

Cárcel y Consumos problemáticos

El presente documento surge a consecuencia de nuestra participación en un encuentro realizado por la UMSA (Universidad del Museo Social Argentino) e ISSUP (Red Internacional de Profesionales que trabajan en campo de consumos problemáticos), en el que presentamos particularidades de nuestra función y la perspectiva desde la que abordamos la respuesta del sistema penitenciario ante los consumos problemáticos.

➤ Introducción

La particularidad de nuestra función es que auditamos y controlamos el trabajo que lleva a cabo el Servicio Penitenciario Federal. Nos entrometemos así en su campo. Nuestra misión, podemos decir, está atravesada por una tensión estructural e inevitable que debemos advertir para poder transformarla en la posibilidad de gestión.

El punto de partida de nuestra gestión es habitualmente, la siguiente pregunta: ¿cuál es el derecho vulnerado?

Es así que en lo específico de nuestra práctica y en lo particular de los consumos problemáticos en las cárceles federales nos enfrentamos a otras tensiones que derivan de la coexistencia de por lo menos tres legalidades que configuran el campo.

La Ley de la Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad, 24.660; la Ley de Drogas, 23.737 y la Ley Nacional de Salud Mental, 26.657.

La Ley de Ejecución de la Pena en su artículo 185, inciso j, plantea que los establecimientos deben contar con secciones separadas e independientes para el alojamiento y tratamiento de internos drogadependientes.

La Ley de Drogas, más allá de las modificaciones e interpretaciones de la Corte, ha sido históricamente sinónimo de persecución, cárcel y estigmatización. Con frecuencia los consumidores quedaron considerados en escala de delitos graves. El caso Arriola en 2009 trae nuevos aires al asunto, no criminalizando la tenencia para consumo en tanto no conllevara riesgos para terceros. Pero, también decir que la delegación de la competencia penal a las provincias (Ley 26.052) no necesariamente flexibilizó posturas, sino que profundizó el aspecto punitivo de la Ley de Drogas. En junio de 2019, el código penal presentado al Congreso de la Nación, establece que la tenencia de escasa cantidad para el consumo personal -que no hubiera trascendido el ámbito privado- no será punible.

Por último, la LNSM en su artículo 4 nos dice que las adicciones deben ser abordada como parte integrante de las políticas de salud mental y que las personas con uso problemático

de drogas legales e ilegales tienen todo sus derechos y garantías que se establecen en la presente ley, en su relación con los servicios de salud.

Este marco normativo, penitenciario rehabilitador, penal y sanitario de derechos modula las prácticas en la cárcel no sin producir colisiones.

Ante este escenario -desde el equipo de Salud Mental- intentamos con nuestras prácticas correr el eje de lo punitivo, de la psicopatología y la medicalización. Intentamos también correr de modelos cientificistas de eficacia y eficiencia y bregamos por los abordajes integrales que rescatan lo singular y lo voluntario.

En síntesis, la nuestra es una concepción amplificada de la salud mental en contextos de encierro en la que, además de verificar el cumplimiento del derecho de acceso a la salud mental, son prioridad en nuestros monitoreos las condiciones del régimen penitenciario y la calidad del trato y el tratamiento.

➤ Los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes



Del total de la población, al mes de noviembre de 2020, diremos que el 90 % son varones adultos, además que el 52 % permanece detenido con una situación judicial no resuelta, es decir, procesados, pero privados de su libertad. Y que la zona Metropolitana es la que concentra casi el 60 % de la PPL.

El SPF cuenta con un total de ocho complejos Penitenciarios, de los cuales dos de ellos alojan población mixta- Güemes y Cuyo, cinco complejos están destinados a varones y el restante a mujeres.

➤ **Creación del Programa**

El 27 de octubre de 1995 se aprueba la creación del “Programa de Asistencia a Aplicarse en los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes” que se instrumentará como marco terapéutico permanente en los distintos Centros de Rehabilitación a fin de llevar a cabo las medidas de seguridad curativas previstas en los artículos 16,17 y 18 de la Ley N ° 23.737. Muchos años después, 21 de marzo de 2012, se establece el “Reglamento Único de Funcionamiento de los Centro de Rehabilitación de Drogadependientes”, en el Boletín Público Normativo N ° 451.

➤ **Caracterización**

El Programa se enmarca en el funcionamiento de las Comunidades Terapéuticas, pero dentro de la cárcel.

El marco teórico es el Cognitivo Conductual y los criterios de incorporación terminan siendo segregativos por sus exigencias.

El dispositivo sólo admite a personas que no han tenido recaídas en el consumo ni tratamientos psicofarmacológicos (internos ideales).

Basan el tratamiento en la abstinencia como fundamento del CRD.

La progresión en las distintas fases se ve obstaculizada en su dinámica. Las iniciales están sobrepobladas y las finales despobladas.

No cuentan con “sanciones disciplinarias” pero si hay sanciones terapéuticas, que son motivos en muchas oportunidades de la expulsión.

Se advierte una deficiente articulación tanto entre los CRD, por lo que los traslados implican un volver a empezar, como con los dispositivos ambulatorios y con el afuera.

➤ **Su implementación**

En el CPF I, Ezeiza, cuya población actual es de 2080 varones, el CRD cuenta con un cupo de 24 plazas.

En el CPF IV, Ezeiza, que aloja mujeres, de un total de 361 PPL el cupo para el CRD es de 32.

En el CPJA, Marcos Paz, que está destinado al alojamiento de varones jóvenes adultos, entre 18 y 21 años, de acuerdo a lo establecido por el artículo 8 del Código Penal y el 114 de la

Ley Penitenciaria Nacional (Decreto Ley 412/58). Actualmente aloja a 291 jóvenes y el CRD tiene un cupo de 44 plazas.

El Complejo de Güemes, en Salta, aloja tanto varones como mujeres. El CRD cuenta con 12 plazas para varones adultos en el marco de una población total de 522 PPL.

En cuanto a la Unidad N ° 6 de Rawson, que es de régimen cerrado, la población total es de 408 PPL, y el cupo en el CRD de 19 plazas.

La Unidad N ° 7 en el Chaco, con una población total de 386, las plazas son 14.

➤ **Nuestra Recomendación**

El Reglamento Único de Funcionamiento de los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes, en su artículo 117, prevé que dependerán en forma directa del Director de Tratamiento del establecimiento donde esté ubicado. En el caso de que la unidad no cuente con Director de Tratamiento en su estructura, el CRD dependerá directamente del director de la misma. Lo que se ratifica en el artículo 118 que establece: *“en cuanto a la dependencia respecto a la estructura general del SPF, los CRD dependerán de la Dirección Principal de Trato y Tratamiento”*.

Esta reglamentación que establece que la conducción de los dispositivos de implementación del programa estará en manos de personas no idóneas en el campo de los consumos problemáticos, nos interpeló para la formulación de la Recomendación N ° 873/18. Detallamos a continuación los puntos recomendados:

- La implementación de una política de Salud mental, que incluya como parte integral el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias en contextos de encierro. Sería conveniente que esta política estuviera orientada a que los CRD estén conducidos por profesionales del campo de la salud mental que dependan del Área de Sanidad.
- Que tal política posibilite la elaboración de un diagnóstico situacional, el diseño de acciones preventivas y que articule de modo eficaz la oferta asistencial ambulatoria con la residencial, propiciando la regulación en la administración de psicofármacos.
- Que atento a lo establecido en el Decreto Reglamentario N ° 603/2013 de la Ley Nacional de Salud Mental N ° 26657, se incluya la reducción de daños para el tratamiento de las adicciones en contextos de encierro.

- Que se considere a la Procuración Penitenciaria de la Nación como un actor posible para ser partícipe de la discusión y el diseño de una política integral para el abordaje de las adicciones.
- Que el proyecto de la modificación de la política integral sugerida se lleve a cabo en un plazo de seis (6) meses, en cuanto a la jefatura de los CRD en manos de profesionales del campo de la salud mental y la apertura de una instancia de diálogo para abordar de modo integral la problemática del consumo en contextos de encierro.

➤ **Respuesta de la Dirección Nacional del SPF**

La Dirección de Sanidad esgrimió, en respuesta a nuestra recomendación, que “el SPF, como fuerza de seguridad, tiene como objetivo primordial la custodia y guarda de las personas allí alojadas, y que no escapan a dicha órbita los internos alojados en los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes”. Agregan que, en relación a los tratamientos específicos para el abordaje de esta problemática, son los equipos de salud en forma interdisciplinaria los que se hacen cargo. Por otro lado, afirman que el Tratamiento y la Seguridad son dos áreas diferentes de abordaje pero que, tratándose de una institución penitenciaria, resulta dificultoso separar una de otra. Si bien el documento se ocupa en aclarar que “toda decisión terapéutica estará a cargo del profesional de salud mental y/o médico sin interferencia de ningún otro factor”, resulta factible preguntarse, por un lado, quién toma las decisiones estratégicas y de articulación con los demás equipos de salud del establecimiento, y por el otro, quién se responsabiliza por las decisiones terapéuticas tomadas por el equipo tratante en cada CRD. Insistimos, tal lo recomendado, en que si el coordinador del CRD no es un profesional de la salud mental resulta imposible el cumplimiento de estas funciones. En referencia a los abordajes de reducción de daños sugeridos, el SPF alude a la necesidad de “una política específica y un dispositivo particular, minucioso y exhaustivo, sin el cual resultaría dañosa su aplicación”. A su vez, afirma que la reducción de daños se aplicaría al “uso y abuso de opioides, que no es prevalente en nuestro país”, concepción antiquísima y errónea de la política de reducción de daños, desestimada por los asesores de la SEDRONAR.

➤ **Una perspectiva de Género**

Agregamos en la actualidad este aspecto, no contemplado en lo recomendado hace dos años, en lo que hace al abordaje de los consumos problemáticos. La SEDRONAR advierte sobre las consecuencias de la construcción social del género en los modos de enfermar y demandar

asistencia en las mujeres. Un dato destacable es que las embarazadas y las madres que consumen drogas afrontan una condena social especialmente dura y por eso suelen tardar en acudir a los servicios, lo que tiene graves consecuencias para la madre y para el feto. Por lo general, en el medio libre, las terapias existentes, vinculadas con las adicciones, han sido diseñadas pensando en los hombres, y son muy pocas las instituciones que ofrecen la opción de alojar –bajo la modalidad de internación- a mujeres, embarazadas y mujeres con niños. Y cuando lo hacen, la disparidad de plazas es bien marcada. En ese sentido, cabe señalar que los servicios de tratamiento deberían funcionar también como guardería, o garantizar de alguna manera el acceso de mujeres con hijos.¹ En los contextos de encierro las mujeres, madres con hijos, con consumos problemáticos son objeto en muchos casos de desvinculaciones y de la entrega en guarda de la niña/niño. No se diseñan estrategias de apoyo para favorecer la crianza y se estigmatiza a la mujer desde una mirada normativizante del ser madre. Los dispositivos residenciales, CRD, no contemplan en sus lógicas de tratamiento que las mujeres que son madres, según sea el caso particular, pudieran ser asistidas y continuar con la crianza. Advertimos también una mayor rigurosidad disciplinar vinculada a la regulación de las llamadas telefónicas y a la cantidad de cigarrillos diarios permitidos en el dispositivo de mujeres que en el de los varones. Señalar también que las personas trans privadas de su libertad no quedan incluidas en los dispositivos residenciales de tratamiento para las adicciones.

➤ **Programa de detección e intervención específica por niveles de riesgo de consumo problemático de sustancias**

Posteriormente a nuestra recomendación, sin tener en cuenta lo sugerido respecto del diseño de una política integral de salud mental que incluya a los consumos problemáticos y a la Procuración como partícipe, se publicó el referido programa en el Boletín Público N ° 696, julio de 2019.

El mismo se enmarca en la lógica del modelo de “riesgo-necesidad-responsividad” que proviene de criterios propios de la Criminología Aplicada. Plantea como finalidad reducir el consumo y fomentar alternativas sobre el cuidado de la salud, a partir de la identificación y abordaje de las necesidades que presente la PPL.

¹La Declaración de Antigua de la Organización de Estados Americanos (OEA, 2013), las políticas públicas relacionadas con el problema mundial de las drogas necesariamente deben ser diseñadas e implementadas con un enfoque de género. Y que el enfoque de género es uno de los ejes del Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas que la SEDRONAR consensuó con las provincias, a los fines de superar estereotipos y garantizar la igualdad de oportunidades, haciendo especial énfasis en el acceso equitativo a los servicios. No se puede desconocer que entre 2010 y 2017 se registraron aumentos en el consumo de casi todas las sustancias, pero que según estudios realizados por SEDRONAR, el porcentaje de mujeres que solicitan ayuda por el consumo problemático es menor que en el caso de los varones y que además permanecen menos tiempo en los dispositivos de rehabilitación.

En el marco teórico del Boletín se nombra a las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos, Reglas Nelson Mandela², en las que se plantea que el objetivo de las penas y medidas privativas de libertad es -principalmente- proteger a la sociedad contra el delito y reducir la reincidencia. En este programa se propone administrar una adecuada intervención de las patologías relacionadas al consumo problemático de sustancias, contemplando el “factor causal delictivo” y llevarlo a la práctica a través de la implementación de la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias; la escala ASSIST. Mediante la aplicación de esta prueba de detección, se identifica el nivel de riesgo relacionado con cada sustancia consumida. Esta técnica consta de una serie de preguntas que deben ser respondidas de acuerdo a la historia de consumo y en la vida actual de la persona. El resultado se obtiene al sumar las puntuaciones de respuestas. Cada sumatoria indica el nivel de riesgo asociado con el consumo de sustancias.

En el ámbito penitenciario, se cuenta con tres niveles de riesgo y de acuerdo al nivel de riesgo es el dispositivo al cual se lo deriva.



Las PPL que puntúen nivel de riesgo 3, son destinadas al programa PAGC, que promueve la toma de conciencia de que la adicción es un trastorno que puede enfrentar.

² Reglas Mandela-Regla 41 y Regla 42.

La finalidad del Programa es trabajar el disentimiento del delito mediante el otorgamiento de elementos protectivos. Es un dispositivo grupal, con tres etapas y con talleres temáticos, técnicas grupales y charlas informativas



El dispositivo DTECTA tiene como destinatarios a las personas que puntúan dentro de los Niveles de Riesgo N° 4 y 5.

Consta de cuatro "Etapas Progresivas" que apuntan a la recuperación, reinserción y mantenimiento de los períodos de remisión del consumo.

Se basa en un modelo psicoeducativo y voluntario que considera la posibilidad de indicar psicofármacos. Incluye a todas las áreas de tratamiento y tiene una duración mínima de 18 meses. Se contempla el ingreso al CRD, que funciona en alojamiento diferencial, para aquellos que puntúan Nivel de Riesgo N ° 5.



➤ **Lo ambulatorio**

Del relevamiento que realizamos a principios del año en curso sobre la implementación de los programas especificados en el Boletín Público Normativo N ° 696, concluimos que funcionaban grupos AGA- de Asistencia Grupal de las Adicciones- en las unidades 4, 5, 7, 8, 11, 12, 14, 15, 22 y 23 y en el Complejo Penitenciario Federal V de Senillosa y el PAGC en las unidades 17 y 30.

En el Complejos Penitenciarios de Adultos y de Jóvenes Adultos- de Marcos Paz, la asistencia es individual.

No se han suministrado datos en: las unidades 6, 13 y 35 y en los complejos penitenciarios III de Güemes, CABA y IV de Ezeiza.



El nuevo programa se encuentra publicado, pero no implementado de modo articulado en el sistema.

Dado que la Ley de Salud Mental establece que la atención esté a cargo de un equipo interdisciplinario, es que hemos recomendado que la Dirección y Coordinación de los Dispositivos y Programas de tratamiento esté en manos de profesionales de salud mental.

El abordaje propuesto hace foco en el concepto de responsividad que alude a que existirían respuestas adecuadas a una problemática, cuestión que ponemos en tensión.

En una cárcel en emergencia penitenciaria y sanitaria nos preguntamos cómo se prevé la implementación de los programas de tratamientos especializados.

A destacar la articulación con la SEDRONAR para la capacitación de los profesionales y la continuidad de los tratamientos al egreso de las PPL.

➤ **Los Psicofármacos y lo desregulado**

A partir de la detección de irregularidades en la prescripción, circulación y consecuencias letales, en algunos casos, es que se decidió en el año 2014 llevar adelante un relevamiento sobre esta situación que derivó en la Recomendación N° 812/14, sobre la circulación desregulada de psicofármacos.

Su finalidad es el debido cumplimiento de lo que la Ley Nacional de Salud Mental establece en su artículo 12: “La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental, y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios”.

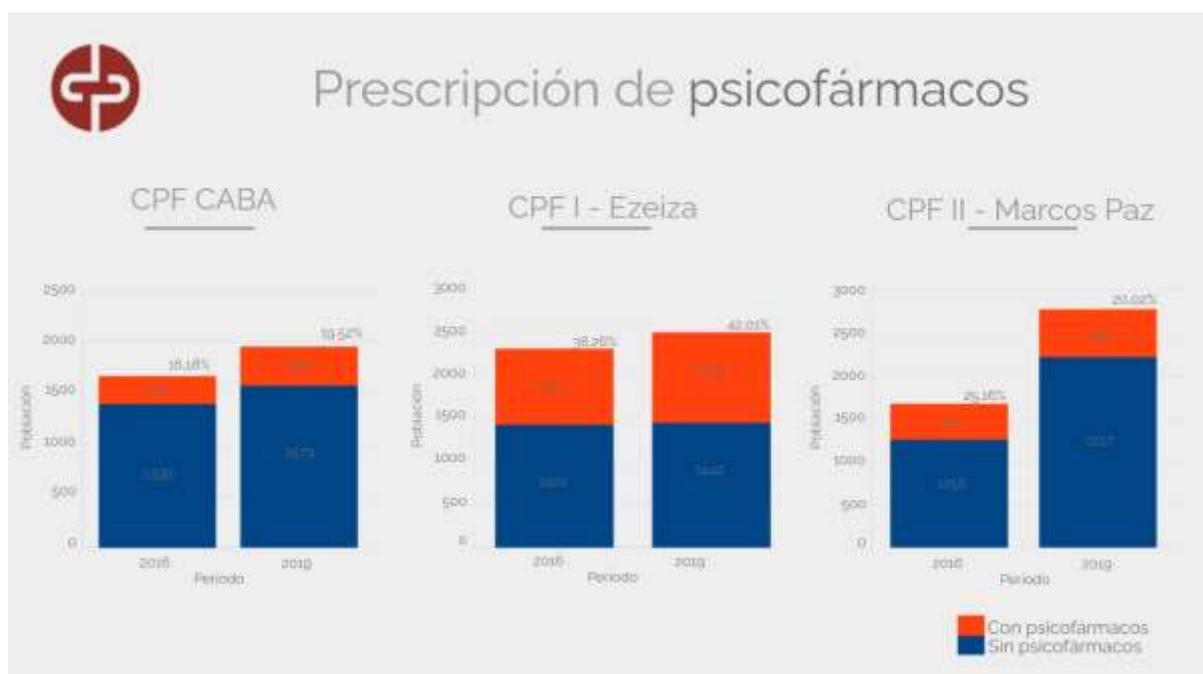
Detallamos a continuación los puntos recomendados:

- La confección e implementación de un vademécum y un protocolo unificado para el SPF en lo que hace a tipos de medicación psiquiátrica a utilizar y a la modalidad de prescripción, renovación o no de la prescripción y entrega.
- Que la entrega de medicación psiquiátrica se realice respetando la confidencialidad del acto médico en cuestión que se lleve a cabo en un consultorio médico o en una sala similar adecuada a esos fines que se entregue cada toma diaria vez por vez- toma por toma- y que se lo haga en forma molida, siendo ingerida por la PPL delante del enfermero.
- Que solo se entregue medicación psiquiátrica en caso de que haya una indicación precisa por parte de un médico psiquiatra y que no haya renovaciones “automáticas” de la prescripción, sino que las mismas si se hacen, se hagan solamente luego de una nueva evaluación en la que se verifique la necesidad de continuar con la prescripción.
- Que la prescripción de psicofármacos se haga a partir de un diagnóstico fundamentado, justificado y consignado en la historia clínica de la PPL.
- Que la cantidad de psiquiatras y enfermeros sea acorde a la cantidad de PPL de modo de garantizar una atención en salud mental respetuosa de los derechos de las personas tal como lo exige la legislación vigente en el territorio nacional, así como las diversas regulaciones internacionales
- Que solamente médicos debidamente especializados –psiquiatras- sean quienes se encarguen de la evaluación, prescripción y eventual renovación de un tratamiento psicofarmacológico.
- Reformular y reconsiderar el abordaje de las llamadas “excitaciones psicomotrices” que suelen culminar en la aplicación de “inyectables” (u otra modalidad psicofarmacológica) apuntando a detectar, reconocer y resolver los determinantes

que están en el origen y que habitualmente no tienen que ver con cuestiones de salud mental sino del régimen penitenciario.

➤ **Monitoreos sobre la administración de Psicofármacos**

En los años 2016 y 2019 se hicieron relevamientos específicos tanto de la problemática como de la implementación de la recomendación, cuyos resultados parecen demostrar que, con desigualdades, crece el porcentaje de población que recibe psicofármacos bajo prescripción psiquiátrica.



Del gráfico comparativo entre los tres complejos monitoreados, CPF CABA (Devoto), CPF I (Ezeiza) y CPF II (Marcos Paz), surge que, con desigualdades, creció la prescripción de psicofármacos entre los años 2016 y 2019.

En Devoto, con un nivel de prescripción de psicofármacos más bajo que el resto de los complejos, creció un 3 % en el período mencionado mientras que, en el CPF I, alrededor de un 4 %.

En este último Complejo, llamado “el psiquiátrico del SPF”, el porcentaje de población que recibe psicofármacos resulta significativamente alto, debido a que allí convergen todos los dispositivos de internación en salud mental (CRD, PROTIN, PRISMA).

Las personas que son dadas de alta de estos dispositivos, y que en su mayoría continúan bajo prescripción psiquiátrica, son realojadas en el mismo Complejo.

Respecto al CPF II, el porcentaje de población comparativo respecto a la población total, decreció cinco puntos.

Pero debemos recordar que entre 2016 y 2019, el Módulo V del CPFII, que alojaba a Jóvenes pasó a ser uno más de los adultos varones. La población de jóvenes adultos con mayoría de edad pasó, entonces, a adultos y se incorporó a la población total.

A destacar que la modalidad de prescripción de psicofármacos en el Complejo de Jóvenes difiere respecto de los adultos. En Jóvenes se limitan las prescripciones al mínimo necesario por un tiempo acotado, salvo contadas excepciones.

Durante 2019, los jóvenes que venían prácticamente sin prescripción psiquiátrica, se incorporaron al total de la población.

Población: Mientras que en CABA, en el período mencionado, creció el 17,5 % y en Ezeiza el 8 %, en Marcos Paz creció el 65 %, como resultado de la ampliación antes mencionada.

➤ **Algunas consideraciones**

Si bien se ha avanzado en el intento de sustitución de ciertos medicamentos sumamente adictivos, como lo son benzodiazepinas y tramadol, aún se incumple con nuestra recomendación respecto de la necesidad de la confección e implementación de un vademécum y un protocolo unificado para el SPF, y también en lo que hace tanto a los tipos de medicación psiquiátrica a utilizar como a la modalidad de prescripción, renovación y entrega de la medicación.

Se ha intentado avanzar en un plan de reducción de psicofármacos que hasta el momento no fue publicado. De acuerdo a nuestros relevamientos este intento se realiza de forma desigual según cada establecimiento, y sin que aparentemente exista un accionar coordinado de los equipos de salud.

Excepto en los dispositivos de salud mental, tampoco, se sigue la recomendación de que la entrega de medicación se haga en forma molida y sea ingerida delante del enfermero.

➤ **Administración fuera de registro**

Para finalizar, consideramos pertinente señalar otra modalidad de administración de psicofármacos- realizada por parte de los enfermeros- ante episodios considerados “violentos” o ante la demanda sostenida por parte de las PPL, que suele quedar por fuera

de cualquier registro al que podamos acceder. El psicofármaco en tanto un objeto de valor e intercambio en el contexto de encierro nos interroga acerca de su función en el gobierno de la cárcel.

Equipo de Salud Mental

Diciembre de 2020