



Cuadernos de la Facultad de Humanidades y
Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy
ISSN: 0327-1471
ISSN: 1668-8104
cuadernosfhycs@gmail.com
Universidad Nacional de Jujuy
Argentina

Programas de atención psiquiátrica y gobierno del espacio carcelario en el Servicio Penitenciario Federal Argentino

Mouzo, Karina; Rios, Alina

Programas de atención psiquiátrica y gobierno del espacio carcelario en el Servicio Penitenciario Federal Argentino

Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy, núm. 53, 2018
Universidad Nacional de Jujuy, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18558359001>

Revista CuadernosFHyCS-UNJu por Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Basada en una obra en <http://revista.fhycs.unju.edu.ar/revistacuadernos>.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Programas de atención psiquiátrica y gobierno del espacio carcelario en el Servicio Penitenciario Federal Argentino

Psychiatric care programs and government of the prison in the Argentine Federal Penitentiary Service

Karina Mouzo

Redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18558359001>

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET) / Instituto de Investigaciones

Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (IIGG-FSOC-UBA), Argentina

karinagamouzo@gmail.com

Alina Rios

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET) / Instituto de Investigaciones

Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (IIGG-FSOC-UBA), Argentina

RESUMEN:

El presente trabajo retoma la preocupación foucaultiana por comprender la imbricación entre la psiquiatría y el funcionamiento del sistema penal. En este caso, se aborda dicha imbricación dentro del espacio carcelario, a partir del estudio de los dispositivos de atención de la salud mental. Se presentan los principales hallazgos de una investigación empírica que abordó los efectos de la reorganización del servicio de atención de la salud mental del Servicio Penitenciario Federal Argentino (SPF) a partir del año 2011, y que puso al descubierto tensiones entre distintas lógicas de atención de la salud mental en relación con el gobierno de la prisión. Vale señalar que en Argentina, a diferencia de otros contextos, todavía son pocos los estudios que abordan el cruce específico entre atención de salud mental y espacio carcelario. En línea con los desarrollos locales, se busca realizar un aporte a la comprensión del modo en que la atención de la salud mental se articula con las lógicas del orden carcelario a través de tres nudos problemáticos: los criterios de admisión a los distintos programas de atención de la salud mental, las fundamentos de las lógicas de intervención de los distintos dispositivos y, los lazos y articulaciones que se tejen (o no) en las distintas intervenciones en torno a las nociones de seguridad, peligrosidad y orden. La metodología utilizada es de tipo cualitativa. Se realizaron observaciones en campo, entrevistas a informantes claves, análisis de leyes y normativas y de documentos institucionales. El trabajo concluye que la reforma del servicio de atención psiquiátrica supuso la emergencia de una “lógica exógena” que pone en tensión la tradicional imbricación entre práctica psiquiátrica y orden carcelario, al tiempo que deja planteados los desafíos que presenta este nuevo escenario.

PALABRAS CLAVE: Espacio carcelario, Gobierno, Peligrosidad, Salud Mental.

ABSTRACT:

This article takes up Foucault's concern for the link between psychiatry and the workings of the penal system. In this case, it is an imbrication within the prison space, based on the study of mental health care devices. We present the main results of an empirical research that addressed the effects of the reorganization of the mental health care service of the Argentine Federal Penitentiary Service (SPF) since 2011. We used a qualitative methodology that involved field observation, interviews with key informers, and analyzing of laws and regulations and institutional documents. That research exposed tensions between different mental health care regimes in relation to the prison government. In Argentina, unlike another context, there are still few studies that analyze the specific intersection between mental health care and prison space. In line with local developments, we seek to contribute to understanding the articulations of mental health care and the logics of the prison order, through three problematic knots: the criteria of admission to the different programs of mental health care, the reasons of the logics of intervention of the different devices, and the ties and articulations woven (or not) in the different interventions around the notions of security, danger and order. We conclude that the reform of the psychiatric care service supposed the emergence of an “exogenous logic”, which tenses the traditional link between psychiatric practice and penitentiary order, while outlining the challenges presented in this new scenario.

KEYWORDS: Carcelary space, Dangerousness, Government, Mental health.

INTRODUCCIÓN

En el año 2011 el servicio de atención médico-psiquiátrica del Servicio Penitenciario Federal Argentino (en adelante SPF) ¹ fue objeto de un proceso de reformas que conllevó la emergencia de nuevos dispositivos, nuevas prácticas y lógicas de atención. En este artículo presentamos los principales hallazgos de una investigación orientada a describir y analizar estas transformaciones y su articulación con las lógicas institucionales de producción y reproducción del orden en el espacio carcelario ² .

El espacio carcelario, en tanto institución total (Goffman, 1998), constituye intrínsecamente un mundo binario y asimétrico que se produce en el marco de interacción que estas instituciones imponen. Pero también se produce como efecto de otras series de prácticas divisorias (Foucault, 1991) que crean diferencias y posibilitan la gestión de esa multiplicidad singular que es la población penitenciaria. El mantenimiento del orden carcelario es precisamente el conjunto de las acciones orientadas a la producción y reproducción de esas diferencias, divisiones y relevos, y su utilización para producir efectos en términos de conducción y encauzamiento de las conductas de los sujetos que habitan la institución. A esto llamamos gobierno de la prisión. Que no se ciñe exclusivamente al gobierno de los presos, pero que encuentra allí uno de sus puntos nodales. El problema ha quedado claramente delimitado por lo menos desde la publicación, en 1791, de *El Panóptico* de Bentham: se trata de gestionar una multiplicidad de hombres en un espacio cerrado y la psiquiatría, como tecnología de intervención sobre los individuos, es una de las herramientas privilegiadas (Bentham, 1979).

Desde que la psiquiatría irrumpe en la escena penal a fines del siglo XVIII hay un acoplamiento del discurso psiquiátrico y el derecho penal que se da a partir de una producción discursiva novedosa: la pericia. Se trata de un discurso con propiedades específicas que indica de manera científica la “peligrosidad” de un sujeto. Por ello es un discurso de saber, poder y verdad, un discurso que decide sobre la libertad y, en el límite, sobre la vida y la muerte de un sujeto (Foucault, 2003).

Ahora bien, fuera de la escena del juicio, dentro del ámbito carcelario y en el marco de la ejecución de la pena, la psiquiatría también se despliega según el cumplimiento de una función asistencial: la atención de la salud mental. Esta función forma parte del dispositivo de “tratamiento penitenciario”, y este es un aspecto que ha sido menos estudiado que la función pericial en nuestro país, pero que ha despertado gran interés en otras latitudes, como por ejemplo en España, donde ha llegado a constituirse todo un campo en torno a lo que se denomina “psiquiatría penitenciaria” o “sanidad penitenciaria” (Barrios Flores, 2000; Perez Martínez, 2004).

En Argentina, el tratamiento penitenciario se enmarca normativamente en la Ley de Ejecución Penal 24.660 sancionada en el año 1996, según la cual “la ejecución de la pena privativa de libertad, en todas sus modalidades, tiene por finalidad lograr que el condenado adquiera la capacidad de comprender y respetar la ley procurando su adecuada reinserción social (...) para lo cual “el régimen penitenciario deberá utilizar (...) todos los medios de tratamiento interdisciplinario que resulten apropiados para la finalidad enunciada” ³ . La atención médico psiquiátrica se cuenta en esta batería de medios de tratamiento, junto a otras instancias de atención de la salud, talleres educativos, talleres de trabajo, etc. Según esta ley, el tratamiento del condenado debe ser programado de manera individualizada, según las características de cada preso y se funda en el criterio de “progresividad”: un sistema de registro, clasificación y calificación de las conductas, orientado a mensurar la adaptabilidad de una persona en el medio libre y su posible acceso o no a ciertos beneficios como libertades anticipadas, entre otros.

Sin embargo, quedan por fuera de este régimen de progresividad los declarados inimputables aquellos que en virtud del art. 34° del Código Penal no se les aplica una pena sino una “medida de seguridad”, y los

condenados con padecimientos psíquicos, usuarios de los dispositivos de atención psiquiátrica dentro del servicio penitenciario.

Es preciso observar que si bien hay una distinción entre “penas” y “medidas de seguridad”, la “enfermedad mental” como denominador común de estas condiciones devuelve a los presos a la misma situación de indeterminación de la pena, tan cara a la tradición del positivismo criminológico.

La revisión de la bibliografía disponible permite afirmar que, hasta el momento de realizarse las reformas de la atención psiquiátrica en el SPF aquí estudiadas, se habían mantenido más o menos estables los andamiajes de la histórica articulación entre psiquiatría y sistema penal (Andersen, 2017; Caimari, 2002; Lombráña & Pepe, 2013; Poblet Machado & Martin, 2016; Sozzo, 2015).

La atención de personas presas con padecimientos mentales, hasta el año 2011, se realizaba en las unidades carcelarias 20 “Servicio Psiquiátrico Central De Varones” y 27 “Servicio psiquiátrico para mujeres”. Constituían establecimientos específicos del SPF ubicados dentro de los Hospitales psiquiátricos José T. Borda y Braulio Moyano, respectivamente. Se trataba de cárceles instaladas dentro de hospitales psiquiátricos públicos ubicados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y que, como el resto de las prisiones de nuestro país, estaban muy cuestionadas respecto de las condiciones de vida, los criterios de medicación y de tratamiento de las personas allí alojadas.

La sistemática sobrevulneración de la población que padece sufrimiento psíquico en contextos de encierro, denunciada insistentemente por diversos organismos de derechos humanos (CELS & MDRI, 2006), adquirió repercusión mediática cuando, el 31 de mayo de 2011, se produjo un incendio en la Unidad 20 resultando dos personas presas muertas y dos funcionarios penitenciarios heridos (Lombráña & Pepe, 2013). Este hecho fungió como catalizador de una serie de condiciones políticas e institucionales que derivaron, dos meses después, en el cierre de estas unidades carcelarias y el traslado de los profesionales y de los presos y presas que allí se encontraban, a los Complejos Penitenciarios de máxima seguridad I y IV de Ezeiza. Así, uno de los aspectos destacados de esta reforma atañe al cambio de ubicación de estos establecimientos, que pasaron de estar dentro de nosocomios en plena urbe a funcionar dentro de cárceles de máxima seguridad, en una zona rural de Ezeiza, Provincia de Buenos Aires, a 35 km de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En este contexto, la Ley de Salud Mental 26.657, por entonces recientemente sancionada, prestó el marco jurídico y el discurso racionalizador de la reorganización del Servicio Psiquiátrico del SPF. Se creó un dispositivo novedoso de intervención, el PRISMA (Programa Interministerial de Salud Mental Argentino), cuya emergencia provocó una serie de reacomodamientos, entre ellos la creación de un segundo programa de atención, el PROTIN (Programa de Tratamiento Interdisciplinario Individualizado e Integral). Estas transformaciones generan una serie de tensiones en torno a la definición de lo que debe constituir la atención de la salud mental en la cárcel, y pone particularmente en evidencia cómo, tradicionalmente, los dispositivos de salud mental funcionan como mecanismos de control y gobierno del espacio carcelario, como encauzadores, como espacios donde gestionar ciertas resistencias, conflictos, diferencias, “peligros”.

Es por esta razón que resulta relevante observar la reorganización del servicio de atención psiquiátrica del SPF, en cuanto permite ver los “desajustes”, los acoples y desacoples de distintas experiencias en materia de atención de la salud mental.

METODOLOGÍA

El objeto de estudio estuvo constituido por las prácticas discursivas en torno a las cuales se objetiva la salud mental en el espacio carcelario en un momento preciso: la reestructuración del servicio de atención psiquiátrica en el SPF.

Hablar de prácticas discursivas implica considerar los discursos como prácticas, como acciones sociales situadas y específicas. Para este análisis no se trata de tomar los discursos cómo sucedáneos de una realidad otra que, o bien deben representar, o bien vienen a velar, tergiversar u ocultar. Se trata de estudiar, en condiciones

singulares, lo que se dice, cómo se dice, quién lo dice y ahí donde se dice. Esto es analizar los discursos en su espesor, asirlos en su positividad (Foucault, 1997) las relaciones entre estas reglas (p. 71, “en su realidad material de cosa pronunciada o escrita” (Foucault, 2002).

Asimismo, el análisis del discurso realizado no supone un esfuerzo interpretativo de restitución del sentido proyectado por los sujetos. Se busca dar cuenta cómo, lo que se dice, se pone a jugar en una maquinaria de producción de la realidad, en este caso, del espacio carcelario: locura, padecimiento psíquico, detenido conflictivo, sujeto peligroso, usuario de servicios de atención, no son sólo diferentes formas de nombrar “cosas” sino que, en virtud de los enunciados que habitan, son formas de construir la realidad, de generar particiones (entre quienes tendrán acceso a un tratamiento y quienes no), diferenciaciones espaciales (o los pabellones del PRISMA, o los del PROTIN), fragmentar temporalidades (o suspenderlas, en el caso de los informes que los servicios de salud mental elevan para evaluar la peligrosidad de un preso y su eventual libertad).

La investigación se desarrolló de acuerdo a un diseño cualitativo. Se concretó el trabajo de campo entre marzo y julio de 2015. Se realizaron observaciones en terreno en instalaciones de los Complejos Penitenciarios I y IV de Ezeiza (Provincia de Buenos Aires) en pabellones en que funcionan los programas PRISMA y PROTIN. Se mantuvieron entrevistas en profundidad con informantes clave en base al objetivo de la investigación. Las entrevistas mencionadas abarcaron por un lado, a actores relevantes que forman parte del sistema penal: defensores oficiales, fiscales, funcionarios del SPF (de distinto rango, función y jerarquía), jueces de ejecución de la pena, abogados. También fueron entrevistados profesionales de la atención de la salud mental: médicos, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales. Ahora bien, respecto de este último grupo hay que aclarar que algunos son miembros del SPF y otros no. División que, como se verá, gravita en la percepción del modo en que debe ser llevada adelante la práctica médico psiquiátrica en estos espacios.

Dada la heterogeneidad de posiciones, la pauta de entrevista que se diseñó fue lo suficientemente abierta como para tener en cuenta la particularidad del rol que cada entrevistado tiene en relación con el espacio carcelario.

Además se recolectaron y analizaron documentos institucionales, leyes y normativas del SPF, normas y resoluciones referidas al funcionamiento de los distintos dispositivos de atención, noticias periodísticas, etc. El análisis del material se realizó en base a técnicas cualitativas de análisis del discurso (Valles, 2000) y recurriendo al empleo de un software especializado en herramientas de asistencia para la gestión de grandes volúmenes de texto ATLAS.ti

Respecto del alcance y las limitaciones de la investigación, se debe aclarar que se trata de un estudio de caso, cuyo foco es la reorganización del servicio de salud mental del SPF. Es una experiencia novedosa que no permite realizar generalizaciones respecto del funcionamiento de todos los programas de salud mental dentro del SPF. No obstante, los resultados alcanzados permiten dar cuenta de cómo cambios en los modos de abordaje de la salud mental en el ámbito carcelario encuentran fuertes resistencias en la medida en que se trastoca la articulación entre psiquiatría y sistema penal. Y, en ese sentido, el aporte más significativo del presente trabajo es destacar los pilares sobre los que dicha articulación se sostiene.

Aunque la cárcel se resista a ser escudriñada y se la enuncie como espacio opaco, sólo ingenuamente puede ser pensada como un lugar homogéneo y uniforme (Claus, 2015; Galvani, 2015; Gual, 2013; Mouzo, 2011). Es preciso un esfuerzo por encontrar la diferencia allí donde sea posible. Las prácticas discursivas estudiadas remiten a enfrentamientos, luchas de sentido por la definición de la realidad y la verdad. Y dado que el discurso médico-psiquiátrico ha jugado históricamente un papel muy importante en la construcción del espacio carcelario como lugar de “tratamiento”, entonces resulta sumamente relevante observar las tensiones que aparecen entre discursos médico-clínicos en disputa.

Caracterización general de los principales programas de Atención de la Salud Mental en el SPF: PRISMA Y PROTIN

En 2011 se producen cambios importantes en el funcionamiento del Servicio Psiquiátrico del SPF. La creación de un programa interministerial y la necesidad política de enunciar un ajuste del tratamiento en salud mental a los lineamientos básicos de la nueva ley de salud mental conducen a un reordenamiento que queda pautado en el Protocolo de Procedimiento y Organización del Servicio Psiquiátrico para Varones (SPPV), dispuesto por la Resolución 1374/2011 de la Dirección Nacional del SPF, publicada en el Boletín Público Normativo N° 467 del 24 de julio de 2012 ⁴.

A partir de allí se pueden observar dos lógicas de atención bien diferenciadas. Por una parte, el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA) y por otro, el Programa de Tratamiento Interdisciplinario Individualizado e Integral (PROTIN). Aunque existen también programas de atención de problemáticas específicas (el Programa de Prevención de Suicidios –PPS-; los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes –CRD-, entre otros), no obstante, PRISMA y PROTIN son los programas más relevantes vinculados a la atención de la salud mental en el SPF.

El PRISMA fue implementado el 27 de julio de 2011, como iniciativa conjunta del Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (Ministerio del que depende el SPF). Enmarcándose en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, “se propone profundizar y avanzar en la producción de condiciones que garanticen la promoción, protección, preservación y mejoramiento de la salud mental de las personas privadas de la libertad” en el ámbito del SPF [MJyDH y MS, Resolución Conjunta 1075/2011 y 1028/2011].

Vale destacar que la iniciativa conjunta que caracterizaba al programa no perduró en el tiempo, dado que, a poco de comenzar a funcionar, el Ministerio de Justicia se hizo cargo de las etapas de evaluación y tratamiento (que se desarrollan dentro del complejo penitenciario), delegando en el Ministerio de Salud la puesta en funcionamiento de la tercera etapa de intervención, llamada de egreso. Ésta debería realizarse en establecimientos de puertas abiertas y supondría el acompañamiento de los pacientes en su integración al medio libre, pero según los entrevistados nunca llegó a entrar efectivamente en funcionamiento. Motivo por el cual el análisis se refiere a la ejecución del programa intramuros.

Los presos alojados en el programa pueden ingresar por dos vías: por orden judicial (en general a partir de un informe del Cuerpo Médico Forense) o derivados desde otra institución carcelaria. Y los criterios de admisión y de no admisión se ciñen al nomenclador CIE 10, “Clasificación internacional de enfermedades”. Se trata de un sistema de clasificación y codificación de enfermedades y causas de muerte publicada inicialmente por la OMS en 1992, y que se utiliza principalmente para fines estadísticos. Se divide en diferentes categorías de enfermedades relacionadas entre sí y cada una de ellas tiene asociado un código que la identifica de manera unívoca. En ese caso el código de identificación de la letra “F” refiere a los trastornos mentales y del comportamiento.

De acuerdo a estipulado en el programa deben ser **ingresados**:

I- Los pacientes con Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios (CIE 10 F-23).

II- Los pacientes con elevado riesgo de suicidio, incluyendo Episodios Depresivos Graves (CIE 10 F-31 y F-32). Este riesgo debe ser claramente especificado por el equipo de evaluación. Debe describirse con detalle las medidas apropiadas tomadas para impedir este acto, el diagnóstico y el tratamiento realizado en el establecimiento de origen.

III- 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.

IV- Pacientes con Esquizofrenia (CIE 10 F-20) y/o Trastorno de Ideas Delirantes Persistentes (CIE 10 F-22).

V- Pacientes con Retraso Mental Moderado (CIE 10 F-71), Grave (CIE 10 F-72) y/o Profundo (CIE 10 F-73).

VI- Pacientes con Trastornos Mentales Severos (F20, F21, F22, F24, F25, F28, F29, F31, F32.3, F33, F42)".

La misma norma señala los criterios de **no admisión**, especificando que no deben ser ingresadas:

I- Las personas con el solo 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 diagnóstica que evalúe potencial simulación.

II- Personas con Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas (F19), para las cuales el SPF tiene previstos otros dispositivos.

III- Personas con Trastornos de la Personalidad y del comportamiento del adulto (F60, F62).

IV- Personas con Retraso Mental Leve (F70).

V- Todas aquellas personas en situaciones en los cuales los diagnósticos no sean los contemplados en los criterios de admisión".

En abril de 2015, momento en que se realizaron las observaciones el programa, se encontraban alojados 64 hombres, capacidad máxima para esta población, y 6 mujeres, quedando en este caso 10 plazas libres. En el caso de los varones, los funcionarios del programa admitieron que, aun existiendo criterio de admisión se han rechazado ingresos por falta de cupo. PRISMA goza de instalaciones que no se encuentran sobrepobladas y que permiten condiciones de vida mejores que las de la mayoría de los pabellones del resto de los Complejos Penitenciarios I y IV de Ezeiza. No obstante, resulta un tanto desalentador describir las condiciones en la que el programa se desarrolla actualmente. Esto surge de la confrontación de la experiencia en el campo con los relatos que los entrevistados realizan respecto de los comienzos de funcionamiento del programa. Esa confrontación de dos experiencias pone de relieve un significativo proceso de deterioro edilicio. Se tiene en cuenta que desde el 2011 hasta el momento en que se realizaron las observaciones transcurrieron 5 años, sin embargo, no es sólo el paso del tiempo el que explica el deterioro, sino que es signo de un declive más profundo que remite a la desvalorización de este programa por parte del Ministerio de Justicia y de la gestión penitenciaria.

Respecto de la cantidad de profesionales que allí se desempeñan, autoridades del programa indicaron que son en total 60. Una cuestión central es que, a diferencia de otros profesionales de la salud que trabajan en el servicio penitenciario, los profesionales de la salud de este programa no son parte de dicha fuerza de seguridad, sino médicos, psicólogos y psiquiatras que desarrollan su profesión sin estar sujetos a las jerarquías y escalafones penitenciarios. Por su parte, los funcionarios que cumplen funciones de seguridad sí son del SPF y tienen como destino exclusivo trabajar en el PRISMA, esto se supone facilita que se establezca con los profesionales de la salud relaciones estables que permitan una mayor especialización, facilitando la incorporación de las pautas de trabajo establecidas por el programa. Estos son los elementos centrales que marcan al PRISMA con una impronta singularmente exógena en comparación con las prácticas tradicionales del espacio penitenciario.

Por su parte, el PROTIN funciona en el Módulo VI del Complejo Penitenciario I de Ezeiza y también fue implementado en el marco de la nueva Ley de Salud Mental. Depende enteramente del Servicio Penitenciario Federal, sus profesionales (médicos, psiquiatras, psicólogos, etc.) y cuerpo de seguridad son todos oficiales del escalafón profesional de esta Fuerza. Dentro del equipo hay dos psiquiatras, más el jefe del programa (que es a su vez el jefe del cuerpo de profesionales).

Como ya señalamos, los profesionales del PRISMA son trabajadores de los Ministerios de Salud y de Justicia. Esto marca diferencias no sólo en relación con el ámbito de dependencia de cada grupo sino también diferencias salariales y de normativas respecto de las reglas que rigen su desempeño laboral. Pero sobre todo, ambos grupos de profesionales, han sido modelados por distintas prácticas, o bien las de la cárcel y del tratamiento penitenciario o bien las del hospital y del tratamiento de la salud. Y aunque en muchos casos los

profesionales de la salud del SPF también tienen inserciones laborales extra-muros, aprenden a escindirse y a trabajar con modalidades distintas en cada espacio. Vale indicar también en este punto que los profesionales del SPF históricamente se han subordinado al personal de seguridad de dicha institución (Daroqui et al., 2006; Mouzo, 2011).

La creación de PROTIN es concebido como un programa complementario al PRISMA. Fundamentalmente porque alcanza a la población que queda excluida del PRISMA. Esto se advierte en el Protocolo de Procedimiento y Organización del Servicio Psiquiátrico para Varones (SPPV), el cual establece que de presentarse alguna problemática de salud mental, se seguirán una serie de pasos. Primero, se realizará la contención multidisciplinaria en el servicio de asistencia médica de la unidad en que se encuentre alojada la persona. Segundo, se solicitará la intervención del Equipo de Admisión del PRISMA. Luego, en la misma unidad de origen, se realizará la evaluación para ingreso al PRISMA. A partir de esta evaluación se abren distintas vías:

Si el paciente presenta los criterios de admisión en el PRISMA sería ingresado en este dispositivo (ala norte del Hospital Central Penitenciario I, CPF I).

Si se determina que la persona presenta patología psiquiátrica – sin criterio de admisión en el PRISMA- y se encontrase en situación de descompensación será derivado al Sector de Urgencias Psiquiátricas (Hospital Central Penitenciario I, CPF I). En caso de compensación, y con un diagnóstico que amerite la continuidad del tratamiento en su unidad de origen, regresará al mismo con las correspondientes indicaciones. Puede ocurrir que se considere necesaria su admisión a un dispositivo de tratamiento especial, por lo que se solicitará evaluación por el programa pertinente (PROTIN, PPS, CRD y otros).

De modo que PROTIN es un programa centralizado que funciona en el CPF I y recibe internos de otros establecimientos penales del SPF, incluyendo a los del interior del país, una vez que se ha descartado la pertinencia de la intervención del PRISMA.

La normativa establece que también en el PROTIN los criterios de ingreso son nombrados según el CIE 10: trastornos de personalidad y de comportamiento del adulto; retraso mental leve; trastornos psicoorgánicos. Sin embargo, la utilización de estos criterios es más bien laxa y la admisión suele responder a criterios no-médicos.

Precisamente, al poner en relación el funcionamiento de estos dos programas se ponen de relieve las tensiones que surgen entre modelos diferentes de atención de la salud mental en los espacios de encierro penitenciario. Esto puede observarse en relación a la cuestión de las admisiones, a la definición de la seguridad y los enunciados de peligrosidad.

De ingresos y admisiones

Los discursos analizados asocian el funcionamiento del PRISMA como sumamente ajustado a los criterios del nomenclador CIE 10 y esto se plantea como un problema de orden práctico para los operadores del sistema judicial y penitenciario.

Para los abogados defensores, implica no contar con el PRISMA como un recurso para mejorar las condiciones de encierro de sus defendidos:

No entrás nunca... (...) Y la verdad es que el PRISMA, sin ser un entendido, tiene cupos específicos, están buenos, vos ves evoluciones pero... no entra nadie, esa es la discusión (...). **Es muy rígido...**, acá viene una persona con una situación psicomotriz tremenda que no es PRISMA, pero está con una situación de golpearse la cabeza contra la pared... y ellos capaz que te dicen que esto no es PRISMA. Por ejemplo, no era PRISMA una persona que te llamaba y te reclamaba ser trasladado a un hospital fuera de la cárcel, tenía un ano contra natura, por lesiones autoinfligidas, se clavaba un gancho... era una persona de 31 años y parecía de 60 (...) pero claro, un día me llama y me dice "llevame al juzgado, porque si no me voy a tragar..."- entonces el tipo se tragaba elementos para ser llevado a un hospital-. Estaba condenado a 40 años y para mí él veía en el hospital la única manera de escaparse, entonces él quería estar internado en un hospital. Ahora falleció... y nunca fue admitido por PRISMA. Entonces decís: **si no son PRISMA éstos, ¿quiénes lo son?...** Quizás se trata de algo mucho más técnico y específico de una patología, PRISMA a veces no admitía a esta gente... [Abogado defensor oficial, en entrevista para esta investigación]. El subrayado es nuestro.

Los abogados defensores aceptan pedidos desesperados de ayuda y, en el extremo, manifestaciones de la intención de quitarse la vida por parte de sus defendidos. Sin embargo, el PRISMA no ha sido diseñado como un espacio de contención de estas situaciones. De hecho, como se vio en la resolución de su creación se especifica que la sola manifestación de la intención suicida no constituye criterio de admisión. El programa se posiciona como espacio de atención de cuadros específicos de salud mental. La definición de los ingresos se basa en una sintomatología médico clínica que no toma en consideración las condiciones institucionales del encierro y sus efectos sobre la vida y la conducta de las personas afectadas.

En el caso de los funcionarios de seguridad penitenciarios, la tensión con el programa se configura de otra manera. Por un lado, en relación a la utilidad de la intervención psiquiátrica para el mantenimiento del orden:

El servicio penitenciario nunca terminó de digerirlo, porque no le daban solución. Lo que necesitaba era: tengo un detenido conflictivo y PRISMA dice 'no reúne las características que el programa recibe'... [Agente del SPF, en entrevista para esta investigación]. El subrayado es nuestro.

El “detenido conflictivo” es aquel cuya conducta altera el orden, lo amenaza. Frente a este problema el funcionario penitenciario tiene la expectativa de que el campo de la salud mental, y la batería de conceptos que pone en juego respecto de la categorización de las conductas de las personas encerradas, constituya un recurso estratégico en relación al mantenimiento de orden en el encierro. Pero el programa interministerial no responde a esta expectativa. Por eso ellos plantean que el PRISMA “no se hace cargo”, es decir, no resuelve ciertas situaciones consideradas por ellos como problemáticas.

Por otro lado, la intervención del PRISMA, por su carácter “civil”, desafía la continuidad de las tácticas habituales de mantenimiento del orden.

“No saben trabajar la cuestión de la seguridad (en alusión a los profesionales del PRISMA), no saben de eso, no nos dejan poner orden con los presos.... No entienden que esta es una cárcel” [Oficial de Seguridad del SPF en entrevista para esta investigación].

Se genera de este modo una demanda de tratamiento psiquiátrico, por parte de los defensores, para presos que quedan por fuera de los parámetros de atención del PRISMA. Y por parte de los funcionarios del SPF, uno de los lugares de tensión con PRISMA viene de la mano de no dejarlos imponer “orden y seguridad” como lo hacen regularmente dentro de un establecimiento carcelario.

Las tempranas y múltiples críticas de las que PRISMA fue objeto dieron lugar a la reconfiguración de PROTIN en tanto programa destinado específicamente a dar respuesta a esta demanda. De allí que indiquemos que el PROTIN se crea como complemento del PRISMA, como orientado a atender una problemática residual.

PROTIN como dispositivo de control de la población carcelaria

Como ya fue indicado, PROTIN también fija normativamente criterios médicos de ingreso, sin embargo, de facto también ingresan personas por problemas de convivencia, disturbios y pérdidas familiares. Los criterios de admisión no tienen la pretensión de cumplirse de forma estricta como en el PRISMA.

“Si un interno se descompensa, acá tratamos de estabilizarlo, de darle contención y después lo evaluamos para decidir pero en principio es correcto aislarlo para después ver cómo seguir el tratamiento. (...) Eso sirve, también porque permite manejar el malestar que puede generar entre otros internos” [Médica Psiquiatra, PROTIN, SPF, entrevistada para esta investigación].

“Muchas veces se interviene para manejar reacciones violentas de las internas en situaciones límite. Para evitar a veces que se altere todo el pabellón...” [Médico Psiquiatra, PROTIN, SPF, entrevistado para esta investigación].

Según los profesionales del PROTIN la “descompensación” está fuertemente asociada a conductas que representan un riesgo de “desorden”. Así, en palabras de los propios profesionales se produce un importante desplazamiento: se atiende la salud mental y también aquello que, independientemente de los criterios clínicos de admisión al programa, supone poner en riesgo al orden.

En efecto, la experiencia del PROTIN es posible pensarla como la encarnadura de una asociación o afinidad entre la psiquiatría y el problema penitenciario del orden. Esto se advierte en las entrevistas de los propios funcionarios cuando señalan que el “PROTIN es para internos con problemas de conductas”. Al tiempo que afirman que este programa...

“...trabaja con todos los trastornos antisociales de la personalidad, que no pueden estar en otras unidades... Toda la gente que no llega al PRISMA, pero que te genera problemas...” [Psiquiatra del SPF, en entrevista para esta investigación].

Así, el encierro dentro del encierro, la alianza entre la psiquiatría y el sistema penal, funciona como una tecnología para la regulación del conflicto. La atención de la salud mental, y la batería de conceptos que pone en juego respecto de la categorización de las conductas de las personas encerradas así como las intervenciones segregativas que habilitan, constituye un recurso estratégico en relación al mantenimiento de orden en el encierro. Y aunque no es objeto específico de este trabajo, no podemos dejar de mencionar esa otra técnica de regulación del conflicto que se apoya en el saber-poder médico que es la práctica de la medicación, que se realiza de una manera extendida en el ámbito carcelario. Los mismos profesionales señalan que, ante los mismos padecimientos, los niveles de medicalización son más elevados en el espacio carcelario que extramuros. Aun siendo que la medicación psiquiátrica no es provista por el Ministerio de Salud de la Nación sino que debe ser comprada y financiada por el SPF (en relación a este tópico véase también Andersen, 2017). Según una médica del SPF expresó en una entrevista para esta investigación, las afecciones más comunes de las mujeres dentro del espacio carcelario son las gastrointestinales vinculadas a la ingesta de medicación, fundamentalmente psiquiátrica. Todos estos elementos se aglutinan de manera naturalizada en el funcionamiento del PROTIN y en los discursos de los profesionales que lo llevan adelante.

PRISMA como lógica exógena y la “seguridad” en disputa

Como fue enunciado en la introducción, la reorganización del Servicio de Atención de la Salud Mental implicó el traslado de los usuarios, desde pabellones especiales dentro de hospitales psiquiátricos hacia cárceles de máxima seguridad. Y eso en sí mismo constituye una regresión en términos de segregación de los vínculos de pertenencia debido a las dificultades de acceso, por ejemplo, por parte de los familiares de los detenidos.

Pero además, es de destacar que esta mudanza también implica una progresiva irrupción de un afuera que, con tensiones, co-habita el espacio carcelario. La implementación del PRISMA constituye en gran medida el avance de una lógica exógena, ajena a la tradicional estructuración de la prisión. Su puesta en funcionamiento pretende un atravesamiento del espacio carcelario por prácticas que responden a pautas que son establecidas en otras instancias. Y hay una intención de los profesionales del PRISMA de reforzar esta identificación con el afuera. El férreo apego a los criterios médicos de admisión puede ser leído como muestra de ello. A la vez, este atravesamiento produce otra tensión en lo que respecta al modo en que se significa la “seguridad”.

El PRISMA abre la posibilidad de disociar el binomio seguridad- tratamiento. Y de esta manera, y en términos más generales, complica la histórica imbricación entre la psiquiatría y el derecho penal, donde uno y otro se engarzan en la producción de seguridad entendida en una serie de pliegues que suponen seguridad para la sociedad (en la medida en que conjura el “peligro” que representa para la sociedad la persona detenida), seguridad para los funcionarios penitenciarios (preservar sus prácticas habituales, normalizadas y rutinarias dentro de la cárcel) y seguridad para los presos (evitar que pongan en peligro su propia “integridad” o incluso su vida). Tradicionalmente, la producción de esa seguridad se articula como intervención individualizada sobre la persona detenida, para encauzar su conducta, transformarla. Esto es el tratamiento carcelario, y la atención de la salud mental es una de sus variantes. Esto es lo que PRISMA pone en discusión al proponer una lógica de atención de la salud que no se postula como producción de seguridad. Siguiendo esta lógica, la coordinadora del PRISMA señalaba taxativamente:

“En el programa no se recibe a nadie por cuestiones de seguridad, la seguridad sólo acompaña el tratamiento” [Coordinadora de PRISMA, en entrevista para esta investigación].

A partir de ese desacople es que la intervención respecto de la atención de la salud se piensa como disociada respecto de la seguridad. El tratamiento es para PRISMA, exclusivamente, atención de la salud. La “lógica de la seguridad” se identifica como algo ajeno a la propia práctica, con lo que hay que lidiar sólo en tanto factor contextual dado que la práctica de atención de la salud se desarrolla en un establecimiento penal de máxima seguridad.

“Hacemos trabajo conjunto con el SPF, para combinar dos lógicas tan diferentes como son la de la seguridad y la del tratamiento de salud mental. Nosotros consideramos que los presos sólo deben estar privados de su libertad ambulatoria, pero de ningún otro derecho” [Jessica Muniello en diario La Nación, 30 de septiembre de 2014]”. El subrayado es nuestro.

De este modo, se pone de manifiesto una cadena asociativa por la que la lógica de la seguridad supone la privación de derechos, contrapuesta a la salud como derecho.

Por otra parte, esa disociación entre seguridad y tratamiento de la salud, se apoya en la tradicional partición civil – penitenciario. Una y otra se refuerzan mutuamente.

Cómo manejan el tema de la seguridad dentro del PRISMA ?

“Ese fue el conflicto y eso fue lo que lo detonó. La gente de seguridad empezó a sentir que éstos [los profesionales del PRISMA] tenían el poder, acá siempre es un conflicto entre la seguridad y el tratamiento. Donde ganó la seguridad, entonces al ingresar los de PRISMA, al ser civiles, empezaron a decirles [a los funcionarios penitenciarios de seguridad] NO a todo: “Nosotros queremos, nosotros queremos manejar la seguridad así...”, uno de los primeros conflictos fue con una psicóloga que atendía en su consultorio, cerraba la puerta, el de seguridad no tenía acceso, no veía.... Antes se atendía con la puerta abierta, con el de guardia ahí nomás, y eso cambió...” [Abogada del SPF, en entrevista para esta investigación].

Aunque en sentido estricto los agentes penitenciarios también son civiles (pertenecen a una fuerza de seguridad y no a una fuerza armada), la contraposición es heredada históricamente de procesos de militarización que caracterizaron el devenir del servicio penitenciario en nuestro país. Y se activa de manera particular en el marco de la puesta en funcionamiento del PRISMA, por la novedad que significa que personal no perteneciente al servicio, se haga cargo, al menos en términos de atención de la salud, de un espacio específico dentro de la cárcel. Y a partir de esta oposición, la seguridad queda del lado de lo penitenciario, y la salud de lo civil.

En un intento por abrir aunque sea parcialmente los muros de la cárcel, los profesionales del PRISMA tienen la iniciativa de no responder a la lógica de lo carcelario, sino de responder a la lógica de la atención de la salud mental. En declaraciones al diario Página 12 profesionales indicaron que:

“El carácter civil de la intervención de PRISMA apunta a producir transformaciones de la lógica disciplinar, punitiva y verticalista que define a la prisión”. (P12, 20/10/2014).

Esta afirmación permite suponer que los profesionales del programa buscan ir más allá de los efectos concretos de sus intervenciones sobre los usuarios del servicio de salud mental, esa expansión de sus objetivos, como veremos, no es inocua sino que tiene efectos a nivel de prácticas muy arraigadas.

PRISMA, el problema de los enunciados de “peligrosidad” y el desacople entre atención de la salud y “tratamiento penitenciario”

El discurso de los profesionales del PRISMA va en la misma línea que la nueva Ley de Salud Mental y se instala como un discurso clínico-crítico que cuestiona una política de tratamiento basada en el voluntarismo (Bertolozzi & Vitalich, 2013; Muniello, 2013). Desde esta perspectiva, en los dispositivos tradicionales de atención de salud mental en el espacio carcelario, el tratamiento queda supeditado a un pacto tácito según el cual el acompañamiento terapéutico se mantiene mientras los pacientes “demuestren voluntad de querer cambiar”, lo que en la bibliografía psiquiátrico-penitenciaria se suele denominar la “alianza terapéutica” (Paumard, Rubio, & Granada, 2007, p. 68). En este planteo la prueba de esa voluntad remite al hecho de que los presos ajusten su conducta a las expectativas expresadas de la institución penitenciaria. Esto a su vez no quiere indicar que el tratamiento de las personas presas sea una decisión libre de los detenidos, sino que la efectividad del mismo radica en la adecuación de su conducta a ciertos parámetros institucionales.

Asimismo, el discurso del PRISMA encierra una crítica a la posición objetivista que supone la discontinuidad esencial entre las conductas objetivadas y las prácticas de “observación” y “clasificación”. Contra este objetivismo ingenuo, este discurso propone una posición reflexiva sobre los efectos de la propia práctica “psi” sobre los procesos subjetivos que se buscan intervenir.

Una vez más, la irrupción del PRISMA, en tanto que lógica exógena respecto de la tradicional estructuración del espacio de encierro, comienza a producir cierta desidentificación entre atención de la salud mental y “tratamiento penitenciario”.

Vale volver a mencionar que la articulación entre derecho penal y psiquiatría ha funcionado sin mayores inconvenientes hasta nuestros días. El derecho penal necesita y demanda constantemente a la ciencia una respuesta respecto de la previsibilidad de la conducta humana (Foucault, 1996). Necesita saber si un sujeto es peligroso, su grado de peligrosidad/temibilidad y, fundamentalmente, saber si va a volver a delinquir. En definitiva, saber a “ciencia cierta” si se lo puede/debe dejar en libertad sin generar un perjuicio para la sociedad. Desde ya que el conjunto de saberes que vienen a dar respuesta excede a la psiquiatría, y hacia el siglo XIX el positivismo criminológico buscó colmar esta demanda a partir de un conjunto de saberes que incluía la psiquiatría pero también la psicología, la antropología, la biología e incluso, la sociología (Lombroso, Ferri, Ingenieros, Ramos Mejía, por nombrar sólo algunas de las personalidades influyentes en este aspecto). Y aunque hace tiempo el positivismo criminológico perdió su hegemonía en el ámbito penal, sin embargo, la articulación entre el derecho penal y el discurso científico a partir de los enunciados de peligrosidad, sigue en plena vigencia.

En efecto, la pregunta por la peligrosidad de un sujeto es la pregunta del juez cuando dicta la sentencia. Y es también la pregunta que el juez de ejecución realiza al gabinete criminológico del SPF para dictaminar una libertad condicional, una salida transitoria.

Como ha sido mencionado, los internos condenados y con padecimientos mentales, usuarios de los dispositivos de atención psiquiátrica, son sustraídos del régimen de progresividad y de los beneficios a él asociados. “Volver” al sistema depende de un dictamen médico psiquiátrico que es, en cierto modo un dictamen de normalización. En el caso de los llamados inimputables (cuyo encierro responde a una “medida de seguridad”), la posibilidad de recobrar esta libertad también requiere este tipo de enunciación médico psiquiátrica.

En ambos casos, los enunciados de peligrosidad deben ser, según la lógica jurídica y penitenciaria, enunciados de cura o sanación, una descatalogación del sujeto como “enfermo mental” o “enajenado”.

En el caso de PRISMA, esta expectativa entra en colisión con la perspectiva asumida por los profesionales de la salud que llevan adelante el programa:

“No laburamos desde la moralidad. No curamos a nadie. (...) Uno de los objetivos del programa es cambiar el modo en que se redactan y se arman los informes para el poder judicial. No queremos rotular” [Psiquiatra de PRISMA, entrevistada para esta investigación].

Los profesionales del PRISMA señalan y ponen en relieve una histórica “confusión” entre salud y seguridad, articulada en términos de un “tratamiento” vinculado a la progresividad del régimen penitenciario tal como ha sido concebido hasta ahora. Ponen en crisis esa configuración al redefinir el problema de la salud mental en contextos de encierro en términos de restitución de derechos, y de esta manera el tratamiento no se define como estrategia de intervención sobre una persona para encauzar sus conductas de manera “segura” (en sus tres componentes), a partir de una sobrecodificación de las conductas según el vector docilidad-transgresión. Por el contrario, el tratamiento se plantea como un proceso de resignificación de una forma de vida, donde se busca el modo de habilitar, de hacer posible una modificación en una forma de sentir y vivir que produce un sufrimiento.

Como ruptura, los profesionales del PRISMA (se)proponen una práctica clínica que se desarrolle “en las antípodas de la normalización” (Bertolozzi&Vitalich, 2013, p. 20). Una clínica del sufrimiento y no de la

persona. Lo que se configura como objeto es el sufrimiento subjetivo. Contra la lógica de la normalización, una clínica que no se articula con las formas jurídicas de veridicción y busca desafiar lo instituido para posibilitar espacios de libertad como apertura a subjetivaciones posibles. Un dispositivo de atención que pretende erigirse en los márgenes de los mecanismos jurídicos, y que reniega de subsumirse a ellos. Un discurso psiquiátrico que reniega de la articulación histórica entre psiquiatría y ciencia penitenciaria.

Es en este punto que el diálogo entre el derecho penal y el discurso médico-psiquiátrico se interrumpe. El programa no responde respecto de quién es la persona, ni de cómo se comporta, no se hacen evaluaciones morales y mucho menos predicciones respecto de la conducta humana, solo dan cuenta de “las líneas singulares que determinan el sufrimiento de alguien que padece”. Hay una “sustitución de la lógica del juicio (víctima- peligroso) por una lógica del sufrimiento singular” (Bertolozzi & Vitalich, 2013). Además, señalan que los términos “paciente” e “interno” no son adecuados para referir la condición de las personas secuestradas en el sistema carcelario. Los profesionales PRISMA insisten en que sus informes nunca indican ni grados de resocialización ni de peligrosidad. Realizan una afirmación que desde hace más de un siglo no hace más que actualizarse pero que sin embargo debe volver a ser enunciada: “no podemos prever la conducta humana”.

Consideraciones finales

El estudio de la reorganización de los servicios de atención de la salud mental en el SPF permite advertir la emergencia del PRISMA como la irrupción de una lógica exógena en el espacio carcelario. Ésta produce una serie de tensiones y reacomodamientos que ponen en evidencia los resortes de la tradicional articulación entre psiquiatría y sistema penal, pero que también enfrenta el desafío de pensar los alcances de la ruptura que proponen estas nuevas prácticas de atención de la salud mental, así como sus implicancias en el marco del funcionamiento del sistema penal.

Una de las tensiones que se recuperan en estas palabras finales, es la que se da entre PRISMA y los funcionarios del servicio penitenciario que se sienten “incómodos” con el modo en que el programa se desarrolla. Estos últimos perciben que el programa no resuelve aquello que para la gestión de la cárcel constituye un problema capital: el “detenido conflictivo”. PRISMA no funciona como una herramienta para contener problemas vinculados al orden intramuros. En efecto, surge como producto de una intervención interministerial y se posiciona en la cárcel reforzando su identificación con el afuera, lo que en parte se logra a partir del estricto cumplimiento de los criterios médicos de admisión.

Como efecto de esta intervención se produce una demanda de atención residual que será canalizada a través del PROTIN. Un servicio de salud propiamente penitenciario que funciona justamente para “dar respuesta a toda la gente que no llega a PRISMA, pero te genera problemas”. Es por esto que, en el marco de este programa, cuerpo médico y cuerpo de seguridad funcionan en tándem, sin conflictos, encarnando el acople entre tratamiento penitenciario y tratamiento de la salud que, tradicionalmente supone el régimen correccional.

En efecto, PRISMA se instituye fundamentalmente como un dispositivo no penitenciario. Más precisamente como un programa de atención “civil” de la salud mental. Y su funcionamiento supone el desacople entre tratamiento de la salud y tratamiento penitenciario, que se expresa en la ruptura con la funcionalidad del enunciado de peligrosidad. Así, se desestabiliza uno de los mecanismos fundamentales por los que el sistema penal en general y en particular el servicio penitenciario racionaliza sus prácticas: un saber médico-psiquiátrico-criminológico, un saber profesional que supuestamente viabiliza la corrección.

Ahora bien, en el actual funcionamiento del complejo jurídico-penitenciario, la enfermedad mental, sea que se trate de condenados o de alienados inimputables, lleva consigo la suspensión de la progresividad prevista en el régimen correccional. Por lo que se reactualiza el problema de la pena indeterminada. Para estas poblaciones queda suspendida la posibilidad de acceder a beneficios (libertad condicional) y medidas morigeradoras del encierro (salidas transitorias, por ejemplo). En el caso del PRISMA esto es notorio y en extremo nocivo dado que la cuarta fase de ejecución del programa, que se suponía debía trabajar sobre el egreso nunca fue plenamente implementada.

En este escenario, la posibilidad de retornar al régimen de progresividad para los condenados, así como la posibilidad de externación para los presos sujetos a medidas de seguridad, depende de que el dispositivo de atención (PRISMA en este caso) se pliegue a la lógica criminológica. Para que el discurso sobre el paciente resulte operativo, es decir, tenga consecuencias en las condiciones de encierro y, fundamentalmente, pueda esgrimirse como argumento para la obtención de la libertad, debe poder ser traducido en los términos del lenguaje criminológico de la “peligrosidad”.

Atravesar el espacio carcelario con prácticas que supone lógicas que le son ajenas es algo demandado por aquellos que buscan mejorar las condiciones de detención y de vida de las personas encarceladas. Sin embargo, hay que tomar en consideración los efectos desestabilizadores que esto pueda tener en el funcionamiento penitenciario, y sus consecuencias.

Finalmente, la realización de este estudio confirma la convicción de que la atención de la salud mental en el espacio carcelario no debe ser pensada como una práctica monolítica y homogénea. Otros trabajos han presentado a los dos programas de atención psiquiátrica, PRISMA y PROTIN, como programas complementarios que, en bloque, refuerzan las lógicas del gobierno del espacio carcelario (Andersen, 2017). Frente a esos análisis se advierte la necesidad de dar cuenta de los intersticios y líneas de fuga que son posibles, sus alcances y límites.

Sin desatender los efectos de reproducción de orden carcelario implicados en la práctica de atención psiquiátrica, es preciso dar cuenta de la heterogeneidad de eso que se denomina “dispositivo psiquiátrico”. En efecto, un dispositivo implica tensiones, desajustes, movimientos. Así, la emergencia del PRISMA como elemento novedoso modifica aunque sea parcialmente la lógica predominante del dispositivo. No es un cambio radical ni para siempre, seguramente su impacto no sea el proclamado y menos aún el demandado, pero sí es una transformación a un nivel capilar, de prácticas concretas cuyo estudio, permite, en espejo, comprender la economía de relaciones que viene a desestabilizar, y, al mismo tiempo, vislumbrar los conflictos que plantean nuevos horizontes.

Agradecimientos

La investigación que dio origen a este artículo se desarrolló en conjunto con el equipo del Programa contra la Violencia Institucional de la Defensoría General de la Nación. Agradecemos especialmente a su director, Nicolás Laino, por su generosidad y el acceso a los materiales. También agradecemos a la Dra. Mariana Galvani que realizó dicha investigación con nosotras y por último también agradecer a los profesionales y funcionarios entrevistados por su disponibilidad y apertura.

REFERENCIAS

- Andersen, J. (2017) El dispositivo psiquiátrico en el servicio penitenciario federal. Cuadernos de estudios sobre sistema penal y derechos humanos, II (3-4), 162-172.
- Barrios Flores, L.F. (2000) Un siglo de psiquiatría penitenciaria. Revista Española Sanidad Penitenciaria, 1, 23-30
- Bentham, J. (1979) El Panóptico. Madrid, La Piqueta.
- Bertolozzi, F.M. & Vitalich, P. (2013) «Tampoco son tan pobrecitos» Alternativas ético-políticas frente a la hegemonía del modelo asistencialista-peligrosista. Revista Derecho Penal, 5(II), 7-22
- Caimari, L. (2002) Castigar civilizadamente. Rasgos de la modernización punitiva en la Argentina (1827-1930). En S. Gayol & G. Kessler (Eds.), Violencias, delitos y justicias en la Argentina (pp. 141-168). Buenos Aires, Manantial.
- Cels, & Mdri (2006) Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Washington, DC: Mental Disability Rights International - Centro de Estudios Legales y Sociales
- Claus, W. (2015) El trabajo penitenciario como «trabajo sucio». Justificaciones y normas ocupacionales. En XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires.

- Daroqui, A.; Fridman, D.; Maggio, N.; Mouzo, K.; Rangugni, V.; Anguillesi, C. & Cesaroni, C. (2006) Voces del Encierro. Mujeres y Jóvenes Encarcelados en la Argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Omar Favale
- Foucault, M. (1991) Saber y verdad. Madrid, La Piqueta.
- Foucault, M. (1996) La evolución de la noción de 'individuo peligroso' en la Psiquiatría legal. En La vida de los hombres infames. Buenos Aires, Editorial Altamira
- Foucault, M. (1997) La arqueología del saber (decimotercer) México: Siglo veintiuno editores.
- Foucault, M. (2002) El orden del discurso. Fabula (2a). Barcelona, Tusquets.
- Foucault, M. (2003) La verdad y las formas jurídicas. Barcelona, Gedisa editorial
- Galvani, I. (2015) Jerarquías y jerarquizaciones en el ámbito carcelario: poder, reciprocidad, autoridad y violencia en las cárceles bonaerenses (Argentina). En XXX Congreso ALAS Costa Rica. San José de Costa Rica.
- Goffman, E. (1998) Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires, Amorrortu editores.
- Gual, R. (2013) Control social y prisión- muerte. Prácticas estatales legales e ilegales para la gestión de la prisión federal argentina. En X Jornadas de Sociología. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado a partir de <http://www.academica.com/000-038/647>
- LA NACIÓN (2014) Cómo funciona el pabellón psiquiátrico de la cárcel de Ezeiza, 30/9. <http://www.lanacion.com.ar/1728272-carcel-y-salud-mental-como-funciona-el-pabellon-psiquiatrico-del-complejo-penitenciario-de-ezeiza>
- Ley 24.660 de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad (1996) Publicada en Boletín Oficial el 16 de julio de 1996. Argentina.
- Ley Nacional 11.179 Código Penal de la Nación Argentina (1984, actualizado). Título V, artículo 34°. Fecha de Sanción: 21-12-1984. Publicada en Boletín Oficial el 16 de enero de 1985. Argentina.
- Ley Nacional 26.657 de Salud Mental (2010). Publicada en el Boletín Oficial el 3 de diciembre de 2010. Argentina.
- Lombráña, A.; & Pepe, M.B. (2013) Salud mental y cárcel: dispositivos de «cuidado» en contextos penitenciarios a partir de la Nueva Ley de Salud Mental. En VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Sección de Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- MJyDH y MS, Resolución Conjunta 1075/2011 y 1028/2011. Creación del Programa Interministerial de Salud Mental (PRISMA).
- Mouzo, K. (2011) Servicio Penitenciario Federal. Un estudio sobre los modos de objetivación y de subjetivación de los funcionarios penitenciarios en la Argentina actual. Tesis de Doctorado en Investigación en Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Sociales. UBA, Buenos Aires.
- Muniello, J. (2013) Desafíos de una práctica transformadora dentro de la Política Penal. Programa de evaluación y tratamiento a personas con sufrimiento mental en contextos de encierro (Infojus). Recuperado el 4/08/2016 de <http://www.saij.gob.ar/docs-f/ediciones/libros/prisma.pdf>
- PÁGINA 12 (2014) Otro 'prisma' en salud mental, 20/10. <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-257897-2014-10-20.html>
- Paumard, C., Rubio, V. & Granada, J.M. (2007) Programas especializados de Trastornos de Personalidad. Norte de Salud Mental, 27, 65-72.
- Perez Martínez, E. (2004) ¿Psiquiatría penitenciaria? Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 6(3).
- Poblet Machado, M. & Martín, E.D. (2016) Salud Mental, Sistema Penitenciario Federal y Programa Interministerial de Salud Mental Argentino. Tensiones e intervenciones en Problemáticas Sociales Complejas. Margen, (86). Recuperado a partir de <https://www.margen.org/suscri/margen82/martin82.pdf>
- Resolución 1374/2011 de la Dirección Nacional del SPF, publicada en el Boletín Público Normativo N° 467 del 24 de julio de 2012: Protocolo de Procedimiento y Organización del Servicio Psiquiátrico para Varones
- Sozzo, M. (2015) Locura y crimen. Nacimiento de la intersección entre los dispositivos penal y psiquiátrico. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones Didot.

Valles, M. (2000) Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid, Síntesis.

NOTAS

- 1 El SPF es una Fuerza de Seguridad que en la actualidad depende el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, a través de la Secretaría de Justicia y más específicamente de la Subsecretaría de Gestión Penitenciaria. Tiene bajo su custodia a personas procesadas o condenadas por delitos comunes en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y por delitos federales cometidos en cualquier lugar del país.
- 2 Este trabajo es un desarrollo ulterior de una investigación realizada conjuntamente con el Ministerio Público de la Defensa, cuyo informe final se encuentra actualmente en prensa.
- 3 La ley 24.660 fue modificada en julio de 2017, lo que dio lugar a una serie intensa de debates en torno a cómo, aunque no cambia el carácter progresivo del régimen penitenciario en términos generales, no obstante, para cierto tipo de delitos el horizonte de la progresividad de la pena vinculado a la noción de resocialización ha quedado como mínimo obturado.
- 4 Un antecedente de este proceso de reforma data del año 2007 cuando, por decisión del SPF, los psiquiatras del SPF fueron desplazados por profesionales no penitenciarios, a desarrollar sus tareas en el módulo 6 del Complejo Penitenciario Federal 1 (Ezeiza). En dicho momento se crea un programa antecedente de lo que luego se denominará PROTIN.

Revista CuadernosFHyCS-UNJu por Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Basada en una obra en <http://revista.fhycs.unju.edu.ar/revistacuadernos>.
CC BY-NC-SA