



PRIMER CONGRESO DE LA INTERDISCIPLINA EN EL TERRITORIO

EJE 2: CONTAR EL TERRITORIO. LOS TERRITORIOS COMO ÁMBITO DE LA INTERVENCIÓN SITUADA.

TÍTULO: LA INTERDISCIPLINA COMO MODO DE SABER HACER

AUTORAS: Dra. Mariana Garay, Lic. Marcela Finocchi.

INSTITUCIÓN: DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL Y CONSUMOS PROBLEMÁTICOS, MINISTERIO DE JUSTICIA Y DDHH.

1- INTRODUCCIÓN

A través del presente relato nos proponemos transmitir la experiencia de trabajo enmarcada en un dispositivo interministerial para el abordaje de personas sobreseídas alojadas en cárceles bonaerenses, en virtud de la materialización de la Mesa Interministerial conformada para garantizar el egreso sustentable de estas personas al medio libre.

En el marco de la adecuación de Programas, Dispositivos y Protocolos que forman parte de la Dirección de Salud Mental y Consumos Problemáticos de la DPSP, a la Ley Nacional de Salud Mental vigente 26.657, a la que la Provincia de Buenos Aires adhiere bajo la Ley 14.580, la población de sobreseídos alojados en cárceles convoca también a repensar el diseño de políticas inspiradas en el pasaje de un modelo asilar manicomial a un abordaje con base en lo comunitario.

En efecto, dentro de los grupos vulnerables compuestos por personas con discapacidad, mujeres y diversidades, jóvenes con problemáticas de consumos graves alojados en cárceles, se encuentran las personas con padecimientos mentales, y un universo particular está compuesto por las personas sobreseídas, es decir inimputable en los términos del art.34, inc.1.

La pregunta que antecede al diseño de políticas basadas en la interdisciplina, tienen relación con lo que se espera de estas personas en el medio libre, debido a que presentan un cuadro psicopatológico objetivable que las ha conducido -mediante su descompensación- a tener algún tipo de conflicto con la



ley penal. De modo tal, que bajo el paradigma *peligrosista* se las ha alojado en cárceles y espacios que hacen compleja su recuperación.

2- PLANTEO DE LA PROBLEMÁTICA

En el marco de dos Hábeas Corpus presentados ante el Tribunal de Casación Penal de la Pcia de Buenos Aires, sala III, caratulado “DETENIDOS ALOJADOS EN LA UNIDAD PENAL N°34 DE MELCHOR ROMERO S/ HABEAS CORPUS COLECTIVO” con sentencia firme contra el Ministerio de Justicia y el Ministerio de Salud PBA, la Mesa Interministerial se conforma como una propuesta concreta para dar respuesta a la problemática allí planteada.

Con fecha 5 de Julio de 2018 el Tribunal de Casación Penal de la Provincia Sala III en el marco de los autos caratulados “DETENIDOS ALOJADOS EN LA UNIDAD PENAL N°34 DE MELCHOR ROMERO S/ HABEAS CORPUS COLECTIVO”, por resolución 667/18 dispuso hacer lugar al Habeas Corpus y al planteo del Defensor de Casación Penal, ordenando que en un plazo no mayor a 180 días se dé cumplimiento una serie de puntos, entre los cuales se desprende que, “los Ministerios de Salud y Justicia de la Provincia de Buenos Aires diseñen un plan de trabajo con el objetivo de alcanzar la plena vigencia de los Derechos de las personas con padecimiento mental que se encuentran dentro del ámbito del Servicio Penitenciario Bonaerense, implementando concretamente en las Unidades N° 34 y 45 medidas encaminadas a promover el egreso y reubicación de quienes se hayan alojados en las mismas bajo medidas de seguridad dispuestas por los órganos jurisdiccionales, a fin de proveerles de la atención necesaria fuera del ámbito penitenciario de conformidad a los parámetros actuales”. (Punto 2 de la Resolución 667/18). En este sentido, el control de la ejecución de lo resuelto por el Tribunal en la causa quedó bajo la intervención del Juzgado de Ejecución Penal N°1 de La Plata.



Por otra parte, a partir de la RESOLUCIÓN 2914/19 de la SCBA se aprueba el “Protocolo de Actuación para supuestos de personas incapaces de culpabilidad en conflicto con la ley penal” que, entre otras cosas establece, el tope máximo de duración a las medidas de seguridad y la competencia de los fueros de familia y penal.

En virtud de lo expresado, el cese de medida o el sobreseimiento sin medida es una decisión judicial, que implica que ese usuario no puede permanecer en la Unidad, es decir, privado de su libertad, ya que su permanencia es considerada una detención ILEGAL. Sabemos que estas decisiones muchas veces son arbitrarias en términos de tiempo, y que dependen de factores ajenos a la Salud. Sin embargo, nos encontramos en una situación de absoluta ilegalidad si esa persona permanece en la Unidad con una medida de seguridad ya vencida.

La creación de la mesa técnica intersectorial a partir del Habeas se encuentra con la complejidad de los casos y el entrecruzamiento de discursos, con leyes del fuero civil y penal que entran en tensión.

3- EXPERIENCIA DE TRABAJO: INTERVENCIÓN SITUADA

La pregunta que antecede al diseño de políticas basadas en la interdisciplina, se desprende de la expectativa y la proyección en la continuidad de cuidados de las personas con problemas de salud mental alojadas en cárceles, en el medio libre.

En este sentido, el diseño de políticas de gestión se ha diagramado fundamentalmente a partir de dos ejes:

a) Intrainstitucional: ha comprendido todo el desarrollo de la planificación del trabajo hacia adentro de la institución carcelaria. En el marco de la Ley Nacional de Salud Mental 26657, se han creado diversos equipos interdisciplinarios que abordan la población de sobreseídos, internaciones provisionales y procesados y



penados. Así mismo se ha reformulado el gabinete psiquiátrico forense como actual equipo técnico forense, y repensado los informes técnicos periciales bajo el espíritu de esta Ley. Se han incorporado profesionales de salud mental, acompañantes terapéuticos, enfermeros y psiquiatra con el fin de fortalecer el abordaje tratamental. Se han mantenido diversas reuniones de trabajo con el área asegurativa para acordar cuestiones vinculadas a la continuidad de tratamiento de la persona que egresa de la unidad hacia otras unidades de régimen común. Se ha confeccionado el Protocolo de Urgencias subjetivas, como herramienta técnica fundamental para ordenar la articulación entre las Unidades de Melchor Romero y el resto de las Unidades del SPB, en cuanto a las derivaciones de las personas que padecen una descompensación por salud mental. Este trabajo permite que la UP34 mantenga una población compuesta por sobreseídos, internaciones provisionales y procesados y penados con patologías crónicas que presentan alguna dificultad para ser abordados en otras Unidades de régimen común.

b) En cuanto a lo interinstitucional, **la mesa técnica de Melchor Romero** compuesta por integrantes del Ministerio de Salud, Desarrollo de la Comunidad, Patronato de liberados del Ministerio de Justicia y DDHH, equipos interdisciplinarios de las UP 34 y UP45 de Melchor Romero y otros actores de Salud PBA, ha diseñado el **Protocolo de egreso** como herramienta técnica que ordena el mapa del recorrido de la persona sobreseída desde el momento que ingresa a la Unidad hasta su egreso. Tiene como propósito el diseño de un plan terapéutico singular para cada usuario en el que se contempla su singularidad para el trazado de las estrategias de egreso, en articulación con todas las áreas que participan, desde un tiempo anterior al vencimiento de la medida de seguridad para que sea sustentable.

Trabajar con perspectiva comunitaria desde cada equipo interdisciplinario implica una proyección y articulación con el medio libre desde el momento en que la persona ingresa a la Unidad, ya sea con referentes afectivos, familiares, actores de las diferentes regiones sanitarias, dispositivos de internación para quienes

presentan criterio de riesgo cierto e inminente, hogares, clínicas, hospitales de día.

4- OBSTÁCULOS Y LECCIONES APRENDIDAS

En virtud de la experiencia situada, hemos delimitado los obstáculos presentes en cada una de las intervenciones, con el propósito de ponerlos a conversar con los actores intervinientes en pos de una resolución conjunta de una problemática tan compleja como multicausal.

Usuarios con la medida de seguridad vencida sin criterio de riesgo cierto e inminente, que no cuentan con receptividad familiar:

- + Hemos experimentado que las personas son sometidas a múltiples evaluaciones por diferentes equipos (asesoría pericial, DTC, equipo TF, equipo tratante, dupla Pric) cuyos resultados no siempre coinciden en cuanto al paradigma y la propuesta treatmental.
- + Complejidades: resultan no sólo del tiempo en el cual se realiza dicha evaluación, sino de la mirada de los equipo evaluadores, y pedidos de los jueces respecto a evaluar *peligrosidad*.
- + Resulta fundamental recortar el lugar de georreferencia para pensar una red.
- + La constitución de este grupo de población está compuesto por problemáticas muy disímiles: psicosis, consumos problemáticos, retrasos mentales.
- + Los dispositivos para alojar a esta población que no cuenta con receptividad familiar, resultan escasos o inexistentes.
- + En muchos usuarios, la institucionalización comenzó en Institutos de Menores, con lo cual resulta aún más compleja la reinserción socio

comunitaria directa desde una cárcel de máxima seguridad al medio libre.

- + No contamos con dispositivos intermedios (casa de medio camino, hogar convivencial) para poder generar los recursos necesarios para una externación sustentable.
- + En los casos donde la indicación fuera un Hogar con apoyos por el grado de discapacidad, no aparecen opciones en tanto las instituciones privadas se reservan el derecho de admisión. Y, tanto Desarrollo Social como Incluir Salud no cuentan con Hogares propios, y los conveniados no reciben usuarios con problemática de Salud salvo algunas excepciones con PAMI.
- + Articulación con equipos de Salud: Reuniones por Zoom, dificultades de los equipos en relación a las causas penales, desconocimiento, prejuicios.
- + Precariedad en los sistemas de apoyo, los usuarios requieren de la confección del DNI, CUD, DCJ, y el CMO para el inicio de pensión por ANSES o IPS.

Usuarios con la medida de seguridad vencida, con criterios de riesgo cierto e inminente que debieran ser alojados en dispositivos dependientes del Ministerio de Salud PBA

- + Los obstáculos que a menudo se presentan se relacionan con el pedido de los juzgados para una internación en Hospitales monovalentes, donde no se les otorga cupo si no es de la zona de georeferencia. Con lo cual la derivación no se realiza desde el propio Hospital, sino que el usuario regresa a la Unidad y comienza un derrotero por diferentes Hospitales generales esperando una evaluación que confirme que posee criterios y el cupo correspondiente

- + Por otra parte, las evaluaciones que determinan criterios de internación son realizadas por diferentes equipo (equipo tratante, equipo Priece, equipo técnico forense, equipo de asesoría pericial), como *fotos* de diferentes momentos, que muchas veces no coinciden porque el retraso en la derivación genera mayor compensación del usuario, por ejemplo, pero que aún no están las condiciones dadas, tanto médicas como legales para su externación
- + Los dispositivos dependientes de la OS se reservan el *derecho de admisión*.

Usuarios SIN la medida de seguridad vencida sin criterio de riesgo cierto e inminente

- + Muchas veces son personas que tienen una medida de seguridad prolongada, a pesar de no presentar riesgo cierto e inminente y a la vez, cuentan con receptividad familiar y dispuesta al acompañamiento de los cuidados de salud que requiere en el medio libre,

Usuarios SIN la medida de seguridad vencida CON criterio de riesgo cierto e inminente

- + Frente a esta población nos preguntamos si los usuarios deben seguir alojados en un penal o pueden realizar un tratamiento en un dispositivo de MSPBA.



5- CONCLUSIONES. APORTES

El dispositivo interministerial se conforma en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental 26657, dentro de una política pública que propone un mayor acceso a derechos y a la inclusión social para una población altamente vulnerable desde los aspectos psicosociosanitarios.

El recorrido del trabajo en estos años, ha resultado una experiencia novedosa en la intersección de las políticas en materia sanitaria y penitenciaria en cuanto al trabajo interdisciplinario y articulado que trasciende las derivaciones compulsivas de un campo ministerial a otro, en pos de una invención que armonice los criterios para abordar esta problemática multicausal.

La contribución al conocimiento y actualización de políticas públicas en perspectiva tanto sanitaria como de derechos humanos, sigue siendo una aspiración para la planificación de herramientas técnicas y circuitos de articulación/gestión.

El trabajo en equipo, intersectorial, interministerial e interdisciplinario, se constituye como base de una planificación futura en virtud de los obstáculos que se fueron recortando en este tiempo.

Así mismo, la transmisión de esta experiencia, pretende propiciar la reflexión para continuar aportando políticas novedosas en torno a esta población tan vulnerable como invisibilizada.

