

DISPOSITIVOS DE CUIDADO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD EN EL CONTEXTO JURÍDICO-PENAL ARGENTINO

CARE DEVICES AND SECURITY MEASURES IN ARGENTINEAN CRIMINAL-LEGAL CONTEXT

ANDREA-NATALIA LOMBRANA

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES Y CONSEJO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS (CONICET).
ARGENTINA

RESUMEN

El artículo propone reconstruir, desde una perspectiva antropológica, los modos concretos que adquiere la ejecución de medidas de seguridad curativas en términos de "dispositivos de cuidado" en contextos penitenciarios específicos. Se sostiene que estos dispositivos conforman conjuntos heterogéneos de discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosófico-morales y prácticas de salud. Al mismo tiempo, al centrarse en el "cuidado", cuestiona los supuestos subyacentes de tipo epistemológico, político y moral en las formas de entender y valorar las prácticas que promueven el bienestar, la salud y la ciudadanía, al rescatar la presencia propiamente humana en estos modelos asistenciales. Se presta especial atención a las prácticas operadas por los equipos de profesionales tratantes de conformación interdisciplinaria (psicólogos/as, psiquiatras, trabajadores/as sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros/as, entre otros); como así también, a los significados construidos por éstos en relación al tipo de internos/pacientes/usuarios que deben tratar, las formas que adquiere su intervención y las limitaciones y potencialidades del espacio terapéutico. Las reflexiones aquí vertidas son producto del trabajo de campo (2010-2012) en el Servicio Psiquiátrico para varones del Servicio Penitenciario Federal argentino. La indagación ha incluido el relevamiento y análisis de los Legajos Personales Únicos de los allí alojados donde son archivados, entre otros documentos, todos los informes producidos por los equipos tratantes sobre cada uno de ellos y diversos pasajes de los expedientes judiciales de cada caso. También se han realizado entrevistas a profesionales que desarrollan o han desarrollado funciones en este servicio y observación participante.

PALABRAS CLAVES

Derecho Penal; Medidas de Seguridad; Peligrosidad; Instituciones Penitenciarias; Dispositivos de Cuidado.

ABSTRACT

This article aims to reconstruct, from an anthropological perspective, the specific ways that the executions of healing security measures acquire within penal institutions, mostly in terms of "care devices." At the same time, to focus on the "care" questions the assumptions underlying epistemological, political and moral ways of understanding and assessing practices that promote wellness, health and citizenship, to rescue the inherently human presence in these models of care. The practices operated by teams of interdisciplinary professionals (psychologists, psychiatrists, social workers, occupational therapists, and nurses, among others) deserves special attention; as well as the meanings constructed by these in relation with the type of inmates / patients / users they must deal with, the forms of their intervention and the limitations and potential of the therapeutic space. These considerations result from my fieldwork (2010-2012) in the male psychiatric ward of the Argentinean Federal Penitentiary Service. This research included the survey and analysis of Detainees Personal Files, where among other documents, all the reports produced by treatment teams, and the court records of each case are archived. I also used interviews with professionals working (or having worked) in these services, and participant observation in the specific institution.

KEYWORDS

Criminal Law; Security Measures; Dangerousness; Penal Institutions; Care Devices.

Recibido: 2013.04.17. Revisado: 2013.09.05. Aceptado: 2013.09.19. Publicado: 2014.01.02.

Correspondencia: Andrea Natalia Lombrana. Puán 480, piso 4, oficina 465 y 465bis, CP 1406, Ciudad de Buenos Aires, Argentina. TFno. 5411-4432-0606. E-mail: andrealombrana@conicet.gov.ar

PORTULARIA VOL. XIV, N° 1, [97-105] ISSN 1578-0236

DOI: <http://dx.doi.org/10.5218/prts.2014.0009>

Código RECYT/RECYT Code: 21293

INTRODUCCIÓN

Los sistemas jurídicos modernos erigen un poder de castigar que para desplegarse requiere de cierta racionalidad; y esto, en dos sentidos. En primer lugar, exigen el “estado de razón” del sujeto que ha cometido un crimen; y simultáneamente precisan de un acto criminal inteligible y descifrable (Foucault 1999). Es justamente esta doble condición, lo que hace que el crimen sea plausible de ser traducido en una pena.

En Argentina la legislación nacional establece dos reacciones jurídico-penales diferentes atendiendo esta situación. Cuando la culpabilidad está probada y el nexo de responsabilidad no se encuentra cuestionado la comisión de un delito suele importar como consecuencia la imposición de una pena en sentido pleno; cuando en cambio la racionalidad se prueba perturbada, los mecanismos de castigo se inhiben formalmente y eventualmente se aminoran las consideraciones en relación a la gravedad de la falta. Sin embargo, en este último caso, el derecho penal se atribuye la potestad de gestionar diversas medidas sobre los sujetos eximidos de culpa. Así, instituye el sistema de medidas de seguridad (en paralelo con el sistema de penas) no ya bajo el fundamento de la culpabilidad, sino del reproche social en términos de “peligrosidad”; lo cual significa que el sujeto será considerado a nivel de sus potencialidades y no de sus actos, no al nivel de las infracciones efectivas a la ley como en el caso de las penas, sino de las virtualidades de comportamiento que ellas representan (Navarro, 2010).

El artículo se propone entonces describir las características concretas que adquiere la ejecución de las medidas de seguridad en el marco de instituciones penales; prestando especial atención tanto a las prácticas operadas por los equipos de profesionales tratantes de conformación interdisciplinaria (psicólogos/as, psiquiatras, trabajadores/as sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros/as, entre otros) como a los significados construidos por éstos en relación al tipo de internos/pacientes/usuarios que deben tratar, las formas que adquiere su intervención y las limitaciones y potencialidades del espacio terapéutico. A la vez, que intenta dar cuenta de las vinculaciones y disputas establecidas por ellos con las definiciones normativas o con los otros actores involucrados en el desarrollo de dicha ejecución.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos y observaciones que se desarrollan en el artículo son parte de un proyecto de investigación

más amplio, que tiene como objetivo analizar en profundidad las diversas respuestas del sistema penal para casos en los cuales la intervención de cierto componente emocional intenso, se conceptualiza como eximente o atenuante de responsabilidad. Su preocupación inicial estaba orientada al abordaje de la normativa que reglamenta dichas reacciones jurídicas, los procesos judiciales que las administran y las prácticas penitenciarias que ejecutan las medidas que traen como consecuencia. No formaba parte de sus primeras inquietudes la observación minuciosa de las prácticas médico-profesionales que tienen lugar en el contexto bajo análisis. Sin embargo, el devenir de la investigación, fue estimulado progresivamente la indagación acerca de las estrategias y prácticas terapéuticas vinculadas a este campo de estudio.

En esta búsqueda los aportes de Menéndez (1985) han sido de gran utilidad, fundamentalmente en lo expresado por el autor en relación a la presencia de funciones de control, normatización y legitimación en toda práctica curativa. Y esta perspectiva sólo es posible si se comprende de antemano que tanto la “enfermedad” como la “cura” son procesos que no pueden ser explicados sin referencia al juego de relaciones sociales e ideológicas que las constituyen en lo que son.

El artículo hace foco además en las prácticas de “cuidado” dentro del contexto analizado, lo cual pone en cuestión los supuestos subyacentes epistemológicos, políticos y morales en las formas de entender y valorar las prácticas que promueven el bienestar, la salud y la ciudadanía (Tronto, 2004). Incluye en el análisis otras dimensiones de la persona como el cuerpo y las emociones, prácticas y saberes informales/formales, modos sociales de producción de las dolencias, el bienestar, la supervivencia, la muerte, etc.

Las características de los dispositivos analizados han sido reconstruidas a través del análisis de los tres ejes sugeridos por Pinheiro y Mattos (2007) para el estudio del “cuidado en la salud”: 1. la formulación de políticas públicas de salud (análisis de legislación, reglamentos, resoluciones ministeriales, instructivos y otros documentos producidos por oficinas estatales); 2. los conocimientos técnicos incorporados en las políticas de salud; y 3. la organización del proceso de trabajo (lectura de protocolos e “informes sanitarios únicos” producidos por los equipos tratantes, observación de prácticas y procedimientos de intervención, etc.).

El trabajo de campo desarrollado ha incluido las siguientes técnicas: observación participante en instituciones judiciales y penitenciarias; entrevistas abiertas a profesionales con conocimientos específicos sobre los temas bajo análisis, operadores judiciales, miembros de los equipos interdisciplinarios de tratamiento que desempeñan o han desempeñado funciones en unidades psiquiátrico-penales, agentes y autoridades penitenciarias; abordaje etnográfico de documentos judiciales, médicos y penitenciarios.

El artículo integra la multiplicidad de fuentes recabadas a partir una lectura interpretativa de los datos obtenidos, orientada por la perspectiva antropológica. Ofrece así, una etnografía concentrada en “localizaciones cambiantes” (Ferguson y Gupta, 1997) y adquiere un enfoque multisituado que permite el acceso a un conocimiento capaz de dar cuenta de los desplazamientos dentro del discurso y el espacio social (Clifford, 1999).

RESULTADOS

Las medidas de seguridad se encuentran clasificadas en la legislación, según la finalidad a la que responden (Seitún, 2005). Las curativas son aquellas previstas para personas que en estado de inimputabilidad¹ cometen una acción penada por la ley y son consideradas “peligrosas” para sí o para terceros; pero también para aquellos que aún condenados por un delito, dependen física o psíquicamente del consumo de estupefacientes, a fin de desintoxicarlas y rehabilitarlas.

Ahora bien, la ejecución provisional o definitiva de una medida de seguridad debe ser vigilada exclusivamente por el tribunal de ejecución. Dado que la justicia penal sólo tiene injerencia en instituciones penales, las medidas curativas en particular suelen cumplirse en unidades psiquiátrico-penitenciarias; donde los declarados inimputables conviven con otros internos que aún teniendo condenas, demuestran algún tipo de alteración psíquico-emocional que requiere de una atención profesional más específica que la ofrecida en las unidades comunes (drogodependencia, intentos de suicidio, problemas de conducta graves, serias dificultades de convivencia).

El Servicio Psiquiátrico para Varones del Servicio Penitenciario Federal (SPF) fue creado en el año 1880. Este pabellón estuvo a cargo del hospital neuro-psiquiátrico José T. Borda hasta 1968, cuando se transfirió en forma gratuita el edificio, las instalaciones y los bienes muebles a la órbita del Servicio

Penitenciario Federal. Dicho convenio fue ampliado en 1979, incorporando la transferencia del pabellón Servicio Trece; a partir de entonces se resolvió denominar a esta unidad así conformada, como Servicio Psiquiátrico Central De Varones Unidad N°20, siendo la única unidad federal de este tipo.

Luego de un informe exhaustivo y de gran divulgación pública confeccionado en el año 2007 por el Centro de Estudios Legales y Sociales y el Mental Disability Rights International acerca de la situación de las personas detenidas en las instituciones psiquiátricas argentinas, que incluyó el relevamiento y la documentación de una notable cantidad y variedad de violaciones a los derechos humanos así como de prácticas médicas abusivas y cruentas (CELS y MDRI, 2008), la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario decidió emprender una importante reforma en la Unidad N°20 a través de la implementación del Programa Nacional de Atención al Interno con Enfermedad Mental Grave. Entre las medidas más destacables, pueden nombrarse las modificaciones edilicias; la incorporación del cuerpo de profesionales civiles; la confección de un programa de formación, perfeccionamiento y actualización de los profesionales médicos, no médicos y penitenciarios; y finalmente, la implementación de un Servicio de Observación y Evaluación Psiquiátrica a fin de organizar la admisión a la unidad; y la incorporación de un Coordinador Médico Civil encargado de la articulación de los equipos de salud y del seguimiento de los casos (con un rango de autoridad similar, en términos formales, al del Director Penitenciario).

Una nueva reforma tuvo lugar en 2011, que en este caso incluyó el cierre del edificio original y la apertura del Servicio Neuropsiquiátrico del Centro Penitenciario de Ezeiza. Allí fueron trasladados gran parte de los internos con medidas de seguridad curativas alojados en el edificio original; aunque algunos pocos fueron reubicados en instituciones civiles en los casos donde su situación procesal lo hizo posible. A su vez, se creó el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino PRISMA (bajo la órbita del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación y su par de Salud). Este programa se instituía con el objetivo de “tratar la problemática de aquellas mujeres y hombres alojados tanto en las instalaciones de los establecimientos penitenciarios especializados en materia psiquiátrica del SPF como en otras Unidades del Servicio que cumplan con los criterios de admisión establecidos para el programa”, según se explicita en su cuadernillo de pre-

sentación. Como fundamentación de su creación y marco general del programa se aludía a la - por aquel momento - recientemente aprobada Ley 26.657 de Salud Mental² (la cual restringe la atención de salud mental con métodos que fomenten el estigma y el aislamiento); y disponía la creación de diversos dispositivos (Evaluación, Tratamiento, Egreso) con actividades y finalidades específicas para llevar adelante sus tareas.

A pesar de todas estas modificaciones, la estructura del Servicio Social (que como en todas las cárceles federales de Argentina depende del servicio penitenciario) quedó intacta. Por lo general, el Servicio Social en cualquier unidad penal³ tiene como uno de sus objetivos principales aportar el dato empírico sobre el interno a partir de la confección de informes para cada caso. Estos informes suelen tener una fuerte incidencia en la conformación del “concepto”, el cual mide la evolución personal y el grado de reinserción social alcanzado, datos que definen finalmente (junto con otros aportados por médicos y personal de seguridad) los beneficios que podrá usufructuar cada interno en relación a salidas transitorias, semi-libertad, libertad condicional, libertad asistida o conmutación de pena e indulto (Lombrana y Ojeda, 2013). Sin embargo, la legislación nacional excluye al sistema de medidas de seguridad del régimen de progresividad de tratamiento penitenciario y de cualquier programa de pre-libertad⁴; y por ende todos los internos alojados en los servicios psiquiátricos en esta condición, carecen de los beneficios del mismo. Así, la función del Servicio Social en este contexto particular ha quedado más bien limitada a tareas orientadas a la revinculación familiar de los internos o a la tramitación de pensiones u otros beneficios previsionales cuando corresponden.

DISPOSITIVOS DE EVALUACIÓN. SOBRE LAS DISPUTAS EN TORNO A LA CONSTRUCCIÓN DEL PERFIL DEL INTERNO-PACIENTE DEL SERVICIO PSIQUIÁTRICO DEL SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL

El Dispositivo de Evaluación es un equipo sanitario autónomo; que según su enunciación formal, está destinado a determinar la admisibilidad al programa y a gestionar la derivación a alguno de sus dispositivos efectores. La población objetivo está constituida tanto por los internos ya alojados en el SPF con problemáticas de salud mental que requieran una evaluación acorde, como por los nuevos ingresantes con características similares. Las solicitudes de evaluación en cada caso, sólo pueden ser derivadas de autoridades penitenciarias o judiciales,

las cuales deben ser cursadas formalmente al dispositivo. Una vez realizada la entrevista de admisión el equipo emite un “informe sanitario único”, y procede a gestionar la derivación correspondiente. Los criterios se encuentran bien explicitados en el documento de presentación del programa.

Evaluación está integrado por un conjunto de profesionales de conformación interdisciplinaria (en su mayoría psicólogos/as, psiquiatras, trabajadores/as sociales y abogados/as dependientes del Ministerio de Salud) que si bien tienen su espacio físico-administrativo ubicado en la Casa Prisma⁵ tiene características móviles; es decir, que el equipo se traslada según los requerimientos de cada caso tanto a las unidades penitenciarias correspondientes, como a las comisarias o a la alcaldía judicial. Esta característica significó un cambio importante respecto a los procedimientos anteriores, donde las personas a ser evaluadas eran quienes debían ser llevadas hasta el SOEP emplazado en la Unidad 20, a los fines de ser consideradas sus admisiones al servicio psiquiátrico.

En un primer momento el dispositivo debía comenzar por realizar las reevaluaciones de los internos-pacientes⁶ alojados en la ex-Unidad 20 según estos criterios, a partir del comienzo de la ejecución del Programa; tarea que según los dichos de sus propios integrantes no fue realizada acabadamente, ya que el único criterio aplicado realmente al momento de realizar la mudanza al predio de Ezeiza fue el jurídico. Es decir, no fueron trasladados al nuevo edificio, todos aquellos que su situación procesal permitió derivar a unidades comunes o a instituciones de tratamiento del ámbito civil. Los criterios de los profesionales de la salud, comenzaron a aplicarse recién para con los nuevos ingresos.

El análisis de los informes producidos por el dispositivo sobre cada caso concreto, muestra que todas aquellas patologías intratables psiquiátricamente e irreductibles, es decir sin posibilidad de rectificación cierta, aún revistiendo signos de riesgos graves e inminentes para sí y/o para terceros, no son retenidos en el programa; y eventualmente se sugiere su traslado a otros dispositivos penitenciarios. Por otro lado, los informes que aluden a aquellos pacientes con trastornos de la personalidad que se encuentran compensados (en algunos caso ni siquiera se encuentran recibiendo tratamiento psicofarmacológico), generalmente recomiendan su derivación a instituciones civiles (a veces de régimen cerrado, con control de ingresos y egresos, o inclusive tratamientos ambulatorios). En estos últimos casos, los informes aluden como marco de referencia a la nue-

va Ley de Salud Mental; que en su Artículo 14° dice: “La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en un entorno familiar, comunitario o social”.

Sin embargo, la misma Ley establece que si bien el equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente, quedan exceptuados los declarados “inimputables”. Por lo tanto en estos casos, la injerencia de los informes y evaluaciones del PRISMA suelen ser limitados; y la consideración sobre sus internaciones dentro del programa quedan prácticamente a exclusiva consideración de los magistrados intervinientes en cada caso. Es una práctica usual que los jueces sostengan la internación en el ámbito penitenciario, aduciendo la inexistencia de otras instituciones que pudieran brindar el marco de seguridad necesario para la contención de estas personas y en otras sustentando sus decisiones exclusivamente sobre las observaciones del Cuerpo Médico Forense (el cual se entrevista con el paciente por única vez para emitir su impresión).

La cuestión se complejiza aún más, si le sumamos el hecho de que no existe en la actualidad ninguna institución especializada dentro del circuito penal, dedicada a coordinar medidas específicamente destinadas a promover la externación o derivación de personas con padecimientos mentales alojadas en instituciones penitenciarias. Desde la inserción del PRISMA en el circuito penal, y debido fundamentalmente a las insistentes y constantes intervenciones de algunos de los/as profesionales que lo integran, se ha podido avanzar en la sensibilización de jueces y operadores de justicia en estas temáticas; y se han conseguido inclusive algunas resoluciones judiciales que tienen en cuenta las apreciaciones del nuevo dispositivo y el marco ofrecido por la nueva Ley de Salud Mental.

DISPOSITIVOS DE TRATAMIENTO. ENTRE INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS Y PRÁCTICAS PENITENCIARIAS

El servicio para varones se encuentra en la actualidad ubicado en el Ala Norte del Hospital Penitenciario Central y tiene capacidad para alojar a sesenta personas. Las instalaciones son nuevas, edificadas específicamente para este fin. Las celdas son en su mayoría individuales (cuarenta y cinco plazas),

cuentan cada una con su baño y se asemejan a una habitación con altas medidas de seguridad (doce de ellas cuentan con cámara de monitoreo y observación permanente); el resto de los alojamientos son compartidos.

Con la mudanza a Ezeiza, una de las pérdidas más importantes fue la autonomía respecto de las diversas áreas que hacían al funcionamiento del establecimiento: Judiciales, Administrativa, Salud, Visita, y otras. Actualmente el PRISMA depende operativamente del Complejo Penitenciario del que forma parte. Los familiares, por ejemplo, deben pasar por la requisa del Complejo, modificándose el trato hacia los mismos; razón por la cual, muchos dejaron de concurrir con asiduidad. Los grandes espacios de recreo y al aire libre con los que se contaban en el predio anterior, se perdieron también en el nuevo escenario. Si bien en la actualidad se cuenta con un espacio común interno en cada pabellón y un patio externo compartido, sus dimensiones son bien reducidas y se encuentran prácticamente desprovistos de mobiliario adecuado.

El dispositivo de tratamiento se encuentra integrado por un equipo bastante extenso de profesionales (médicos/as psiquiatras, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, acompañantes terapéuticos, enfermeros/as, otros recursos humanos no tradicionales y talleres varios); algunos dependientes del Ministerio de Justicia que ya venían desarrollando funciones dentro del penal y fueron incorporados al PRISMA a partir de su implementación, y otros nuevos ingresados dependientes en su gran mayoría del Ministerio de Salud. Formalmente se encuentra dividido en tres sub-dispositivos; los dos primeros se ejecutan en la órbita del SPF (Dispositivo para Atención de Episodios Agudos, Dispositivo para Atención de Trastornos Mentales Severos) y el tercero fuera del ámbito carcelario (Dispositivo Residencial para personas declaradas inimputables). Sin embargo, éste último nunca fue puesto en funcionamiento, por lo cual los detenidos en el marco de una medida de seguridad conviven en la actualidad con los internos que se encuentran cumpliendo una pena de prisión, dentro de la institución penitenciaria.

Otra cuestión a resaltar, es que como se ha dicho más arriba, continúan prestando servicio asistencial dentro de la unidad algunos profesionales pertenecientes al cuerpo del SPF; lo cual plantea varios interrogantes acerca de cómo enlazar o coordinar esta superposición de áreas y tareas psicoterapéuticas entre los profesionales de los diferentes equipos. Sin embargo, los desacuerdos más importantes que he

podido observar tuvieron lugar entre los profesionales mismos del dispositivo PRISMA. Provisoriamente podría decir que suscitados, en su mayoría, por cierta adscripción diferencial de los profesionales, a dos especies de lógicas enfrentadas que fundamentan dos modelos de intervención, al tiempo que orientan y dan sentido a las estrategias terapéuticas dentro del dispositivo.

Por un lado, la presencia de un marco teórico-ideológico compartido por un grupo de profesionales (mayoritariamente compuesto por los “herederos” de la gestión anterior en la Unidad 20), que sostiene una perspectiva de la salud mental en el marco penitenciario, orientado a la restitución de subjetividad y a la rehabilitación de los “pacientes”. Sus esfuerzos son colocados entonces en construir un diagnóstico realizando un orden mínimo a través de una historia clínica, administrando medicación con un criterio psicofarmacológico clínico y abriendo canales de expresión a través de la gimnasia, la música y la escritura.

Me interesa hacer notar en este punto, la referencia a la población objetivo del dispositivo en términos de “paciente”; esta terminología tiene una connotación que remite a una lógica determinada de la psiquiatría y una forma de abordaje en la cual lo que prevalece es la clínica. Implícitamente además subyace detrás de estas prácticas nociones ligadas al autocuidado; el cual propone que aquellos que conviven con una dolencia crónica adopten determinado modo de vida que propicie el cuidado de sí, siendo una de las consecuencias más importantes de esta delegación la responsabilización de los sujetos por el curso que tome la enfermedad (Epele, 1997). Esto es muy claro en la lectura de los informes producidos por estos equipos sobre casi todos los pacientes, donde aparecen preocupaciones constantes sobre la alimentación, la actividad física, y las rutinas diarias de los mismos.

Por otro lado, si bien en su momento la inserción del equipo civil de tratamiento en la unidad (en 2007 aún en el viejo edificio) significó un paso adelante respecto a la situación anterior de los allí alojados y todo un cambio cultural a nivel institucional, los esfuerzos estuvieron enfocados en transformar el penal en un hospital psiquiátrico con una modalidad de trabajo similar al de la residencia⁷. Nótese que esto fue conseguido con bastante éxito. Además, la perspectiva sostenida por este equipo dejaba relativamente intacto el dispositivo jurídico-burocrático que avalaba y sostenía este tipo de prácticas. Según los dichos de estos profesionales, el rol del equipo

tratante en el proceso judicial deber ser neutral; y debe estar restringido a verter opiniones objetivas sobre el cuadro clínico del paciente en los informes inter-disciplinarios producidos regularmente, que serán enviados a los juzgados según sean solicitados por los magistrados intervinientes.

Desde otra perspectiva de la salud mental, se incorporaron al penal con la puesta en funcionamiento del nuevo programa, nuevos profesionales provenientes del Ministerio de Salud quienes entendían que su objetivo del penal era lograr “la restitución de derechos vulnerados”. Estos profesionales conciben al padecimiento mental como un fenómeno multideterminado que requiere resoluciones convergentes en los niveles psicológicos, biológicos, institucionales, familiares, sociales y jurídicos; y por lo tanto consideran que para su tratamiento no es suficiente el abordaje interdisciplinario sino que se requiere de un trabajo profundamente multidisciplinario.

Dispusieron entonces toda una re-ingeniería del dispositivo, estableciendo según el área de la intervención, tres campos o equipos de trabajo en red: equipo de crisis, equipo de tratamiento socio-comunitario, espacio cultural; cada uno de ellos con un coordinador elegido por el propio equipo y de carácter rotativo. Esta iniciativa rompía con la lógica anterior, organizada exclusivamente alrededor de las especialidades disciplinares (equipo de psiquiatras, equipo de psicólogos, equipo de trabajadores sociales). El nuevo equipo de crisis estaba orientado a la atención de situaciones de urgencia y de usuarios con cuadros abruptos de descompensación, e implementó por primera vez en el penal el consentimiento informado y el pase de cierre de guardia interdisciplinario; el equipo de tratamiento, fue pensado para el abordaje psico-terapéutico-social de los usuarios con la consigna de desarrollar una clínica pro-activa (es decir, no esperar exclusivamente la demanda del usuario para intervenir), intensificar el trabajo en grupos terapéuticos, desarrollar actividades colectivas, etc.; y finalmente el equipo socio-cultural comenzó realizando el trabajo de unificar la variedad de actividades que ya estaban establecidas para evitar superposiciones de horarios y propuestas, como así también la recopilación de trayectorias laborales y educativas de los usuarios para diseñar capacitaciones y actividades aprovechando sus saberes previos e inquietudes preexistentes (inclusive, según han referido algunos profesionales, los propios usuarios ocuparon el lugar de capacitadores de sus pares en ciertos casos), a la vez que propusieron una variedad

de actividades recreativas con fines de integración de la comunidad terapéutica toda.

También se propuso la apertura de las historias clínicas a todos aquellos que desempeñaban alguna función en el servicio que involucrara algún contacto con los usuarios (profesionales tratantes, celadores, maestros, educadores y talleristas); de esta forma se buscaba enriquecer la información allí vertida. En oportunidad de una exposición pública, una ex-coordinadora del programa dijo al respecto: "...las historias clínicas nadie las tenía más que el profesional actuante (...) una cosa que implementamos es la desacralización de las historias clínicas, que se metan todos".

Además, las estrategias de intervención ya no debían limitarse al espacio del consultorio como ocurría hasta el momento, sino que se abría el espacio del pabellón, las celdas y todos los lugares de uso común al despliegue terapéutico. Lo mismo debía ocurrir con el tiempo, que ya no estaría limitado a los momentos de las entrevistas sino que debía tratarse de un acompañamiento cotidiano y constante. Finalmente, debían incorporarse al tratamiento, todo un abanico de actores nuevos: agentes penitenciarios, familiares y grupo de pares. Casi en coalición con la lógica del autocuidado, la mirada proponía el cuidado comunitario como base terapéutica.

Desde esta perspectiva el "paciente" se transforma en "usuario"; ya que aún en la situación de encierro se reconocen sus potencialidades por sobre sus carencias, su compromiso activo con el tratamiento por sobre la imagen de un mero receptor de decisiones de "otros". Los profesionales que comparten esta perspectiva no ponen su energía en el tratamiento de la patología, sino más bien se esfuerzan en el reconocimiento integral de la persona, y más aún en abordaje comunitario de la problemática, tanto hacia adentro como hacia afuera del penal. Por eso estimulaban las actividades colectivas como los talleres de lecturas de diarios, talleres de cine, asambleas de convivencia semanales (con la participación de usuarios, profesionales de la salud y agentes penitenciarios) y asambleas multifamiliares.

Otro cambio para resaltar es el posicionamiento de los profesionales frente al seguimiento de los procesos judiciales de cada caso. Como parte del abordaje integral, algunos miembros del dispositivo de tratamiento establecieron estrategias de acompañamiento a los usuarios tanto a las audiencias judiciales como a las entrevistas con el Cuerpo Médico Forense. La finalidad de estas prácticas no sólo era la de contención ante situaciones de extrema presión y stress, sino que también se buscaba intervenir en los procesos apor-

tando información relevante y cualitativa tanto a jueces como a peritos, buscando obtener decisiones más ventajosas (o menos desventajosas) para los usuarios.

En los últimos meses, y por cuestiones que los integrantes del PRISMA refieren como "desacuerdos políticos interministeriales", los profesionales del Ministerio de Salud que en su mayoría adscriben y defienden esta última perspectiva de la salud mental, fueron retirados del dispositivo de tratamiento y derivados al de ingreso o al de egreso⁸; dejando a cargo de la fase de tratamiento, exclusivamente a los profesionales del Ministerio de Justicia que acarreaban el marco y la modalidad de trabajo anterior. De hecho, muchas de las prácticas e intervenciones relatadas en este apartado han sido dadas marcha atrás y se ha vuelto a un esquema parecido al desarrollado en la ex-Unidad 20; retomando algunas de las prácticas operadas antes de la última reforma, a pesar de resultar contrarias a la nueva normativa vigente en algunos casos.

DISPOSITIVOS DE EGRESO. ACERCA DE LAS RESISTENCIAS JUDICIALES, LOS RECURSOS QUE NO "LLEGAN" Y LOS ESFUERZOS INDIVIDUALES POR LA INCLUSIÓN

El programa establece finalmente el dispositivo de egreso, o de "inclusión" en términos de sus propios integrantes, destinado a aquellas personas que provengan de los dispositivos de tratamiento del PRISMA y que obtengan su libertad por cualquier medio. En el caso específico de las personas declaradas inimputables, a las cuales se les determinara judicialmente el cese de su medida de seguridad, podrían acceder al dispositivo de inclusión o bien hacer el pasaje directo a la comunidad con el apoyo socio-sanitario necesario.

Inclusión se propone como un dispositivo sanitario abierto, es decir ajeno al Sistema Penal, que tiene como objetivo principal garantizar la inclusión social exitosa de la persona que egresa. Según lo describe uno de sus integrantes: "...inclusión la pensamos como que [el usuario] logre tener una buena recepción en algún grupo humano, que tenga la calidad humana para alojar en los términos morales que así se entienda para el usuario...El trabajo es caso por caso, vez por vez..."

Formalmente el programa incluye la construcción o adquisición de una Casa de Medio Camino para el desarrollo de esta etapa de tratamiento. Sin embargo la misma nunca ha sido puesta en funcionamiento; si bien la Casa Prisma cuenta con los espacios necesarios y las condiciones adecuadas, el lugar funciona exclusivamente como sede de día. Allí se desarrollan talleres laborales, capacitaciones en oficios, atención

psico-terapéutica individual, espacios de reflexión grupal para pacientes y otras actividades propias del espacio de trabajo del dispositivo. La ausencia de un espacio de alojamiento no es un problema menor. El trabajo de campo realizado me permite asegurar que son muchos los casos donde, una vez egresadas, las personas quedan en situación de calle; desprovistas generalmente también de la contención socio-afectiva necesaria. Gran parte de los esfuerzos del dispositivo de inclusión entonces, se encuentra en gestionar albergue en hogares o instituciones civiles, tarea que los profesionales realizan articulando con otras instituciones del Estado o con organizaciones no gubernamentales (como CARITAS, por ejemplo); al tiempo que desarrollan grandes esfuerzos por restablecer lazos familiares y redes de contención de los externados, cuando es posible.

Las disputas entre modelos terapéuticos, desarrolladas en el apartado anterior, extienden sus consecuencias al desenvolvimiento de este dispositivo. Un ejemplo que me han referido, es que hasta hace no mucho tiempo, inclusión tenía vedado el ingreso a la unidad para entrevistarse con los usuarios próximos a salir del dispositivo de tratamiento. Esto es vivido por los profesionales de inclusión, como un gran problema porque no les permite ir generando un vínculo de confianza con el usuario, que facilite luego las tareas de asistencia necesarias y el compromiso con el trabajo fuera del penal.

Sin embargo, las mayores dificultades para llevar adelante sus tareas, son las referidas a la falta de “voluntad en actos políticos concretos”, como refiere uno de sus integrantes. A modo sintético basta con decir que todos refieren modalidades de contratación muy precarias, malas condiciones de trabajo, importantes problemas al nivel de la coordinación del dispositivo y del programa en general, desorganización, ausencia de espacios donde elevar inquietudes, desarticulación entre dispositivos, falta de previsión, cambios de situación laborales bruscos y unidireccionales, entre otras dificultades. Casi todos comparten la sensación de que existe la decisión cierta de “dejar caer al dispositivo” quitándole sus recursos, tanto humanos como materiales. En sus palabras: “...lo que se tiende es a desalentar a los profesionales para que se vayan (...) la falta de atención a los usuarios (...) sacan presupuesto todo el tiempo (...) termina siendo un trabajo muy voluntarista, y eso genera un desgaste y en algún momento se corta.”

Esta coyuntura genera en los integrantes del equipo de inclusión planteamientos ético-profesionales muy diversos y una percepción de la situación

colmada de elementos de “sospecha”, dudas y desconfianza (construidas en base a las experiencias concretas vividas durante los itinerarios profesionales en el PRISMA) que definen la forma que adquieren los vínculos, las posiciones, las emociones y las prácticas dentro del PRISMA.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El artículo ha intentado ofrecer una descripción exhaustiva sobre las formas en las cuales se desarrolla el abordaje terapéutico en el marco de medidas de seguridad curativas dentro del Servicio Psiquiátrico para Varones SPF, en sus diversas instancias y dispositivos.

A la luz de los datos recabados en el campo considero posible reflexionar analíticamente sobre las estrategias de tratamiento desarrolladas sobre los internos/pacientes/usuarios en este servicio como “dispositivos de cuidado”; entendiendo que las mismas conforman conjuntos resueltamente heterogéneos de discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosófico-morales y prácticas de salud orientados al abordaje terapéutico-penitenciario de personas con padecimiento mental alojadas en instituciones penales por la justicia penal.

La perspectiva antropológica sostiene que todas las prácticas, aún las que aparentan ser las más irracionales, tienen un sentido para quien las ejecuta y obedecen a lógicas situadas (Segato, 2003). Así, he intentado reconstruir los dispositivos de cuidado bajo análisis desde el punto de vista de los actores sociales involucrados, con la intención de identificar los núcleos de sentidos compartidos y disputados que fundamentan las diversas prácticas operadas en este contexto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, J. (2003). *Reflexiones acerca del Trabajo Social en las cárceles*. Buenos Aires: Espacio.
- Cels y Mdri (2008). *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en asilos psiquiátricos argentinos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Clifford, J. (1999). *Itinerarios transculturales*. Barcelona: Gedisa.
- Epele, M. (1997) *La lógica del (Auto) cuidado y sus consecuencias en la Institucionalización del VIH/SIDA*. En Actas: V Congreso de Antropología Social, La Plata.

- Fasciolo, M. (2010). Centros cerrados: un espacio de inserción laboral del trabajo social. *Plaza Pública*, N°4.
- Foucault, M. (1999). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Ferguson, J. y Gupta, A. (1997). *Culture, power, place: explorations in critical anthropology*. Duke University Press.
- Lombrana, A. y OJEDA, N. (2013). Los Legajos Personales Únicos como campo de indagación antropológico. Una reflexión metodológica en el marco de las ciencias sociales. *Nuevas Tendencias en Antropología*, N° 4, año 2013. En prensa.
- Mamani, v. (2005). La cárcel instrumento del sistema falaz. Un intento humanizante. Buenos Aires: Lumen Hvmanitas.
- Menendez, E. (1985). Aproximación Crítica al desarrollo de la Antropología Médica en América Latina. *Nueva Antropología*, N°VII.
- Navarro, D. (2010). La peligrosidad de los enfermos mentales. <http://psiquiatriaforense.wordpress.com/la-peligrosidad-de-los-enfermos-mentales/> (10 de abril de 2013)
- Pinheiro, R. y Mattos, R. A. (2007). Cuidado como valor: razoes públicas para a integralidade em saúde. *Razoes Públicas para a integralidade em saúde o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/Uerj-Abrasco.
- Segato, R. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*, Buenos Aires, Universidad Nacional de Quilmes: Prometeo.
- Seitún, D. (2005). La Indeterminación Temporal de las Medidas de Seguridad para Inimputables y el Principio de Proporcionalidad. *Ciencias Penales Contemporáneas, Revista de Derecho Penal, Procesal Penal y Criminología*, N° 7/8.
- Senatore, A. (2003). Servicio Social en el proceso de reproducción de las relaciones sociales. El caso del Servicio Penitenciario Bonaerense. ESTS, UNLP.
- Tronto, J. (2005). *Moral Boundaries: A political argument for an ethics of care*. New York: Routledge.
- 3 Sobre el trabajo social en cárceles en Argentina pueden consultarse los trabajos de: Acevedo (2003), Fasciolo (2010), Mamani (2005) y Senatore (2003).
- 4 Dicha exclusión se encuentra establecida en el Artículo 73 del Anexo I del Decreto 369/99 del Régimen de Progresividad de la pena.
- 5 La Casa Prisma se encuentra emplazada a media cuadra del Parque Lezama. Se trata de un hostel de tres pisos alquilado por el Programa Interministerial.
- 6 Se mantiene en este apartado la denominación “interno-paciente” por ser la terminología utilizada mayoritariamente en el dispositivo para referirse a las personas alojadas en el servicio psiquiátrico del SPF; ya que satisface tanto a los profesionales civiles (que los refieren en términos de “pacientes” en esta instancia) como a los agentes penitenciarios (que denominan “interno” indistintamente a todos los alojados dentro del Servicio Penitenciario).
- 7 El foco está puesto en el trabajo intensivo sobre el grupo de profesionales (organización de grandes asambleas para discutir casos, discusiones de diagnósticos y metodologías de trabajo, etc.) y no tanto sobre el “paciente” y su requerimiento.
- 8 Este proceso de “retirada” de las unidades es relatada por el equipo de Salud como un proceso abrupto, inesperado y profundamente traumático tanto para los usuarios como para ellos mismos. Describen el poco tiempo del que dispusieron para realizar los “cierres” terapéuticos correspondientes, el escaso o la ausencia de diálogo con los profesionales que vinieron a reemplazarlos, etc.

NOTAS

- 1 Dicho estado se encuentra considerado en el Artículo 34 inc. 1 del Código Penal de la Nación.
- 2 La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 fue promulgada el 02 de diciembre de 2010; y reglamentada recientemente, el 29 de mayo de 2013, por el Poder Ejecutivo Nacional.