

Una visita al *manicomio*: generalidades y la experiencia de monitoreo del Comité Provincial de Prevención de la Tortura del Chaco (CPPTCh).*

*Paulo Pereyra***

“...yo miro para afuera y miro para adentro
la reclusión es mi punto de encuentro
me ubican dentro de lo marginal
y quien determina lo bueno y lo malo
lo poco saludable y lo sano
en esta vida me castigaste,
me robaste el tiempo, me re-cagaste
mi culpabilidad es como una pecera vacía
si mis tristezas te causan alegrías
es porque tus reglas son distintas a las mías”
Prepárame la cena – Calle 13

Sumario

- 1. Introducción***
- 2. Generalidades en la temática.***
- 3. Mandato y posibilidad de monitoreo de espacios psiquiátricos.***
- 4. Ley Nacional de Salud Mental y el nuevo paradigma.***
- 5. El Órgano de Revisión de Salud Mental (ORSM).***
- 6. Instrumentos de Monitoreo de espacios psiquiátricos en Argentina.***
- 7. Una visita al manicomio: experiencia de monitoreo del Comité Provincial de Prevención de la Tortura del Chaco (CPPTCh).***
- 8. Reflexiones finales.***
- 9. Bibliografía.***

* Trabajo final presentado y evaluado con nota 50/50 en el curso: “*Inspección y monitoreo de centros de privación de libertad (IMCP)*” dictado por la Profesora Doctora Marta Monclús Masó en el marco del Posgrado en Ejecución Penal y Derecho Penitenciario (PEPDP), impartido por la Universidad de Barcelona (UB, España), a través de su Observatorio del Sistema Penal y los Derechos Humanos (OSPDH) y la Universidad para la Cooperación Internacional (UCI, Costa Rica). Posgrado dirigido por el Profesor Doctor Iñaki Rivera Beiras.

** Abogado, egresado de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales y Políticas de la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE). Investigador en el Proyecto “*Violencia institucional: hacia la implementación de políticas de prevención en la Argentina*”, financiado por la Unión Europea (UE). Asesor Legal en la Secretaría de Derechos Humanos y Miembro Suplente del Comité de Prevención de la Tortura de la Provincia del Chaco. Miembro de la Asociación Pensamiento Penal (APP) y la Red Eurolatinoamericana de Prevención de la Tortura (RELAPT). Correo electrónico: *paulopereyra1987@gmail.com*.

1. Introducción

Este trabajo aborda el Monitoreo de *Instituciones Psiquiátricas*¹, en clave del mandato internacional que tiene el Estado Argentino de prevenir la tortura^{2 3}. La poca producción bibliográfica en cuanto a la visita a *manicomios*⁴ (los cuales todavía perviven) y; cuya causa

¹ Hacemos referencia a la siguiente definición: “...instituciones de salud, públicas o privadas, especializadas en tratamientos para personas con discapacidad mental (o psicosocial) tales como los hospitales psiquiátricos, las unidades psiquiátricas en los hospitales y las unidades cerradas de tratamiento para las personas en conflicto con la ley. Otras estructuras, como los establecimientos de protección social en los que miles de personas pueden ser institucionalizadas durante años, aunque oficialmente no son instituciones psiquiátricas a menudo lo son de facto” El monitoreo de las instituciones psiquiátricas. Informe final. Simposio Jean-Jacques Gautier para los MNP 2016, p.13. Ver en: <http://www.apr.ch/es/resources/monitoreo-de-instituciones-psiquiatricas/>

² La prevención de la tortura entendida en dos aspectos: “La prevención directa (mitigación) tiene como objetivo prevenir que ocurra la tortura reduciendo los factores de riesgo y eliminando las posibles causas. Esta intervención se produce antes de que se produzca la tortura y su finalidad es abordar las raíces de las causas que pueden dar lugar a la tortura y los tratos crueles; se caracteriza por la formación, educación y monitoreo periódico de los lugares de detención. La prevención directa mira a lo lejos y su objetivo, a largo plazo, es crear un entorno en el que sea improbable que ocurra la tortura. La prevención indirecta (disuasión) tiene lugar después de que ya hayan ocurrido casos de tortura o tratos crueles y se centra en evitar la repetición de esos actos. Para ello, el objetivo de la prevención indirecta es convencer a los torturadores potenciales, mediante la investigación y documentación de los casos ocurridos, la denuncia, el enjuiciamiento, la comparecencia en juicio y el castigo de los autores, así como la reparación a las víctimas, de que la tortura se paga a un “precio mayor” que los posibles “beneficios” que pueda reportar. Es importante tener presente la distinción entre un tipo y otro de prevención puesto que ambos enfoques emplean estrategias y metodologías muy distintas. Sin embargo, ambas son complementarias y deberían formar parte de todo programa integrado destinado a prevenir la tortura.” ACNUDH / APT/ APF, Prevención de la Tortura. Guía operacional para las instituciones nacionales de Derechos Humanos, 2010, pp. 2-3.

³ Así, la Argentina tiene los compromisos y responsabilidad internacional emergente del *Protocolo Facultativo de La Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*, aprobado por ley nacional 25.932, *La Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes* y su “protocolo facultativo”; *La Convención Americana sobre Derechos Humanos*; *La Convención Interamericana Para Prevenir y Sancionar la Tortura*; *El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*; Y las normas de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) referidas al trato de las personas privadas de la libertad.

⁴ Este término (*manicomio*), está pensado desde el proceso de tres textos paradigmáticos de Foucault (*El orden del discurso*, *Vigilar y castigar* y el primer tomo de su historia de la sexualidad: *La voluntad de saber*): “...las teorías y prácticas penales, la sociedad, punitiva, el poder psiquiátrico -tan moderno como pujante-, los anormales -que surgen a partir de la implantación de la sociedad disciplinaria-, la exaltación de la normalidad y la consiguiente exclusión del diferente y una sociedad empeñada en castigada, además de vigilar, se interrelacionan y constituyen preocupaciones cruciales de los primeros años de la década de 1970.”

es, entre otras, el poco interés en la inspección y visibilización del *espacio psiquiátrico*. Veremos también, cómo opera el nuevo paradigma de salud mental en este aspecto. Todo ello, en un pasaje por los mandatos internacionales y locales sobre el ingreso a psiquiátricos y, la necesidad de contar con organismos (específicos y complementarios de los mecanismos de prevención de la tortura) abocados a la tarea de *externación* de los *cuerpos castigados*⁵ que habitan los hospicios.

2. Generalidades en la temática.

Es evidente que estas instituciones -psiquiátricas- y el espectro de personas sometidas a ellas⁶, han quedado relegada, de las visitas de los organismos de control del Estado, incluso de la sociedad civil.

En la Argentina, en general, las diferentes instancias estatales no prevén suficiente supervisión ni monitoreo de los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial⁷ internadas en instituciones psiquiátricas⁸.

Consultado en: Esther Díaz (2014). *Poder psiquiátrico y anormales. Foucault Póstumo: nuevas lecturas en La filosofía de Michel Foucault*, pp. 229-233.

⁵ Esta forma de denominar (cuerpos castigados) los malos tratos y torturas en cárceles federales, es perfectamente aplicable al ámbito *manicomial*. Como bien lo expresa el profesor Iñaki Rivera Beiras en el prólogo a la obra que lleva inscripto ese nombre: “...la descomunal inflación punitiva de las sociedades occidentales se revela en toda su crudeza cuando se atiende al último contenedor del sistema penal: la cárcel. Por ello a nadie debe extrañar que en el interior de esos lugares, allá donde los ojos de la sociedad no penetran y donde se verifica la mayor de las abyecciones, corrupciones y obscenidades, la auténtica naturaleza corporal de la pena emerja sin los maquillajes con que algunas operaciones reformistas habían intentado ocultarla. La nuda vida, la vida sin atributos, zoe al desnudo, aparecen cuando es el cuerpo –y siempre fue el cuerpo– el objeto fundamental de la marca punitiva. ”. Pp. 1-3. Ver en: http://www.ppn.gov.ar/sites/default/files/CuerposCastigados_0.pdf

⁶ Hacía el año 2009, antes de la puesta en marcha de la ley de salud mental: “las instituciones psiquiátricas cerradas del país albergan unas 25 mil personas de las cuales entre el 60 y el 90% eran “pacientes sociales”, es decir que permanecían internados porque no tenían dónde ir.” Ver en: <http://www.lacapitalmdp.com/noticias/La-Ciudad/2009/05/25/110138.htm>. Como veremos más adelante esa lógica pretendió/prende ser revertida: “La nueva ley de salud mental busca reducir los tiempos de internación y prohíbe abrir neuropsiquiátricos; antes, los pacientes pasaban décadas hacinados y sobremedicados; hoy, se busca que puedan seguir sus tratamientos en forma ambulatoria”. Ver en: <http://www.lanacion.com.ar/1724090-como-viven-hoy-los-enfermos-psiquiatricos-en-la-argentina>

⁷ El Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad prefiere el término “psicosocial”, ya que refleja mejor la idea de que la discapacidad es consecuencia de la interacción entre las “deficiencias” de una persona y el entorno social en el que vive. El monitoreo de las instituciones psiquiátricas. Informe final. Simposio Jean-Jacques Gautier para los MNP 2016, pp. 14-15.

⁸ A propósito de *la insuficiente supervisión y monitoreo de los derechos humanos de las personas institucionalizadas* en *Vidas Arrasadas*. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos.

Este aquí, como iremos observando, los informes, documentos e instrumentos que existen en la materia, son escasos y ocupan pocas páginas en la bibliografía referida a la cárcel y a otros centros de detención (incluso cuando estos sufren la *psiquiatrización*⁹). Siendo que, las personas con discapacidad psicosocial son especialmente vulnerables en estos contextos¹⁰. Estos seres humanos son, en la mayoría de los casos presos sin delito, sin juez, sin defensa y sin condena, reclusos sine die a instancias de la voluntad de un psiquiatra que está facultado a lucrar con su privación de libertad¹¹.

3. Mandato y posibilidad de monitoreo de *espacios psiquiátricos*

El mandato del Subcomité dado por el OPCAT es visitar lugares donde se encuentren personas privadas de la libertad: puede tener acceso no sólo a prisiones o estaciones de policía sino también, por ejemplo, a cualquier centro para solicitantes de asilo, campos militares, centros para menores infractores, hospitales psiquiátricos y zonas de tránsito de aeropuertos internacionales¹².

Un Informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina (2007), p.41. Ver en: http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf

⁹ Como bien lo define el Informe anual 2014 de la Procuración Penitenciaria de la Nación (PPN) al referirse al dispositivo psiquiátrico en las cárceles federales y el gobierno penitenciario a través de la *psiquiatrización*: “... la constitución histórica de los distintos sectores carcelarios oficialmente destinados a la atención de la salud mental se fue conformando un entramado de sectores e intereses en disputa. El solapamiento de los mismos –Psiquiatras del SPF, Psiquiatras y Psicólogos del Ministerio de Justicia y del Ministerio de Salud de la Nación y personal del SPF en tanto fuerza de seguridad a cargo de las cárceles– cristalizó la superposición de “bloques” que componen una serie de espacios, actores, discursos y prácticas heterogéneas que se articulan en el sistema penitenciario. La identificación de este solapamiento de “bloques” y las prácticas producidas en los mismos, nos permitió acuñar la noción de dispositivo psiquiátrico.”, pp. 131-132. Ver en: http://www.ppn.gov.ar/sites/default/files/INFORME%20ANUAL%20PPN%202014_0.pdf

¹⁰ Así lo establece el enfoque del (CAT/OP/12/6): “... Aunque todos los detenidos constituyen un grupo vulnerable, algunos subgrupos lo son particularmente, por ejemplo las mujeres, los jóvenes, los miembros de minorías, los extranjeros, las personas con discapacidad, y las personas con enfermedades o formas de dependencia médicas o psicológicas agudas. Se necesitan especialistas en todos estos factores de vulnerabilidad para educir las probabilidades de malos tratos.” Ver en: <file:///D:/Usuario/Downloads/G1047384.pdf>

¹¹ Fragmento extraído de la página 7 del discurso de Mario Bosch del día en que asumieron los miembros del Comité Provincial de Prevención de la Tortura del Chaco (CPPTCh). 18 de junio de 2012, Resistencia, Chaco.

¹² Interpretación amplia del mandato contenido en el artículo 4 del *Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT)* que se da en *Monitoreo de lugares de detención. Una Guía Práctica* elaborado por la Asociación para la Prevención de la

Los órganos de monitoreo con un mandato amplio, tales como los Mecanismos Prevención de la Tortura (MPT), deberían incluir instituciones psiquiátricas en sus programas de visitas, para garantizar que las personas privadas de la libertad en estos contextos particulares no sufran tortura u otras formas de maltrato. Dicho enfoque requiere conocimientos y habilidades específicas, lo que puede representar un obstáculo para órganos con pocos recursos o capacidades limitadas¹³.

Entonces, despejada la duda de que los MPT pueden (y deben) acceder a estas instituciones, veremos el estado de *esta* normativa en la materia en Argentina.

4. Ley Nacional de Salud Mental y *el nuevo paradigma*

Sin dudas la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, promulgada en diciembre de 2010, ha sido un hito en cuanto al cambio de paradigma, entre otros, en lo que es la desinstitucionalización de los usuarios de salud mental.

Esta ley (y su normativa reglamentaria), no trae un concepto, sino que *“reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”*. Entonces, sabemos que no es sólo un diagnóstico, no es sólo una pastilla, sino algo más complejo, que involucra aspectos muy diversos. La salud mental de todos y todas está ahí, pasiva, aguarda silenciosa, hasta que la vida nos da un golpe y allí brota. Allí, es donde resulta necesario saber con qué contamos, que necesitamos. Por eso es importante concientizar sobre la identificación, prevención y tratamiento de la salud mental. El Estado cumple un rol fundamental en estos mecanismos, difundir la ley, crear espacios de atención, arrancar estigmatización para poder atravesar una enfermedad sin miedos, sin miedos a la discriminación, a la penalización de la enfermedad, sin miedos a quedarnos solos”¹⁴.

Esta adecuación a los estándares internacionales llevada adelante por el Estado Argentino, a través de esta ley, posibilita que más allá (y complementariamente) de los monitoreos de los MPT a instituciones psiquiátricas, exista un dispositivo específico para realizar este tipo

Tortura, Ginebra, 2004. Idéntica amplitud conceptual dada en la ACNUDH / APT/ APF, Prevención de la Tortura. Guía operacional para las instituciones nacionales de Derechos Humanos, 2010.

¹³ Documento introductorio del Grupo de Trabajo *“Personas con problemas de salud mental”* del Foro Regional de la APT sobre el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura. Prevenir la Tortura: Una responsabilidad Compartida. Ciudad de Panamá, 30 de septiembre - 2 de octubre 2014.

¹⁴ *¿De qué hablamos cuando decimos salud mental?* Situación de los Derechos Humanos en Mendoza Xumek Informe Anual 2016, pp. 197-205. Ver en: <http://xumek.org.ar/wp-content/uploads/2016/12/Informe-2016-XUMEK-pdf.compressed-1.pdf>

de inspecciones y, que el mismo haya surgido de un paradigma al respecto de la salud mental, respetuoso de los derechos humanos de las personas con padecimientos psicosociales.

5. El Órgano de Revisión de Salud Mental (ORSM)

La ley de mención crea el Órgano de Revisión de Salud Mental (ORSM)¹⁵ en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa de la Nación, asignándole como función, entre otras, la de supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado¹⁶.

El mismo decreto reglamentario n° 603/2013, faculta al ORSM, a los efectos de proteger los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental, y a los fines de lograr la supervisión de las condiciones de internación y tratamiento, a ingresar a cualquier tipo de establecimiento, público y privado, sin necesidad de autorización previa, y realizar inspecciones integrales con acceso irrestricto a todas las instalaciones, documentación, y personas internadas, con quienes podrá mantener entrevistas en forma privada¹⁷.

¹⁵ Artículo 38.- *Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.*

¹⁶ Artículo 40.- *Son funciones del Órgano de Revisión: a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos. b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado. c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez. d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley. e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes. f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares. g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades. h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación. i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos. j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones. k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental. l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias. Ver en: <http://www.saij.gob.ar/legislacion/ley-nacional-26657-ley-nacional-salud-mental.htm?2>*

¹⁷ Ver en: <http://www.saij.gob.ar/legislacion/decreto-nacional-603-2013-reglamentacion-ley-26657-sobre.htm?4> También funciones del ORSM en: <http://www.mpd.gov.ar/index.php/secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental/173-caracteristicas-y-funciones-del-organo-de-revision-de-la-ley-de-salud-mental>

Los principios rectores de la actuación del ORSM, están contenidos tanto en la legislación internacional¹⁸ como en la nacional¹⁹. Además de que no le son ajenas, aquellas directrices establecidas en las guías de monitoreo con perspectiva de género y LGBTI elaboradas por Reforma Penal Internacional y la Asociación para la Prevención de Tortura (APT)²⁰.

6. Instrumentos de Monitoreo de *espacios psiquiátricos* en Argentina

¹⁸ *Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores (Reglas de Beijing, 1985); Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (1987); Convención sobre los derechos del Niño (1989); Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre las Medidas no Privativas de Libertad (Reglas de Tokio, 1990); Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad (1990); Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de la Salud Mental (OMS, 1995); Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999); Observación General N° 14 (2000) sobre el Derecho a la Salud (art.12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU); Informe Provisional del Relator Especial de Naciones Unidas sobre la Cuestión de la Tortura y Otro Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (2002); Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo - Naciones Unidas (2006); Principios de Brasilia (2005); Informe del Relator Especial Paul Hunt sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, focalizado en las personas con discapacidad mental, en el contexto de las libertades, las facultades, la no discriminación y la igualdad, la participación, y la asistencia y la cooperación internacionales (2005); Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas (CIDH, 2008); Informe del Relator Especial de Naciones Unidas sobre el Derecho de toda Persona a Disfrutar del más Alto Nivel Posible de Salud Física y Mental (2009). También lo son, las siguientes normativas: Declaración de los Derechos del Retrasado Mental (1971); Declaración de los Derechos de los Impedidos de las Naciones Unidas (1975); Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad (1982); Recomendación 168 sobre la Readaptación Profesional y el Empleo (Personas Inválidas) (1983); Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo San Salvador, 1988); Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud (1990); Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (1991); Declaración de Viena y Programa de Acción Aprobados por la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos (1993); Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (1993); Convenio sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Inválidas de la OIT (1998); Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual (2004).*

¹⁹ *Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657); Reglamentación de la Ley de Salud Mental (Decreto 603/2013); Ley de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (N° 26.061); Ley de Derechos del Paciente (N° 26.529); Ley de Ejercicio de la Medicina (N° 17.132); Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral de las Personas con Discapacidad (N° 24.901).* Ver en: <http://www.mpd.gov.ar/index.php/secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental/226-legislacion>

²⁰ Ver en detalle los estándares de monitoreo con perspectiva de género en: <http://www.apr.ch/es/resources/women-in-detention/> y; LGBTI en: <http://www.apr.ch/es/resources/lgbt-persons-deprived-of-their-liberty-a-framework-for-preventive-monitoring/>.

Como cuestión genérica y de apego a los estándares internacionales, en el Simposio Jean-Jacques Gautier del año 2016 sobre monitoreo de las instituciones psiquiátricas para los MNP, se concluyó que “los MNP (y otros órganos de monitoreo) deberían considerar las cuestiones siguientes para contribuir a la protección de personas con discapacidad mental y favorecer las alternativas a la institucionalización en beneficio de la vida en la comunidad: verificar que el tratamiento siempre es individualizado y cuestionar prácticas (como el aislamiento y la contención física o química) que pueden constituir tortura o malos tratos; Garantizar la *multidisciplinariedad* de los equipos de visita mediante la presencia de especialistas de la salud y también de no especialistas, con el fin de beneficiarse al mismo tiempo de los conocimientos médicos y la diversidad de puntos de vista con respecto a los métodos observados en materia de tratamiento; Integrar la perspectiva de antiguos/as usuarios/as en la labor del MNP (como miembros del equipo o como expertos/as externos/as); Adoptar un enfoque constructivo con el personal de la institución visitada y dedicarles suficiente tiempo para explicar el objetivo de la visita con miras a una mejor comprensión del mandato del MNP; Formar y sensibilizar a los equipos de los MNP sobre la cuestión de la discapacidad mental para contribuir a una mejor comprensión de las necesidades específicas de las personas con discapacidad mental y una actitud abierta y respetuosa hacia las vivencias de estas personas durante las entrevistas en privado. El principio de “*no hacer daño*” se deberá aplicar en todo momento. El mandato de los órganos de monitoreo no se limita a las visitas y a la verificación de las condiciones materiales del lugar (un enfoque bien intencionado pero que, en ciertos casos, contribuye a la renovación o creación de nuevas infraestructuras que perpetúan la práctica de la institucionalización). Su función es la de un órgano que debe cuestionar, si procede, las prácticas pero también la legislación y los reglamentos, incluido mediante el control de que todas las garantías sean respetadas para prevenir las detenciones arbitrarias y que las personas sean informadas debidamente de sus derechos. En caso de detención arbitraria, la función de los MNP incluye cuestionar la decisión de privación de libertad. Asimismo, los MNP deben analizar en su conjunto el funcionamiento y la cultura de la institución, identificar las causas profundas de los malos tratos y proponer, por medio de un diálogo constructivo con las autoridades, soluciones para prevenir nuevos abusos.”²¹

Por otro lado, en el año 2014, la Comisión Provincial por la Memoria (CPM) elaboro el Manual de Monitoreo de lugares de privación de libertad, donde en el capítulo *Lugares de privación de libertad de personas con padecimientos mentales*, se desarrollan los ejes

²¹ El monitoreo de las instituciones psiquiátricas. Informe final. Simposio Jean-Jacques Gautier para los MNP 2016, pp. 44-46.

generales para inspeccionar los lugares de detención de personas con padecimientos mentales, en función de la especificidad este tipos de espacios institucionales²².

El Manuel entiende que la atención de la inspección debe centrarse en dos dimensiones fundamentales: “1) *Condiciones materiales de detención/internación: en relación a este aspecto deben tenerse presente las mismas particularidades señaladas para cualquier lugar de encierro.* 2) *Atención de la salud: hay que partir de la consideración de que el encierro, la medicalización y el aislamiento no son más que agravantes para la salud de las personas; en ningún caso los mismos pueden ser considerados como parte del abordaje de la salud. Partiendo de esta premisa, se debe relevar: -Abordaje por parte de equipo un interdisciplinario (psiquiatría, psicología, trabajo social y otras disciplinas intervinientes).*” Además de establecer los momentos constitutivos del monitoreo en estos lugares: “1. *entrevista con la persona detenida (dimensión y fuente central de construcción de datos), 2. revisión de historia clínica y 3. entrevista con los/as profesionales de cada sala inspeccionada en el caso de los hospitales y con los/ as profesionales del sector de sanidad en el caso de las unidades psiquiátricas.*”

En esa misma línea, el ORSM, en el año 2015 aprobó mediante Resolución 14/15 el Instrumento de Monitoreo del Órgano de Revisión de Salud Mental²³. Este Instrumento, añade además de los momentos constitutivos del monitoreo -reseñados más arriba-, la pauta de confidencialidad de las entrevistas y la elección por parte del ORSM de los usuarios a entrevistar, también posee un apartado sobre “*perspectiva de género*” al respecto de la actuación de los representantes del OR. Este documento, a modo de protocolo, cuenta con un *formulario/planilla* para guiar al operador en la visita. Consecuentemente (y finalizada la visita), el ORSM evaluara la forma y contenido de la recomendación/nes a los organismos correspondientes.

7. Una visita al manicomio: experiencia de monitoreo del Comité Provincial de Prevención de la Tortura del Chaco (CPPTCh).

Luego de un breve *recorrido* por las generalidades que abarcan el monitoreo de espacios psiquiátricos (estado de la situación y la normativa que rige en la materia), nos

²² Ver en detalle desde la página 117 a la 123 en:

http://www.comisionporlamemoria.org/comite/informes/anuales/Manual_Monitoreo_CCT_de_la_CPM.pdf

²³ Ver en detalle en:

<http://www.mpd.gov.ar/pdf/Resol%20SE%2014%2015%20Aprobaci%C3%B3n%20del%20Instrumento%20de%20Monitoreo.pdf>

adentraremos a un caso, a la visita a un *manicomio* realizada por el Comité Provincial de Prevención de la Tortura del Chaco (CPPTCh)²⁴:

-En el año 2015, se recibió una denuncia (en carácter confidencial), en la sede del Comité de Provincial de Prevención de la Tortura del Chaco (CPPCh), por parte de una profesional del campo de la salud mental sobre condiciones inhumanas en una clínica psiquiátrica privada.

-A partir de ese momento en reuniones con la profesional, se pudo saber la distribución de los espacios dentro del lugar, los pacientes, los tratamientos, el tipo de personal que trabajaba allí y el horario donde se desarrollaba mayor violencia desde el personal hacia los pacientes.

²⁴ Acta sintetizada de la visita: *“Miembros del Comité de Provincial de Prevención de la Tortura del Chaco (CPPCh), realizan una visita a una Clínica Psiquiátrica “xx xxxxxx” por la noche, en razón de una denuncia recibida bajo en el carácter de confidencial. En esta oportunidad además son acompañados por el Secretario de Derechos Humanos de la provincia, un abogado y una psicóloga especializada en la materia. Al tocar el timbre son atendidos por una persona de sexo femenino quien dice ser la enfermera de guardia, el Dr. Bosch (Presidente del CPPTCh) se identifica, mencionando atribuciones del ley, la enfermera niega el acceso, a lo que el Dr. Bosch solicita ver al guardia del SPP ya que además refiere que tiene información que existe un interno del SPP con medida de seguridad; el personal del SPP, permite el ingreso a los visitantes quienes se trasladan a la Enfermería, el Dr. Bosch explica las funciones y atribuciones de este Comité y se hace entrega de una copia certificada de la Ley 6483, al ser entrevistada la enfermera por sus datos personales se niega a contestar; en ese lugar en uno de los cajones del escritorio, más precisamente en el segundo se hallan tres (3) pares de grilletes - “esposas”- interrogado el penitenciario manifiesta que no le pertenecen ni son del Servicio (se realizan tomas fotográficas). Consultado por el interno allí alojado manifiesta que efectivamente es xxxxx xxxxx, manifiesta que es el único interno judicializado, el que se encuentra en la habitación contigua a enfermería y que está a su cuidado, solicitando el Sr. Secretario de DH verlo es abierta una puerta con llave que conduce a una habitación pequeña la cual no posee sanitario y en su lugar hay un recipiente (se realizan tomas fotográficas) donde Monzón realiza sus necesidades fisiológicas y de lo cual el penitenciario tenía conocimiento. Se solicita a la enfermera que conduzca a los visitantes por las dependencias de las instalaciones, lo que recibe respuesta negativa además de aludir falta de las llaves. A la hora 21 por el llamado telefónico de la enfermera llegan a la institución el Dr. xxx xxx xxx (propietario) y la Dra. Xxx xxx Directora, quienes no consienten el recorrido, se continua la visita; se observa carencia de luz en los corredores y patios. El Dr. xxxxx informa al Dr. Bosch que tiene internados a 25 pacientes, que no tiene plan de externación en razón de ser difícil por el tipo de pacientes que tiene. Se observan varias habitaciones, una de ellas con rejas y cerrada con llave a la que denominan “sala de contención”, primero informa la Dra. Xxxx que no tiene pacientes allí, pero al realizar toma fotográfica del interior por la ventana, se ve a una persona, luego recuerda la Dra. xxxxx que hay un paciente pero que la puerta debería estar sin llave, llamando a la enfermera para que abra la puerta. Al preguntárseles por el médico de guardia el Dr. xxxxx dice que él está de guardia pero había salido a comer, que cuenta con cuatro (4) médicos, tres (3) psicólogos y siete(7) enfermeros, que percibe pesos siete mil (\$7.000) por cada paciente. En el recorrido por las habitaciones uno de los miembros del CPPCh encuentra en una a tres (3) personas del sexo masculino, dos (2) de los cuales están como judicializados, estaban sin custodia, sin luz, con el baño cerrado con llave, por lo que pidieron dejar un rato encendidas las luces a fin de orinar en un recipiente que tenían en la habitación. Siendo la hora 21:40 se dio por finalizada la visita.”*

-Específicamente la dependencia donde “escondían” los elementos de sujeción (esposas), incluso un “falso fondo” donde había “habitaciones de contención”.

-Se planifico, entonces, una visita en conjunto con la Secretaria de Derechos Humanos de la provincia, ya que el MLP no contaba (ni cuenta) con personal especializado en este campo de la salud mental.

-Este monitoreo fue por la noche y, en tanto los miembros del CPPCh se anunciaron en la entrada del Psiquiátrico, la enfermera encargada de la guardia de la noche, negó el acceso. La información era que dentro, se encontraba un consigna del Servicio Penitenciario Provincial (porque estaba internado en esa clínica una persona con medida de seguridad); se lo convocó a este penitenciario (que si conocía las competencias del MLP) y automáticamente abrió la puerta del establecimiento.

-Parte del *Equipo* fue hacia el lugar donde estaban las historias clínicas (tratamientos farmacológicos), otra parte hacia las “habitaciones de contención” y, otro directamente hacia la enfermería donde sabíamos que estaban los elementos de sujeción: “esposas”

-En la visita se registraron hallazgos concretos: elementos de sujeción, historias clínicas con tratamientos farmacológicos no acordes a los padecimientos de los pacientes, la medida de seguridad hacia la persona que estaba sujeta al fuero penal sin ningún tipo de control ni seguimiento, personal no apto para ese tipo de psiquiátrico, condiciones inhumanas en las dependencias y habitaciones.

-A raíz de esos hallazgos, se hicieron recomendaciones al Ministerio de Salud (sobre todo a Fiscalización Sanitaria -por el tema de la connivencia de las Obras Sociales con el Psiquiátrico, por las salas de contención y la incomunicación con los familiares-), al Juez de Ejecución de Pena en cuanto al control periódico de las medidas de seguridad.

-Asimismo y, paralelamente el MLP impulsó en la Cámara de Diputados la adhesión a Ley Nacional de Salud Mental y la consecuente creación del Órgano de Revisión.

Actualmente, ya sancionada la ley n° 7622²⁵, queda pendiente el llamado a concurso para ocupar el cargo de Secretario Ejecutivo del Órgano de Revisión, cuestión esta, necesaria para que el OR local pueda funcionar plenamente²⁶, esencialmente en cuanto a inspecciones y supervisión de espacios psiquiátricos.

²⁵ Ver en: <http://www2.legislaturachaco.gov.ar:8000/legisdev/PDF/Ley%207622.pdf>

²⁶ Ver en: <http://comunicacion.chaco.gov.ar/noticia/39536/el-gobierno-puso-en-funcion-el-organo-de-revision-de-salud-mental>

8. Reflexiones finales.

Como venimos reseñando, pareciera que tanto la producción bibliográfica e incluso las mismas visitas a *espacios psiquiátricos*, han ocupado pocas páginas en la labor de monitoreo de los MPT, incluso al hablar de los organismos de inspección específicos.

Claro, no deja de ser cierto que para los MPT es difícil sostener una periodicidad de visitas a “*otros lugares de detención*” (que no sean las cárceles y comisarias), ya que esta actividad involucra una logística y personal especializado. Por ello, entendemos como fundamental, en cuanto a monitoreo de este tipo de establecimientos, fomentar agencias multidisciplinarias (en complemento -posible y necesario- a la tarea de los MPT), tal como es el Órgano de Revisión de Salud Mental.

Dicho esto, no deja de estar presente una pregunta: *¿Por qué el poco -o nulo- interés en visitar los psiquiátricos?*

A modo de aproximación a la incógnita planteada, dejamos la reflexión de Michel Foucault plasmada en su obra *Vigilar y castigar*: “a la burguesía le importan muy poco los locos, pero los procedimientos de exclusión de los locos -a partir del siglo XIX y, una vez más, sobre la base de ciertas transformaciones– evidenciaron y pusieron a disposición un beneficio político y eventualmente también cierta utilidad económica que solidificaron el sistema y lo hicieron funcionar en su conjunto”²⁷.

Es que, ingresar al *manicomio*, es revelar la lógica institucional exclusiva, discriminadora y consecuentemente violenta que reproduce nuestra sociedad.

*Resistencia, Chaco, Argentina.
Febrero de 2017.*

9. Bibliografía

- Informe Anual 2016 Xumek. Situación de los Derechos Humanos en Mendoza *¿De qué hablamos cuando decimos salud mental?*, pp. 197-205. Ver en: <http://xumek.org.ar/wp-content/uploads/2016/12/Informe-2016-XUMEK-pdf.compressed-1.pdf>
- ACNUDH / APT/ APF, Prevención de la Tortura. Guía operacional para las instituciones nacionales de Derechos Humanos, 2010, pp. 2-3.

²⁷ Consultado en: *Ni manicomio ni control social*. El pensamiento del desmanicomializador italiano de Franco Basaglia. Publicado 21/10/2006 en *Página 12* <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-74705-2006-10-21.html>

- Informe anual 2014 de la Procuración Penitenciaria de la Nación (PPN) al referirse al dispositivo psiquiátrico en las cárceles federales y el gobierno penitenciario a través de la *psiquiatización*. pp. 131-132. Ver en: http://www.ppn.gov.ar/sites/default/files/INFORME%20ANUAL%20PPN%202014_0.pdf
- Díaz, E. (2014). *Poder psiquiátrico y anormales. Foucault Póstumo: nuevas lecturas* en La filosofía de Michel Foucault, pp. 229-233.
- Documento introductorio del Grupo de Trabajo “*Personas con problemas de salud mental*” del Foro Regional de la APT sobre el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura. Prevenir la Tortura: Una responsabilidad Compartida. Ciudad de Panamá, 30 de septiembre - 2 de octubre 2014.
- El monitoreo de las instituciones psiquiátricas. Informe final. Simposio Jean-Jacques Gautier para los MNP 2016, p.13. Ver en: <http://www.apt.ch/es/resources/monitoreo-de-instituciones-psiquiatricas/>
- *Las personas institucionalizadas* en Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un Informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina (2007), p.41. Ver en: http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf
- Monitoreo de lugares de detención. Una Guía Práctica elaborado por la Asociación para la Prevención de la Tortura, Ginebra, 2004.
- Procuración Penitenciaria de la Nación, 2009; Mugnolo, F. (comp.). *Cuerpos castigados: malos tratos y tortura física en cárceles federales*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Del Puerto. Consultado en: http://www.ppn.gov.ar/sites/default/files/CuerposCastigados_0.pdf
- Asociación para la Prevención de la Tortura / Reforma Penal Internacional, *Mujeres privadas de libertad: una guía para el monitoreo con perspectiva de género*, 2013. Ver en: <http://www.apt.ch/es/resources/women-in-detention/>
- Asociación Para la Prevención de la Tortura /Reforma Penal Internacional, *Personas LGBTI privadas de libertad: un marco de trabajo para el monitoreo preventivo*, 2013. Ver en: <http://www.apt.ch/es/resources/lgbti-persons-deprived-of-their-liberty-a-framework-for-preventive-monitoring/>