habilitación no está siendo implementada de manera adecuada, y los efectos suelen ser contrarios al fin perseguido. La dinámica general que se identifica es que el Ministerio de Salud, mediante la Dirección de habilitación y fiscalización sanitaria, va a las instituciones; en caso de identificar que alguna funciona de manera clandestina (sin habilitación ministerial) procede a dejar un mail de contacto para “regularizar la situación”, incluso en algunos casos se puede otorgar una “habilitación provisoria”. En otros casos se procede a una clausura provisoria que no implica el resguardo de las personas internadas sino que consiste en impedir nuevos ingresos y establecer un plazo para realizar las refacciones indicadas.

La articulación con la Subsecretaría de Salud Mental en estos procesos es endeble y, en algunos casos, inexistente; el seguimiento posterior es limitado. Se priorizan cuestiones vinculadas a las condiciones materiales, de seguridad e higiene, sin valorar dimensiones propias del abordaje para determinar si está garantizado un tratamiento respetuoso de los derechos de las personas.

En los siguientes apartados se describen las comunidades inspeccionadas por la CPM a partir de las denuncias recibidas, y se exponen las evidencias de las graves violaciones a los derechos humanos que padecen las personas alojadas.

La falta de control estatal y los problemas estructurales se visibilizan también al analizar el juicio por la muerte de Saulo Rojas, un acontecimiento relevante en tanto es la primera vez que se juzgan delitos cometidos en el interior de este tipo de instituciones. Las denuncias de la CPM por las graves violaciones de derechos humanos en esta comunidad motivaron su clausura en 2017.

## **2. 1. Comunidad terapéutica Libres para vivir**

El 21 de septiembre se comunica una persona para denunciar a la comunidad terapéutica Libres para vivir, donde había estado internado su hijo. En la entrevista se releva que utilizan el denominado sistema UOMO, referido como “de formación militar”. Narra castigos como duchas con agua fría y ejercicios físicos; que es habitual que al momento del ingreso se los aisle y no se les permita comunicación alguna, y agrega situaciones de fugas, malos tratos y abusos sexuales.

A partir de esta denuncia, el 12 de octubre el equipo interdisciplinario del programa de Salud Mental se presentó en el lugar, ubicado en Malabia José N° 652 de la localidad de Ituzaingó, a los fines de realizar un monitoreo integral. Al momento de la inspección se encontraban alojadas 38 personas, algunas oriundas de otras provincias. La institución no contaba con habilitación sanitaria provincial.

Se relevó una situación gravísima en relación al control de legalidad de las internaciones involuntarias, traducida en secuestro y privación ilegal de la libertad. Previo a iniciar las entrevistas, el operador a cargo de la institución advirtió que la mayoría de las personas alojadas estaban allí en contra de su voluntad: “alrededor del 70% no habían prestado consentimiento para permanecer en la comunidad”. Al indagar a las personas alojadas, la gran mayoría lo confirma sin identificar un juzgado interviniente.

Hay convergencia en varios de los relatos respecto al ingreso. La mayoría de las personas alojadas fueron sedadas y secuestradas sin mediar

intervención judicial ni de ningún organismo de salud. Posteriormente, continúan en la institución privadas de su libertad ilegítimamente, en tanto no hay ningún criterio de salud que justifique su permanencia, y se les prohíbe retirarse reteniendo documentación y pertenencias.

De los relatos surge que fueron llevadas por sus familiares en contra de su voluntad, mediante engaños y por la fuerza. Se identifica como práctica común que se les suministre algún tipo de sedante diluido en la comida o bebida para luego llevarlas al lugar. Luego de consumir esto no pueden narrar qué sucedió y al despertar se encuentran dentro de la casa. Una vez en el interior no logran comprender dónde se encuentran ni las razones por las que están allí. A eso se suma la falta de certezas respecto del tiempo que deberán permanecer en esa situación.

Varias personas entrevistadas manifestaron su voluntad de abandonar la institución. Ante la manifestación de esta voluntad los operadores o el director les indican que sólo pueden irse con autorización de un familiar a cargo, aun cuando todas son personas mayores de edad que no cuentan con limitaciones ni restricciones en su capacidad.

La totalidad de las personas entrevistadas desconoce la intervención de órganos judiciales que controlen la legalidad de la internación. El acceso a la justicia es totalmente restringido, sometiendo a las personas alojadas a un sistema de vigilancia permanente, hermetismo e impunidad frente a la violencia ejercida. La imposibilidad de hablar libremente con familiares o allegados y no tener acceso a celulares o comunicaciones telefónicas cercena las posibilidades de denunciar el maltrato o dar aviso a funcionarios/as.

Se relevaron prácticas sistemáticas de violencia física, verbal y psicológica. Los responsables de la institución delegan el poder en personas alojadas en la comunidad desde hace mucho tiempo, y son quienes aplican golpizas y castigos físicos a las personas recién ingresadas con el fin de aleccionar y reducir su voluntad. Muchas de estas órdenes son acatadas dentro del contexto jerárquico en el que se organizan. Algunas personas avanzadas en el tratamiento manifestaron su desacuerdo y conflicto con aplicar este tipo de castigo; sin embargo en

caso de negarse ellas mismas reciben otro tipo de castigos y restricción de derechos. Incluso, se desprende que en el momento de la inspección se les ordenó la supervisión de las entrevistas, manifestándoles que debían tener cuidado con lo que decían y controlarse entre sí.

Se constató la aplicación de las denominadas “medidas”, sanciones que se aplican cuando alguien quebranta “una norma de la casa”, como expresar el deseo de irse y abandonar el tratamiento, no querer realizar una actividad, “no limpiar bien”, mirar por la ventana hacia afuera, hablar entre compañeros, pretender advertir a la familia sobre las vulneraciones de derechos que sufren, entre otras.

Estas sanciones consisten en realizar actividades físicas que les producen sufrimiento y dolor, y que atentan contra la dignidad. Enumeraron el denominado “mono”, que consiste en agacharse y saltar con las manos en alto unas 400 veces sin detenerse, y el “pato” que implica caminar en posición de sentadillas durante un período de tiempo definido por el operador o un compañero que posea rango superior. Asimismo se identificaron sanciones como la incomunicación (prohibición de que le dirijan la palabra), la obligación de escribir 400 veces “no debo...”, cancelar visitas y llamados a familiares, prohibir el consumo de cigarrillos o mate, mirar televisión, escuchar música u otras actividades de dispersión.

En la misma línea de castigos, pero con particular gravedad por tratarse de personas con padecimiento mental, se relevó el sometimiento a régimen de aislamiento en una habitación durante dos días, sin alimento, agua ni acceso al baño.

En la oficina del staff de la Comunidad se exhibe una pizarra donde se instituyen y detallan los castigos. Se enumeran las actividades que pueden generar “consecuencias y cruces”, es decir, las razones por las que se los castiga. Se destacan por lo irracional y restrictivo: “hablar entre menores”, “alianzarse”, “mirar por la ventana”, “no prestar atención al solo por hoy”, “hablar en las habitaciones”, “no llegar con las marcaciones”, “darse permisos”, “olvidarse objetivo diario”.

En todas las personas entrevistadas se evidenció un arrasamiento subjetivo. La prohibición de comunicarse entre pares, los castigos físi-

cos, las represalias y el régimen de vida restrictivo sostienen un sistema de maltratos y vulneraciones de derechos.

Del relevamiento de las condiciones materiales surge que son altamente riesgosas para las personas alojadas. Además de no presentar condiciones que hacen a la dignidad de las personas, se constató la total ausencia de medidas preventivas anti siniestros o plan de contingencia frente a las emergencias.

Al momento del monitoreo, alrededor de las 16 hs, en varias habitaciones había personas durmiendo pues -según indicó el operador- habían realizado la guardia durante la noche anterior y descansaban por la tarde. Las personas entrevistadas manifestaron que varias personas hacen guardia durante toda la noche (de 20 a 8 hs). Esto implica estar atentos a las necesidades de aquellos que están durmiendo, abordar descompensaciones, ataques de pánico e incluso dar aviso de situaciones riesgosas que impliquen la intervención en emergencia de un médico. Debemos marcar en este punto la gravedad que implica que este cuidado y valoración de situaciones riesgosas la realicen personas guiadas por el sentido común y sin herramientas profesionales para el abordaje.

Para bañarse las personas refieren que deben hacer una fila, donde son ubicados de acuerdo a su posición dentro de la comunidad. Existen 8 grados de ubicación dentro de la organización de la comunidad: residente, encargado, encargado general, supervisor, supervisor general, monitor, entrenador y reinserción. No hay puertas ni separaciones acordes en todo el sector del baño: las duchas e inodoros no cuentan con elementos que permitan un espacio de intimidad o privacidad.

Respecto a la presencia de equipo profesional -según informó el operador- actualmente desempeñan su labor en la comunidad una psicóloga social, una licenciada en psicología (irían una vez por semana) y un psiquiatra que concurre una vez por mes. No hay referencia de otras profesiones. Esto no coincide con los relatos de las personas entrevistadas: ninguna tenía referencia de los profesionales que trabajan en la institución. El nulo abordaje de salud mental respetuoso de derechos tiene como consecuencia que las personas entrevistadas se

encuentren atravesando episodios de angustia y desesperación por no poder retirarse del lugar.

Se destaca el caso de una persona entrevistada que refirió estar muy angustiada, manifestando que en dos ocasiones intentó quitarse la vida mediante ahorcamiento y que los compañeros lo impidieron. Otra refirió haberse autolesionado por la imposibilidad de salir del lugar. Estos episodios fueron abordados mediante castigos corporales que incluían realizar ejercicios y el sometimiento a aislamiento, obturando la posibilidad de acceder a un espacio con profesionales de la salud. El padecimiento grave se trata con más padecimiento.

Todas las comunicaciones y visitas con sus referentes afectivos son controladas por personas superiores en la jerarquía, violando el derecho a la intimidad y la privacidad, y prohibiendo estos espacios en el caso de que expresen malestar por las vulneraciones de derechos que padecen de manera cotidiana. En el caso de que esto suceda, se interrumpen las visitas, se prohíben las siguientes y se toman represalias, hay amenazas y discursos cuyo objeto es la manipulación a través de coerción y violencia psicológica.

Con respecto a la medicación, todos explicaron que no saben el motivo por el que la toman, qué medicación les es suministrada, la cantidad suministrada ni las consecuencias de tomarla. Se han relevado signos de sobremedicación en las personas alojadas como salivación excesiva, falta de control de esfínteres, somnolencia y rigidez muscular. La medicación es entregada por el operador en diferentes turnos. Deben tomarla delante de él, que debe comprobar que fue ingerida. En caso de que alguien se niegue a tomar la medicación es forzado violentamente por los operadores. Esto implica una reducción física e incluso la aplicación de medicación inyectable en contra de su voluntad y sin la supervisión de profesionales. Se observa que la medicación no es utilizada con fines terapéuticos sino como castigo, una herramienta que suma docilidad y sumisión.

La mayoría de las personas entrevistadas solicitó, en voz baja y con visibles signos de temor, que nos pongamos en contacto con sus familiares y les expliquemos la situación para que los vayan a buscar.

La gravedad de lo registrado motivó la presentación de un hábeas corpus colectivo en el Juzgado de Garantías N° 5 de Morón. También se interpuso una denuncia penal denunciando los hechos y solicitando la intervención de la fiscalía a los fines de iniciar la investigación pertinente. Lo relevado fue comunicado al Ministerio de Salud aportando el listado de las personas alojadas, solicitando que se les garantizara la continuidad de cuidados y un abordaje respetuoso de derechos según lo requiriera cada persona. El juzgado interviniente hizo lugar al habeas corpus y ofició a la comisaría a los fines de que se constate lo denunciado. A partir de la constatación, ofició a la municipalidad quien dio intervención al Juzgado de Faltas N° 2 y se procedió a la clausura de la institución por tiempo indeterminado.

## **2.2. Comunidad terapéutica La razón de vivir**

Se tomó intervención a partir de la cobertura de medios masivos de comunicación del allanamiento de varias sedes de esta institución y la detención de personas en el marco de una denuncia penal a cargo del agente fiscal Dr. Ernesto Daniel Ichazo, titular de la Unidad Fiscal de Investigaciones N°1 de Berazategui, departamento judicial Quilmes.

Se realizaron intervenciones preliminares y, el 27 de septiembre, una intervención conjunta con los órganos de revisión nacional y local de la ley de salud mental y con el Programa de asistencia a víctimas de trata perteneciente al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

Se arribó a una de las sedes, ubicada en calle 1° de Mayo y camino Gral. Belgrano 1654 del barrio Santa Sofía. Nos recibieron dos personas que se presentaron como “rehabilitado” y “operador” de la comunidad, y se mostraron renuentes a permitir el ingreso. Se mantuvo un breve intercambio en el que informaron que los jóvenes internados estaban de forma voluntaria, que no utilizan medicación, que el abordaje terapéutico se basa en distintas etapas según el tiempo de internación. Luego se permitió el ingreso de los equipos. Es importante destacar

que el monitoreo se adaptó a la instancia de asamblea que se desarrollaba entre las personas alojadas, los operadores y las personas que se presentaban como rehabilitadas. Esto determinó que no se pudiera desempeñar la tarea de monitoreo de la forma habitual. La organización piramidal y jerárquica que persistía como forma de mantener el control obstaculizó la posibilidad de mantener entrevistas en intimidad con cada persona para que pudieran poner en palabras vulneraciones de derechos de las que fueran víctimas. Luego de transitar esta instancia, recorrimos las instalaciones con el objetivo de realizar un relevamiento de las condiciones materiales del lugar.

Posteriormente, solo el equipo de la CPM se dirigió a la segunda sede, en ruta provincial 53 y 1560, barrio La Capilla. Al arribar observamos que estaban presentes las mismas dos personas que se encontraban a cargo de la primera sede. Al solicitar ingresar nos informaron que debíamos esperar en el exterior ya que estaban “en reunión debido a todo lo que pasó”. Luego de esperar aproximadamente una hora nos permitieron el ingreso y la realización del monitoreo mediante la misma modalidad de asamblea.

A partir de la investigación penal en curso y los allanamientos realizados, se constató que ninguna de las sedes tenía habilitación en el ámbito municipal ni provincial. Durante la tarea desarrollada, si bien las autoridades presentes hicieron referencias a la existencia de trámites de habilitación y un supuesto número de legajo, no pudieron presentar ninguna documentación.

Respecto al ingreso, no existe una evaluación interdisciplinaria acorde a la normativa de salud mental que justifique la internación. Del relato de las personas surgen acciones que califican como secuestro. Narran que el propio director, Néstor Zelaya, se trasladaba hasta sus casas, incluso en otras provincias, para buscarlos y traerlos contra su voluntad a la comunidad en su auto particular.

En relación al equipo profesional la información relevada no es clara ya que en ciertos momentos del relato refirieron contar con un equipo de 15 personas (entre operadores, profesor de educación física, psicóloga y psicóloga social). Sin embargo, en el marco de una conversación a

solas con uno de los jóvenes alojados, se observa la dificultad en identificar profesionales que trabajan en la institución, logrando enunciar la visita de un psicólogo social “de vez en cuando”. Del discurso de las personas a cargo de la comunidad y de las personas alojadas, se desprende la total ausencia de disciplinas como trabajo social y psiquiatría.

Es muy clara la oposición a la presencia de cualquier profesional de salud, específicamente de psiquiatras, fundamentada en una connotación negativa hacia la administración de medicación. De esta manera el tratamiento y manejo queda a cargo de los operadores, personas ubicadas en la parte superior de la pirámide jerárquica del lugar. Se observa un marcado discurso voluntarista materializado en frases como “si yo pude, vos también podés”, o la acción de tomar como modelo a seguir a aquellos que ya fueron rehabilitados.

El avance en el tratamiento se basa esencialmente en cumplir con tres fundamentos instituidos por la comunidad: “obediencia, hablar uno y escuchar”, con la realización obligatoria de actividades y tareas asignadas y con normas y tiempos predeterminados. Se distingue a las personas “de más tiempo” y las de “menos tiempo”: a los primeros se les asigna un rol de poder y referencia, acompañamiento y control de los jóvenes “de menos tiempo”, y deben hacerse cargo de contener a aquellos que se encuentran atravesando un “mal momento”. Se relevó la presencia de una figura denominada “tutor”, nombre que se le asigna a una persona que tiene como función acompañar las personas de “menos tiempo” con el claro objetivo de lograr la total identificación con las normas.

Cualquier tipo de enfrentamiento o falta de adaptación al sistema se considera como una demostración de que el joven se encuentra en “crisis”, y que “quiere volver a la vieja vida” porque “no soltó la mochila”. A través de operadores y personas “de más tiempo” se sostienen espacios que intentan ser aleccionadores, indiscutibles y con el objeto de ejercer presión simbólica sobre quien pretende no adherirse totalmente a los preceptos.

Ante la falta de adherencia a las normas instituidas en la comunidad se aplican las denominadas “consecuencias”; se trata de restricciones al ejercicio pleno de derechos que se padecen en la vida cotidiana bajo el lema del “sacrificio”: no tomar mate, no comer pan, no recibir visitas o

llamadas telefónicas de sus referentes afectivos, etc. De esta manera se imprime la lógica premio/castigo.

También constatamos el incumplimiento del estándar fijado en la normativa vigente en cuanto al tiempo de la internación, que debe ser el más breve lapso posible y fundado en criterios terapéuticos interdisciplinarios. Se relevó la situación de varias personas que se encontraban en la institución desde hacía 8, 14 o 20 meses, y que no avanzaban en las fases establecidas porque “no hacían las cosas bien”. Se destaca con preocupación lo surgido en el relato de varias personas quienes refirieron que, si quisieran, podían “quedarse a vivir”.

El régimen de vida planteado desde la institución se encuadra en el estricto cumplimiento de las llamadas “normas de convivencia”, que los jóvenes deben estudiar al momento de su ingreso, como también de los horarios pautados para cada actividad y tiempo de ocio.

Las personas alojadas realizan todas las tareas cotidianas que permiten el sostenimiento de la comunidad: el mantenimiento edilicio y la limpieza, la cocina y la seguridad a modo de guardias nocturnas. Sin embargo, no reciben remuneración por el trabajo ni certificación de los contenidos aprendidos que valide una futura inclusión al ámbito laboral.

Se les prohíbe hablar sobre política, religión, escuchar música o ver películas que hagan alusión a consumo o violencia; tampoco pueden siquiera decir palabras como “marihuana”, “cocaína” o “pasta base” por lo que se refieren a ellas como “lo primero”, “lo segundo” y “lo tercero”, respectivamente. No pueden recibir noticias desde el exterior de la comunidad, y mucho menos tener teléfono celular.

A las restricciones generalizadas, se suman las que cada persona se pone bajo la consigna “sentido y gravedad” impartida por los operadores: consiste en elegir un objeto que les genere placer para imaginar que representa la droga que consumían. Como ejemplo, uno de los jóvenes señaló que no come pan hace meses a pesar de que es un alimento de su preferencia e identificó el malestar que le genera que otros lo hagan; otro refirió “si hoy no puedo decirle que no a un mate, entonces no puedo decirle que no a la droga”.

Se realizó un exhaustivo informe, que fue presentado ante los actores judiciales intervinientes y organismos estatales involucrados, en el que se detalla todo lo relevado y se realizan una serie de consideraciones: la persistencia de la lógica de disciplinamiento, adoctrinamiento y castigo sostenida en la estructura jerárquica y en la presencia de líderes hace que haya graves violaciones de derechos.

### **2.3. Comunidad terapéutica San Andrés**

A partir del diagnóstico territorial construido por el equipo respecto a las múltiples denuncias recibidas provenientes del partido de Pilar, el 31 de mayo se realizó un monitoreo integral en esta institución.

Al momento de solicitar acceso nos fue negado el ingreso por quienes se encontraban a cargo en el momento, dos personas que se presentaron como operadora y psicólogo, que respondían a órdenes telefónicas del director Miguel A. Wilk. Inmediatamente desde la CPM se realizó llamada telefónica a la Fiscalía N° 2 y al Juzgado de Garantías N° 7 de Pilar, en turno, comunicando los hechos y solicitando su intervención. La respuesta de la Fiscalía fue solicitar que se presente la denuncia correspondiente; desde el Juzgado nos informaron que el Dr Saettone, a cargo de la judicatura, se dirigiría a la brevedad a la institución. Se interpuso una denuncia penal solicitando que se apersone el magistrado interviniente a efecto de constatar la situación denunciada, y que habilite el ingreso del equipo de Salud Mental para el cumplimiento de las funciones de monitoreo. Aproximadamente una hora más tarde se presentó en la institución el Dr Walter Saettone, juez de Garantías, ordenando el ingreso del equipo.

Se constató el funcionamiento clandestino de la institución. Al momento de las entrevistas en intimidad, la mayoría de las personas sostuvieron que su ingreso había sido voluntario, pero el director no les permitía irse si así lo deseaban.

Se relevó la misma situación que en los casos anteriores respecto a la falta de control de legalidad de internaciones involuntarias y de evaluaciones interdisciplinarias que justifiquen la internación.

Los entrevistados narraron hechos de violencia ejercidos por el director, caracterizado como “una persona prepotente, impulsiva, se saca demasiado rápido”; lo han escuchado decir “acá va a correr sangre”, “vos que sos un drogadicto...”, y una persona entrevistada denunció que “zamarreó a un compañero”.

Se relevó la presencia de cámaras de seguridad para aumentar el control (en la oficina de Miguel Wilk, en el comedor y en el recibidor). Las personas desconocen si tienen audio, pero piensan que sí porque algunas conversaciones privadas son conocidas por las autoridades.

Si bien no existe el aislamiento en un espacio físico específico, se sostiene una práctica denominada “incomunicación” que consiste en la aplicación de un castigo por el incumplimiento de alguna norma de la institución: la persona sancionada tiene terminantemente prohibido conversar con otra persona.

El régimen de vida planteado desde la institución es similar a lo descrito en los casos anteriores respecto a sus características restrictivas y la presencia de las denominadas “medidas”. En general, los/as entrevistados/as expresaron padecer angustia gran parte del tiempo, encerrados en la casa sin la posibilidad de salir al patio, con restricción de contacto con familiares y referentes afectivos, y visitas y llamadas supervisadas.

El equipo de salud lo componen dos profesionales: un psiquiatra, que evalúa a las personas alojadas una vez cada quince días, y un psicólogo, que asiste a la comunidad entre tres o cuatro veces por semana, y asigna un día de la semana para entrevistar a cada persona alojada. No se releva la presencia de otras profesiones en el equipo. Por fuera estos espacios, el abordaje por salud mental ofrecido por la institución se reduce y encuadra fundamentalmente en lo disciplinario y conductual a través de la modalidad premio-castigo: la normativa convivencial, las tareas de limpieza y el régimen de vida son la base

del tratamiento a los padecimientos mentales, lejos de la trayectoria, tiempos singulares y evolución en el tratamiento de cada sujeto.

El abordaje se basa en el Plan Minnesota, que sostiene el tratamiento de los 12 pasos, la realización de los grupos ya mencionados, y la lectura y posterior reflexión del libro *Solo por Hoy* de Narcóticos Anónimos. Estas reflexiones son obligatorias y no posibilitan expresiones reales y concretas. Se evidencia una postura clara acerca del carácter de enfermedad que se instituye sobre las personas alojadas: “Una persona adicta puede ayudar a otra. Entre los adictos nos podemos ayudar”. También expresaron que el personal que se desempeña en la comunidad les dice de manera constante que “la adicción es una enfermedad incurable”.

A partir de la inspección se realizaron las presentaciones judiciales y administrativas correspondientes denunciando los hechos relevados.

#### **2.4. Juicio por la muerte de Saulo Rojas en la comunidad San Camilo**

El 14 junio de 2013 el joven, de 23 años, se ahorcó en una celda de aislamiento por falta de contención profesional y trato adecuado. El 2 de agosto de 2022 inició el juicio por su muerte y Ángel Súnuez, único imputado, fue condenado por el Juzgado Correccional N° 4 de San Isidro a tres años de prisión más 10 de inhabilitación por el delito de homicidio culposo. Se demostró que el día del hecho obró de manera negligente al aislarlo en una habitación en construcción. Se estableció que la conducta de Súnuez fue llevada a cabo con conocimiento y aval del director terapéutico y del director general, ya que no podían desconocer que la entidad funcionaba de manera irregular.

En las jornadas declaró la madre de Saulo, Miriam Lucero. Refirió que el día de la muerte de su hijo, aproximadamente a las 17 hs, llamó a la comunidad y fue atendida por Lujan Súnuez quien le dijo que “Saulo estaba en grupo, que se victimiza todo el tiempo, está demandante”, y que por

esa causa “lo van a llevar a Del Viso”. Relató que a las 22.30 hs la llamó quien se presentó como Lucio Cereti, trabajador de la institución, que manifestó que Saulo había sufrido un infarto que le produjo la muerte. Le dijeron que por ser fin de semana no iba a concretarse el traslado del cuerpo hasta el lunes, ya que el juez no lo iba a ordenar. Por esto le indicaron que no era necesario que viajara: “no te preocupes, nosotros nos encargamos”. El domingo a la mañana llegó el cuerpo a Mendoza.

La señora Lucero realizó un recorrido por la trayectoria de vida de Saulo: afirmó que atravesó varias internaciones, que era insulino-dependiente, que fue ella quien solicitó la intervención de la justicia en la provincia de Mendoza. El juzgado no encontró instituciones adecuadas en la provincia para que el joven sostenga su tratamiento y solicitó a tres instituciones en la provincia de Buenos Aires la intervención en el caso. San Camilo aceptó al joven, que fue becado por la provincia de Mendoza para costear la internación. Se pone de manifiesto la imposibilidad del joven de realizar tratamiento cerca de su centro de vida.

De las declaraciones durante el juicio se evidencia que pese a la prohibición de aislar a personas que atraviesan crisis en su cuadro de salud mental las encerraban (*engomadas*) en una habitación sin revocar, con contrapiso de cemento, con rejas en las aberturas. Este espacio, en el que solo había un colchón mojado en el piso, era llamado “sala de reflexión”, a pesar de que era una sala de castigo. Saulo fue encerrado allí, sin dosis de insulina, cuando se encontraba atravesando una crisis en su cuadro de salud mental, nervioso y angustiado.

El Juzgado Correccional N° 4 de San Isidro encontró responsable de homicidio culposo al operador que lo encerró en esas condiciones. Lo condenó a la pena de 3 años de prisión de cumplimiento efectivo e inhabilitación de 10 años para controlar personas internadas.

Asimismo el 15 de mayo, el Juzgado Contencioso Administrativo N° 2 de San Isidro condenó a la provincia de Buenos Aires y a los propietarios y beneficiarios económicos de la comunidad terapéutica, y los obligó a resarcir a la familia de Saulo por los daños y perjuicios ocasionados.

Respecto a la comunidad terapéutica San Camilo, el 16 de junio de 2017 se realizó una inspección que motivó la presentación del habeas corpus co-

lectivo 14-02-000005-17/00 en el Juzgado de Garantías N° 7 de Pilar y de la pertinente denuncia penal (IPP N° 7809/17) en la Fiscalía N° 4 de Pilar.

Durante la inspección se constató que la institución contaba con capacidad para alojar a 24 personas (conforme a disposición 2711 del 1 de octubre de 2014 de la Dirección provincial de coordinación y fiscalización sanitaria del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires) pero había 60 personas alojadas. Entre las principales vulneraciones de derechos se relevó: privación ilegítima de la libertad, afectación del vínculo afectivo familiar, torturas y falta de acceso a la justicia. En su totalidad la institución presentaba malas condiciones edilicias e higiénicas; finalmente, en noviembre de 2017 el Ministerio de Salud la clausuró.

## **2.5. Conclusiones**

A partir de los casos expuestos —y en función del diagnóstico construido durante varios años—, se destaca que en la mayoría de estas instituciones el modelo se basa en un marco teórico que no sólo no se adecúa a la LNSM sino que a veces se constituye como justificación de la vulneración de derechos.

No se tienen en cuenta características subjetivas, trayectorias de vida, deseos ni posibilidad de autonomía de cada persona: se aplica un sistema jerarquizado de actividades, reglas y discursos construidos de manera homogénea e indiscutible. Prima una lógica disciplinaria y conductual a través de la modalidad premio-castigo, y la normativa convivencial y el régimen de vida son la base sobre la que se apoya el abordaje de los consumos problemáticos. Como consecuencia, podemos afirmar que la circulación y la toma de la palabra también están reguladas tácitamente ya que, por ejemplo, hay cosas que no pueden decirse.

Como se dijo previamente, estas prácticas tienen anclaje teórico en el denominado Modelo Minnesota, antagónico con la normativa vigente en materia de salud mental.

Además, se incumple en todos los casos con la ley nacional 26.529 que regula la confección de historias clínicas y el consentimiento informado, y del artículo 15 de la LNSM que establece que “tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica”. Generalmente, las historias clínicas no están foliadas, ordenadas cronológicamente ni completas, y es habitual que falten datos personales y familiares.

Es evidente que es éste el mayor núcleo problemático actual en la Provincia respecto al abordaje y las políticas públicas de salud mental.

Más allá de los avances normativos mencionados previamente, el mecanismo de habilitación no puede constituirse como un conjunto de requisitos administrativo-burocráticos, debe consistir en una revisión de los criterios básicos en términos de respetos de los derechos humanos que deben cumplirse en una institución de salud. A pesar de las iniciativas de la autoridad de aplicación respecto a proceder de manera gradual a la adecuación de estos lugares a los parámetros de la ley de salud mental, no deberían permitirse funcionar o continuar haciéndolo si no se cumplen las cuestiones tratamentales y edilicias que hacen a la garantía de derechos de las personas que va a alojar.

La situación actual se constituyó a partir de muchos años de ausencia estatal en el control que legalmente debe ejercerse. Esta ausencia llevó a la discrecionalidad en el manejo de estas instituciones sin ningún tipo de consecuencias.

En varios de los casos en los que se intervino, la respuesta es invitar a la habilitación ministerial formal y el acompañamiento en la adecuación a las pautas de la LNSM. Si bien se comprende la complejidad de las situaciones que se presentan y las dificultades para reubicar a las personas que se encuentran allí, debe considerarse que la sola presencia del acto administrativo no impacta per sé en las condiciones gravosas en las que se encuentran las personas alojadas y debe profundizarse un control exhaustivo, reforzando los esquemas de fiscalización y control que contemplen la palabra de las personas alojadas en estos lugares como forma de prevenir y/o hacer cesar vulneraciones de derechos.

### 3. LAS CÁRCELES NEUROPSIQUIÁTRICAS

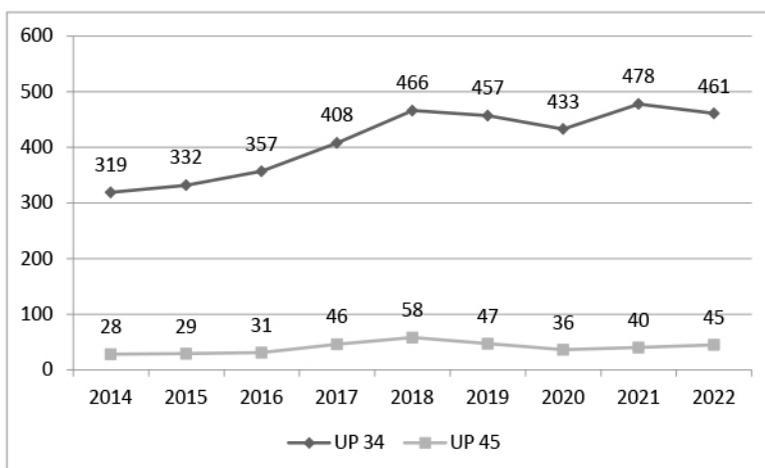
En la provincia de Buenos Aires, las unidades penitenciaria 34 y 45 (ésta última en su anexo femenino) de Melchor Romero son designadas “institutos neuropsiquiátricos de seguridad” en los términos planteados por el art. 79 de la ley 12.256 de ejecución penal. La gestión depende del Servicio Penitenciario Bonaerense y el principal interlocutor respecto al abordaje de salud mental es la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

La primera cuestión a señalar es que -pese a reiteradas solicitudes de la CPM- estas instituciones no fueron contempladas ni incluidas en el *Plan Provincial Sexagenal de Salud Mental*. No hay dirección, coordinación ni presencia del Ministerio de Salud, por lo que están disociadas y desconectadas del sistema público de salud y las políticas públicas adoptadas.

Desde hace años, en nuestro carácter de MLPT, denunciemos las vulneraciones de derechos que suceden en estas cárceles. Durante el 2022, a partir de un monitoreo periódico y el seguimiento de casos particulares, se constató que persiste el incumplimiento de la LNSM 26.657 y de la ley nacional de derechos del paciente (LNDP) 26.529. Estas leyes deben regir cada ámbito de la vida de las personas que atraviesan algún padecimiento de salud mental. Sin embargo, la poca o nula injerencia del Ministerio de Salud facilita la diferencia de abordaje entre las personas privadas de su libertad en el ámbito carcelario y las internadas en instituciones de salud, públicas o privadas. Esta diferencia se evidencia en la adecuación de dispositivos a la LNSM: como se desarrolló al inicio, los cuatro hospitales monovalentes de la Provincia presentaron un plan de adecuación y se encuentran atravesando ese proceso, con reuniones y visitas pautadas por el Ministerio de Salud. Esto no se replicó en estas cárceles aunque se las considere como instituciones neuropsiquiátricas.

Al finalizar el año 2022, la UP 34 y el anexo femenino de la UP 45 alojaban a 506 personas (461 varones y 45 mujeres, respectivamente). Entre 2014 y 2022, la UP 34 ha alojado en promedio 412 personas por año, población que ha ido en aumento en concordancia con la suba de la población detenida total del SPB. Para el mismo periodo, la UP 45 ha alojado en promedio 40 mujeres.

Gráfico 5. Personas detenidas en la UP 34 y en el anexo femenino de la UP 45, provincia de Buenos Aires, 2014-2022



**Fuente:** CPM en base a datos de población detenida provistos por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires.

Estas cárceles alojan también a personas que se encuentran sobreeséidas en su proceso judicial: en 2022 había 101 en la UP 34 y 6 en el anexo femenino de la UP 45. Esto indica que el 22% de los varones detenidos en la UP 34 estaban sobreeséidos.

Con una capacidad de alojamiento de 312, la UP 34 alojaba en diciembre de 2022 a 461 detenidos, lo cual indica un 48% de sobrepoblación. Por su parte, en la UP 45 alojaba 45 personas en un espacio con capacidad para 52.

Respecto a los equipos de salud de estas unidades, a octubre de 2022,

48 trabajadores/as de la DPSP estaban destinados a la UP 34, de los cuales 14 eran médicos/as<sup>2</sup> y 8 psicólogos/as. Esto indica una relación de 1 médica/o cada 32 personas detenidas y 1 psicóloga/o cada 58 personas detenidas.

### **3.1. Incidente 18.168 ante el Juzgado de Ejecución 1 de La Plata**

En los informes anuales previos<sup>3</sup> se detalló el recorrido de la causa caratulada “Detenidos Alojados en la Unidad Penal N° 34 de Melchor Romero s/habeas corpus colectivo” y sus acollaradas. El 26 de abril de 2022, la Sala III del Tribunal de Casación resolvió que el control de la realización de las medidas dispuestas lo realizara el juez de ejecución de La Plata que por turno corresponda. Por sorteo se formó el incidente de ejecución 18.168 ante el Juzgado de Ejecución N°1 Departamento Judicial La Plata.

En el marco del incidente se dispusieron medidas, audiencias y recorridos institucionales en las unidades penitenciarias 34 y anexo femenino de la 45. Participaron representantes del Ministerio de Justicia de la Provincia, de la Subsecretaría de Salud Mental del Ministerio de Salud, de la Defensoría del Pueblo -Órgano Revisión Local de la ley de Salud Mental-, de la Comisión Provincial de la Memoria, de la Defensoría General de La Plata y la Secretaría de Ejecución.

Se identificaron algunos avances en el marco de la causa. Específicamente se revisó la situación de las personas con medidas de seguridad porque muchas no estaban cuantificadas y otras se encontraban vencidas, una situación de privación ilegítima de la libertad porque ningún marco legal justificaba su permanencia en la unidad. En este sentido se constituyó una mesa de trabajo interministerial conformada por la Subsecretaría de Salud Mental, el Programa Provincial de Salud en Contextos de Encierro, la Dirección Provincial de Hospitales,

2 La fuente no discrimina las especialidades médicas.

3 Informe Anual 2018 pp. 481, Informe Anual 2019 pp.248, Informe Anual 2020 pp. 335, Informe Anual 2022 pp.592.

el Programa Regional Interdisciplinario de Enlace Comunitario (todos pertenecientes al Ministerio de Salud), la Subsecretaría de Política Penitenciaria, la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria, la Dirección Provincial de Ejecución Penal en Libertad del Patronato de Liberados Bonaerense, equipos tratantes del Área de Sanidad de la UP 34 (todos pertenecientes al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos), y el Ministerio de Desarrollo de la Comunidad.

Esta mesa se reúne semanalmente en la UP 34 y se plantea como objetivo principal “garantizar el acceso a una externación sustentable a través de estrategias intersectoriales e interdisciplinarias que propicien una atención integral de la salud”. Se presentaron tres informes que desarrollan las intervenciones en casos individuales desde enero a julio. Según la información aportada en el marco del expediente, desde abril a septiembre del 2022 externaron a 5 personas que tenían el cese de la medida de seguridad.

Entre otros avances se destaca: el acceso a información respecto a profesionales intervinientes, listados de personas con su situación judicial, exigencia al Ministerio de Justicia para la incorporación de profesionales y capacitaciones en salud mental para operadores judiciales, tramitación de DNI, pensión no contributiva y certificado de discapacidad. El proceso judicial duró 6 meses, una vez cumplidos, se elevó el expediente a Casación para su control. El 9 de febrero del 2023 la Sala III de Casación remitió el incidente de control de ejecución al Juzgado de Ejecución N°1 para su continuidad, y se encuentra en trámite.

### **3.2. Incumplimiento normativo y tortura: sujeción mecánica gravosa, sobremedicación y aislamiento**

A partir del seguimiento periódico realizado en ambas unidades penitenciarias, se constató un persistente incumplimiento de la normativa que reconoce los derechos de las personas con padecimiento mental, una fuerte presencia de la lógica de control y vigilancia impuesta por

el personal penitenciario en detrimento de la perspectiva sanitaria y del poco o nulo conocimiento de los profesionales del equipo de salud del abordaje respetuoso de derechos. Asimismo se comprobó que se siguen aplicando las prácticas de tortura que se relevan desde hace años: sujeción mecánica gravosa, sobremedicación y aislamiento.

Respecto a la **sujeción mecánica**: en la recorrida judicial del 3 de marzo del 2022 la jefa de Sanidad de la Unidad Penitenciaria 34 exhibió los medios de sujeción en uso (una correa de tela sintética sujetable con una presilla y velcro), que reemplazaron a los que se usaban antes y producían lesiones.

Sin embargo, el 1 de abril se constituyeron en la UP 34 la Defensoría General de La Plata en conjunto con defensores oficiales; la Dra Cristina Isidro, a cargo de la guardia de psiquiatría, refiere que la sujeción mecánica se utiliza en ocasiones excepcionales, que en la actualidad cuentan sólo con 6 elementos de sujeción mecánica adecuados al protocolo y que se deterioran fácilmente por lo que a veces utilizan esposas.

También se constata sujeción mecánica gravosa; en las entrevistas las personas detenidas afirman que estas prácticas “son ordenadas por el médico, este es compañero de trabajo del SPB, y no nos ven como personas sino por los delitos que cometimos y que tenemos que pagar”. Una persona expresó que al momento de ingresar al sector de Sanidad estuvo atada a una cama con esposas en las cuatro extremidades durante tres días. En ese tiempo, el enfermero le inyectó medicación -desconoce el nombre y su efecto terapéutico- dos veces por día, “cuando quieren ellos”. Además, no recibió explicaciones sobre su situación ni supervisión y/o control de signos vitales. Previo al ingreso a Sanidad hay una cámara de seguridad que apunta hacia adentro y -según relatos de las personas detenidas- se coloca un camastro donde las median y esposan en las cuatro extremidades.

Respecto a la **medicación**, las personas entrevistadas refirieron que se administra con el objetivo de aplicar la sujeción mecánica gravosa. Que también “los planchan” al ingreso preventivamente cuando deben informarle noticias desagradables y/o cuando reclaman por el acceso a derechos. No reciben información respecto a la medicación que se

les suministra y las personas lo viven como un modo de disciplinamiento. Una de las personas manifestó que accede a la toma por temor a represalias, pero que esto le provoca angustia, tristeza, “sueño, mucho sueño”, vómitos y mareos.

Otra persona entrevistada manifestó que le inyectaron haloperidol cuando ingresó a la unidad y durante su alojamiento en Sanidad, afirmando que para sostener esta práctica “me agarraron entre 3 y me dieron la inyección, para ellos estás loco acá. Los pibes acá están así porque los dejan así ellos, con la medicación que les dan”.

Respecto al sometimiento a **aislamiento**, en la Unidad Penitenciaria 45 anexo femenino se realiza en los sectores denominados sala de observación y evaluación (SOE) y la sala de pacientes agudos (SPA), donde el aislamiento alcanza condiciones extremas.

En la Unidad Penitenciaria 34, luego de la clausura en el marco de la acción judicial colectiva, el pabellón de separación del área de convivencia ya no se utiliza, sin embargo se relevó que las personas son sometidas a aislamiento en celda propia dentro de los pabellones. Como se desarrolla exhaustivamente desde hace años, el aislamiento está prohibido por normativa nacional e internacional para personas con padecimiento mental.

El relator especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes de las Naciones Unidas en su informe del 1 de febrero de 2013 concluyó que la imposición del régimen de aislamiento, “cualquiera sea su duración, a personas que padecen discapacidad mental constituye un trato cruel, inhumano o degradante”.

Asimismo, la resolución 3/18 dictada por el Órgano de Revisión Local instó a los organismos competentes del poder ejecutivo provincial a realizar las gestiones necesarias para dar cumplimiento a lo establecido en el art. 14 del decreto 603/13 de la LNSM, respecto a la prohibición de alojar personas que presenten algún padecimiento mental en las denominadas “salas de aislamiento”.

### 3.3. Unidad Penitenciaria 34 de Melchor Romero

En marzo de 2022 los programas de Salud Mental e Inspecciones monitorearon la UP 34 a los fines de actualizar la situación<sup>4</sup>: incluyó entrevistas con autoridades y miembros del equipo de profesionales de la salud presentes, entrevistas en confidencialidad con personas alojadas en el sector sanidad y en el pabellón 4 de valetudinarios, relevamiento de condiciones materiales y revisión de historias clínicas.

Esta unidad cuenta con cupo para 312 personas pero en esa fecha alojaba 487, lo que implica una sobrepoblación del 56%<sup>5</sup>. En sanidad se encontraron 6 personas, cuando la capacidad es de 5 camas, una de las personas dormía en el piso; en el pabellón 4, con capacidad para 26 personas, se alojaban 44, que debían dormir en un colchón fino en el piso o sobre frazadas.

Se relevaron condiciones materiales inhumanas: mal funcionamiento de las duchas, pérdidas de gas, falta de agua caliente, falta de vidrios en las ventanas, falta de sábanas y escasas frazadas, pésimas condiciones de mantenimiento de las piletas e inodoros de cemento, paredes con manchas de humedad y suciedad. Las personas detenidas referían no tener elementos de limpieza. Lo registrado implica limitaciones para hacer frente a las condiciones climáticas y un riesgo concreto para la seguridad y salud de las personas.

Respecto al régimen de vida, no se realiza ningún tipo de actividad, las personas permanecen *engomadas* o encerradas en sus celdas aproximadamente 13 horas, ya que se abren a las 7.30 hs y se cierran a las 18 hs.

En cuanto a la alimentación, las personas expresan que es “un asco”, “comida de perro”, “con mucha grasa”, “incomible” y que a veces eligen no comer porque les genera padecimientos estomacales. No se entrega desayuno ni merienda, la alimentación se basa en fideos, polenta, arroz, carne de pollo y vacuna “dura”, sin variedad nutricional.

4 En el marco del expediente judicial N° 18.168 que tramita ante el Juzgado de Ejecución N° 1 subrogado por el Dr. Villafañe.

5 <https://www.comisionporlamemoria.org/datosabiertos/carceles/mapa-de-carceles/>

La planta de profesionales de la salud se compone de 7 médicos clínicos (1 cada 66 personas), 7 enfermeros (1 cada 66), 5 médicos psiquiatras (1 cada 92), 7 licenciadas en psicología (1 cada 66), 3 odontólogos (1 cada 154), 2 trabajadores sociales (1 cada 231) y un acompañante terapéutico para toda la población. Las guardias presenciales de 24 horas las cumplen los médicos clínicos y los enfermeros, las guardias psiquiátricas se cumplen en forma activa de lunes a viernes de 8 a 18 horas y el resto en forma pasiva.

La jefa de Sanidad refirió que “en el ámbito penitenciario cualquier especialidad cumple funciones de guardia, al entrar a la Unidad no importa la especialidad que tengas, acá todos hacemos lo mismo desde una sutura a una emergencia psiquiátrica”. Es importante destacar que no todas las especialidades médicas están formadas para intervenir en una crisis de salud mental y se requiere de equipos interdisciplinarios que la aborden manera integral.

Una de las personas entrevistadas dijo que “el profesional psiquiatra que me tocó -los psiquiatras se dividen los pacientes- está los lunes y martes. Para ser atendido tenés que esperar que los planetas se alineen y si tenés una crisis tiene que ser de lunes a viernes, de 10 a 14 hs, preferiblemente el día que está tu psiquiatra”.

Esta institución se sostiene en el discurso y la práctica de que el SPB es capaz de abordar cuadros de salud mental. Sin embargo, a veces el ingreso no responde a cuestiones específicas de salud mental sino que responde principalmente a la ausencia de abordaje en otras unidades desde una perspectiva preventiva y asistencial o por la falta de personal de salud mental. Personal de salud de la UP refiere que “acá viene cualquiera, por un cortecito, porque está triste, no son personas con criterio de internación psiquiátrica, entonces llegan a la unidad y los planchan”.

Se relevó que los profesionales de la salud no recorren los pabellones ni asisten situaciones particulares. Ante una descompensación, quienes abordan a la persona en primera instancia son los compañeros del pabellón: dan aviso al SPB, el personal lo reduce, lo esposan y “termina en sanidad con plan inyectable”. En algunas ocasiones se requiere de suje-

ción mecánica, pero no existen protocolos de intervención, “el criterio de intervención es el del médico de guardia”, refiere personal de Sanidad.

Los profesionales de salud atienden con el personal de seguridad presente, lo que impide la privacidad y resguardo del secreto profesional durante las entrevistas. El Dr Albanesi manifiesta que “cuando el usuario se encuentra en crisis o despliega una actitud violenta hacia los profesionales es a menudo necesaria la presencia del personal penitenciario para resguardar la seguridad del psiquiatra o psicólogo tratante”. Destaca que el establecimiento no es una clínica psiquiátrica “sino una cárcel”.

Los detenidos no tienen un vínculo de confianza ni espacios de escucha con objetivos terapéuticos y refieren que las preguntas de los profesionales son “como interrogatorios, como son los de la policía”.

El tratamiento se limita a indicar un plan farmacológico, no hay abordaje interdisciplinario y los espacios terapéuticos individuales no son regulares: se abocan a momentos de crisis, como autolesiones, ideas y/o intentos de suicidio, etc. Las personas refieren que “no hay tratamiento psiquiátrico”, “acá no nos ve nadie, uno pide y no vienen”, “no se puede mezclar la psicología con la policía”, “esto es una cárcel, no es un hospital”, “a mí no me llama nadie, yo quiero pero no me llaman”. Se relevó que una persona reclamó algo, le administraron medicación vía intravenosa, lo *criquearon* y ataron.

Las personas entrevistadas desconocían la medicación suministrada, su finalidad y efectos adversos, el diagnóstico y plan de tratamiento. En la mayoría de los casos la medicación es administrada por medio de inyectables de depósito no consentidos o consentidos bajo coacción. Es usual el reemplazo de una medicación por otra de supuesto similar efecto, sin base en un criterio médico sino en función de la disponibilidad.

Las historias clínicas no están foliadas ni completas, algunas desordenadas cronológicamente, las evaluaciones al ingreso a la unidad no son interdisciplinarias y se deja constancia de que algunas personas no cuentan con criterio de permanencia, las evaluaciones posteriores son ilegibles o reflejan tratamientos inconstantes. Faltan datos perso-

nales de las personas alojadas, sus referentes afectivos y los juzgados intervinientes, excepto cuando solicitan informes por oficio.

A la mayor parte de las personas detenidas no se les garantiza el acceso a la justicia: desconocen su situación procesal, no han tenido contacto con su defensa y juez a cargo de su causa durante largos períodos, aun habiendo manifestado el deseo de acceder a información clara, adecuada y precisa. La incertidumbre y el desconocimiento de su proceso judicial, de las eventuales posibilidades de acceder a la libertad o mejores condiciones de alojamiento generan malestar, angustia y repercuten en su salud mental. Además, el equipo no considera estrategias de atención y tratamiento como la posibilidad acceder a la revisión de medida de seguridad, inclusión en altas a prueba o prisión domiciliaria con posibilidad de seguir un tratamiento ambulatorio.

El acceso a hospital extramuros es dificultoso: hay mucha demora para conseguir turnos y la UP no tiene ambulancia para traslados, y refieren que “no los reciben porque hay un prejujuamiento del preso”.

Se suma lo relevado respecto a la privación ilegal de la libertad de 12 personas, en tanto se había producido el cese de las medidas de seguridad y continuaban alojadas en la unidad. Ante la exigencia de liberarlas, la justificación fue que no existen mecanismos de externación.

### **3.4. Unidad Penitenciaria 45 anexo femenino de Melchor Romero**

Durante el 2022, el programa de Salud Mental realizó varias inspecciones en el anexo de la unidad, además de entrevistas por seguimiento de casos individuales. Los monitoreos incluyeron entrevista con autoridades y profesionales de la salud, confidencialmente con las mujeres alojadas, relevamiento de condiciones materiales y revisión de historias clínicas.

En el anexo femenino de la UP 45 están la sala de observación y evaluación (SOE) y la sala de pacientes agudos (SPA), utilizadas para

aplicar el régimen de aislamiento. Sólo abren las celdas una hora a la mañana y una hora a la tarde; durante este lapso las mujeres deben bañarse, salir al patio, limpiar la celda o ir a la cancha. Se les prohíbe disponer de encendedores, cordones, corpiños, bombillas de metal, incluso sábanas (“solo pueden tener si el Dr Trillo las autoriza”).

Respecto al régimen de vida en estos sectores de aislamiento, se relevó que a las 7 am abren la celda, realizan el recuento y un psicofísico; a las 12 o 12.30 hs entregan el catering con la comida y la cena a las 17 hs. El cierre de las celdas es a las 17.45 hs los días hábiles, y los fines de semana o feriados a las 14.45 hs. Permanecen entre 13 y 16 horas en aislamiento sin contacto humano. El aislamiento es parte del abordaje definido para la cotidianeidad de todas las mujeres.

Respecto a la alimentación, las mujeres afirman que en varias ocasiones “pasan hambre”, ya que la cantidad de comida que les dan en el almuerzo no alcanza para saciarse. Aclaran que no les dan el desayuno ni la merienda. Incluso, para que les den yerba, té, agua caliente o azúcar deben insistir en su reclamo al SPB. En cuanto a la calidad de la comida, una de las mujeres expresa “llegan los fideos pegoteados”, otra expresa que hacía varios días no comía debido al olor de la comida: “la comida está podrida”. Aclara que ella tiene dieta especial pero no le suministran el bolsón de verdura correspondiente. Esta situación se agrava por la imposibilidad de intercambiar víveres y recursos con el fin de gestionar su alimentación, a diferencia de lo que ocurre en los pabellones.

Respecto al acceso a Sanidad, refiere que las llevan cuando lo solicitan. En el sector hay una oficina utilizada por el psiquiatra, Dr Trillo, los martes y jueves y por la psicóloga los miércoles y viernes. Como profesionales de la salud, se turnan para atender. Una mujer alojada en el SPA describió cómo la evaluó y medicó una profesional de la salud a raíz de una enfermedad ginecológica: “no me revisó, me habló por el pasaplato, atrás de la puerta, sólo miró los estudios que me hicieron en diciembre”.

En el SOE, una mujer que se encontraba sola en la celda gritaba de manera constante, refería que escuchaba voces, solicitaba la atención del Dr Trillo y que le cambien el colchón. En entrevista, relata que la noche anterior se había orinado: “me meé, que saquen el colchón, me

meé del frío”. Estaba inquieta y angustiada, sin embargo identifica que cuando está acompañada no escucha las voces: “ahora que estoy con ustedes, estoy más tranquila”.

Todo esto se ve agravado por las condiciones materiales inhumanas de detención: exposición a temperaturas inadecuadas, espacios reducidos, escasa ventilación, falta de luz natural y/o artificial, falta de mobiliario, presencia de plagas, como roedores, suciedad y humedad.

### **3.4.1. Sala de pacientes agudas (SPA)**

Cuenta con cuatro celdas de reducidas dimensiones, aproximadamente 2,70 metros de largo por 1,90 de ancho. Cada una dispone solamente de un camastro y colchón ignífugo fino y en mal estado, una letrina y lavatorio, ambos de mampostería y conectados entre sí, muy cerca del camastro. Se constataron olores nauseabundos permanentes emanados del inodoro, que las detenidas cubren para que no salgan roedores.

En las celdas no hay duchas, mobiliario de guardado, mesa ni sillas. Hay una pequeña ventana en altura por la que casi no ingresa luz solar. No hay ventilación en las celdas y la calefacción no se utiliza. Hay mucha humedad, por lo que el colchón y las pertenencias están siempre mojados. Una de las mujeres entrevistadas dijo que prefiere dormir con el colchón en el piso, ya que el camastro de metal condensa el agua, según la temperatura, y humedece el colchón.

El sector de duchas consta de un reducido espacio separado del pabellón con una reja propia, tiene dos habitáculos oscuros pero funciona sólo uno que dispone de flor y regadera de la que sale agua con poca presión. El piso estaba mojado, y el piso y las paredes del sector con humedad, hongos y moho, lo que afecta directamente a la salud por la exposición prolongada, principalmente a quienes tienen problemas respiratorios. La mayoría de las mujeres allí alojadas refieren que deben higienizarse dentro de la celda.

Respecto a la red de prevención de incendios, se releva que hay un

matafuego, para alcanzarlo hay que atravesar una reja que está cerrada con llave, en posesión de la encargada. Al final del pasillo hay una puerta señalizada como salida de emergencia, sin embargo está cerrada con candado, no tiene barra antipánico y deriva en un patio interno, también cerrado. Además, desde la caja del tablero hasta la puerta del mismo debe existir una conexión identificada -según la normativa vigente- con un cable verde que es la puesta a tierra (jabalina) y es fundamental para las descargas por incidentes eléctricos. No se releva su existencia.

### **3.4.2. Sala de observación y evaluación (SOE)**

El pabellón se encuentra frente a la sala de control del SPB, o sea que las mujeres alojadas son controladas y vigiladas permanentemente, más aun la celda 2 que tiene una abertura en la pared que permite ver hacia el interior vulnerando la privacidad de la persona que permanece en el lugar.

Se ingresa por una puerta de rejas, cuenta con un pasillo de 6 por 2,5 metros, de ambos lados hay celdas. En el medio del pasillo, entre dos celdas, hay una ducha separada por una cortina de plástico, sin puerta ni cerramiento.

Las celdas tienen puertas de chapa ciega y pasaplatos. Las celdas 3 y 4 tienen ventanas con rejas que dan al pasillo del pabellón y ventanas que dan al patio, lo que permite el ingreso de luz natural, a diferencia de las celdas 1 y 2 que tienen una luz tenue artificial y solar, y ventanas pequeñas con vidrios hacia afuera.

El estado de las celdas es regular, el mobiliario está compuesto por camastro o cucheta, pileta y letrina de cemento. Algunos lavatorios estaban tapados y las letrinas en mal estado, se perciben olores nauseabundos. No hay mobiliario de guardado, y deben dejar sus pertenencias en el piso o en la cama. Las celdas carecen de calefacción; las personas detenidas expresan que los días de bajas temperaturas el frío es constante. Una de las mujeres entrevistadas nos refiere que

se había hecho pis en el colchón a causa del frío que había pasado la noche anterior y se negaban a cambiárselo. Las paredes estaban en mal estado, con marcas de humedad y falta de pintura. Los colchones humedecidos, sucios y en pésimas condiciones.

La salida de emergencias estaba cerrada con candado, la llave se guarda en el sector de control, que desemboca en un espacio enrejado con una puerta y ésta al patio.

### **3.4.3. Muerte en el sector de aislamiento**

El 30 de junio, en el marco del monitoreo realizado por el programa de Salud Mental, se mantuvo una entrevista con Irene Manzur, que se encontraba aislada en el SOE, en la celda individual en las condiciones relatadas.

Durante la entrevista, la Sra Manzur manifestó su disconformidad con el plan farmacológico que le suministraban y lo asocia su dificultad para hablar: “para mí está mal esa medicación porque tengo que hacer fuerza para hablar”. El discurso que desplegó durante la entrevista fue en tono bajo, ritmo lento y con dificultades de modulación. Señaló que dormía la mayor parte del día (no pudo precisar cuántas horas) pero dijo sentirse muy cansada, por lo que iba a pedir evaluación con el Dr Trillo. La Sra Manzur expresó que no podía salir el patio y que no realizaba ningún tipo de actividad durante el día.

A partir de esta entrevista y de lo acordado con ella, se presentó un informe urgente al Juzgado de Garantías N° 2 de Mercedes comunicando las condiciones en la que se la notó durante la entrevista y solicitando se garantice acceso a información respecto a su causa y comparendo con el Juzgado.

El 19 de julio de 2022, Irene Manzur, que permanecía aislada en el sector SOE desde el 23 de junio, fue hallada sin signos vitales por personal del servicio penitenciario.

#### **3.4.4. Ausencia de abordaje frente a situaciones de violencia**

El 15 de julio se realizó un monitoreo luego de tomar conocimiento de una situación de violencia entre mujeres detenidas, y se mantuvo una entrevista en intimidad con dos de las personas involucradas en el hecho.

Ante la falta de abordaje frente a estas situaciones, la única estrategia del personal de la unidad e institucional de Salud Penitenciaria es el aislamiento, una respuesta vinculada al paradigma de la seguridad (como en cualquier otra unidad penitenciaria) y alejada del paradigma de la salud. Se priorizan medidas sancionatorias como única herramienta para garantizar la gobernabilidad en cárceles reproduciendo el control sobre los cuerpos de las personas privadas de su libertad.

Las dos mujeres presuntamente involucradas en el hecho se encontraban aisladas en el SOE y en el SPA. La mujer alojada en el SOE fue entrevistada en una oficina del anexo, a la que concurrió esposada y acompañada por personal penitenciario. Refirió que permanecía en su celda individual durante todo el día y sólo salía a ducharse; que recibía malos tratos del SPB “porque dejé mal a la unidad”, “nadie entra a la celda, a cada lugar que voy viene el GIE”. Respecto al tratamiento por su cuadro de salud mental nos cuenta que el psiquiatra de la UP, el Dr Trillo, la vio una sola vez desde el día del hecho a través del orificio en la pared de la celda. La psicóloga, nombrada como Florencia, la vio dos veces en el mismo período.

Relata que luego de lo sucedido permaneció sedada durante los primeros 4 días: “me inyectaban seis veces por día, me duele la cola de tantas inyecciones”. Afirma que los primeros días permaneció la mayor parte del tiempo dormida y débil físicamente, lo que le impedía ir al baño provocando descontrol de esfínteres. Refiere haber transcurrido esos días desnuda sufriendo las bajas temperaturas, hasta que le pudo solicitar al Dr Trillo que “le autorice la ropa” y que le den frazadas. Expresa el profundo malestar que siempre le provoca la soledad y señala: “ayer me corté, me estoy volviendo loca, yo soy re corajuda, rompo el foco y me corto”.

Al momento de la entrevista refirió que seguía sufriendo frío en la celda, que necesitaba una manta y un nuevo colchón porque el que tiene está en muy mal estado, húmedo y sucio. Señaló que tampoco sabe dónde están sus pertenencias. Manifestó que no ha tenido acceso a la justicia, no pudo declarar en relación a lo sucedido a pesar de querer hacerlo y tampoco tuvo contacto con su defensora.

En cuanto a la mujer que se encontraba aislada en el SPA, se mantuvo entrevista en uno de los consultorios. Expresó su malestar anímico a raíz de las condiciones de detención en las que estaba a partir del hecho. Describió que se encontraba encerrada todo el día en “los buzones”, con frío, sin poder salir salvo para ducharse. No contaba con elementos de higiene, pertenencias ni celular y no podía tener contacto con su madre. Estuvo sin ropa durante los primeros días hasta que el día anterior a la entrevista le dieron una muda.

Se mostró muy angustiada debido al constante maltrato que sufría por parte del SPB luego de los hechos acontecidos. Al respecto, refirió que nadie del poder judicial se había acercado a tomarle declaración y tampoco pudo mantener contacto con su defensor. En cuanto a su tratamiento por salud mental, refirió que solo vio a la psicóloga pero el psiquiatra: “no me quiere ver”.

### **3.5. Conclusiones**

Como se concluye desde hace años, las unidades denominadas “neuropsiquiátricas” reproducen la misma lógica de seguridad, control y vigilancia que cualquier otra unidad del SPB. Como alojan a personas con padecimiento mental, profundizan el padecimiento subjetivo por falta de abordajes respetuosos de los derechos, y aumentan la desafiliación social debido al impedimento de sostener los vínculos familiares, comunitarios y sociales.

Reiteramos que resulta imprescindible incluir estas unidades en el Plan

Provincial Sexagenal de Salud Mental, reafirmando que la dirección y coordinación del abordaje integral de estas políticas deben estar bajo la órbita del Ministerio de Salud, inscriptas y conectadas a las políticas sanitarias y el funcionamiento del sistema público de salud.

No se evidencia la creación o sostenimiento de estrategias que respeten la singularidad y/o apunten al acompañamiento en la construcción de un proyecto de vida con la mayor autonomía posible dentro de su contexto comunitario y familiar. Pesan ideas de irreversibilidad y cronicidad, sesgadas por la idea de peligro, legitimando el alto grado de vigilancia asilar.

Las personas privadas de su libertad deberían ser acompañadas en el proceso de su detención por los organismos idóneos intervinientes, con el objeto de disminuir barreras de accesibilidad a la información, a tratamientos de salud, a derechos a la seguridad social, a la construcción y sostenimiento de lazos familiares y/o afectivos de referencia y a la creación de estrategias que tiendan a la externación.

Se constata la prevalencia y hegemonía del paradigma de la seguridad con consideraciones sobre la peligrosidad de los detenidos, en detrimento del paradigma de la salud. Esto somete a las personas a una situación de extrema vulnerabilidad, despojo y deshumanización.

#### 4. ABORDAJE DE CONSUMOS PROBLEMÁTICOS EN EL SPB

En 1989 se promulgó la ley nacional de estupefacientes 23.737, que impone a los servicios penitenciarios de todo el país contar con espacios donde cumplir las medidas de seguridad curativas consistentes en tratamientos de desintoxicación y rehabilitación. Entre 1992 y 1993 la entonces Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones y el Servicio Penitenciario Bonaerense inician un trabajo conjunto que culmina con la puesta en marcha de la Secretaría de conductas adictivas y uso indebido de drogas del SPB, creada por resolución 803 de la Jefatura del Servicio el 15 de abril de 1993 y elevada al rango de dirección en 1997 mediante la resolución 3905.

La estructura se fundaba no sólo en los requerimientos legales mencionados sino también en el aumento de los delitos relacionados con drogas. De la mano de este marco normativo se anunciaron programas de asistencia de adicciones en contexto de encierro en unidades penitenciarias de la provincia de Buenos Aires.

Finalmente, por resolución 298 del 16 de octubre de 2003, la jefatura del SPB destina la U 18 de Gorina “específicamente al tratamiento de conductas y uso indebido de drogas, adoptando como medio de trabajo el funcionamiento de una Comunidad Terapéutica”, y señalando que

“...es la única Unidad en Latinoamérica que se especializa en brindar tratamiento terapéutico a personas restringidas de la libertad con trastornos de consumo de sustancias psicoactivas y patologías asociadas. La integran un amplio equipo multidisciplinario compuesto por psicólogos, operadores socio-terapéuticos, asistentes sociales, terapistas ocupacionales, psicopedagogos, profesores”<sup>6</sup>.

Además, el programa asistencial se extendió a diferentes unidades

---

6 <http://www.spb.gba.gov.ar/site/index.php/unidad-18-gorina>

donde funcionaban pabellones específicos destinados al tratamiento de esta población. Actualmente este programa funciona también en el pabellón 8 de la UP 4 de Bahía Blanca y en la UP 50 de Mar del Plata.

Durante el 2022 se llevó a cabo un monitoreo<sup>7</sup> en el Centro de tratamiento de consumos problemáticos de la Unidad Penitenciaria 18 de Gorina, La Plata. Desde el programa de Inspecciones se monitorearon además el Centro de tratamiento de consumos problemáticos de la UP 4 de Bahía Blanca y el Centro de tratamiento de adicciones de la UP 50 de Mar del Plata. En ambos pabellones se observaron las mismas situaciones y agravamientos de las condiciones de detención que se relevaron en la Unidad 18.

El relevamiento realizado en la UP 18 incluyó entrevista con los profesionales presentes, y con las personas alojadas en condiciones de confidencialidad. Posteriormente se analizó lo relevado y se confeccionó un informe exhaustivo dirigido a la Lic. Valeria Guerreño, jefa del Departamento de consumos problemáticos de la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Posteriormente recibimos una respuesta que desarrolla varios contrapuntos respecto a lo informado.

En términos generales se arribó a la conclusión de que el dispositivo no cumple con lo planteado discursivamente como objetivo institucional para el abordaje de personas con consumo problemático y adicciones detenidas en la órbita del SPB. No se adecúa a la normativa nacional y provincial vigente en materia de salud mental que rige el funcionamiento de todas las instituciones públicas y privadas, más allá de la particularidad de tratarse de un dispositivo de salud dentro del ámbito penitenciario.

En sus comienzos, la UP 18 funcionaba en su totalidad como comunidad terapéutica, sin embargo con el tiempo se redujo a un dispositivo compuesto solamente por dos módulos, y la lógica de seguridad ganó cada vez más territorio. Por ejemplo, actualmente el SPB interviene en la decisión de incluir o no personas en este dispositivo, priorizando

---

<sup>7</sup> Inspección realizada por los programas de Salud Mental e Inspecciones a lugares de encierro.

cuestiones vinculadas a la organización securitaria de la unidad en detrimento de la perspectiva de salud mental. Esto fue constatado al momento de la inspección, ya que había personas alojadas sin tratamiento.

Según lo relevado, la modalidad de abordaje se enmarca en el Modelo Minnesota. Como se señaló en apartados anteriores, este Modelo se encuadra en una lógica disciplinaria y conductual a través de la modalidad premio/castigo, y el tratamiento de salud se reduce al control y adaptación al régimen de vida instituido con normas y pautas. El Departamento de consumos problemáticos asegura que el enfoque de abordaje se distancia de la perspectiva del Modelo Minnesota, en franca contradicción con lo relevado en la inspección mencionada.

Respecto al abordaje, se destaca la ausencia de disciplinas como trabajo social, psiquiatría o enfermería, o sea, sin perspectiva interdisciplinaria acorde a la LNSM. Hay 4 profesionales (2 psicólogas y 2 operadores socio-terapéuticos) que resultan insuficientes para las 90 personas que aloja el dispositivo. El abordaje de salud mental se enmarca en pautas, normas, jerarquías, asignación de roles, avance en etapas o fases rígidas, lineales y predeterminadas, lejos de la trayectoria y tiempo singular de cada persona. El paso de una fase a otra depende del cumplimiento de horarios y actividades, roles y tareas asignadas, colaborar con los profesionales en la organización de horarios y cursos, participar de los grupos. Todo esto determina el acceso a los beneficios.

La lógica premio/castigo que atraviesa la modalidad de abordaje queda explicitada en el consentimiento informado que la persona debe firmar al ingreso y al momento de comenzar una fase de tratamiento. En este documento constan las normas que deben ser acatadas por las personas alojadas: “No drogas, no violencia, no sexo entre compañeros y no silenciamiento”. En el caso de no cumplir con estas normas se implementan las denominadas “medidas educativas”, o la exclusión del dispositivo y “cese del tratamiento de rehabilitación”. En el “ingreso consentido a la Fase II de tratamiento” se expresa que “el uso del teléfono y las visitas higiénicas constituyen un beneficio que gozará en tanto cumplimente con los requisitos establecidos”. Los denominados

“beneficios” son en realidad derechos que deberían garantizarse a todas las personas alojadas.

El equipo de profesionales asigna roles y tareas a las personas alojadas, entre ellas se identifica una estructura rígida sostenida en figuras de control sobre las normas, denominadas “tutores”, que tendrían la función de “organizar los horarios y cursos”; a su vez es quien se acerca a hablar con la persona alojada para “acompañarlo” si se encuentra atravesando un “mal momento”.

Pudo relevarse que el régimen de vida se enmarca en la lógica del disciplinamiento propia del SPB, semejante a cualquier otro pabellón de cualquier unidad penitenciaria. Las personas se encuentran alojadas en cinco celdas de 20 personas que se abren alrededor de las 7.30 hs y se cierran a las 17 hs los días de semana, y a las 13.30 hs los fines de semana; pueden acceder a los patios entre las 9 y las 16:30 hs, y hay recuento por celda 4 veces al día. Una vez al mes se hacen requisas regulares, aunque pueden ser más frecuentes dependiendo de la situación: dejan a las personas en ropa interior a fin de cerciorar que no estén lastimadas y revisan la celda.

En las entrevistas realizadas con las personas alojadas se pudo inferir que el módulo 1 es un lugar donde pueden acceder con mayor facilidad a cursos, estudios y actividades, lo que en otras unidades penitenciarias no se les garantiza. En el mismo sentido el alojamiento en este dispositivo permite acceder a mejores condiciones materiales de detención. De lo planteado surge un cuestionamiento hacia el criterio de necesidad de abordaje y de voluntariedad del tratamiento ya que el ingreso está mediado, y muchas veces decidido, por el SPB.

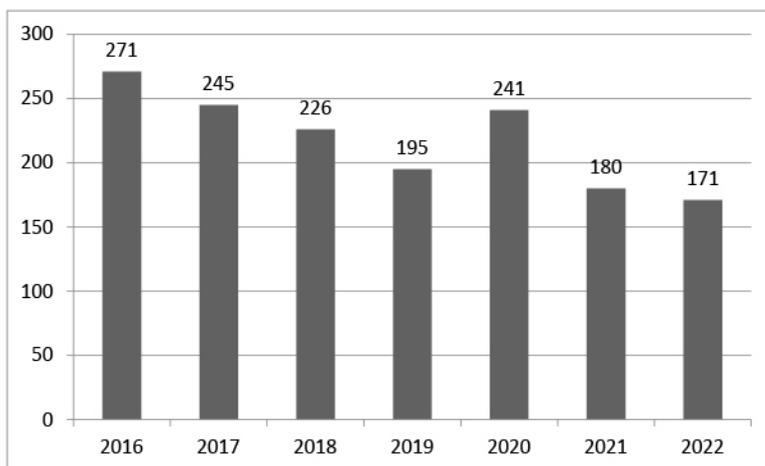
Como conclusión se destaca que la adecuación a la LNSM debe considerar la complejidad propia de las tensiones entre el criterio sanitario y el de seguridad, por tratarse de un dispositivo de salud que funciona dentro de una institución penitenciaria-. La rutina mediada por el SPB tiene consecuencias directas en el acceso a un tratamiento y en la posibilidad de sostenerlo.

## 5. MUERTES EN INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

### 5.1. Quiénes mueren

Durante 2022 se registraron 171 muertes de personas internadas por razones de salud mental en instituciones públicas o privadas. Se trata de una cifra preliminar debido a la demora en la remisión de notificaciones de la SCBA a la CPM. En el informe anual anterior informamos un total de 161 fallecimientos ocurridos durante 2021, pero de entonces hasta la fecha se sumaron otros 19. Hecha esta aclaración, se puede afirmar provisoriamente que en el período 2016-2022 murieron (al menos) 1.529 personas<sup>8</sup>.

Gráfico 1. Personas fallecidas en instituciones de salud mental (públicas y privadas), provincia de Buenos Aires, 2016-2022

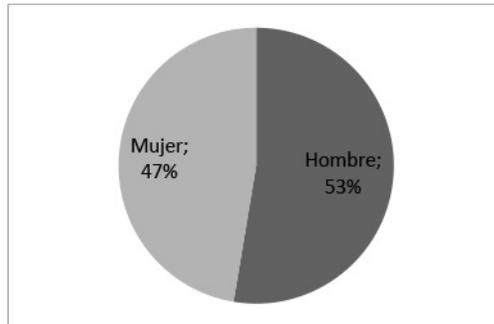


**Fuente:** Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental.

<sup>8</sup> Se pueden consultar los datos en <https://www.comisionporlamemoria.org/datosabiertos/salud-mental/muertes/> y descargar la base en <https://www.comisionporlamemoria.org/datos-abiertos/bases/>

De las personas fallecidas en 2022, 90 eran varones (53%) y 81 mujeres (47%); proporciones similares se registraron en los años previos (Tabla 1).

Gráfico 2. Personas fallecidas en instituciones de salud mental (públicas o privadas), según género atribuido por la fuente, provincia de Buenos Aires, 2022



**Fuente:** Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 171 casos.

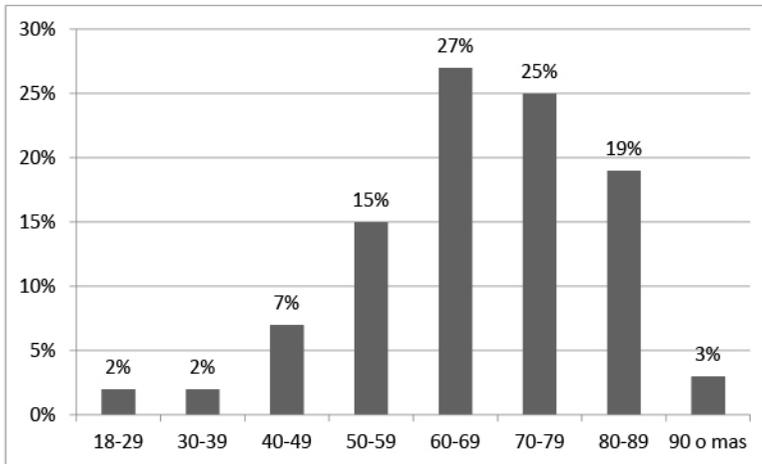
Tabla 1. Personas fallecidas en instituciones de salud mental (públicas o privadas), según género atribuido por la fuente, provincia de Buenos Aires, 2016-2022

Año	Género atribuido por la fuente				Total
	Hombre	Mujer	Mujer trans	Sin dato	
2016	144	125	1	1	<b>271</b>
2017	139	106	0	0	<b>245</b>
2018	129	97	0	0	<b>226</b>
2019	108	87	0	0	<b>195</b>
2020	119	122	0	0	<b>241</b>
2021	97	83	0	0	<b>180</b>
2022	90	81	0	0	<b>171</b>
<b>Total</b>	<b>826</b>	<b>701</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1.529</b>

**Fuente:** Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental.

El 53% de las personas fallecidas durante 2022 eran menores de 70 años y el 49% tenía entre 40 y 69 años.

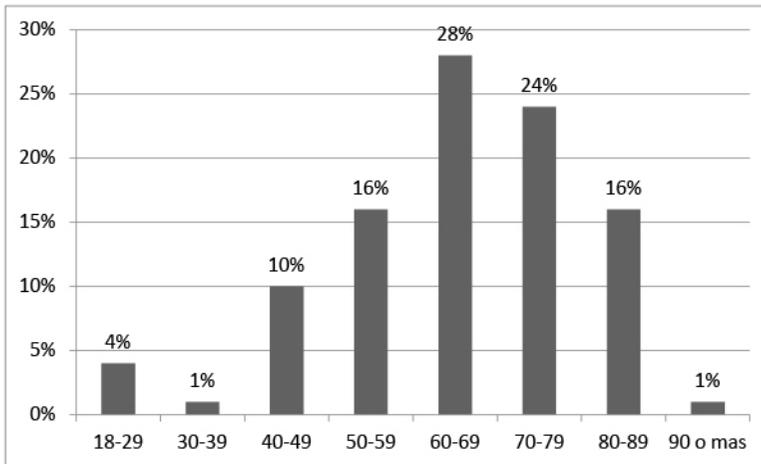
Gráfico 3. Personas fallecidas en instituciones de salud mental (públicas o privadas), según rango etario, provincia de Buenos Aires, 2022



**Fuente:** Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 161 casos con dato en la variable Edad (94% del total).

Sin considerar los fallecimientos ocurridos en geriátricos, el rango a partir de los 80 años registra una menor proporción de casos en relación con el gráfico anterior. Las personas con 60 años o más representan el 74% contabilizando los geriátricos y el 69% sin contabilizarlos. Las personas menores de 60 años, que en la tabla anterior representaban el 26%, aquí representan el 31%.

Gráfico 4. Personas fallecidas en instituciones de salud mental excluyendo geriátricos (públicas o privadas), según rango etario, provincia de Buenos Aires, 2022



**Fuente:** Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 112 casos con dato en la variable Edad (95% del total).

Los rangos de mayor incidencia en el período 2016-2022 son los de 60-69 y 70-79 años, y representan en conjunto casi la mitad de las personas fallecidas.

Tabla 2. Personas fallecidas en instituciones de salud mental (públicas o privadas), según rango etario, provincia de Buenos Aires, período 2016-2022

Rango etario	Cantidad	Porcentaje
18 a 29	49	3%
30 a 39	46	3%
40 a 49	102	7%
50 a 59	244	17%
60 a 69	386	26%
70 a 79	344	23%
80 a 89	241	16%
90 o más	56	4%
<b>Total</b>	<b>1.468</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 1.468 casos con dato en la variable Edad (96% del total).

## 5.2. Dónde mueren

Durante 2022 el 75% de las muertes (117) se produjeron en instituciones del sector público y el 25% (40) en instituciones del sector privado. La mayor cantidad se concentra en los hospitales públicos monovalentes (57), el 36%.

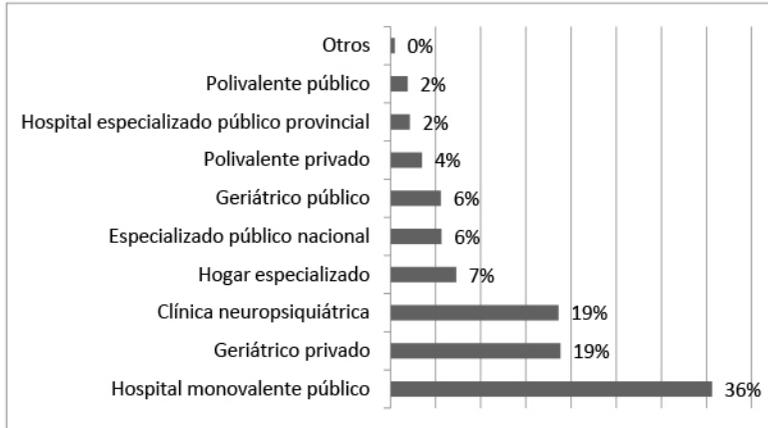
Tabla 3. Personas fallecidas en instituciones de salud mental (públicas o privadas), según tipo de institución, provincia de Buenos Aires, 2022

<b>Tipo de institución</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Hospital monovalente público	57	36%
Clínica neuropsiquiátrica	24	15%
Hospital especializado público provincial	5	3%
Geriátrico público	32	20%
Geriátrico privado	14	9%
Polivalente público	12	8%
Polivalente privado	2	1%
Hogar especializado	11	7%
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 157 casos con dato en la variable Tipo de institución (92% del total). **Nota:** La categoría “Monovalente público” incluye hospitales monovalentes y especializados.

Si tenemos en cuenta el periodo 2016-2022, tres de cada cuatro muertes se produjeron en instituciones monovalentes (públicas o privadas) y en geriátricos privados.

Gráfico 5. Personas fallecidas en instituciones de salud mental (públicas o privadas), según tipo de institución, provincia de Buenos Aires, período 2016-2022



**Fuente:** Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 1.483 casos con dato en la variable Tipo de institución (97% del total). **Nota:** La categoría “Monovalente público” incluye hospitales monovalentes y especializados.

Debido a las falencias de las fuentes de información, no se pudo establecer la causa de muerte del 11% de los fallecimientos registrados durante 2022.

Tabla 4. Personas fallecidas en instituciones de salud mental (públicas o privadas), según causa de muerte, provincia de Buenos Aires, 2022

Causa de muerte	Cantidad	Porcentaje
Problema de salud	145	85%
Sin especificar	12	7%
Bronco aspiración	6	4%
Sin dato	6	4%
Causa dudosa	2	1%
<b>Total</b>	<b>171</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 171 casos.

Esta falencia registral es menor en los establecimientos privados: un 3% de muertes con causa no especificada.

Tabla 5. Personas fallecidas en instituciones de salud mental (públicas o privadas), según causa de muerte y tipo de sector, provincia de Buenos Aires, 2022

Causa de muerte	Sector público	Sector privado	Total
Problemas de salud	87	36	123
	82%	90%	
Sin especificar	10	1	11
	9%	3%	
Bronco aspiración	3	2	5
	3%	5%	
Sin dato	4	1	5
	4%	3%	
Causa dudosa	2	0	2
	2%	0%	
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>40</b>	<b>146</b>
	<b>100%</b>	<b>100%</b>	

**Fuente:** Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 146 casos con dato en las variables Causa de muerte y Lugar de internación.

Una lectura horizontal de la Tabla 5 muestra que las muertes por problemas de salud ocurren mayormente en el sector público (71%). Si miramos lo mismo para el período 2016-2022 (Tabla 6), vemos que la falta de especificación de las causas de muerte es mayor en el sector privado. Sin embargo, la notificación de los fallecimientos ocurridos en instituciones privadas está mediada por órganos judiciales, que en general no se ocupan de requerir información más precisa.

Tabla 6. Personas fallecidas en instituciones de salud mental (públicas o privadas), según causa de muerte y tipo de sector, provincia de Buenos Aires, período 2016-2022

Causa de muerte	Sector público	Sector privado	Total
Problemas de salud	574	334	908
	76%	54%	
Sin especificar	115	233	348
	15%	38%	
Sin dato	18	28	46
	2%	5%	
Bronco aspiración	24	8	32
	3%	1%	
Causa dudosa	18	7	25
	2%	1%	
Suicidio	1	1	2
	0%	0%	
Accidente	5	1	6
	1%	0%	
Homicidio	0	1	1
	0%	0%	
<b>Total</b>	<b>755</b>	<b>613</b>	<b>1.368</b>
	<b>100%</b>	<b>100%</b>	

**Fuente:** Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 1.368 casos con dato en las variables Causa de muerte y Lugar de internación (90% del total). **Nota:** "Otra" incluye incendio y accidente vial.

Las personas fallecidas en 2022 estaban bajo control de internación por juzgados de al menos 12 departamentos judiciales<sup>9</sup>. De acuerdo a los datos disponibles, 4 departamentos concentraron el 70% de las muertes.

<sup>9</sup> Se desconoce el órgano judicial en 26 casos (15%).

Tabla 7. Personas fallecidas en instituciones de salud mental (públicas o privadas), según departamento judicial del juzgado a cargo de la internación, provincia de Buenos Aires, 2022

Departamento judicial	Cantidad	Porcentaje
Moreno-Gral Rodríguez	1	1%
Mar del Plata	1	1%
Junín	1	1%
La Matanza	2	1%
La Plata	26	18%
Lomas de Zamora	27	19%
Mercedes	18	12%
Morón	20	14%
San Isidro	28	19%
San Martín	17	12%
San Nicolás	1	1%
Zárate-Campana	3	2%
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100%</b>

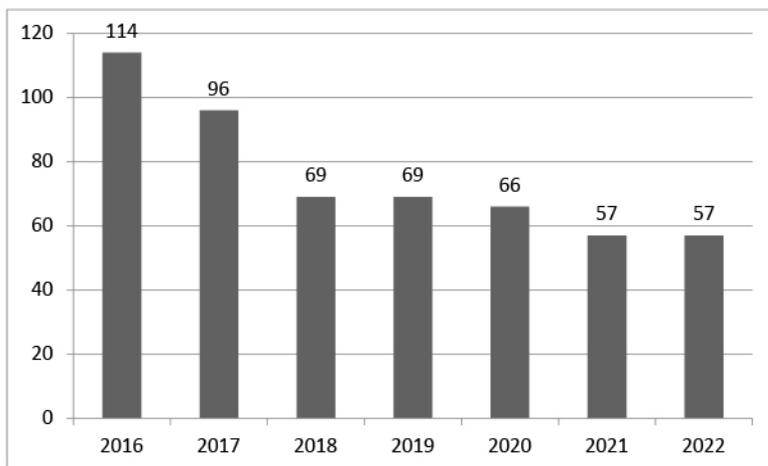
**Fuente:** Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 145 casos con dato en la variable Órgano judicial (85% del total).

### 5.3. Muertes en hospitales monovalentes<sup>10</sup>

En 2022 se registraron 57 fallecimientos en tres de los cuatro hospitales monovalentes públicos (33% del total), mientras que en todo el período 2016-2022 las muertes en los cuatro hospitales fueron 528 (34%). Se observa una tendencia decreciente, con una disminución de 53% entre los extremos (Gráfico 6). Esta tendencia se replica en todos los hospitales (Tabla 8).

<sup>10</sup> Cabred (Open Door), Esteves (Temperley), Korn (Melchor Romero), Taraborelli (Necochea).

Gráfico 6. Personas fallecidas en hospitales monovalentes, provincia de Buenos Aires, 2016-2022



**Fuente:** Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental.

Entre 2016-2022, del total de muertes registradas en hospitales monovalentes, 40% se produjo en Cabred, 31% en Esteves y 29% en Korn.

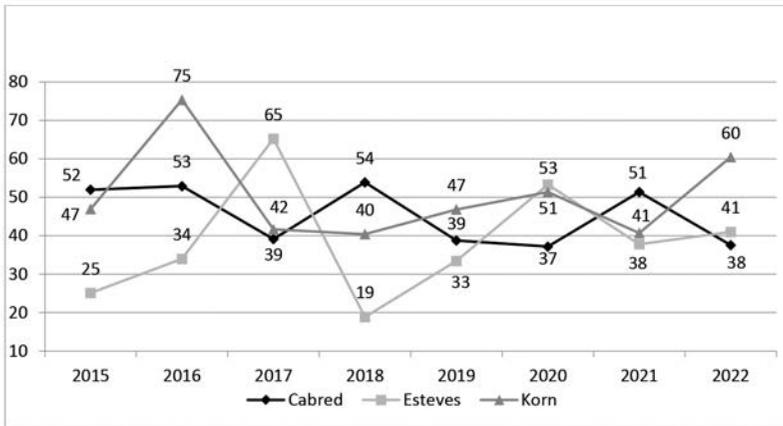
Tabla 8. Personas fallecidas en hospitales monovalentes, según hospital, provincia de Buenos Aires, 2016-2022

Año	Cabred	Esteves	Taraborelli	Korn	Total
2016	50	23	0	41	<b>114</b>
2017	34	40	1	21	<b>96</b>
2018	38	12	0	19	<b>69</b>
2019	29	20	0	20	<b>69</b>
2020	19	29	0	18	<b>66</b>
2021	23	19	0	15	<b>57</b>
2022	18	20	0	19	<b>57</b>
<b>Total</b>	211	163	1	153	<b>528</b>
<b>Porcentaje</b>	40,0%	30,9%	0,2%	29,0%	<b>100%</b>

**Fuente:** Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental.

Si se tiene en cuenta la población internada, surge que la tasa de personas fallecidas cada 1.000 internadas varía según el hospital y el año, como muestra el Gráfico 7.

Gráfico 7. Tasa de personas fallecidas cada 1.000 internadas en hospitales monovalentes, provincia de Buenos Aires, período 2016-2022



**Fuente:** Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental.

En 2022 murieron 29 varones y 28 mujeres; se registran proporciones similares para el período 2016-2022: 56% varones y 44% mujeres.

Tabla 9. Personas fallecidas en hospitales monovalentes, según género atribuido por la fuente, provincia de Buenos Aires, período 2016-2022

Sexo	Cantidad	Porcentaje
Hombre	295	56%
Mujer	231	44%
Trans mujer	1	0%
<b>Total</b>	<b>527</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 527 casos con dato en la variable Género (99,8% del total).

De las 57 personas fallecidas en 2022, 31 eran menores de 70 años.

Tabla 10. Personas fallecidas en hospitales monovalentes, según rango etario, provincia de Buenos Aires, 2022

Rango etario	Cantidad	Porcentaje
18-29	0	0%
30-39	0	0%
40-49	6	11%
50-59	9	17%
60-69	16	30%
70-79	13	24%
80-89	9	17%
90 o más	1	2%
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 54 casos con dato en la variable Edad.

Respecto a las causas de muerte, en el período 2016-2022 el 78% se produjo por problemas de salud y el 4% por bronco aspiración. Sin embargo, estos datos son provisorios debido a que en el 18% de los casos la fuente oficial no especificó la causa.

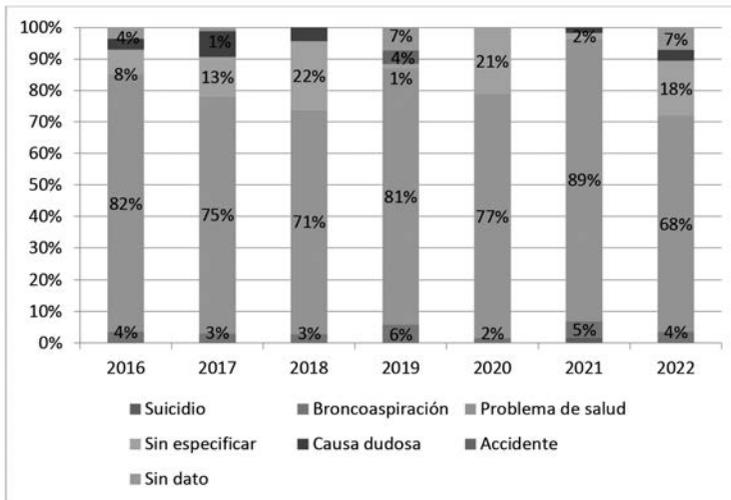
Tabla 11. Personas fallecidas en hospitales monovalentes, según causa de muerte, provincia de Buenos Aires, período 2016-2022

Causa de muerte	Cantidad	Porcentaje
Problema de salud	411	78%
Sin especificar	62	12%
Bronco aspiración	19	4%
Causa dudosa	18	3%
Sin dato	14	3%
Accidente	3	1%
Suicidio	1	0%
<b>Total</b>	<b>528</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 528 casos con dato en la variable Causa de muerte (100% del total).

En el siguiente gráfico se puede ver la evolución interanual: a menor incidencia de la categoría “sin especificar” aumenta la proporción de la categoría “problemas de salud”.

Gráfico 8. Personas fallecidas en hospitales monovalentes, según causa de muerte, provincia de Buenos Aires, 2016-2022



**Fuente:** Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 528 casos con dato en la variable Causa de muerte (100% del total).

#### 5.4. Suicidios en la UP 34

Antes de finalizar, es necesario analizar los fallecimientos registrados en la cárcel 34 de Melchor Romero; pese a ser considerada formalmente como unidad neuropsiquiátrica que aborda los padecimientos mentales de varones a disposición de la justicia penal, se registraron 9 suicidios en los últimos siete años (2016-2022)<sup>11</sup>. La UP 34 fue la cárcel del SPB con mayor cantidad de suicidios entre 2016-2022<sup>12</sup>.

11 Los datos surgen del *Registro CPM de muertes en cárceles y alcaidías*, que se puede consultar en <https://www.comisionporlamemoria.org/datosabiertos/carceles/muertes/>

12 Para el mismo período, también se registraron 9 suicidios en la UP 15 Batán y 9 en la

Tabla 12. Suicidios registrados en la Unidad Penitenciaria 34 Melchor Romero, 2016-2022

<b>Año</b>	<b>Suicidios</b>
2016	3
2017	0
2018	1
2019	1
2020	0
2021	2
2022	2
<b>Total</b>	<b>9</b>

**Fuente:** Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías.

A fin de 2022 esta unidad alojaba a 461 detenidos, de los cuales 101 estaban penalmente sobreesidos pero bajo medidas de seguridad. Se constató la aplicación del régimen de aislamiento en celda propia en claro incumplimiento de lo dispuesto por los estándares de Naciones Unidas, por la ley nacional de salud mental, por fallos judiciales y por el *Protocolo de abordaje de conductas de riesgo suicida* de la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria (DPSP). Estos instrumentos prohíben el aislamiento para personas con padecimiento mental. El Protocolo asume que el contexto de encierro y el tratamiento penitenciario son factores que influyen en el padecimiento mental de las personas detenidas, y establece que “la salud de todas las personas privadas de su libertad deberá pasar a ser un tema diario, en el que el trabajador sanitario penitenciario deberán pensar y ocuparse independientemente de las demandas de atención”. O sea, no entiende el suicidio como un acto individual sino como un problema sanitario y social, y considera las prácticas estructurales que influyen en los procesos individuales: la sanción por autolesiones, el aislamiento de una persona en crisis, la ponderación de lo securitario sobre lo tratamental, la falta de tratamiento psicológico sostenido y de dispositivos específicos, y la falta de escucha de los reclamos que llevan a la autolesión.

Los suicidios guardan relación con otras dimensiones de la tortura penitenciaria. Hay diversas instancias en las que la cárcel inciden o generan las condiciones necesarias para que se produzcan, así como también las hay (aunque no siempre se utilizan) para detectar y prevenir potenciales conductas suicidas. Las condiciones de detención (precariedad material, deficiente alimentación, aislamiento, sujeción mecánica, desvinculación familiar y social, violencia, deficiente asistencia médica, sobre-medicación, incertidumbre por los plazos procesales) generan o agravan los padecimientos psíquicos. El servicio de salud mental no reúne las condiciones necesarias para atenderlos: en concreto, no hay estrategias sólidas para la prevención del suicidio y la postvención.

Como información contextual, es preciso mencionar que en las cárceles bonaerenses se producen 15 suicidios por año<sup>13</sup> y que el ahorcamiento fue la principal causa de muerte en comisarías bonaerenses durante el período 2012-2022<sup>14</sup>. La investigación de estas muertes se caracterizó por la dilación en la realización de pericias y autopsias, la información confusa e incompleta brindada a los familiares acerca de las circunstancias de los hechos y la falta de respuesta judicial frente a múltiples presentaciones realizadas por la CPM. La justicia provincial no ha desarrollado investigaciones adecuadas ni efectivas para investigar estas muertes.

---

13 Los datos están disponibles en [Muertes violentas en el SPB - Datos abiertos CPM](#)

14 Los datos están disponibles en [Muertes en comisarías - Datos abiertos CPM](#)

## 6. INTERVENCIÓN POLICIAL Y SALUD MENTAL

Debe señalarse la reiteración de casos que involucran a personas con padecimiento mental que son abordadas por las fuerzas de seguridad. El diagnóstico situacional elaborado evidencia que, cuando una persona con padecimiento mental manifiesta indicios de riesgo cierto e inminente, el primer actor estatal en arribar suelen ser agentes de las fuerzas de seguridad abordando la situación desde la lógica de seguridad, en claro detrimento de un abordaje adecuado y respetuoso de derechos que encuentre su anclaje en el sistema de salud.

Las consecuencias se evidencian posteriormente en comisarías y cárceles provinciales: cuadros agudos sin ningún tipo de abordaje integral ni asistencia que se agravan al ser sometidos a regímenes de aislamiento, malos tratos y torturas. Según nuestros registros, algunas situaciones culminaron en la muerte de la persona, por acción u omisión de los agentes de seguridad responsables de su cuidado.

En relación a la regulación de la actuación de las fuerzas de seguridad se destaca lo establecido por la ley nacional de salud mental 26657 y su decreto reglamentario 603/2013 que en el artículo 20 que dispone

“...Las Fuerzas de Seguridad que tomasen contacto con una situación de riesgo cierto e inminente para la persona o para terceros por presunto padecimiento mental, deberán intervenir procurando evitar daños, dando parte inmediatamente y colaborando con el sistema de emergencias sanitarias que corresponda. La Autoridad de Aplicación en conjunto con el MINISTERIO DE SEGURIDAD elaborará protocolos de intervención y capacitación en base al criterio de evitar todo tipo de daños para sí o para terceros”.

Como se dijo al inicio del capítulo, en el mes de noviembre del 2022 se presentaron las *Pautas generales para el abordaje intersectorial de ur-*

*gencias en salud mental*, un documento conjunto entre los ministerios de Seguridad y Salud de la provincia de Buenos Aires, que delimitan la intervención policial en situaciones que involucren a personas con padecimiento mental. Según explicita dicho documento,

“...este tipo de situaciones requiere del desarrollo de competencias y pautas específicas para la actuación de las fuerzas de seguridad y del personal de salud, tanto para realizar una adecuada evaluación situacional como para intervenir eficazmente de acuerdo con los estándares de derechos humanos. Estas pautas específicas serán elaboradas por los Ministerios de Seguridad y de Salud dentro de sus competencias específicas, observando las pautas generales que aquí se presentan y los marcos normativos vigentes. La finalidad de la actuación coordinada es priorizar el cuidado y la seguridad de las personas facilitando las condiciones para el acceso de los servicios de salud y sociales.”

Entre los lineamientos explicitados se delimita que en casos en los que el personal policial sea el primero en llegar,

“...deberá convocar de forma inmediata al personal de salud cuando se presuma que se trata de una crisis o un conflicto suscitado por motivos de salud mental y/o consumos problemáticos. Se debe proceder de modo escalonado utilizando la contención verbal hasta tanto arribe el personal de salud para evaluar la situación y determinar la conducta de cuidado a adoptar, incluyendo el posible traslado a una institución de salud. La evaluación del traslado o la falta de criterio para el mismo es tarea del equipo de salud”.

A continuación se desarrollarán dos casos de personas con padecimiento mental que fueron detenidas por la policía mientras atravesaban una situación de crisis subjetiva en el marco de su padecimiento mental. Si bien ambas detenciones fueron previas a la presentación de las pautas provinciales mencionadas, resultan ilustrativas para dar cuenta de cómo la no aplicación de estándares específicos que prioricen la lógica de salud redundan en vulneración de derechos. En las dos

situaciones resulta evidente que la intervención policial no garantizó el acceso al abordaje de salud necesitado sino que se abordó la situación desde la lógica de seguridad.

### **6.1. El caso de C. H.**

En junio del 2021 C.H. es detenido por personal policial cuando estaba discutiendo con su familia, mientras se encontraba atravesando una situación de crisis subjetiva en el marco de un consumo problemático. Al llegar al domicilio lo reducen violentamente y lo trasladan a una comisaría. No se dio ningún tipo de intervención a un efector de salud pese a lo evidente de su estado.

Le forman una causa por resistencia a la autoridad, sin contemplar que el joven se hallaba atravesando una crisis en su cuadro de salud mental. Por esta violenta intervención sufrió múltiples golpes que incentivaron una denuncia penal por parte de su familia.

A partir de la intervención en el caso, se supo que previo a su detención el joven se encontraba realizando tratamiento de salud mental y asistía a consultas regulares con un psicólogo; la familia estaba en busca de un psiquiatra e iniciando una causa en un Juzgado de Familia por cómo lo veía. Con la detención se interrumpió abruptamente el tratamiento terapéutico que recibía y las estrategias que su familia estaba construyendo. Pasó a estar detenido en una comisaría, donde el abordaje por problemas de salud mental es nulo y las personas permanecen alojadas en condiciones inhumanas. A partir de tomar conocimiento del caso en julio del 2021, el programa de Salud Mental realizó diversas intervenciones, entre ellas acompañó a la defensa en la solicitud de arresto domiciliario con tratamiento ambulatorio. Esto fue resuelto favorablemente por el Juzgado de Garantías N° 4 de La Plata.

En el año 2022, los programas de Salud Mental y de Monitoreo de Violencia Policial participaron como testigos de referencia en el juicio don-

de finalmente C.H. fue absuelto por considerar en términos de *salud* los hechos que se le imputaban como *delitos*. En el veredicto se hace referencia directa a los artículos 4 y 7 de la LNSM respecto a que las adicciones deben ser abordadas desde la perspectiva de salud mental.

## **6.2. El caso de E. L. A.**

El organismo tomó contacto con el caso en noviembre a partir de un monitoreo integral en la Unidad Penitenciaria N° 17 de Urdampilleta. Se lo entrevistó mientras permanecía alojado en una celda del sector de admisión y se identificó que se encontraba desorientado en espacio, presentaba dificultades para mantener el hilo de la conversación, y su discurso no era coherente. Consultado respecto a su estado de salud, informó que habitualmente padece desmayos, que se le suministra un esquema farmacológico, que no puede identificar qué medicación debe tomar o si actualmente está garantizada. Lo constatado en la entrevista evidencia que se encontraba atravesando una crisis subjetiva respecto a su salud mental.

Al momento de su detención, su mamá se comunicó con el 911 y efectivos policiales se dirigen al domicilio y le solicitan que firme un papel sin darle mayor información. Luego se entera de que se trataba de la imputación de amenazas contra su hijo.

Previamente a su detención había realizado tratamiento por salud mental por lo que contaba con un esquema farmacológico. Según nos informaron, presenta diagnóstico de epilepsia y cuenta con certificado único de discapacidad.

El joven fue trasladado a una comisaría sin acceso a su esquema farmacológico y sin abordaje de su cuadro de salud mental. En el marco de las diferentes comunicaciones mantenidas con su familia, se relevó la persistencia de las vulneraciones de sus derechos en relación a su problema de salud mental y la necesidad urgente de que se le garan-

tice el acceso a un abordaje sanitario acorde a su situación, lo que fue informado en reiteradas presentaciones judiciales.

Posteriormente fue trasladado a la Unidad Penitenciaria 17 de Urdampilleta. A partir de identificar la situación del joven, se envió nota con solicitud de evaluación urgente dirigida a la Lic. Marcela Finocchio, directora de Salud Mental de la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria. Luego de la evaluación pertinente se concluye que el joven atravesaba una descompensación de su cuadro de salud mental, por lo que fue trasladado a la Unidad Penitenciaria 34 de Melchor Romero. Según informó su familia, el joven padeció una serie de traslados graves y estuvo alojado en cuatro unidades penitenciarias previo a su arribo a la UP 34. Todo en el marco de la interrupción del tratamiento farmacológico indicado previo por su padecimiento mental, y sin recibir un abordaje adecuado y respetuoso de sus derechos.

Ambos casos resultan ilustrativos de cómo la primera intervención en el marco de una crisis de salud mental es determinante para la situación de la persona. Las fuerzas de seguridad carecen de formación y perspectiva para reconocer una crisis subjetiva y dar intervención al sistema de salud. Por eso es fundamental la aplicación efectiva de las pautas de abordaje elaboradas de manera conjunta por los ministerios de Salud y Seguridad.