

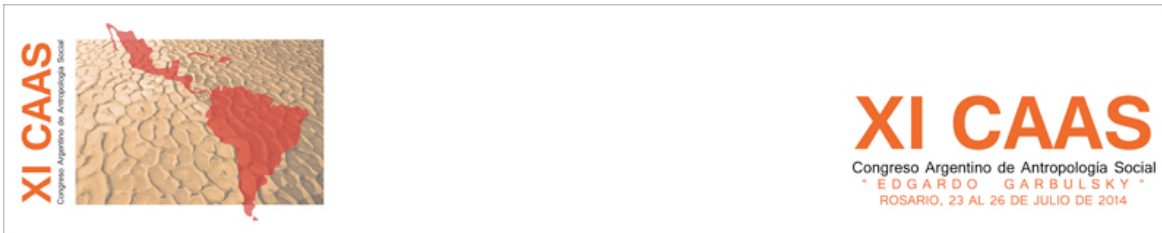
Cuidar en contexto de vulnerabilidad socio-penal: la experiencia Prisma como campo de disputas.

Perez Ferretti, Fernando y Lombrana, Andrea N.

Cita:

Perez Ferretti, Fernando y Lombrana, Andrea N (2014). *Cuidar en contexto de vulnerabilidad socio-penal: la experiencia Prisma como campo de disputas. XI Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-081/777>



XI Congreso Argentino de Antropología Social

Rosario, 23 al 26 de Julio de 2014

GT36 - Redes de cuidados en salud: cuidadorxs e instituciones en contextos complejos

Título del trabajo - Cuidar en contexto de vulnerabilidad socio-penal: la experiencia PRISMA como campo de disputas

Fernando Perez Ferretti (UBA)
Andrea N. Lombraña (UBA-CONICET)

A modo de introducción

Hacia la segunda mitad del siglo XIX el fortalecimiento de la psiquiatría como ciencia secularizada ofreció conocimientos referidos a enfermedades mentales y patologías asociadas, al tiempo que amplió el espectro de quiénes podían padecerlas. Se instaló entonces la discusión en relación a qué hacer con este nuevo grupo de sujetos que comenzaban a hacerse visibles en la escena social, y fundamentalmente en los centros urbanos, a fin de crear intervenciones concretas en el tejido social que permitieran anticipar, prevenir y neutralizar estos comportamientos.

En nuestro país la legislación nacional respondió a estas inquietudes con el establecimiento de dos reacciones jurídico-penales diferentes, que aún se mantiene con algunos matices en los corpus actuales. Por un lado, cuando la culpabilidad está probada y el nexo de responsabilidad no se encuentra cuestionado, la comisión de un delito importa, como consecuencia, la imposición de una pena; 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).

La presente ponencia se propone reconstruir, desde una perspectiva antropológica, los modos concretos que adquiere la ejecución de las medidas de seguridad curativas para inimputables en términos de “dispositivos de cuidado” 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, terapistas ocupacionales, enfermeros/as, entre otros) como a los significados contruidos 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 (entre los profesionales de los equipos tratantes, de éstos con diferentes instancias y fueros del sistema judicial como tribunales criminales, instancias judiciales de apelación superiores, juzgados de ejecución penal o juzgados civiles; o bien con los agentes mismos del Servicio Penitenciario y con las distintas oficinas estatales que deben proveer los recursos necesarios para el desarrollo terapéutico).

Algunas precisiones conceptuales

En su "Historia de la locura" Foucault plantea justamente como postulado central que la historia de la locura es la historia de la división entre la "razón" y la "sin razón", lo "moral" y lo "amoral", lo "productivo" y lo "no productivo"; y explica cómo cada una de estas representaciones sociales definieron y justificaron también el tipo de intervención sobre el "loco" en las distintas etapas históricas (Foucault 2012). La edad media y el Renacimiento se caracterizaron por colocar al loco en los márgenes, concretizado en la práctica del embarque ("la nave de los locos"); ya que si el loco desplegaba su locura, se corría el riesgo de que el orden de las cosas fuera trastocado (locura de orden cosmológico). En la época clásica la práctica social relacionada a la locura fue "el gran encierro"; el loco era confinado, perdiendo así su especificidad: no tenía ya la potencia de trastocar el orden, sino que se mostraba como pura "animalidad", pura "furia"; transformándose en una verdadera "otredad insoportable" (locura de orden ontológico). Foucault encuentra en la edad moderna una particular característica: se le exige al loco que reconozca su locura, su sin razón, que viva su culpa; por esa misma razón la práctica social por excelencia será "la cura": "...lo importante (...) es que sobreviene efectivamente un momento en que la verdad sale a la luz, el momento en que el enfermo reconoce que su creencia (...) era errónea y delirante, cuando reconoce lo ocurrido y confiesa que ha atravesado una serie de fluctuaciones, vacilaciones, tormentos (...) Cuando esa verdad se ha

alcanzado de tal modo (...) en el momento mismo de la confesión, se efectúa, se cumple y se sella el proceso de curación" (Foucault 2008:28).

Sobre la cuestión de la "cura" Mol ha realizado interesantes aportes. Según la autora, dicho término es utilizado para referirse a las intervenciones que tienen lugar durante el curso de una enfermedad, destinadas al restablecimiento de cierto estado de "salud". Y en este sentido, suelen ser distinguidas de las prácticas de "cuidado", más ligadas a las acciones que tienen como objetivo hacer más soportable la vida cotidiana del "enfermo" (higiene, alimentación, vestido, etc.) Sin embargo, la autora sostiene que en la práctica, ambas actividades tienen similares efectos sobre el cuerpo; y agrega además, que en los casos de enfermedades crónicas esta demarcación es aún menos clara: "A so-call cure of such conditions does not lead to recovery but instead makes life more bearable: it is a form of care. Thus, even if the interventions in the lives and bodies of people with chronic diseases are often knowledge-intensive and technology-dependent, there are good reasons for calling them care" (Mol 2008:1). En el mismo sentido, Kleinman identifica en la división jerarquizante del trabajo dentro del campo de la salud entre "médicos" y "cuidadores" la disociación entre una privilegiada racionalidad técnica del conocimiento biomédico y una desacreditada asistencia cotidiana por el otro (Epele 2011).

Por esa razón, hacer foco en las prácticas de "cuidado" en cualquier estudio sobre procesos de salud-enfermedad, 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); al incluir 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. Permitiendo además el rescate de la presencia propiamente humana en los modelos asistenciales (Ayres 2003/4).

En este sentido, resultó muy interesante la lectura de las producciones de Dias Duarte; quien advierte sobre la necesidad de reintegrar un cierto nivel de problemáticas que en la cultura occidental se encuentran segmentadas, aisladas, cubiertas por distintas especializaciones (Dias Duarte 1993). Su propuesta radica en

colocar la atención del análisis en “la persona”, en desarrollar de manera sistemática saberes referidos a la constitución de la identidad personal y la representación individual. Esta perspectiva crítica de categorías resultó un instrumento muy útil para poner en cuestión la compleja organización institucional en torno a los campos terapéuticos bajo análisis.

Ahora bien, siguiendo a Ayres, el “cuidado” es una categoría con la cual se designa simultáneamente una comprensión filosófica/genealógica y una actitud práctica frente a los sentidos que las acciones de salud adquieren en las diversas situaciones en las que se reclama una acción terapéutica; esto es una interacción entre dos o más sujetos buscando el alivio de un sufrimiento o el alcance de un “estar bien” siempre mediado por saberes específicamente orientados hacia esa finalidad. En el primer sentido, el autor señala por un lado el carácter ontológico-existencial aportado por Heidegger; y luego desarrolla los aportes de Foucault en relación a la noción de “cuidado para sí” como expresión de cierto arte de la existencia ligado a la construcción y sostenimiento de la ética occidental (Ayres 2003). En un segundo sentido, Ayres aborda el “cuidado” como un modo de interacción en y por las prácticas de salud en sus moldes contemporáneos, restringiendo ahora las tecnologías ya configuradas como prácticas institucionales de salud. La noción de “cuidado” desde esta perspectiva integral, ha orientado el desarrollo de la ponencia.

5

Medidas de seguridad y “dispositivo de cuidado” en el contexto jurídico penal

El Servicio Psiquiátrico para Varones del SPF fue creado en el año 1880, cuando el Dr. Lucio Meléndez, director por aquel entonces del hospicio José T. Borda, hizo notar la urgente necesidad de crear un departamento especial para “locos criminales”. Su requerimiento fue concretado dos años más tarde por su sucesor, el Dr. Domingo Cabred, quien esgrimía un pensamiento bastante adelantado para su época: “Los alienados llamados delincuentes deben ser asistidos en los asilos comunes y no en secciones especiales de las cárceles...”, según expresara en el Congreso Nacional de Antropología Criminal celebrado en Ginebra en 1896. Su construcción demandó al menos siete años, siendo finalmente inaugurado en 1899,

con el nombre de "Pabellón Lucio Meléndez". Este pabellón estuvo a cargo del hospital neuro-psiquiátrico hasta 1962, cuando debido a una huelga del personal de Salud Pública, la dirección del hospital solicitó la colaboración de la Dirección Nacional de Institutos Penales; la cual resolvió enviar cuatro enfermeros del Instituto de Clasificación, un Oficial del Cuerpo General y dos Subayudantes dependientes de la que fuera la Prisión de la Capital Federal (Unidad N°16), a los fines de dar resolución al conflicto. En 1967, por razones ligadas a la falta de alojamiento adecuado, los convictos padecientes de enfermedades mentales que se encontraban bajo la supervisión del Instituto de Clasificación en la Cárcel de Encausados fueron derivados al pabellón Lucio Meléndez, hasta que a través de un convenio celebrado el día 31 de mayo de 1968, celebrado entre la Secretaría de Estado de Salud Pública y el Instituto Nacional de Salud Mental del por entonces Ministerio de Bienestar Social por un lado y la Secretaría del Estado de Justicia y la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario Federal del Ministerio de Justicia por el otro, ratificado por Decreto N° 1962/69, se transfirió en forma gratuita el edificio, las instalaciones y los bienes muebles de los Pabellones Lucio Meléndez y Chiarugi del hospital Borda a la órbita de la Dirección Nacional. 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 CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) y el MDRI (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, 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 (se retiraron las puertas enrejadas de las celdas, aunque se

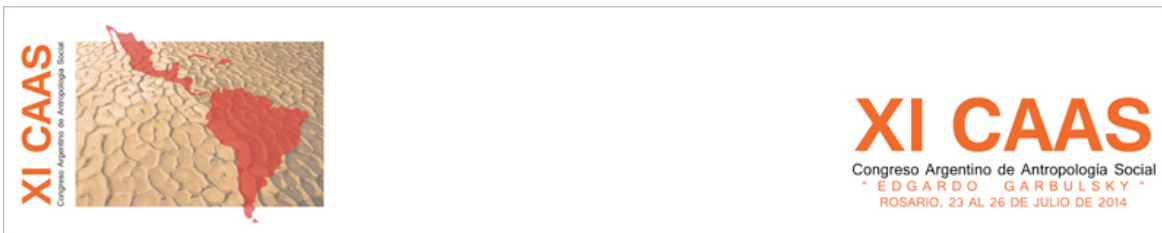
mantuvieron las que ofrecían acceso a los pabellones y se modificaron las celdas de aislamiento en sus dimensiones y servicios sanitarios, entre otros); la incorporación del cuerpo de profesionales civiles (hasta esa fecha el servicio sólo contaba con la presencia de tres psiquiatras del cuerpo penitenciario para la atención de 150 internos); la confección de un programa de formación, perfeccionamiento y actualización de los profesionales médicos, no médicos y penitenciarios a los fines de capacitarlos sobre las problemáticas específicas de salud mental; y finalmente, la implementación de un dispositivo SOEP (Servicio de Observación y Evaluación Psiquiátrica) a fin de organizar la admisión a la unidad, que contaría con la presencia de al menos dos médicos psiquiatras, un neuropsicólogo y un trabajador social en todas las evaluaciones, quienes luego de 72 horas como máximo de observación debían explicitar en todos los casos un diagnóstico, el motivo de admisión o no admisión y el riesgo de auto o heteroagresión del paciente (debían ingresarse en adelante a la unidad sólo los pacientes con Episodios Psicóticos Agudos y Subagudos de cualquier etiología, pacientes con Elevado Riesgo de Suicidio a quienes se intentaría derivar lo más rápidamente posible al lugar de origen luego de su estabilización y los Cuadros de Excitación Psicomotriz de tipo maniaco, maniforme, esquizofrénico o tóxico). Se creaba a su vez, a fin de alojar a todos aquellos que cayeran por fuera de esta clasificación pero que aun así, no estuvieran en condiciones de ser alojados en unidades comunes, el Anexo Unidad N° 20 dentro del complejo N°1 de Ezeiza; el cual admitiría personas con trastornos de personalidad, retrasos mentales, síntomas cerebrales orgánicos de cualquier origen incluidos demencia y epilepsias, trastornos por abuso de sustancias o antecedentes de adicciones, autolesionadas o con diagnóstico de ideación suicida o ideación de muerte. La Unidad N° 20 tampoco aceptarían en adelante ingresos ordenados por la justicia civil ni se mantendrían dentro de la misma a los internos bajo la órbita de dicha competencia. Simultáneamente, la Defensoría General de la Nación creó la Comisión de Seguimiento del Tratamiento Institucional Psiquiátrico “con el objetivo de coordinar las tareas tendientes a verificar las condiciones generales de internación de pacientes psiquiátricos” y a la cual se le otorgaba la competencia en materia de control de

legalidad de las mismas (según Resolución DGN N° 1421/07). Luego de dicha reforma, el servicio cuenta además con un Coordinador Médico Civil (nombrado y supervisado directamente por la Dirección Nacional del SPF) 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 (Resolución Conjunta 1075/2011-MJDH y 1128/2011-MS), a través del cual el por aquel entonces, Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación y su par de Salud replazaron al Programa Nacional de Atención al Interno con Enfermedad Mental Grave.

8

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 presentación. Como fundamentación de su creación y marco general del programa se aludía a la - por aquel momento - recientemente aprobada Ley 26.657 de Salud Mental (la cual desaconseja 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. Inclusive el programa preveía la incorporación de profesionales del ámbito jurídico para el seguimiento judicial de los casos y el asesoramiento específico en estos temas para los profesionales de la salud. Por todo ésto, y según los dichos de sus propios integrantes, la formulación del programa realmente establecía parámetros de vanguardia a nivel mundial y proponía un cambio de “paradigma copernicano en el abordaje integral de las personas con



padecimientos mentales en el contexto jurídico-penal” (fragmento de exposición pública, ex-coordinadora PRISMA dispositivo de tratamiento, noviembre de 2012).

Debido al cambio de emplazamiento y a la nueva composición interministerial, la conformación de los equipos profesionales fue modificada. Algunos de los que desempeñaban funciones en el antiguo edificio no aceptaron el traslado a Ezeiza y renunciaron a sus funciones, a la vez que fueron incorporados varios integrantes provenientes del Ministerio de Salud. Fueron nombradas también nuevas autoridades para cada dispositivo y diversos coordinadores de áreas específicas. El programa sigue vigente hasta la actualidad.

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, o de “admisión” como suelen llamarlo los propios integrantes del programa, 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.

Admisión 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 Prisma”¹ 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 comisarías o a la alcaldía judicial. Si estas locaciones son en el interior del país, se solicita la cooperación de

¹ 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.

profesionales locales a través de los Ministerios de Justicia y/o Salud, según sea posible. 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 muchos casos, además, eran rechazados y debían atravesar por todo un itinerario de salidas, traslados e ingresos penitenciarios que suelen ser bastante traumáticos y que casi siempre, empeoraban las coyunturas personales de los padecientes.

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; sintéticamente puede decirse que deberían ser ingresados: los pacientes con Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios; aquellos con elevado riesgo de suicidio, incluyendo Episodios Depresivos Graves (este riesgo debe ser claramente especificado por el equipo de evaluación, deben describirse con detalle las medidas apropiadas tomadas para impedir este acto, el diagnóstico y el tratamiento realizado en el establecimiento de origen); los pacientes con Cuadros de Excitación Psicomotriz (en todos los casos se deberá explicitar el diagnóstico, el motivo, el riesgo de auto o heteroagresión, y el tratamiento suministrado en la Unidad de origen); aquellos con Esquizofrenia y/o Trastorno de Ideas Delirantes Persistentes; pacientes con Retraso Mental Moderado, Grave y/o Profundo; y finalmente los pacientes con Trastornos Mentales Severos. Por el contrario, se prevé que no deben ser ingresadas: las personas con el sólo diagnóstico de ideación suicida o ideación de muerte, siempre que no presenten planes o tentativas de suicidio (en caso de duda se debe aplicar una batería diagnóstica que evalúe potencial simulación); personas con Trastornos Mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas; personas con Trastornos de la Personalidad y del comportamiento del adulto; personas con Retraso Mental Leve; y todas aquellas personas en situaciones en las cuales los diagnósticos no sean los contemplados en los criterios de admisión antes mencionados.

En un primer momento el dispositivo debía comenzar por realizar las reevaluaciones de los “internos-pacientes”² 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. Una de las dificultades señaladas por los equipos tratantes para la intervención terapéutica en este primer momento fue justamente la diversidad de cuestiones clínicas a abordar y las diferencias con respecto de la imputabilidad de los pacientes, lo cual dificultaba la posibilidad de establecer un marco coherente para llevar adelante un tratamiento: “El fin último es respetar al paciente psiquiátrico y su espacio de tratamiento, ya que como persona que padece se encuentra doblemente vulnerado en su situación de encierro y la convivencia con trastornos graves de la personalidad no hacen más que condicionar su tratamiento y evolución.” (fragmento de entrevista, integrante del equipo de profesionales civiles Unidad 20, octubre 2011).

Ahora bien, los criterios prácticos que se llevan adelante para la admisión/no admisión de los nuevos “pacientes” distan un poco de los establecidos normativamente. En primer lugar, y siguiendo los dichos de los integrantes del programa, si verdaderamente no se admitieran personas con problemáticas ligadas al consumo de drogas o sustancias psicotropas, prácticamente nadie sería ingresado. Dado que la población carcelaria en general en nuestro país, y más aún la que presenta algún tipo de padecimiento mental, proviene por lo general de una situación social de alta vulnerabilidad, el número de personas que admiten haber consumido

² 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).

antes de ingresar al ámbito jurídico-penal es muy alto; y continúa siéndolo aún durante su estadía en el sistema. La cuestión entonces queda limitada a identificar si el padecimiento mental por el cual se solicita su admisión a PRISMA, tiene su origen en la conducta adictiva o no. Por lo cual, la admisión será una cuestión de apreciación bastante subjetiva y de difícil acreditación. Algo similar ocurre con las personas con ideación suicida o ideación de muerte, la valoración acerca de la posibilidad real de que se lleven a cabo, no deja de ser una cuestión de apreciación de cada profesional.

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; tiene capacidad para sesenta (60) personas y al 05 de septiembre de 2012, alojaba sólo a cincuenta y dos (52). Las instalaciones son nuevas, edificadas específicamente para este fin³. Las celdas son en su mayoría son 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 permanente⁴); 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. De hecho,

³ Condiciones muy diferentes a las ofrecidas en el servicio para mujeres, para las cuales se asignó el espacio que ocupaba el Centro de Rehabilitación de Drogas, perteneciente a la ex-Unidad N° 3 de Ezeiza; que había quedado desocupado poco antes de la mudanza del psiquiátrico. Para adaptarlo a las nuevas finalidades se requirieron una serie de modificaciones de infraestructura. Las diecisiete (17) internas incorporadas inicialmente al servicio psiquiátrico debieron acomodarse mientras se realizaron todas las reformas.

⁴ Valen algunas aclaraciones en este punto. Estas salas de observación fueron diseñadas para alojar a quienes presentan riesgos ciertos e inminentes de agresión o autoagresión; a los fines de ejercer sobre ellos un seguimiento constante de su evolución terapéutica. Lo cierto es que las pantallas de monitoreo son controladas exclusivamente por el Servicio Penitenciario y no por los equipos de tratamiento de salud; restando efectividad al procedimiento (esta consideración adquiere especial relevancia si tenemos en cuenta que desde su mudanza al nuevo edificio, se suicidaron cuatro personas mientras se encontraban alojadas en estas celdas de monitoreo). Por otro lado, la utilización de estos espacios como celdas de "aislamiento" o lugares de castigo por parte del Servicio Penitenciario, no ha sido cabalmente desmentida por los profesionales entrevistados.

actualmente el PRISMA depende operativamente del Complejo Penitenciario del que forma parte. De ser un establecimiento especializado y autónomo administrativamente, ubicado en el marco de un hospital neuro-psiquiátrico pasó a ser un servicio dependiente operativamente de una de las cárceles de varones de máxima seguridad; con todas las implicancias de esta situación. 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 (sumado a la distancia que para muchos implica llegar hasta la zona donde está emplazado). Actualmente 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 talleristas varios); dependientes del Ministerio de Justicia y DDHH que ya venían desarrollando funciones dentro del penal e incorporados en el PRISMA a partir de su implementación y otros nuevos ingresados con la puesta dependientes en su gran mayoría del Ministerio de Salud.

Formalmente se encuentra dividido en tres sub-dispositivos; a ejecutarse los dos primeros 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 en la actualidad, los declarados inimputables que se encuentran detenidos en el marco de una medida de seguridad conviven junto con los internos que se encuentran cumpliendo una pena de prisión. Según los dichos de varios de los profesionales entrevistados, el tratamiento penitenciario de las medidas de seguridad en términos de internamiento coactivo, supone siempre una práctica de segregación en detrimento de un fin asistencial; e implica un tipo de reclusión que acentúa el

deterioro y la cronicidad del padecimiento mental en los casos mencionados: “Al ser separadas de la sociedad, las personas pierden los lazos que las unen a su familia, amigos y comunidades de referencia. Las personas quedan sometidas al régimen custodial (...) y pierden las habilidades de vida esenciales que necesitan para sobrevivir en la comunidad, lo que impide su rehabilitación” (CELS y MDRI 2008).

Otra cuestión a resaltar en este sentido, es que continúan prestando servicio asistencial dentro de la unidad profesionales pertenecientes al SPF (se han acreditado durante el trabajo de campo la presencia al menos de trabajadoras sociales y enfermeros en esta condición); 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. Uno de los puntos donde esta dificultad se hace visible, es en la propia conceptualización de las personas a ser tratadas en el servicio; al ser consultado uno de los enfermeros del SPF sobre esta cuestión en el marco de una charla informal, dijo: “...los que están acá son delincuentes, no son pacientes de una clínica privada. Estos tipos [en referencia a los profesionales del PRISMA] no entienden nada” (agosto de 2011).

Sin embargo, los desacuerdos más importantes que hemos podido observar entre los profesionales que desempeñan funciones allí, 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 lógicas⁵ enfrentadas que fundamentan dos modelos de intervención que orientan y dan sentido diversos (y a veces opuestos) a las acciones terapéuticas dentro del dispositivo que a continuación intentaré delinear.

Por un lado, podría describirse 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 comparten una perspectiva de la salud mental en general, como así también un posicionamiento muy claro respecto

⁵ En este punto me refiero a “lógicas” estratégicamente en la dirección sugerida por Epele como forma de “suspender la exigencia de someter las producciones simbólicas (...) a los criterios epistemológicos de factibilidad, y por lo tanto de veracidad, que imponen las operaciones de corroboración, desmentida o simple eliminación de estas prácticas y productos como desechos simbólicos” (Epele 2007:167).

al objetivo del tratamiento en el marco penitenciario que podría resumirse en la restitución de subjetividad y rehabilitación de los “pacientes”. Sus esfuerzos son colocados entonces en construir un diagnóstico realizando un orden mínimo a través de una historia clínica, modernizando la medicación con un criterio psicofarmacológico clínico, abriendo canales de expresión a través de la gimnasia, la música y la escritura: “Así, decenas de actos cotidianos van haciendo del sujeto presuntamente peligroso un paciente al que hay que tratar y cuidar en las mejores condiciones posibles, respetando los derechos humanos y las convenciones internacionales” (fragmento de entrevista, integrante del equipo de profesionales civiles Unidad 20, junio de 2011). 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 centrada sobre la “patología” en la cual lo que prevalece en todos los casos es la clínica.

15

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 (Epele1997). Dice Oyarbide, refiriéndose a los Equipos de Atención Primaria pero igualmente aplicable en este caso: “...El centro de salud adquiere como propia la tarea de *tratar* (...) que toma la doble acepción de querer tratar a la persona como ser biológico-social, y un *tratar* que equivale (...) a ayudar a cuidarse...” (Oyarbide 1992:227) 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, todos los esfuerzos estuvieron enfocados en transformar el penal en un hospital

psiquiátrico, con una modalidad de trabajo similar a la de la residencia⁶, y en conseguir instalar una co-conducción civil de la unidad. Nótese que esto fue conseguido con bastante éxito y sin demasiados conflictos, lo cual no debe sorprender demasiado si pensamos en que ambas instituciones dialogan bastante bien entre sí y contienen elementos comunes (las dos instalan lógicas “re”: persiguen la “re-inserción”, la “re-socialización”, etc.) Esto fue muy evidente, por ejemplo, en la decisión de mantener las prácticas de alojamiento en las celdas de aislamiento como parte del proceso terapéutico o en la instalación de la sala SOEP (Servicio de Observación y Evaluación Penitenciaria) que funcionaba a modo de cámara Gesel para la evaluación y orientación de los recién ingresantes. Finalmente, esta forma de entender el tratamiento médico-penitenciario de la salud mental deja relativamente intacto el dispositivo jurídico-burocrático que avala y sostiene estas 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. Esta perspectiva continúa vigente y es compartida por varios de los profesionales que hoy forman parte del dispositivo de tratamiento; así como también siguen llevándose adelante algunas de las prácticas relatadas a pesar de ser contrarias, en muchos casos, a la nueva normativa vigente.

Desde otra perspectiva de la salud mental se incorporaron al penal los nuevos profesionales provenientes del Ministerio de Salud, con la puesta en funcionamiento del nuevo programa: “...lo que venía a traer PRISMA fue la restitución de derechos...” (fragmento de exposición pública, integrante PRISMA dispositivo de egreso, noviembre de 2012). 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

⁶ 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.

consideran que para su tratamiento no es suficiente el abordaje interdisciplinario sino que se requiere de un trabajo profundamente multidisciplinario.

En primer lugar esto implica un diálogo profundo entre las disciplinas intervinientes en las acciones terapéuticas, y no simplemente la intervención de profesionales que realizan sus entrevistas de manera separada para luego volcar a modo de enumeración, sus conclusiones de forma aislada y desconectada entre sí. Una de las primeras propuestas de estos profesionales al ingresar al penal, fue justamente organizar duplas de co-terapia (psicólogo/psiquiatra, por ejemplo) y la elaboración conjunta de los “informes sanitarios únicos” con la intención de describir integralmente el cuadro de situación.

Otra propuesta en este sentido fue la 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 interdisciplinar; 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 en lo que a restitución de derechos vulnerados se refiere.

También se propuso la apertura de las historias clínicas (HC) 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: "...las HC nadie las tenía más que el profesional actuante (...) una cosa que implementamos es la *desacralización* de las HC, que se metan todos (...) la información que tenía, por ejemplo, el profesor de educación física no la tenía ni el psicólogo, ni el psiquiatra (...) las intervenciones que hacían tenían a veces mucho más impacto que las del profesional (...) el lugar donde llega cada uno es diferente, y si sumamos potenciamos..." (fragmento de exposición pública, ex-coordinadora PRISMA dispositivo de tratamiento, noviembre de 2012).

Transversalmente todo esto implicó la incorporación de otros actores, otros espacios y otros tiempos en las acciones llevadas adelante. La intervención ya no debía 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 terapéutico⁷. 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, una perspectiva como ésta supuso la incorporación de todo un abanico de actores que ahora comenzaban a formar parte de la dinámica de tratamiento; como los agentes penitenciarios, los familiares y el grupo de pares. Casi en coalición con la lógica del "autocuidado" la mirada proponía el "cuidado comunitario" como base terapéutica: "...de eso se trata... del valor de la mirada en el otro, de ir hablando, convenciendo, tejiendo redes...empezar a hacer lazos empezar a hablar de la importancia de defender la condición humana en cada situación" (fragmento de entrevista, integrante PRISMA dispositivo de egreso, noviembre de 2012). Con todo, se trata de reformular el

⁷ Esta tarea implicó intensas gestiones por parte de los profesionales ante las autoridades penitenciarias para lograr que las celdas permanecieran abiertas la mayor parte del día para permitir la intervención de este tipo.

contexto donde son establecidas las relaciones terapéuticas, procurando superar la percepción tradicional de la práctica médica que interviene sobre el individuo abstracto y reconocerlo en las redes de sociabilidad en las cuales se encuentra inserto (Bonet y Gomes Tavares 2007): “As redes, conformando o pano de fundo onde se desenrolam as acoes, estabelecem uma superficie de contato que possibilitam nas negociacoes cotidianas, a interpenetracao de diferentes saberes (...) que se associam aos usos distintivos do corpo e a uma diferente economia das emocoes” (2007:387). Un ejemplo donde esto se hace visible en el campo estudiado, es en la reticencia de este grupo de profesionales a aceptar las prácticas de aislamiento como forma de prevención de acciones autolesivas; según consideran, el monitoreo de sus pares sobre el estado de ánimo y la posibilidad de alerta de los mismos sobre posibles conductas riesgosas para sí, es un elemento mucha más efectivo y certero que el control penitenciario en celdas de observación equipadas con cámaras.

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”; por eso, los profesionales que comparten esta perspectiva no ponen toda su energía en el tratamiento de la “patología” sino más bien que se esfuerzan en el reconocimiento integral de la persona, y más aún en abordaje comunitario de la problemática (hacia “adentro” y hacia “afuera” del penal). Por eso deberían primar, según estos profesionales, las actividades colectivas⁸, 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), asambleas multifamiliares, etc. En este sentido, podría hablarse en este caso de un modo formal y otro informal de complementariedad terapéutica (Korman y Garay: 2007); por una parte, dentro del modo formal, se ubica la combinación de tratamientos

⁸En el servicio para mujeres se desarrolló una experiencia de Taller de cocina, que los profesionales reconocen como ejemplar del tipo de prácticas perseguidas; donde las usuarias realizaban el pedido de insumos a través de internet desde un portal de una conocida cadena de supermercados, recibían la mercadería, elegían el menú, luego cocinaban junto al equipo de salud y finalmente consumían lo elaborado entre todos.

farmacológicos con tratamientos psicológicos propuesto, por otra parte el modo informal de la complementariedad terapéutica incluye todas las estrategias de combinación de terapéuticas que no están inicialmente previstas en los sistemas formales de entrenamiento y formación de los profesionales. Nos referimos a la lectura y respeto a la singularidad en situación de los usuarios. (Salomone 2010).

Otro cambio para resaltar es el posicionamiento de los profesionales frente al seguimiento de los procesos judiciales del caso por caso, en su singularidad. 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 aportando información relevante y cualitativa tanto a jueces como a peritos, buscando obtener decisiones más ventajosas (o menos desventajosas) para los usuarios: "...el hacer presión, hacer presencia en cada reunión, sentarnos en los juicios, sentarnos con los abogados a charlar y que el fiscal nos vea ahí modificaba algo (...) una marca siempre deja" (fragmento de exposición pública, integrante PRISMA dispositivo de egreso, noviembre de 2012). En algunos casos se ha conseguido, a través de estas prácticas, la suspensión de los juicios según el Art. 77 del Código Procesal Penal⁹ o se han alentado los sobreseimientos por causas de inimputabilidad. También se ha trabajado en esta dirección realizando asesoramiento a la Defensoría General de la Nación y a la Procuración Penitenciaria.

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

⁹ Art. 77 C.P.P.N.- Si durante el proceso sobreviniere la incapacidad mental del imputado, el tribunal suspenderá la tramitación de la causa y, si su estado lo tornare peligroso para sí o para los terceros, ordenará la internación de aquél en un establecimiento adecuado, cuyo director le informará trimestralmente sobre el estado del enfermo. La suspensión del trámite del proceso impedirá la declaración indagatoria o el juicio, según el momento que se ordene, sin perjuicio de que se averigüe el hecho o se prosiga aquél contra los demás imputados. Si curare el imputado, proseguirá la causa a su respecto.

ingreso o al de egreso; 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 practicado en la ex-Unidad 20 en mucho sentidos¹⁰. Actualmente se ha reforzado dicha perspectiva con la innovación del concepto de “agresividad” como “superador” del de “riesgo cierto e inminente” (Ver Mesa debate CEEP 2014).

Por todo lo dicho, me parece interesante pensar el abordaje terapéutico en estos contextos en términos de “estrategias terapéuticas”; ya que no puede identificarse una sola y única terapéutica, sino más bien varias prácticas y diversas perspectivas en tensión que disputan y negocian entre sí en torno al tratamiento de las personas con padecimientos mentales recluidas en instituciones penales. En su análisis del caso Riviere, Foucault asegura que “...el juego de un saber (como el de la medicina, la psiquiatría, la psicopatología) en su relación con las instituciones (...) permiten descifrar las relaciones de poder, dominio y lucha en cuyo interior se establecen y funcionan los razonamientos (...), permiten un análisis del discurso, del orden político y (...) estratégico” (Foucault 2001:11).

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. Se propone entonces 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: “...inclusión la pensamos como que [el usuario] logre tener una buena recepción en algún grupo humano, que tenga la calidad humana para

¹⁰ 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.

alojar en los términos morales que así se entienda para el usuario...El trabajo es caso por caso, vez por vez..." (fragmento de entrevista, integrante PRISMA dispositivo egreso, noviembre de 2012).

Formalmente el programa incluía la construcción o adquisición de una Casa de Medio Camino para el desarrollo de esta etapa de tratamiento, y la creación de equipos de seguimiento comunitario sea para personas alojadas en sus hogares o en otros efectores sanitarios. 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.

Gran parte de los profesionales que lo integran en la actualidad pertenecen a los equipos que fueron "retirados" del dispositivo de tratamiento provenientes del Ministerio de Salud. Trabajan organizados en siete duplas para el seguimiento de los casos, a los fines de "trabajar con la persona los primeros lazos con la comunidad, desde una perspectiva laboral, social y familiar" (fragmento de entrevista, integrante PRISMA dispositivo egreso, noviembre de 2012). También está previsto el seguimiento de los procesos judiciales que pudieran seguir curso inclusive una vez retirados del penal; por eso, el programa tenía previsto la participación de abogados en sus filas.

Sobre la Casa de Medio Camino, es importante hacer notar que nunca ha sido puesta en funcionamiento; si bien el inmueble alquilado cerca de la zona de Parque Lezama 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 con los LPU de los alojados en estos servicios psiquiátricos, nos 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, como primera medida; tarea que los profesionales realizan articulando con otras instituciones del Estado o con organizaciones no gubernamentales (como CARITAS, por ejemplo)¹¹; pero al mismo tiempo desarrollan grandes esfuerzos por restablecer sus lazos familiares y sus redes de contención, cuando es posible. La asistencia de los usuarios a las actividades previstas por el dispositivo, es una tarea que también exige por parte de los integrantes de este equipo de trabajo, mucha dedicación. Hemos sido testigo de cómo éstos salen a la calle, a la plaza, a los hospitales, a buscarlos personalmente para administrarles la medicación prescrita o bien para convencerlos de que asistan a las entrevistas con los psicólogos o a otros espacios de la Casa.

Las disputas entre modelos terapéuticos, desarrolladas en el apartado anterior, extienden sus consecuencias al desenvolvimiento de este dispositivo. Los profesionales que aquí se desempeñan relatan grandes dificultades para establecer una buena comunicación con los integrantes de los otros dispositivos del programa. Respecto a admisión, destacan que luego de ciertos “desencuentros”, con mucho diálogo e intercambio, han podido estabilizar el vínculo y comenzar a entenderse; pero los problemas de relación con el dispositivo de tratamiento son relatados como de alta conflictividad. Un ejemplo que nos han referido, es que hasta hace no mucho tiempo, incluso 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

¹¹ En alguna oportunidad inclusive, me han relatado que los mismos profesionales han puesto dinero de sus bolsillos para pagar el alojamiento provisorio de un usuario, cuando estas gestiones no prosperan.

nivel de la coordinación del dispositivo y del programa en general, desorganización general, 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:

“...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.” (fragmento de entrevista, integrante PRISMA dispositivo egreso, noviembre de 2012).

Esta coyuntura les genera a los integrantes del equipo de inclusión planteamientos ético-profesionales muy diversos:

“...hay que sopesar valores, cada vez hay que ver qué valores queremos defender en cada intervención. Siempre las situaciones son dilemáticas, siempre buscamos el mal menor. En ese sentido lo anímico del personal está muy limado...” (fragmento de entrevista, integrante PRISMA dispositivo egreso, noviembre de 2012).

“Mi apuesta es a sostener, a resistir y esperar una gestión más lúcida (...)” (fragmento de entrevista, integrante PRISMA dispositivo egreso, noviembre de 2012).

Esta percepción de la situación está 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 simbólicas entre los profesionales de los distintos dispositivos, los coordinadores, las autoridades estatales e inclusive los usuarios; a la vez que estimula la dificultad de fijar la intencionalidad del interlocutor y la modificación del significado de los mensajes (Epele 2007).

Actualmente asistimos al riesgo potencial de convalidar una política que se dedique a “organizar la irresponsabilidad”. Se trata de una lógica autónoma, no decidida por ningún referente: no habiendo instrucciones orgánicas que indiquen cómo deberían obrar los profesionales, siendo su gestión tampoco fruto de una

errática iniciativa personal. Identificamos la lógica del perverso “código rojo”, si tomamos como referencia al conocido film citado por Žižek. Se termina negociando lo que en gran medida no es negociable. Pertenencia a una lógica de los ilícitos permitidos? Ya que al no encontrar manera alguna de negar esta problemática, nos preguntamos si no hay posibilidad que con un cambio mínimo, las cosas permanezcan igual. Especie de “circo de la inclusión social”, donde mostramos a los usuarios en sus actividades programadas (dándole la espalda a sus propias ilicitivas) a la vieja usanza de los hospitales monovalentes, ahora como objetos de la prácticas inclusivas, con el riesgo iatrogénico potencial que esto implica.

Reflexiones finales

La presente ponencia ha intentado dar cuenta de los modos concretos que adquiere la ejecución de las medidas de seguridad curativas para inimputables en el contexto penitenciario; valiéndose para esto del estudio de casos concretos (a través del abordaje de los LPU de los allí alojados), la lectura de la normativa pertinente, la observación de los procedimientos judiciales involucrados y la dinámica del funcionamiento del PRISMA (prestando especial atención tanto a las prácticas operadas por los equipos de profesionales involucrados de conformación interdisciplinaria como a los significados construidos por éstos en relación a quienes son destinatarios de su intervención y las limitaciones/potencialidades del espacio terapéutico).

Por todo lo hasta aquí dicho, consideramos posible reflexionar analíticamente sobre las estrategias de control/cura/tratamiento desarrolladas sobre los internos/pacientes/usuarios del Servicio Psiquiátrico para varones del SPF 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” (en el sentido otorgado por Dias Duarte) con padecimientos mentales alojadas en instituciones penales por la justicia penal.

Bibliografía citada

- ALVES, P. (1993). "O discurso sobre a enfermidade mental" en P.C. Alves & M. C. de S. Minayo (org.) Saúde e Doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz.
- AYRES, J. (2003/4). "Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde". En: Revista Interface - Comunic, Saúde, Educ. Vol.8, N°14.
- CELS y MDRI (2008). Vidas arrasadas: la segregación de las personas en asilos psiquiátricos argentinos. Buenos Aires, Siglo XXI.
- EPELE, M. (2007). "La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complot y barreras de acceso al sistema de salud." En Revista Cuadernos de Antropología Social. Facultad de Filosofía y Letras, UBA, N°25.
- EPELE, M. (2011). "Emergencies and Rescues: the Logics of Vulnerability and Care among Drug Users in Buenos Aires, Argentina" En: Revista Addiction Research and Theory, Early On-Line 1-9.
- FOUCAULT, M. (2008). El poder psiquiátrico. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económico.
- FOUCAULT, M. (2012). Historia de la Locura en la época clásica. Tomo 1 y 2. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- KORMAN, G. y GARAY, C. (2007). "Complementariedad terapéutica: Terapia Cognitiva y yoga". En: Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA, N°12.
- LEVENE, R. (1977). El Delito de Homicidio. Buenos Aires, Depalma.
- MARTÍNEZ GARAY, L. (2005). La imputabilidad penal. Concepto, fundamento, naturaleza jurídica y elementos. Valencia, Tirant.
- MOL, A. (2008). The logic of Care. New York, Ed. Routledge.
- NAVARRO, D. (2010). "La peligrosidad de los enfermos mentales". Disponible en: <http://psiquiatriaforense.wordpress.com/la-peligrosidad-de-los-enfermos-mentales/>
- OYARBIDE, J. M. U. (1996). Educar y Curar. El Diálogo Cultural en Atención Primaria. Navarra, Ministerio de Cultura.
- PINHEIRO, R. y MATTOS, R. A. (2007). "Cuidado como valor: razoes públicas para a integralidade em saúde". En: Revista Razoes Públicas para a integralidade em saúde o cuidado como valor. Rio de Janeiro, Cepesc-IMS/Uerj-Abrasco.
- SALOMONE, G. (2010). Discursos Institucionales Lecturas clínicas. Buenos Aires, Editorial Dynamo.
- SANDOVAL, M.L. (2007). Diacrítica del terror. Bogotá, Tercer Mundo Editores.
- VANNINI, F; DEL CERO, M. y SAULNIER, A. (2003). "Imputabilidad disminuida" En: Revista electrónica Derecho Penal Online [en línea].
- ŽIŽEK, S. (2005). La suspensión política de la ética. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.