

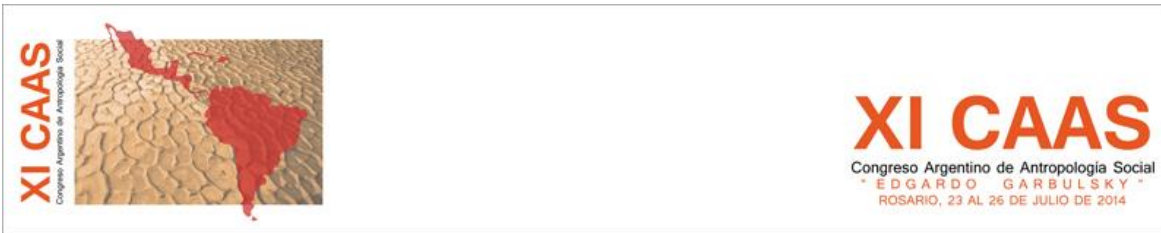
PRISMA. Intervenciones en salud mental dentro de contextos penitenciarios.

Pepe maría belén.

Cita:

Pepe maría belén (2014). *PRISMA. Intervenciones en salud mental dentro de contextos penitenciarios. XI Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-081/812>



XI Congreso Argentino de Antropología Social

Rosario, 23 al 26 de Julio de 2014

GRUPO DE TRABAJO

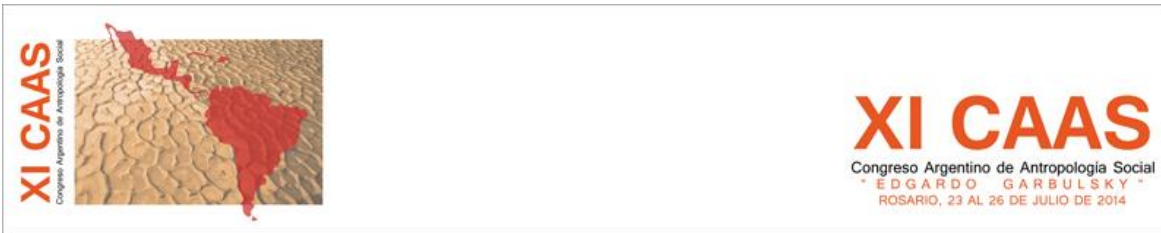
GT38 - ANTROPOLOGÍA Y SALUD MENTAL FRENTE A ESCENARIOS EN TRANSFORMACIÓN.

TÍTULO DE TRABAJO

PRISMA. Intervenciones en salud mental dentro de un contexto penitenciario.

1

María Belén Pepe. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires.

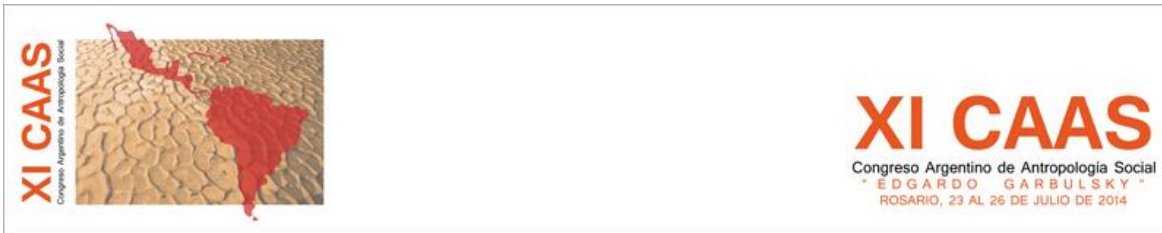


1 | Introducción

La ponencia es parte de un proyecto de investigación más amplio que se propone analizar, desde una perspectiva antropológica, el funcionamiento, las intervenciones y las lógicas que subyacen al Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA) destinado a abordar las problemáticas de salud mental de las personas alojadas en los Servicios Psiquiátricos del Servicio Penitenciario Federal (SPF) entendiendo que el mismo puede ser analizado en términos de un *espacio de excepción*. Al mismo tiempo, se busca identificar cómo es caracterizada la población destinataria del Programa, para lo cual se indagará en relación a la noción de ‘peligrosidad’ y los fundamentos del sistema de medidas de seguridad.

2

De acuerdo a Giorgio Agamben (2010) el estado de excepción, oscuro centro de la soberanía, indiscernible entre el derecho y la política, es la posibilidad de gobernar y gestionar la vida suspendiendo de hecho la norma aunque permanezca vigente. Desde que el concepto de estado de excepción se introduce en las constituciones, a partir de la figura de ‘estado de necesidad’ y ‘estado de sitio’ para referirse a contextos bélicos o exteriores, los estados occidentales han recurrido a este mecanismo para gobernar hacia el interior de sus fronteras; en la modernidad deja de referirse a un exterior para convertirse en un dispositivo que permite la instrumentalización de la biopolítica, la gestión y administración de la vida como preocupación estatal. Siguiendo esta misma lógica, los campos de concentración son la materialización espacial del estado de excepción, enclaves dentro de un territorio con un ordenamiento jurídico normal en los que éste es suspendido. El campo, de esta forma, es la máxima expresión de la biopolítica como administración y cálculo sobre la nuda vida, dado que el poder sólo tiene frente a sí a la vida despojada de cualquier atributo. Como en la modernidad las reglas



automáticas de inscripción de la nuda vida a la vida política de la nación ya no funcionan, los campos de concentración se transforman en reguladores escondidos que operan la inscripción de la vida en un ordenamiento suspendido, en un umbral en el que vida y derecho son indecibles (Agamben 1995).

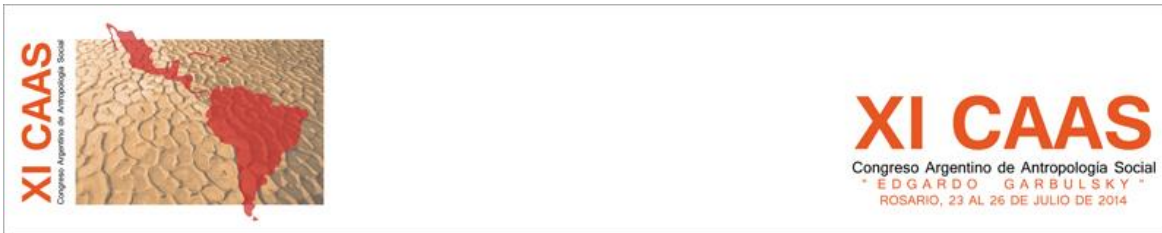
Considero que en el caso analizado es posible hablar de estado de excepción por las características de las medidas de seguridad que pesan sobre los internos-pacientes de la ex unidad 20 (que ni siquiera tienen una categoría concreta, son *internos-pacientes*, innombrables jurídicos), específicamente por la prohibición de las visitas conyugales y, más importante aún, la falta de acceso a la progresividad de las penas, derecho con el que cuentan todos los condenados a prisión. Al mismo tiempo, estos internos-pacientes son considerados por el aparato jurídico en términos de su supuesta *peligrosidad*, definida a partir de cuestiones extrajurídicas como el saber/poder psiquiátrico, que son tomadas por el Poder Judicial para dictaminar sentencia sobre ellos.

3

Lo que me gustaría hacer en este trabajo es un breve esbozo del Programa, ofrecer un recuento del contexto sociopolítico en el cual éste es posible y presentar un avance de la investigación que me encuentro realizando.

2 | Sobre la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657

En el año 2010, luego de largos debates públicos que incluyeron no sólo a funcionarios estatales sino también diversas organizaciones de profesionales y no profesionales, universidades, asociaciones de usuarios de servicios de salud mental y familiares, y buena parte de la ciudadanía, se promulgó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 como un intento de unificar las distintas leyes y prácticas provinciales orientadas al cuidado y el tratamiento de personas con padecimientos mentales. Al mismo tiempo, la ley ajusta la legislación nacional a los estándares internacionales en materia de Derechos Humanos incorporando los principios de legalidad, inclusión, no discriminación y ciudadanía de las personas



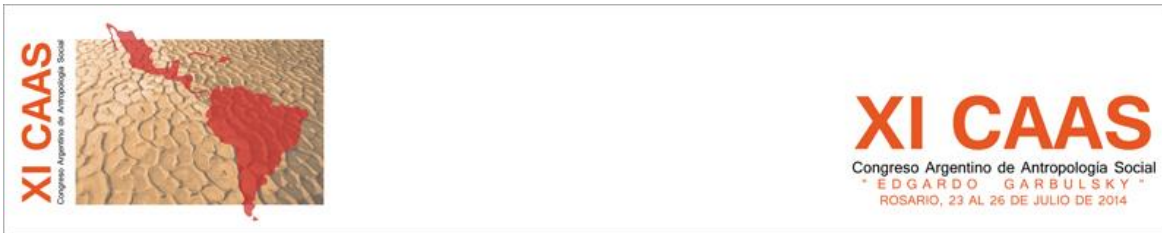
con padecimientos mentales. Pero fundamentalmente se debe reconocer en la aprobación de la ley, la materialización de un largo proceso de reivindicación de derechos, que incluye a las influencias del plexo normativo a nivel internacional pero sobre todo a la movilización y participación activa de organizaciones la sociedad civil (Vegh Weis 2011).

Las innovaciones que propone la ley son consideradas por casi todos los sectores un verdadero cambio de paradigma. En primer lugar porque reemplaza la vieja cosmovisión del “enfermo mental” como objeto de la psiquiatría, por una nueva mirada donde la persona padeciente se transforma en sujeto del derecho. Esto implica un cambio radical para la legislación hasta entonces vigente, ya que parte del conocimiento de la capacidad jurídica de la persona usuaria de los servicios de salud mental (como titular de derechos pero también como agente capaz de ejercerlos por sí mismo). De esta forma sólo debe aceptarse la incapacidad jurídica de manera parcial en relación a derechos en particular y acotada en el tiempo mediante dictamen judicial.

4

Por otra parte, la salud mental en este nuevo contexto no es tratada exclusivamente en términos bio-psicológicos, sino más bien es abordada como una construcción sociocultural de límites difusos, que requiere de un abordaje múltiple: multicausal, multiespacial e interdisciplinario. No sería suficiente un abordaje interdisciplinario limitado a la sumatoria de profesionales que desarrollan sus diagnósticos e intervenciones de forma aislada y desconectada entre sí sino más bien, exige un trabajo que al poner en tensión los discursos y construcciones de sujetos producidos desde la especificidad de cada disciplina, logren articular en lecturas, nominaciones y formas de intervención sobre situaciones que eran inéditas en el universo legislativo previo.

Finalmente la ley pone el eje de la estrategia de intervención en el abordaje comunitario, debido en principio a su interés por transformar el sistema de



atención en términos de encierro institucional (desinstitucionalizar), pero fundamentalmente porque su espíritu es el de desarmar/quebrar el abordaje de los padecimientos mentales desde “lo manicomial” en un sentido amplio (desmanicomializar). La propuesta apunta justamente a incorporar el contexto de la comunidad no sólo como espacio de inclusión, sino también como dimensión de análisis, diagnóstico, comprensión e intervención.

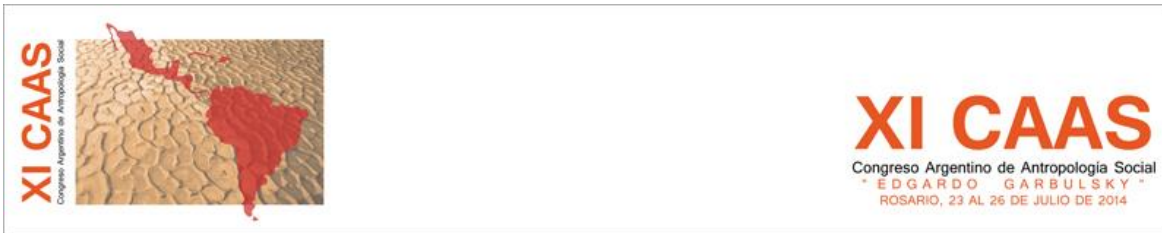
Así la internación, al ser considerada una medida restrictiva de la libertad, es tratada en el marco de la nueva ley como una última ratio a aplicarse sólo en el caso de que haya un riesgo cierto e inminente. Además, la salud mental al ser entendida como parte integrante de la salud en general, debe ser atendible en el hospital general como cualquier otro padecimiento.

Ahora bien, el tratamiento penitenciario de la salud mental impone ciertas limitaciones y complejidades para el pleno cumplimiento de la norma que deben ser analizadas; fundamentalmente porque siempre supone un internamiento coactivo, prácticas de segregación y abordajes que van en detrimento del espíritu general propuesto en la ley.

5

3 | Sobre el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino

En julio de 2011 se anuncia la puesta en marcha del Programa Interministerial de Salud Mental Argentino. Dicho programa representa la culminación de un proceso que se había iniciado en el año 2007 con la intervención de las unidades 20 y 27, en los Hospitales Borda y Moyano, respectivamente, luego de una investigación llevada a cabo en conjunto por el CELS (Centro de Estudios Sociales y Legales) y el MDRI (Mental Disability Rights International). Los resultados de la investigación fueron publicados en un libro llamado *‘Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos’* en el que ambos organismos denunciaban los terribles tratos a los que eran sometidos los pacientes, la



profunda violencia institucional, las pésimas condiciones sanitarias y la ausencia total de derechos humanos.

El PRISMA es una iniciativa conjunta de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación para abordar la cuestión de la salud mental de las personas alojadas en las distintas unidades del Servicio Penitenciario Federal (SPF) que cumplan con los requisitos detallados en el programa. Su objetivo principal, de acuerdo al testimonio de varios de sus integrantes, así como de su cuadernillo de presentación y de diversas jornadas públicas, es 'la restitución de derechos y el trabajo sobre el sufrimiento'.

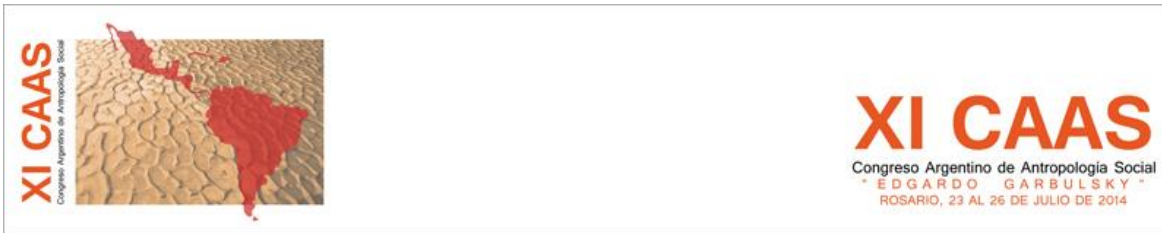
Lo que sigue es un resumen del documento oficial de presentación del programa.

6

PRISMA cuenta con tres tipos de dispositivos, cada uno de los cuales tiene distintas actividades a realizarse de acuerdo a sus objetivos generales y específicos; asimismo, éstos son dirigidos por un equipo interdisciplinario que puede constar de psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y abogados.

(a) Dispositivo de Evaluación o admisión, conformado por profesionales que reciben las solicitudes de las autoridades judiciales o de otros establecimientos penitenciarios, y está destinado tanto a internos que presenten problemáticas de salud mental que requieran una evaluación como a nuevos ingresantes con las mismas características para determinar su admisión o no al programa y las gestiones para derivarlos a alguno de sus dispositivos efectores.

(b) Dispositivo de Tratamiento, dividido a su vez en tres subdispositivos: (b1) Atención a personas con episodios agudos, - pudiendo funcionar como Dispositivo de Internación. (b2) Atención a personas con trastornos mentales severos. (b3) Residencial para personas con declaración de inimputabilidad de acuerdo a lo



establecido en el artículo 34 del Código Penal¹. Cabe aclarar que los dos primeros subdispositivos tienen su emplazamiento físico en el SPF mientras que el último se implementará fuera del ámbito carcelario. De acuerdo a un informe del año 2011 'se creará, próximamente, una locación para que residan las personas que se encuadran en esta situación'² (Martínez 2011:2).

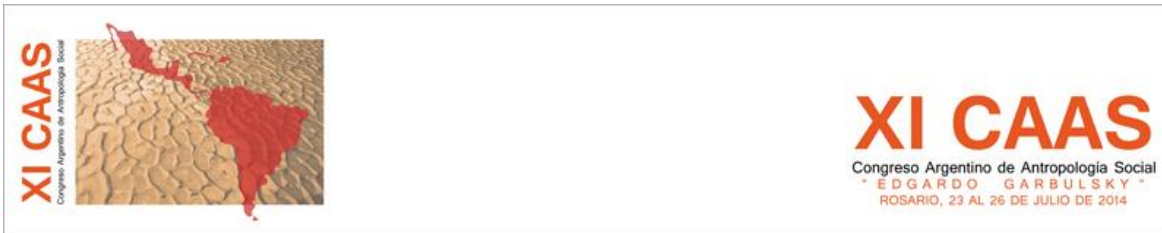
(c) Dispositivo de Egreso, consistente en una casa de medio camino, destinado a las personas provenientes de los anteriores dispositivos que obtuvieron su libertad por cualquier medio con el objetivo de garantizar la inclusión social de la persona que egresa.

Al mismo tiempo, PRISMA maneja unos criterios muy específicos para la admisión o no admisión de personas inspirados en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud. Básicamente, quienes pueden aspirar a participar del programa son: los pacientes con trastornos psicóticos agudos y transitorios, los pacientes con elevado riesgo de suicidio, los que padezcan cuadros de excitación psicomotriz, los esquizofrénicos o los que padezcan ideas delirantes persistentes, los pacientes con retraso mental moderado, grave y/o profundo, y, por último, los pacientes con trastornos mentales severos. Los internos que no pueden ser admitidos son: '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 deberá aplicar una batería

7

¹ ARTÍCULO 34. Código Penal Nacional. - No son punibles: 1º. El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconciencia, error o ignorancia de hecho no imputables, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones. En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás. En los demás casos en que se absolviere a un procesado por las causales del presente inciso, el tribunal ordenará la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comprobare la desaparición de las condiciones que le hicieren peligroso.

² Al momento de la redacción de esta ponencia, el dispositivo residencial todavía había sido creado.

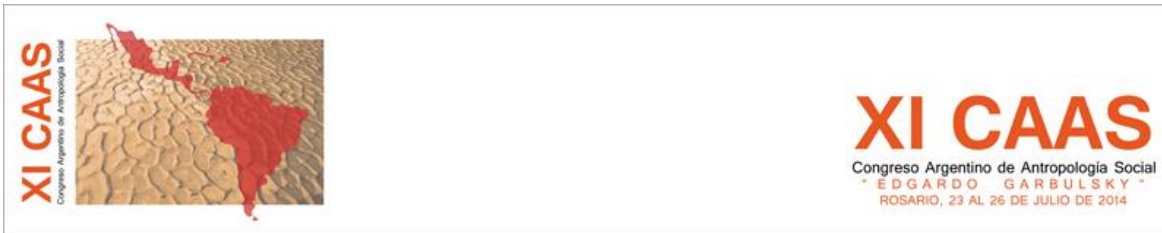


diagnóstica que evalúe potencial simulación’ (Folleto de presentación PRISMA 2011:11), personas con trastornos mentales debido al consumo de drogas, personas con trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto y, por último, personas con retraso mental leve.

En términos generales, los objetivos y resultados esperados de PRISMA son, bajo el lema de la inclusión mental, el trabajo subjetivo e interdisciplinario con los usuarios-pacientes para lograr la reinserción de éstos en la comunidad una vez abandonado el espacio penitenciario primero y de tratamiento luego.

4 | Sobre el *buen gobierno*

Michel Foucault comienza a pensar por primera vez la noción de *biopolítica* en el tercer tomo de su inconclusa ‘Historia de la sexualidad’ (Foucault, 2009). Allí explica que durante mucho tiempo el poder soberano tuvo como privilegio característico el derecho de vida y muerte sobre sus súbditos, ya sea indirectamente, exponiéndolos a la muerte cuando, por ejemplo, al hacer la guerra los manda a defender un territorio, o de forma directa, cuando alguno de los súbditos comete una ofensa contra la figura del soberano: ‘el derecho que se formula como ‘de vida y muerte’ es en realidad el derecho de *hacer* morir o *dejar* vivir’ (Foucault, 2009:128). A partir del XIII, el crecimiento demográfico en Occidente obliga al soberano a considerar a la población como objeto de su dominio, la astucia política ya no abreva en ‘El Príncipe’ de Maquiavelo quien debía gobernar sobre un territorio sino en un cierto tipo de literatura que comienza a surgir sobre ‘el arte de gobernar’: a través de múltiples prácticas, quien gobierna, - un príncipe, un padre de familia, un magistrado o un prelado, por poner sólo algunos ejemplos -, se ocupa de conducir hasta un fin las cosas y la gente, el territorio y quienes lo habitan, tanto a nivel moral , económico, político e incluso biológico (Foucault 2006). Así, el derecho de hacer morir se desplaza, cambia su eje y comienza a apoyarse en un poder que tiene como meta administrar y

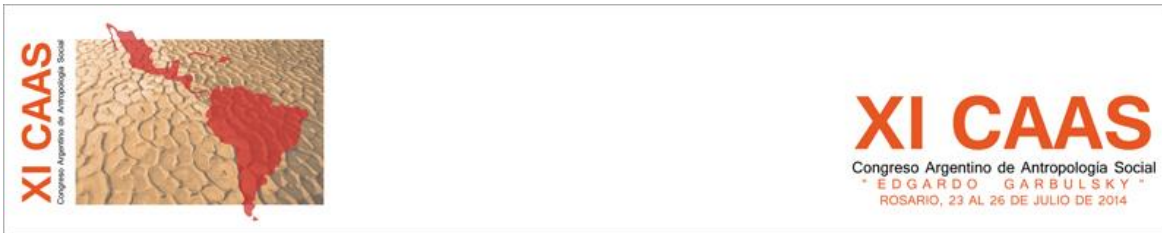


gestionar no sólo los recursos sino también la vida y la población. Ahora la cuestión es 'hacer vivir o dejar morir': el poder es ejercido positivamente sobre la vida y esto de dos formas: por un lado, mediante los mecanismos y dispositivos disciplinares que trabajan exhaustivamente sobre el cuerpo como máquina, adiestrándolo, haciéndolo útil y, aumentando sus aptitudes y su docilidad para el trabajo en lo que Foucault caracteriza como una *anatomopolítica del cuerpo*. Sin embargo, sabemos que hay mucho más en el poder que la simple coerción. El envés positivo de la negatividad disciplinar es la *biopolítica de la población*. El poder soberano toma a su cargo la vida y coloca gran parte sus esfuerzos en intervenir en el cuerpo como especie, concentrando sus efectos en el ser humano como soporte de procesos biológicos: la natalidad, la mortalidad, los niveles de salud e higiene. Lo que importa ahora es el impacto que el poder, mediante ciertas regulaciones, puede ejercer sobre la población en su aspecto más natural.

9

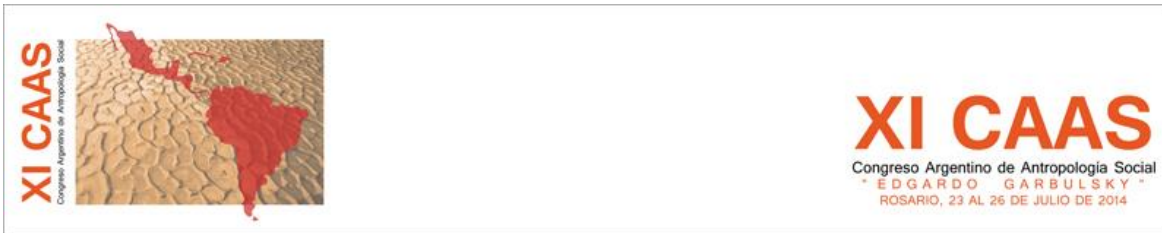
El desarrollo del biopoder en Occidente implica además un paulatino desvanecimiento de la ley a favor de la norma. La Ley es un sistema binario de prohibiciones y la consecuencia de violarla siempre es una negatividad, un efecto que queda del lado de la muerte. Un poder que toma la vida a su cargo necesita mecanismos constantes, reguladores, debe medir, cuantificar, disponer de un saber positivo que permita distribuir a la población en torno a la norma.

Foucault continúa con estas inquietudes en los años subsiguientes y profundiza esta nueva idea del poder como gestión de la vida en sus seminarios en el Collège de France '*Defender la sociedad*' y '*Seguridad, territorio y población*'. Los mecanismos de seguridad deber ser leídos como una serie de estrategias, tácticas y técnicas gubernamentales para gestionar a la población que, alrededor del siglo XVIII, aparece como el elemento a través del cual se ejerce la soberanía. Estos mecanismos, sin embargo, deben ser analizados conjuntamente con los dispositivos jurídico/legales y disciplinarios que no hacen más que exacerbarse y complejizarse para poner en funcionamiento el sistema de seguridad. De esta



manera, en trabajos anteriores del autor es posible desentrañar los gestos de esta seguridad incipiente que se pondrá en pleno funcionamiento en la época actual. 'Después de todo, para asegurar concretamente esa seguridad, es necesario recurrir, por ejemplo - y es sólo un ejemplo - a toda una serie de técnicas de vigilancia, vigilancia de los individuos, diagnóstico de lo que éstos son, clasificación de su estructura mental, de su patología propia, etc., todo un conjunto que prolifera bajo los mecanismos de seguridad y para hacerlos funcionar' (Foucault 2006:23). Es así que, tanto el poder psiquiátrico, los mecanismos jurídicos y los dispositivos disciplinarios tienen desde muy temprano la misión de corregir al sujeto, de evitar su reincidencia en función de su *peligrosidad*, hay aquí lo que caracteriza en esencia los mecanismos de seguridad: preveer, estadísticamente a partir de un cálculo de probabilidades lo que va a suceder con los individuos. Estos cálculos y previsiones que caracterizan a la gubernamentalidad en los tiempos de los dispositivos de seguridad no se ejercen en el vacío, ni tampoco nuevos espacios son creados para este fin; la capilaridad del poder y sus mecanismos impactan en la población a través de la intervención planificada en un medio, que aparece como el campo de intervención sobre el cual se afectará a los individuos como una población biológica que existe sólo en virtud de su materialidad (Foucault 2006).

El Programa Interministerial de Salud Mental Argentino es, en este sentido, el intento por impactar a una población a través de un medio. De las modificaciones operadas en el medio carcelario que implementó el PRISMA la que más reivindican quienes cumplen funciones en el programa es la construcción edilicia de la unidad: no es una cárcel sino un hospital, o al menos ese es el sentido que los actores le atribuyen a su lugar de trabajo. No obstante, a pesar de todas las prácticas propias de lo hospitalario que se realizan en este espacio, no deja de ser obvio para quien ingresa que sigue estando en un complejo penitenciario de máxima seguridad y que lo que se lleva a cabo es un *como si*, en el que los



profesionales simulan las actividades y las relaciones que se dan dentro de un hospital neuropsiquiátrico. Es poco usual que lo digan abiertamente, pero en el cuadernillo que el programa produjo para mostrar su labor a distintos sectores relacionados con la salud mental se puede leer explícitamente: '(...) preservar un espacio de atención en salud mental que esté libre de conflictivas carcelaria e institucional, *emulando un espacio hospitalario*' (p.16, el énfasis es mío).

Al mismo tiempo, también se dio la directiva al SPF de cambiar los típicos uniformes grises de fajina, - más cómodos para moverse y desempeñar sus funciones, de acuerdo a lo referido por un oficial penitenciario -, por otro más *profesional*, compuesto por un pantalón de vestir azul, una camisa celeste y zapatos formales. La idea que subyace detrás de esto es que el uniforme de fajina produce violencia y rechazo en los internos-pacientes, quienes, según los diseñadores de PRISMA, asocian directamente al uniforme con la represión carcelaria. Uno de los oficiales a los cuales entrevisté me comentó que esto hizo que los internos-pacientes *'les perdieran el respeto'*. El jefe de seguridad del módulo, por otro lado, refirió que el nuevo uniforme es más incómodo para realizar maniobras de contención física, las cuales, en sus palabras, muchas veces terminaban en maltrato a los pacientes. En esta misma línea de trabajo sobre el SFP se implementaron cursos y talleres de capacitación en salud mental para el personal penitenciario.

5 | Sobre el estado

En este punto quisiera retomar los aportes Abrams (1977) en referencia a las dificultades de estudiar al estado. El autor es enfático al postular que tanto la sociología política como el marxismo clásico se han equivocado al plantear la existencia de un estado coherente, monolítico y como estando-siempre-ahí y que en realidad los esfuerzos por intentar asir la 'abstracción estado' serían más fructíferos si le prestáramos atención a las prácticas mediante las cuales la idea

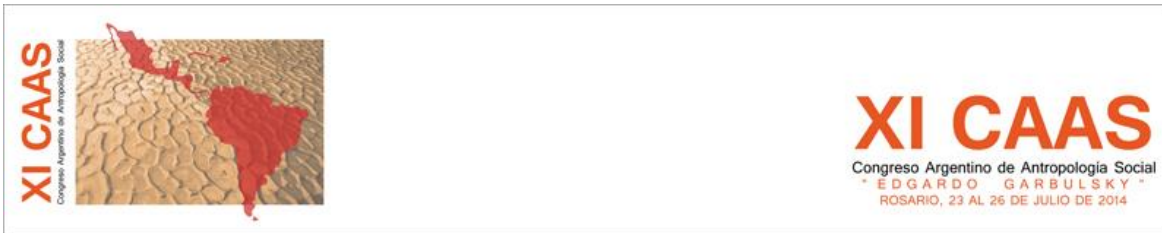


de estado es construida y, a partir de esa construcción, 'atribuye unidad, moralidad e independencia a los actos desunidos, amorales y dependientes del ejercicio de gobierno' (Abrams 1977:98).

En la misma línea de pensamiento se ubican autores como Roseberry (1994) y Corrigan y Sayer (1985) quienes postulan al estado como una construcción continua, nunca acabada, que se realiza mediante ritos, prácticas, concretas y discursivas, burocracias y significaciones culturales que instalan en las subjetividades de los ciudadanos del Estado-Nación la idea de una instancia superior a ellos que los abarca. El poder, a través de esta administración de la población no sólo se da un objeto, una soberanía, sino que también construye su imagen y se hace presente en lo real de los individuos.

El Programa Interministerial de Salud Mental, en este sentido, conforma toda una serie de prácticas y disposiciones que pueden ser leídas como un intento estatal por ubicarse y gestionar ciertos márgenes en los cuales su presencia hasta entonces había sido, o bien cuestionada por organismos de derechos humanos, o bien estaba en desacuerdo con los lineamientos políticos del gobierno actual. Así, a través de jornadas de difusión, cuadernillos y publicaciones y la participación de varios profesionales del programa en congresos de diversas disciplinas, el PRISMA, como una especie de representante del estado instala, tanto en los internos-pacientes como, - y sobre todo - en quienes están involucrados en este tipo de cuestiones, la idea de que el estado es una instancia superior, inclusiva y coherente, que abarca, a partir de generar simbólicamente círculos concéntricos, que comienzan con la intimidad de la familia y terminan en la esfera pública del Estado-Nación, a toda la población (Ferguson y Gupta 2002).

Dicen Ferguson y Gupta que 'la benevolencia del estado, no menos que su coerción, también debe hacer sus apariciones en el espacio' para instalar y construir estas metáforas de verticalidad e inclusión. Los programas estatales que

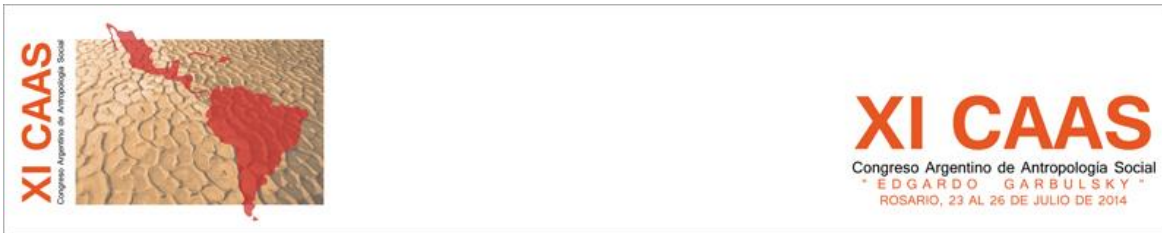


apuntan y recortan diferentes sectores de la población pueden ser analizados de esta forma.

La presencia de PRISMA en las unidades penales federales, al tiempo que mejoró las condiciones de alojamiento de los internos-pacientes y la calidad de la atención médica que reciben, también deja al descubierto, en la práctica, ciertas contradicciones e incoherencias en su funcionamiento, entre, por ejemplo, los distintos actores de distintas instituciones estatales que están involucrados en este espacio.

PRISMA Tratamiento está conformado por un equipo de profesionales que, en la actualidad, dependen del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. El Ministerio de Salud, inicialmente también a cargo de este sector del programa, ahora sólo se ocupa de gestionar el dispositivo de Egreso, también conocido como Casa PRISMA, ubicado en una casona en las inmediaciones del Parque Lezama. Sin embargo, a partir de entrevistas y charlas informales que mantuve tanto en la Casa como en el dispositivo de Evaluación y Tratamiento, que funcionan dentro del CPF I, he observado que la articulación entre ambas dependencias estatales es casi nula, utilizando el programa, para trabajar en la inclusión social de las personas que salen de Tratamiento y del dispositivo penal, otras instituciones, como por ejemplo, la Dirección Nacional de Readaptación Social, también dependiente del Ministerio de Justicia y DDHH; el dispositivo de Egreso tampoco aparece representado ni mencionado en las diferentes jornadas y publicaciones que produce el programa. Interrogados acerca del porqué, los profesionales invariablemente responden que el equipo del Ministerio de Salud no sabe tratar con este 'tipo de población'.

Otro actor presente dentro del módulo es el Servicio Penitenciario Federal, que cuenta con personal administrativo propio, así como también un psiquiatra, dos médicos clínicos, dos trabajadoras sociales, el personal que se encarga de las

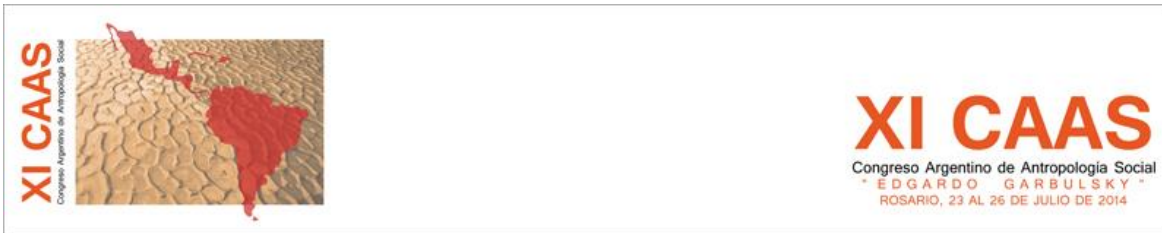


áreas de educación y trabajo del servicio - las cuales están bajo la órbita del SPF - y el jefe de seguridad interna con todo su personal a cargo. Sin embargo, este grupo de personas que, además, tiene su lugar de trabajo en oficinas separadas de las del programa, no tiene incidencia real dentro del tratamiento destinado propiamente al padecimiento mental. Las tareas de los agentes penitenciarios conciernen exclusivamente a funciones de seguridad: controlan quiénes entran y quienes salen del ala norte del HPC, van a buscar a los internos-pacientes de sus habitaciones para participar de las actividades socioculturales que propone el PRISMA o de los espacios de trabajo y educación, controlan los pabellones, acompañan a los profesionales a hacer la ronda de medicación dentro del pabellón, etc.

Volviendo a estas incoherencias mencionadas más arriba, que desnudan que el estado no es un aparato monolítico discursivamente unificado, cabe mencionar la disputa por el poder, tanto sobre los internos-pacientes como por la lógica de tratamiento y las medidas de cuidado que debería haber en el dispositivo, que se da entre los profesionales de PRISMA y el SPF, ambos dependientes de distintas ramas estatales.

Esto se ve específicamente en cómo cada uno de los dos actores construye sus sentidos sobre el interno-paciente y sobre cómo debería administrarse el tratamiento.

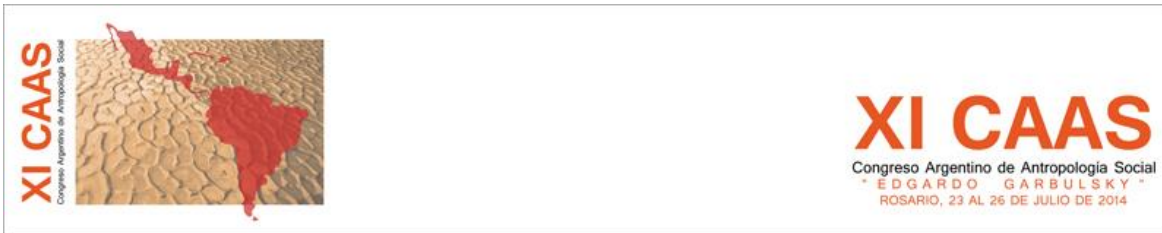
Mientras que para el oficial penitenciario *'el preso no se quiere rehabilitar', 'sale a los talleres para tomar mate', 'sólo quiere ver al psiquiatra para que le de droga'* (fragmentos de entrevista a un oficial del SPF), los profesionales de PRISMA consideran que hay que trabajar sobre la subjetividad y el sufrimiento del paciente y restituir derechos; intentan, además desmarcarlos de las prácticas y códigos *tumberos* comúnmente asociados a las cárceles y a las clases bajas, a partir de usos determinados del lenguaje o a través de la orientación y de cómo hay que



comportarse ‘correctamente’ en los talleres socioculturales culturales. Para dar sólo un ejemplo: en una sesión del taller de teatro la consigna que había propuesto la psiquiatra a cargo era pasar al frente del semicírculo en el que los internos-pacientes estaban ubicados e improvisar un personaje. Uno de ellos propuso interpretar un ‘chorro’ a lo cual la coordinadora del espacio respondió ‘no, esas cosas acá no’.

Ya desde la enunciación y la elección del lenguaje hay una diferencia muy clara en cómo cada uno de los sectores se refiere a la población con la que debe tratar. En lo que sí coinciden, tanto profesionales como personal del SPF, es en situarse en una posición de autoridad asimétrica y de relativa distancia con respecto al interno-paciente que cada sector opera con los distintos recursos que les da su disciplina.

Aunque casi no comparten espacios en común y las interacciones entre ellos son breves, casi siempre de carácter formal y en referencia a los internos-pacientes, ambos sectores refieren la dificultad que tienen para trabajar juntos. Por lo que he podido observar y a partir de varias entrevistas con ambas partes, el equipo profesional subestima el sentido práctico, entre intuitivo y ‘de oficio’ que tienen los penitenciarios sobre los internos-pacientes y el sistema penal en general. Al mismo tiempo, el SPF considera que *‘con los derechos humanos perdimos nosotros’, ‘desde que está PRISMA los presos ya no nos respetan como antes’,* que los profesionales *‘no están nunca con ellos [internos pacientes]’* y que, a su criterio, no toman conciencia del ‘riesgo’ que implica estar a solas con los internos-pacientes. En una de las entrevistas, el oficial del SPF me cuenta el caso de una psicóloga que fue ahorcada por uno de los internos: es una práctica bastante común de los profesionales PRISMA pedirle al celador a cargo quedar solo con el paciente en el espacio terapéutico, (lo cual, en realidad, es casi imposible, puesto que los consultorios son cabinas de durlock con ventanas pero sin puertas, alrededor de los cuales siempre circula gente); por lo general, los celadores no



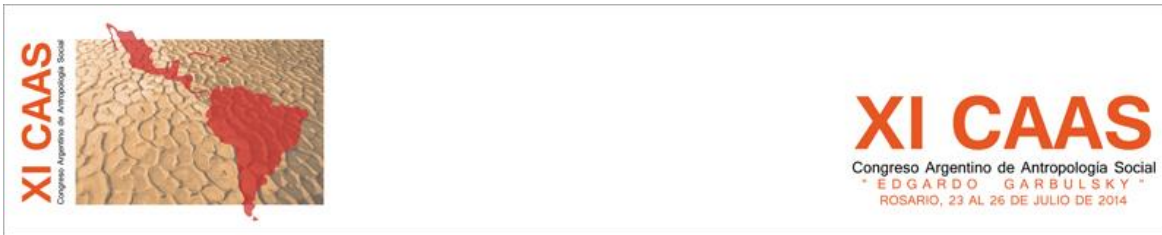
satisfacen esa demanda, puesto que su función es la seguridad, sin embargo a veces, a partir de que el profesional refiere que con ese paciente en particular *'está todo bien'*, merman su vigilancia *'y ahí pasan cosas y a mí me dan ganas de decirle 'te lo dije'. Yo me doy cuenta cuando un preso va a hacer algo, cuando está descompensado'*.

Otra de las instancias de construcción estatal y biopoder, a nivel burocrático, se encuentra en la historia clínica del interno-paciente, en la cual se documentan minuciosamente toda una serie de datos: antecedentes familiares, medidas antropométricas, causas judiciales, contratos de adhesión voluntaria al tratamiento, comunicaciones con los tribunales intervinientes en la causa, diagnóstico presuntivo de acuerdo al DSM IV, pautas para el tratamiento y sus objetivos. Si un paciente decide no tomar la medicación, también se llena un formulario. Cada vez que lo ve un profesional del equipo tratante registra de qué habló con él, qué aspectos estuvieron trabajando, cómo se comportaron, de qué forma participaron en los talleres del área sociocultural (activamente/pasivamente). Si fueron *'aseados'* o no a la consulta. En el aspecto grupal, los profesionales se juntan a hacer el pase de guardia, momento en el que leen en voz alta, para todo el equipo, los acontecimientos de la noche anterior.

16

6 | A modo de cierre

Según Talal Asad, el poder del estado es siempre inestable y puede ser percibido mejor alejándose del *'centro'*, allí donde las prácticas de estatalidad son más difusas. El autor postula que hay tres maneras en las que los márgenes del estado pueden ser imaginados: *'en primer lugar como las periferias o los territorios en los que el estado aún debe penetrar; en segundo lugar como aquellos espacios, formas y prácticas a través de los cuales continuamente el estado es tanto experimentado o deshecho en la ilegibilidad de sus propias prácticas, documentos y palabras; y, finalmente, como el espacio entre los cuerpos, la ley y la disciplina'*



(Asad 2008:53). A mi entender, estas tres formas son complementarias y puede verse en PRISMA, un programa que produce una ciudadanía segregada en los márgenes.

Sería apresurado, en el estado actual de la investigación en curso, proporcionar ahora algo que se asemeje aunque sea ligeramente a una conclusión. No obstante, con esta ponencia he intentado dar cuenta de algunas prácticas de estatalidad y construcción de hegemonía, tanto desde el estado como desde las distintas dependencias que lo componen, que se pueden observar al interior de un programa diseñado para gobernar una determinada población.

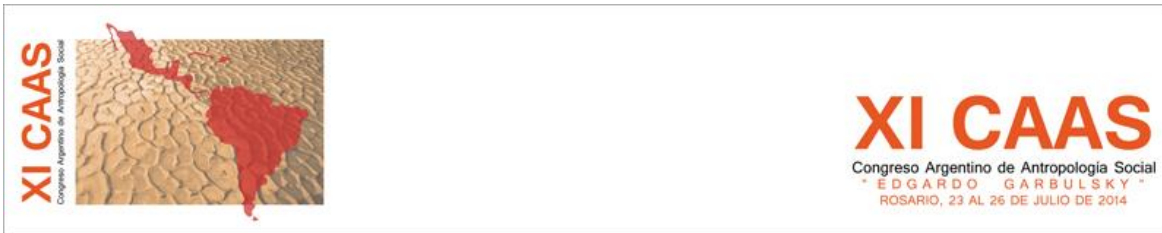
De acuerdo a Rita Segato, la labor de los antropólogos consiste en indagar minuciosamente el universo de la sociabilidad en busca del sentido que los actores de tal universo le atribuyen a sus actos y prácticas, las cuales obedecen a lógicas situadas orientadas por la cultura de su lugar y de su época (Segato 2003). Así, a partir de algunas viñetas del funcionamiento cotidiano de PRISMA, como también con la descripción de los actores sociales que lo conforman, intenté mostrar cómo se van construyendo y disputando, desde distintos discursos y prácticas, los sentidos de un actor específico sobre el que es necesario intervenir, el interno-paciente.

Bibliografía citada y consultada.

Abrams, Philip (1988) "Notes on the difficulty of studying the state". En: *Journal of Historical Sociology*, 1: 58-89.

Agamben, Giorgio (1995) "¿Qué es un Campo?" En: *Revista Sibila*, 1.

Agamben, Giorgio (2010) *El poder soberano y la nuda vida (Homo Sacer I)*. Valencia: Pre-Textos.



Agamben, Giorgio. (2010) Estado de excepción (Homo sacer II, 1). Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora.

Assad, Talal (2008) “¿Dónde están los márgenes del estado?” En: Cuadernos de Antropología Social, 27: 53–62.

CELS Y MDRI (2008) Vidas arrasadas: la segregación de las personas en asilos psiquiátricos argentinos. Buenos Aires: Siglo XXI.

Corrigan, Philip y Sayer, Derek (1985) The Great Arch. English State Formation as Cultural Revolution. Oxford: Basil Blackwell.

Ferguson, James y Gupta, Akhil (2002) “Spatialating states: towards an ethnography of neoliberal governmentality.” En: American Ethnologist, 29(4):981-1002.

18

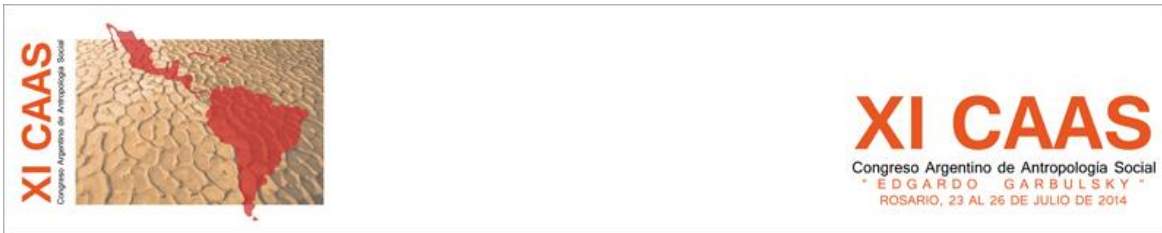
Foucault, Michel (2005) Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, Michel (2006) Seguridad, territorio, población: curso en el Collège de France 1977-1978. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, Michel (2009) Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber. Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, Michel (2012) Nacimiento de la biopolítica: curso en el Collège de France 1978-1979. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Hegglin, Florencia (2006) Los enfermos mentales en el derecho penal. Contradicciones y falencias del sistema de medidas de seguridad. Buenos Aires: Editores del Puerto Colección Tesis Doctoral.



Kraut, Alfredo y Diana, Nicolás (2011) Derecho de las personas con discapacidad mental: hacia una legislación protectoria.

En: http://asesoria.jusbaire.gob.ar/sites/default/files/06_Panoramicas_salud_mental.pdf. Consultado el 11 de mayo de 2013.

Lombraña, Andrea (2012) "El derecho penal del 'peligroso': medidas de seguridad y regímenes de excepción. Una lectura etnográfica." En: PUBLICAR - En Antropología y Ciencias Sociales. Revista del Colegio de Graduados en Antropología de la República Argentina (en proceso de edición). ISSN impreso 0327-6627 - ISSN en línea 2250-7671.

Martínez, Liliana (2011) Desactivación de la U.20 y aplicación del programa Prisma a detenidos varones.

En: <http://www.ppn.gov.ar/?q=node/1557>. Consultado el 9 de julio de 2013.

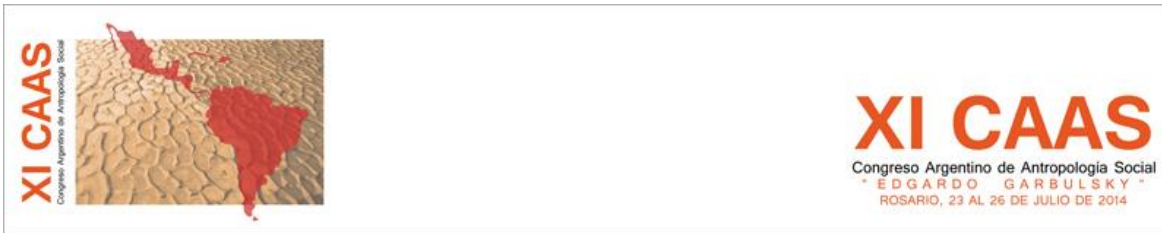
19

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación - Ministerio de Salud de la Nación. (2011) Cuadernillo de presentación del Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA)

En: http://www.inclusionmental.com.ar/contents/biblioteca/1329541885_programa-interministerial-de-salud-mental-argentino.pdf Consultado el 21 junio de 2014..

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (2013) Desafíos de una Práctica Transformadora dentro de la Política Penal. Programa de Evaluación y Tratamiento a personas con Sufrimiento Mental en Contexto de Encierro.

En: http://www.infojus.gov.ar/libros/ld00135--desafios_una_practica_transformadora.htm;jsessionid=1khdhi4d9bjz1v7b7g1wbm6f5?0. Consultado el 21 de junio de 2014.



Roseberry, William (1994) "Hegemony and the Language of Contention". En G. Joseph and D. Nugent (eds.), *Everyday Forms of State Formation: Revolution and the Negotiation of Rule in Modern Mexico*. USA: Duke University Press.

Segato, Rita (2003) *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Buenos Aires: Prometeo.

World Health organization (2010) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*.

En: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>. Consultado el 8 de abril de 2013.

Zaffaroni, Eugenio (1987) *Tratado de Derecho Penal Parte General*; Tomo V. Buenos Aires: Ediar.