

VIII

Violencia y abandono en la Unidad Psiquiátrica Penal n° 20 del Hospital Borda*

1. El Estado de la cuestión

La transformación que implica el pasaje del Estado providencia hasta el llamado Estado penal anuncia la aparición de una nueva manera de gobernar la miseria, que liga un mercado de trabajo descalificado y desregulado con un aparato penal intrusivo y omnipresente. La criminalización de la pobreza aparece como complemento “necesario” de la generalización de la inseguridad salarial y social.¹ Se habla de una redefinición de las misiones del Estado: se retira de la arena económica en lo que hace a la redistribución del ingreso, poniendo el acento en el capital financiero, y afirma la necesidad de reducir su papel social, endureciendo su papel punitivo, que sería funcional a este nuevo rol.

Ya hemos afirmado que el aumento de los niveles de pobreza e indigencia es una de las causas más significativas del incremento del sufrimien-

* Este capítulo ha sido elaborado por el Equipo de Salud Mental del CELS, integrado por Roxana Amendolaro, Laura Conte, Adelqi Del Do, Graciela Guilis, Luciana González, Roberto Gutman, Elena Lenhardtson, Marcelo Marmer, Maximiliano Peverelli, Laura Sobredo y Mariana Wikinski. Se realizaron visitas a la Unidad n° 20 en junio y diciembre de 2004, y nuevamente, en junio de 2005.

¹ Wacquant, Loic, *Las cárceles de la miseria*, Buenos Aires, Manantial, 2000.

to en la población.² Ante la ausencia de políticas públicas orientadas a la integración de la población pauperizada, las cárceles y los hospitales neuropsiquiátricos terminan por transformarse en depósitos que albergan personas sin recursos y sin derechos.³ Verdaderos inexistentes sociales para los que la sociedad no parece reservar ningún lugar definido. En el caso de las unidades psiquiátricas penales el problema se encuentra aún más agravado e invisibilizado. Hablamos de una duplicación de la exclusión de quienes sabemos muy poco.

Si en las sociedades disciplinarias el modo de tratamiento de los “anormales” consistía en la reclusión en centros de encierro para su posterior reinserción social, Ignacio Lewkowicz dirá que en las llamadas “sociedades de control”⁴ se tratará de expulsar a quienes carecen de posibilidades de integrar el pequeño circuito del consumo. Ya no se trata de un tratamiento específico para una posterior reintegración. Están afuera. Y se tenderá una red que garantice que lo sigan estando.⁵ Al Estado no sólo no le interesa la integración social de las personas alojadas en las unidades psiquiátricas penales sino que la sociedad en su conjunto suele funcionar de manera cómplice con el problema.

2. Tortura en el encierro

El alojamiento de personas con sufrimiento mental en el Sistema Penitenciario actual, acusadas de la comisión de algún delito o declaradas inimputables no plantea ninguna estrategia de tratamiento ni reinserción social posterior y constituye una franca violación a los derechos humanos de las personas que allí se encuentran. Las unidades psiquiátricas penales son centros de encierro que ofrecen aun peores condiciones que los hospitales

² CELS, *Derechos humanos en Argentina. Informe 2004*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 2004.

³ Para un panorama más general sobre la situación de los derechos de las personas con sufrimiento mental en Argentina puede consultarse CELS, *Derechos humanos en Argentina. Informe 2004*.

⁴ Tomamos este término de Gilles Deleuze, quien lo introduce para caracterizar un nuevo modo de organizar y gestionar las fuerzas sociales que se caracteriza por el control permanente, “al aire libre”, y que estaría sustituyendo al modo de control disciplinario. La fábrica es sustituida por la empresa, la formación permanente tiende a sustituir a la escuela y el control continuo tiende a sustituir al examen. Deleuze, Gilles, *Conversaciones*, Madrid, Pretextos, 1996.

⁵ Lewkowicz, Ignacio, “Subjetividad controlada”, artículo publicado en la revista *Campo Grupal* n° 13, 2000.

psiquiátricos y las cárceles. Se trata de un encierro dentro del encierro que de por sí implican las “instituciones totales”, sin que puedan observarse en estos casos objetivos terapéuticos de tratamiento, etapas, tiempos y posibilidades de externación. La mayor parte de la población alojada en las unidades psiquiátricas penales está declarada inimputable. La inimputabilidad está regulada por el artículo 34 del Código Penal.⁶

Durante 2004 y 2005, en el marco de una investigación regional sobre Derechos Humanos y Salud Mental impulsada por el Mental Disability Rights International (MDRI) y Human Rights Watch se realizaron visitas a la Unidad Psiquiátrica Penal del Hospital Borda en la que se alojan hombres y a la Unidad Psiquiátrica Penal del Hospital Moyano de mujeres. Como resultado de tales relevamientos estamos en condiciones de afirmar que los derechos de las personas que se encuentran alojadas en las unidades psiquiátricas penales de la ciudad de Buenos Aires son vulnerados en forma sistemática y permanente.⁷

Los hombres detenidos en la Unidad Penal 20 del Hospital Borda y en la Unidad Penal 27 del Hospital Moyano sufren condiciones y tratamientos que constituyen daños gravísimos e irreparables a sus derechos a la vida, al trato digno y humano, y a la integridad y seguridad personal.⁸

⁶ En su inciso 1 dispone que no son punibles las personas en los siguientes casos: el que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia de hecho no imputable, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones. En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás. Ahora bien, las detenciones de las personas internadas en las Unidades Penales no son revisadas de manera periódica ni adecuada por los jueces o fiscales intervinientes. Los jueces no visitan a los internos ni supervisan sobre su evolución. Si esto ocurre, es de manera excepcional. No existen tratamientos adecuados y las personas aquí alojadas permanecen indefinidamente detenidas.

⁷ Un informe con el detalle de lo que pudimos observar fue enviado por el CELS, Human Rights Watch y Mental Disability Rights Internacional al Ministro de Justicia de la Nación en marzo de 2005.

⁸ Sobre la base de la información que MDRI compartió con el CELS podemos afirmar que en la Unidad Psiquiátrica Penal n° 27 del Hospital Moyano se reitera el uso de las celdas de aislamiento. El personal informó que se utilizaban durante dos días como máximo; sin embargo, durante la visita se pudo constatar que había dos mujeres detenidas en estas celdas —una había estado allí durante un año por orden judicial porque se consideraba que era un peligro para sí misma. La otra había estado detenida allí un año y medio por las dificultades en el trato con las otras personas. En la Unidad 27 fue notable el control que las autoridades ejercían sobre las internas. Al llegar a una celda con ocho internas la encargada del Penal gritó desde afuera, “Al pie de las camas,” y todas las internas saltaron y se pararon a los pies de las camas, en estado de atención. El personal de la Unidad les prohibía a las mujeres hablar con quienes estaban realizando la visita.

A continuación describimos las condiciones que constituyen las situaciones más graves y preocupantes, y que infringen de manera flagrante los derechos humanos de las personas detenidas en dichas instituciones.

Algunos de los aspectos que llevan a la violación sistemática de los derechos humanos de las personas detenidas en las unidades penales psiquiátricas son: a) sobrepoblación; b) falta de personal suficiente en número y formación profesional idónea; c) omisión de diagnóstico y tratamiento adecuados; d) elevado número de personas con problemas de drogadependencia; e) trato cruel, inhumano o degradante; f) vejaciones.

En la unidad penal del Borda, en el momento del ingreso, o bien por derivación de unidades penitenciarias o de hospitales neuropsiquiátricos, o bien porque se argumenta descompensación psicótica, las personas suelen permanecer en celdas de aislamiento diminutas —de unos 2 x 1,5 metros— durante diez o más días, sobremedicadas, totalmente desnudas y durmiendo sobre camas de cemento sin colchón. El personal que allí trabaja nos informó que esta práctica se utiliza para “observación” y que la ausencia de vestimenta y de colchón forma parte de un “criterio médico y de cuidado” por el riesgo de suicidio mediante la utilización de alguno de estos elementos. Sin embargo, al corroborar las historias clínicas de los detenidos nos encontramos con una única situación de intento de suicidio. Además, estas celdas de aislamiento no poseen luz natural, no tienen suficiente ventilación, y dicha “observación” sólo puede ser realizada a través de una mirilla ínfima. Estas celdas tampoco tienen agua corriente ni instalaciones sanitarias. No hay personal en el área de las celdas de aislamiento, lo que hace aún más inverosímil la observación regular. A los detenidos se les da una botella de plástico cortada para comer y otra para orinar, no se les permite acceso frecuente a baños. Los profesionales entrevistados justificaron esta detención aislada de quienes ingresan como necesaria para la adecuada evaluación de las condiciones de los detenidos. Creemos que es clara la intención punitiva por parte de estos profesionales ya que encontramos personas que se hallaban detenidas en estas celdas de aislamiento por períodos de hasta un año. Este dato fue confirmado por personal de la Unidad.

Quienes no están encerrados en celdas de aislamiento, están ubicados en celdas comunes con capacidad para seis adultos. Sin embargo, lo que observamos es que en cada una de estas celdas permanecen detenidas entre siete y once personas. Constatamos que muchos internos se ven obligados a dormir sobre restos de colchones delgados y sucios en el suelo, ubicados uno tras otro, casi sin espacio entre ellos para moverse. Cada celda cuenta con una letrina sin puertas para el total de las personas allí alojadas.

Uno de estos pabellones ni siquiera contaba con la mencionada letrina y las personas internadas —al igual que en las celdas de aislamiento— debían usar botellas como sanitarios.

No existen condiciones que son esenciales para la higiene apropiada, como el agua caliente, toallas, jabón. Pueden verse multitudes de cucarachas avanzando sobre las paredes y puertas tanto en las celdas de aislamiento como en las celdas comunes. Un penetrante y desagradable olor está siempre presente, producto de las condiciones de hacinamiento, de encierro y de ausencia total de condiciones mínimas de limpieza e higiene.

Las Unidades suelen sufrir situaciones de extrema sobrepoblación. El personal de la Unidad 20 nos informó que ésta cuenta con una sobrepoblación cercana al 50%: si bien posee una capacidad para noventa (90) personas, aloja a ciento treinta (130) detenidos. Esta sobrepoblación provocó que la sala de estar comience a ser utilizada como un dormitorio, privando de este modo a los presos psiquiatrizados el acceso a un espacio para la realización de otras actividades. Sólo tienen media hora de permiso por día para salir al patio, el acceso telefónico es muy limitado y las actividades recreativas y terapéuticas son escasas. Según comentaron los internos, casi no reciben asistencia médica, odontológica ni psicológica. Sus abogados defensores de oficio los visitan muy esporádicamente. Es común que el personal los amenace con golpearlos o quitarles estos escasos beneficios (teléfono, patio, visitas).

Las detenciones de las personas internadas en la Unidad Penal 20 no son revisadas de manera periódica ni adecuada por los jueces o fiscales intervinientes. El personal también informó que los jueces nunca llegan al penal para visitar a los internos ni efectúan preguntas sobre su evolución. Si esto ocurre, es de manera excepcional.

Durante nuestra visita recibimos graves denuncias sobre violaciones a la integridad personal, mental y moral, y del derecho a un trato digno y humano de las personas detenidas. Algunas de ellas denunciaron haber recibido golpes por parte del personal; otras informaron que en varias ocasiones habían sido sometidas a duchas de agua helada donde el personal de la Unidad les daba golpes en el cuerpo con bastones u otros instrumentos, llegando incluso a dejarles marcas importantes. Fue durante la visita de junio de 2004 que pudimos observar gravísimos hematomas sobre las espaldas y los torsos de algunos detenidos. Recibimos, también, denuncias sobre violencia sexual y violaciones llevadas a cabo por los guardias.

Debido a la severa sobrepoblación y a la ausencia de profesionales, las evaluaciones de cada uno de los detenidos son inadecuadas, hay ausencia de diagnósticos individualizados y estrategias de tratamiento, y existe una

verdadera ineficacia, cuando no una falta absoluta de intención, en proporcionar el acceso a un abordaje en salud mental.

Está de más aclarar que, frente al horror de la situación descripta, en tales condiciones de encierro está excluida la posibilidad de cualquier tratamiento compatible con normas profesionales y éticas actuales. Es evidente que no existe práctica alguna en salud que pueda realizarse en estas condiciones inhumanas de existencia. Podemos asegurar incluso que las condiciones de existencia descriptas son generadoras de enfermedad.

Insistimos en el incalificable horror que significa la evidencia de que en las condiciones de encierro descriptas está excluida la posibilidad de cualquier tratamiento compatible con normas profesionales y éticas actuales. No existe práctica en salud alguna que pueda realizarse en estas condiciones inhumanas de existencia. Podemos asegurar incluso que las condiciones de existencia descritas son generadoras de enfermedad.

Si nos preguntamos qué sucede con lo humano frente a prácticas de aniquilación física y moral, es decir, frente a procesos de desobjetivación, la respuesta nos conduce seguramente hacia el concepto de deshumanización. Giorgio Agamben señala que se puede sobrevivir sin humanidad, *nuda vida* que ofrece únicamente el camino de la supervivencia a cualquier costo subjetivo, lejos de la condición de sujeto y de la posibilidad de atravesar procesos de subjetivación que permitan pensar en prácticas de reinserción social.⁹ Nos encontramos en este caso con la *nuda vida* de los internos, expuestos quizá para el resto de sus días a prácticas “terapéuticas” y de encierro que por considerarlos *no-sujetos*, no les ofrecerán otro camino que la supervivencia o la muerte.

La Unidad Penal 20 del Hospital Borda cuenta con una población importante de personas con problemas de drogadependencia, a quienes se deriva allí desde las unidades penitenciarias para recibir tratamiento adecuado. Los empleados admitieron que estas personas no pueden recibir ni el tratamiento ni la rehabilitación correspondiente ya que la Unidad no cuenta con recursos económicos ni con personal capacitado en la materia. Como resultado, las personas drogadependientes quedan internadas durante largos períodos sin ninguna mejoría. En algunos casos, profesionales de la salud solicitaron trasladar a pacientes a instituciones especializadas para su rehabilitación, pero los pedidos no recibieron respuesta de los jueces intervinientes.

⁹ Agamben, Giorgio, *Lo que queda de Auschwitz*, Madrid, Pretextos, 1999.

Los profesionales del servicio penitenciario no se acercan a los detenidos, les hablan manteniendo distancia. Cuando nos acercábamos para poder hablar con ellos nos advertían sobre el riesgo que implicaba lo que estábamos haciendo. Sin embargo ninguna de las personas que nos acompañó durante las visitas resultó agredida por los internos. El escenario descrito nos imponía la necesidad de plantear de manera urgente las denuncias correspondientes. Sin embargo existe un temor generalizado a las represalias que puedan tomarse contra los internos cuando las puertas se cierran nuevamente, luego de las visitas.

3. Algunas reflexiones

Las Naciones Unidas se han ocupado específicamente de las obligaciones éticas de médicos y demás profesionales de la salud aplicables a la función del personal en la protección de las personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.¹⁰ En estos Principios de Ética médica queda bien claro que los profesionales de la salud tienen el deber moral de proteger la salud física y mental de los detenidos, se les prohíbe el uso de sus conocimientos y técnicas de medicina de cualquier manera que sea contraria a las declaraciones internacionales de los derechos individuales.¹¹

Según Amnistía Internacional en *Médicos, el personal de la salud ante la tortura*:

... lo que las pruebas existentes indican es que algunos médicos facilitan la violación de los derechos humanos mediante su participación directa; otros, aunque no actúan de forma directa y activa, conocen las violaciones y, no obstante, voluntariamente dan su consentimiento para que se perpetre; y, por último, existe otro grupo que puede ser calificado de observador involuntario de los abusos y no dispuesto a participar en ellos, pero desconocedor de qué acción llevar a cabo.¹²

¹⁰ Los Principios de Ética médica fueron adoptados por la Asamblea General en 1982.

¹¹ Naciones Unidas, "Protocolo de Estambul", 2001. A su vez, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los Pactos Internacionales de Derechos Humanos y la Declaración sobre la protección de todas las personas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

¹² Amnistía Internacional, *Médicos, el personal de la salud ante la tortura*, EDAI, 1990.

La situación violatoria de los derechos humanos que hemos descrito puede sostenerse no sólo con la complicidad del personal, sino también de los profesionales “de la salud” que allí trabajan, quienes por acción u omisión naturalizan el encierro en condiciones extremas de crueldad, como si éstas no fueran una forma evidente de atentado contra la dignidad humana. Cualquier argumento que invoque el desconocimiento de declaraciones y tratados no exime de la responsabilidad profesional. ¿Qué clase de diagnóstico puede hacerse en una celda de aislamiento como las descritas? ¿Cómo puede concebirse una entrevista diagnóstica a una persona que se encuentra desnuda, encerrada en una celda de 2 metros por 2, sin estímulos visuales, inactiva la mayor parte del día? ¿Qué tipo de tratamiento puede proveerse y sostenerse cuando se tolera la aplicación de golpes a las personas detenidas, violaciones que los profesionales no denuncian? Es necesario recordar aquí que entre los principios de ética médica que detalla la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1982, el principio 1 señala que el personal de salud, especialmente los médicos, encargados de la atención médica de personas presas o detenidas, tiene el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas, y de tratar sus enfermedades y padecimientos del mismo modo y con la misma calidad en la prestación que brindan a las personas que no están presas o detenidas.¹³

De acuerdo con lo que relataron las personas entrevistadas no existe ningún proceso judicial que se esté llevando adelante por malos tratos a personas detenidas en esta institución. Luego de tantas supuestas precauciones diagnósticas que defendían el uso de las celdas de aislamiento nos encontramos con que una persona acusada de violación estaba encerrada en una celda común y sometida a todo tipo de abusos y vejaciones por parte de sus compañeros de celda, siendo esta situación conocida por el personal penitenciario.

Las normativas incluidas en declaraciones y tratados constituyen objetivos deseables y necesarios que deben guiar la práctica profesional y considerarse prioritariamente porque constituyen el fundamento del actuar ético como profesionales.

Las condiciones de vida en estas unidades penitenciarias no tendrían nada que envidiarle a un centro clandestino de detención. Tal vez la única diferencia es que tienen un nombre registrado en algún lugar de alguna oficina del Estado, un lugar que no suele interesarle a casi nadie.

¹³ Amnistía Internacional, *Códigos de ética y declaraciones aplicables a la profesión médica*, EDAI, 1985.

Fernando Ulloa plantea que el paradigma de lo que él denomina “encerrona trágica” es la mesa de torturas.

En la tortura se organiza hasta el extremo salvaje una situación de dos lugares sin tercero de apelación. Por un lado, la fortificación del represor; por el otro, el debilitamiento del reprimido. Pero no es necesario llegar hasta ese límite, ya que con harta frecuencia la organización político-administrativa perfecciona los dos lugares de marginadores y marginados, con el consiguiente cortejo de encerronas.

Debe entenderse por encerrona trágica toda situación donde alguien para vivir, trabajar, recuperar la salud, incluso pretender tener una muerte asistida, depende de alguien que lo maltrata o destrata, sin tomar en cuenta su situación de invalidez.¹⁴

No existe tercero de apelación entre encarcelado y carcelero; el carcelero dispone de la vida del encarcelado y nadie reclamará si éste muere. Tal vez sí, su familia, pero difícilmente ésta sea escuchada por el resto de la sociedad y las instituciones que la conforman.

Aquí no puede soslayarse la manifiesta responsabilidad de las instituciones que por acción u omisión favorecen situaciones denigrantes como las aquí descriptas. Es imprescindible que las autoridades gubernamentales y la sociedad en su conjunto presten oídos a las graves y sistemáticas violaciones a los derechos humanos que se producen en las unidades psiquiátricas penales, donde se requiere de urgentes medidas para modificar una situación que no puede continuar por más tiempo. Con esto pretendemos contribuir a generar un diálogo que plantee las condiciones necesarias para la construcción e instrumentación de políticas públicas y prácticas respetuosas de los derechos de las personas detenidas en las unidades psiquiátricas penales, que les proporcionen condiciones para su bienestar físico y mental, y conduzcan a alentar su desinstitucionalización, su rehabilitación y su reinserción social.

¹⁴ Ulloa, Fernando, *La novela clínica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, 1999.