

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Licenciatura en Psicología

"Estudio de casos: Reivindicación de derechos en el campo de la Ley de Salud Mental en favor de la población masculina privada de libertad de la Unidad Penitenciaria Nro. 16 de la Ciudad de Rosario"

Tesista: Barrenechea, Juliana

Tutor: Saenz, Ignacio

Noviembre, 2023

"Si es cierto que el poder ha afectado cada vez más nuestra vida cotidiana, nuestra interioridad y nuestra individualidad, si se ha hecho individualizante, si es cierto que el propio saber está cada vez más individuado, formando hermenéuticas y codificaciones del sujeto deseante: ¿qué le queda a nuestra subjetividad? Al sujeto nunca le queda nada, puesto que constantemente hay que crearlo, como núcleo de resistencia según la orientación de los pliegues que subjetivan el saber y doblan el poder"

(Deleuze,1987)

RESUMEN

La presente tesis tiene como objetivo investigar el estado de reivindicación de derechos en el campo de la Ley de Salud Mental en el contexto carcelario, específicamente en la Unidad Penitenciaria Nro. 16 de la Ciudad de Rosario, Argentina, en favor de la población masculina privada de libertad. La metodología utilizada fue cualitativa, basada en la hermenéutica de Geertz y en un enfoque etnográfico. La unidad penitenciaria Nº 16 de Rosario consta de un área intramuros, que abarca la infraestructura carcelaria, y un área extramuros, de acceso público. La población de la prisión ha sido analizada a través de datos del Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena. Para la investigación, se seleccionaron 12 internos masculinos de edades comprendidas entre los 20 y 30 años. Se emplearon diferentes instrumentos de recolección de datos, como entrevistas semiestructuradas dirigidas a los internos y entrevistas participantes con un profesional de la salud. Los datos fueron registrados y transcritos posteriormente para su análisis. La investigación se realizó respetando consideraciones éticas, como el consentimiento informado de los participantes y la garantía de confidencialidad de los datos. Las conclusiones revelaron que los internos perciben una fragilidad y apatía en el sistema de salud, así como en la garantía de sus derechos. Las representaciones sociales elaboradas por ellos muestran una actitud pasiva y resignada, y señalan la banalización de los tratamientos y derechos. Por otro lado, las personas externas al contexto carcelario muestran una mayor conciencia y compromiso con la reivindicación de derechos y se preocupan por las herramientas necesarias para la reinserción de los internos en la sociedad. A pesar de las diversas perspectivas y experiencias revisadas, el problema de la reivindicación de derechos en el ámbito carcelario parece carecer de soluciones efectivas y concretas. Se destaca la importancia de la acción individual y la verdadera convicción de los profesionales en considerar las necesidades de la población carcelaria en cumplimiento de la ley.

PALABRAS CLAVE: Reivindicación de derechos. Ley de salud mental. Contexto carcelario.

Índice general

INTRODUCCIÓN **4**
OBJETIVOS **10**
OBJETIVO GENERAL 10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 10
MARCO TEÓRICO **11**
CAPÍTULO I: Salud Mental y política criminal en el debate contemporáneo 11
CAPÍTULO II: Ley de Salud Mental y derechos humanos en el contexto carcelario argentino 18
CAPÍTULO III: Dispositivos de Salud Mental en el contexto carcelario de la Provincia de Santa Fe y el caso de la Unidad Penitenciaria Nº 16 de Rosario. 25
ABORDAJE METODOLÓGICO **39**
ÁREA DEL ESTUDIO 39
TIPO DE ESTUDIO 40
POBLACIÓN Y MUESTRA 40
TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 41
INSTRUMENTOS 41
PROCEDIMIENTO 42
CONSIDERACIONES ÉTICAS 43
PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DEL MATERIAL RELEVADO **45**
Representaciones sociales de internos procesados respecto a la gestión de su salud mental dentro de la institución 45
Representación de la rutina de funcionamiento del dispositivo de salud 46
Impactos de orden social, afectivo y material que han tenido lugar en la vida diaria de los internos a partir de su inserción en el entorno carcelario 50
Discusión de los resultados obtenidos 51
CONCLUSIONES **54**
BIBLIOGRAFÍA **55**
ANEXOS **59**
ANEXO 01: PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA 60
ANEXO 02: ENTREVISTA-PARTICIPANTE A SUJETO DE INVESTIGACIÓN: Profesionales del Dispositivo de Salud Mental 61
ANEXO 04: CONSTRUCCIÓN DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS 64

INTRODUCCIÓN

Compartiendo la opinión de Rossetti (2016), se considera deseable que cada persona involucrada, cada titular directo de los derechos consagrados, pueda disfrutar de todos ellos mediante los mecanismos, argumentos, fuentes y herramientas disponibles en los derechos nacionales, así como en los derechos humanos regionales e internacionales. El derecho no debe dejar de ser un instrumento de lucha, y los derechos humanos deben utilizarse para igualar y liberar a todos, especialmente a los más oprimidos, olvidados e invisibles (Rossetti, 2016).

En 2010, Argentina promulgó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 con el objetivo de unificar las leyes y prácticas provinciales relacionadas con el cuidado y tratamiento de personas con padecimientos mentales. Esta ley ajustó 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. La aprobación de esta ley puede ser considerada como la materialización de un proceso prolongado de reivindicación de derechos, que incluyó la influencia del marco normativo internacional y la movilización y participación activa de organizaciones de la sociedad civil (Lombraña & Pepe, 2013).

Según Stolkiner (2005), si bien las políticas de salud actuales no representan un cambio radical con respecto a las anteriores en términos de sus principios fundamentales, logran proporcionar una mayor dirección por parte del Estado. En el caso de la salud mental, renuevan el propósito de buscar formas de asistencia y promoción comunitaria basadas en la atención humanitaria.

En este sentido, la importancia de este estudio es de índole social, clínica y académica, ya que se espera que sus resultados llamen la atención sobre la necesidad de que el tratamiento de los enfermos mentales en prisión, tanto en centros especializados como en prisiones ordinarias, deje de ser un desafío abordado casi exclusivamente por la Administración penitenciaria y pase a ser responsabilidad de los poderes públicos en su conjunto. Es crucial evitar que los recortes en el gasto público limiten la adopción de medidas necesarias para mejorar la situación de estas personas enfermas y privadas de libertad, y se debe respaldar la exigencia de una participación más activa por parte de las administraciones competentes (Stolkiner, 2005).

Aunque se han realizado estudios valiosos sobre el tema a nivel nacional, contar con los datos actualizados generados por el SNEEP a nivel nacional y el RVPI a nivel provincial es un gran aporte. Sin embargo, es saludable e imprescindible que los datos

fríos se complementen con discursos cualitativos y se enriquezcan con las voces de las personas involucradas. Se insta además a que estos temas sigan siendo abordados y revisados de manera constante, incluso a través de intervenciones modestas como la presente investigación, que se destaca por su innovador modelo de entrevistas e instrumentos de participación directa de los actores. Para esta investigación, estos fueron aplicados dentro del entorno carcelario, despertando el interés de los participantes por obtener más información sobre el tema y brindando a la tesista una oportunidad para resolver las preguntas y dudas que surgieron de manera espontánea durante el taller de trabajo que dio lugar a la presente tesis.

El análisis sobre las instituciones totales reconoce a Erving Goffman[1] como uno de sus investigadores más destacados. Su obra se centra en el deterioro de la personalidad de los internados en instituciones psiquiátricas y penitenciarias, así como en la estigmatización que experimentan al pasar por estas instituciones. Según Rivera Beiras (2005), Goffman detalló el concepto de "mortificaciones" que experimenta una persona al ingresar a una institución total y definió estas instituciones como lugares donde un gran número de individuos en la misma situación comparten una rutina diaria en confinamiento administrada formalmente.

La Declaración de los Derechos Humanos, desde su creación, ha expresado por su parte una serie de derechos fundamentales y garantías que se han incorporado en textos normativos internacionales y nacionales. Es importante destacar, como señala Rivera Beiras (2005), que esta declaración tiene una limitación con relación a la privación de libertad. Sin embargo, consagra derechos importantes para las personas privadas de libertad, como la igualdad, la prohibición de discriminación, el derecho a la vida, la libertad y la seguridad personal, la prohibición de la esclavitud y la tortura, el derecho a un recurso efectivo ante los tribunales de justicia, la prohibición de detención arbitraria, el derecho a la defensa con garantías legales y el principio de legalidad.

En la actualidad, Argentina ha ratificado todos los instrumentos internacionales en materia de derechos humanos derivados de la Declaración, y los ha incorporado en su Constitución Nacional según el artículo 75, inciso 22. Hace más de una década se promulgó además la Ley Nacional de Salud Mental N°26657/2010 en cumplimiento de los compromisos internacionales en el ámbito de la salud mental. Esta ley, junto con su

[1] Erving Goffman, reconocido sociólogo y autor, es ampliamente conocido por su destacada contribución al estudio de las instituciones totales. Según su teoría, las instituciones totales, como los establecimientos psiquiátricos y los centros penitenciarios, provocan un deterioro en la personalidad de los internados y los estigmatizan. Goffman describe estas instituciones como lugares de residencia y trabajo donde un gran número de individuos en igual situación comparten una rutina diaria, aislados de la sociedad por un período significativo de tiempo y sometidos a una administración formal (Rivera Beiras, 2005)

reglamento, el Decreto 603/13, establece obligaciones y principios basados en el paradigma humanístico (Rossetti & Monasterolo, 2016).

Stolkiner (2018) ha ubicado como precedente obligado de la Ley de Salud Mental en Argentina, al informe "Vidas Arrasadas" del CELS y el MDRI que, en 2007, publicitó la situación de las personas internadas en las instituciones psiquiátricas en el país. Como conclusión de ese informe, que develó existencias sumidas en graves violaciones de derechos, se hizo pública la necesidad de crear una legislación que se enmarcara en el "enfoque de derechos en políticas públicas": una propuesta del siglo XXI. A partir de ese disparador, la autora ubica a la ley Nacional de Salud Mental, su posterior decreto reglamentario, así como los dispositivos creados para su implementación, como iniciadores de un proceso con tensiones y puja de actores que se extiende hasta hoy.

La Ley Nacional de Salud Mental 26657 en Argentina representa un paso crucial para establecer una política de salud mental basada en los enfoques de derechos, atención primaria de la salud y desmanicomialización. A pesar de los avances, Ase y Burijovich (2016) señalan que el contexto actual de restricciones financieras y deslegitimación social plantea desafíos significativos para la gestión pública.

Esta ley promueve la desjudicialización de la asistencia en salud mental, la construcción de apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica, el respeto al consentimiento informado, la limitación de las internaciones y la coordinación entre diferentes áreas del Estado para evitar la institucionalización indefinida y la cronificación.

Según Lombraña y Pepe (2013), las innovaciones propuestas desde la ley se consideran por casi todos los sectores como un verdadero cambio de paradigma. De acuerdo con ellos, estas innovaciones reemplazan la antigua concepción del "enfermo mental" como objeto de la psiquiatría, por una nueva perspectiva en la que la persona que sufre se convierte en sujeto de derecho. Esto implica un cambio radical en relación con la legislación anterior, ya que reconoce la capacidad jurídica de las personas que utilizan servicios de salud mental, tanto como titulares de derechos como agentes capaces de ejercerlos por sí mismos. En consecuencia, la incapacidad jurídica solo debe aceptarse parcialmente en relación con derechos específicos y limitarse en el tiempo mediante un dictamen judicial (Lombraña & Pepe, 2013).

Dentro del sistema penitenciario, Arroyo Cobo (2014) plantea la existencia de dos grupos distintos de situaciones legales que podrían determinar necesidades de atención en salud mental. Por un lado, están los enfermos mentales que son declarados por los tribunales no responsables del delito cometido y condenados a una medida de seguridad. Por otro lado, están los enfermos mentales que han sido declarados culpables de algún

delito y están cumpliendo una pena en un centro penitenciario (Arroyo Cobo, 2014). Además, se suman a estas dos categorías diversas situaciones derivadas del consumo de sustancias psicoactivas en prisión, así como la comorbilidad resultante de la dependencia de sustancias en personas que también tienen trastornos mentales.

Lledó Sainz de Rozas, Manzanos y Álvarez (2014) señalan que, en cualquier variante de estos contextos, a pesar de que se han realizado estudios confirmatorios por diversas Instituciones Penitenciarias, las respuestas implementadas hasta ahora para garantizar un diagnóstico y tratamiento adecuado son escasas e insuficientes.

Además, según Bravo (2016), en el caso del sistema penitenciario, la implementación incompleta de un ambicioso plan nacional de salud dirigido a las personas privadas de libertad contrasta con el aumento exponencial de personas encarceladas, lo que dificulta cualquier reforma progresista del sistema debido al hacinamiento y las pésimas condiciones de vida que esto implica.

En los últimos tiempos de la historia de los derechos humanos, según Rossetti y Monasterolo (2016), se ha tejido una red de normas con diferentes intensidades, en la cual todo lo que se ha añadido (conceptualmente afín) representa un nuevo elemento orientado en esa dirección.

El ideario de salud "mental" promovido por la normativa internacional ha planteado las siguientes premisas:

- Una conceptualización integral e integrada de la salud, junto con su captación central por parte de las redes de atención primaria.
- La redefinición del sujeto que sufre como contrapartida a una visión puramente objetivista, superando el enfoque biologicista y adoptando uno psicosocial.
- La eliminación de denominaciones estigmatizantes como "enfermo", "peligroso" e "incapaz".
- El abandono del modelo de incapacidad y la correspondiente crítica a los conceptos jurídicos que lo respaldan, como "insania" y "curatela", en favor del paradigma de discapacidad psicosocial y la implementación de sistemas jurídicos de apoyo para la toma de decisiones.
- Un enfoque centrado en la desmanicomialización y, como consecuencia, la internación como último recurso terapéutico temporalmente limitado.
- El abordaje comunitario de los casos afectados por discapacidad psicosocial o sufrimiento mental a través de diversos dispositivos

terapéuticos, como hospitales de día, casas de medio camino y una red integral de apoyo para la toma de decisiones.

- La aceptación de las personas con sufrimientos y/o discapacidades como actores sociales concretos convocados para ejercer activamente su ciudadanía, incluyendo la búsqueda sincera de su integración laboral productiva (Rossetti & Monasterolo, 2016).

En la medida en que la República Argentina se considera un ejemplo destacado de la promulgación de nuevas normas que refuerzan el papel del Estado como garante de derechos sociales, Ase y Burijovich (2016) señalan que el país enfrenta dificultades para implementar de manera efectiva estas políticas y dispositivos institucionales, como se expresa en los marcos normativos citados.

Según Stolkiner (2018), la innovación en el campo de la salud mental no provino directamente del Estado, sino de las fuerzas sociales de resistencia y movilización. No obstante, en los últimos años se han incorporado importantes instrumentos de derechos humanos al ordenamiento jurídico argentino, como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley Nacional de Salud Mental y un nuevo Código Civil y Comercial de la Nación. Estos cuerpos legales se alinean más con los estándares internacionales de derechos humanos y la Constitución Nacional. Sin embargo, según REDI, CELS, ACIJ y CIDDH (2018), las normas procesales no han experimentado los mismos cambios y aún conservan en cierta medida los preceptos antiguos aplicables a los procesos de "insania" e "inhabilitación". En este contexto, es relevante recordar que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad tiene rango constitucional.

En el ámbito carcelario, García Borés, Garés, López y Oviedo (2016) señalan la evidente dificultad para llevar a cabo la observación de los internos tal como lo exige la ley, lo que conduce a evaluaciones subjetivas y arbitrarias sobre una mayoría de internos prácticamente desconocidos.

En este sentido y con relación al sistema penitenciario, a pesar de la introducción de variables cognitivas, se observa una orientación predominantemente conductista y punitiva en lugar de enfoques terapéuticos más profundos. Esta orientación conlleva limitaciones y problemas de perdurabilidad en los efectos terapéuticos. Incluso las intervenciones más centradas en aspectos cognitivos no escapan a esta lógica y presentan limitaciones. García Borés, Garés, López y Oviedo (2016) enfatizan que sin voluntariedad y sin un deseo sincero de participar, ninguna intervención psicológica tiene posibilidades de éxito.

Tomando en cuenta estas premisas, la presente investigación busca aportar en el discernimiento de las variables e indicadores que lleven a comprender en profundidad:

¿En qué medida, el estado de reivindicación de derechos conseguido a partir de la Ley de Salud Mental ha sido naturalizado en el contexto carcelario, en favor de la población masculina privada de libertad?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Indagar el estado de reivindicación de derechos en el campo de la Ley de Salud Mental que han sido naturalizados en el contexto carcelario, en favor de la población masculina privada de libertad de la Unidad Penitenciaria Nro. 16 de la Ciudad de Rosario.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar y describir los conocimientos y las representaciones particulares de los internos sobre la existencia de una Ley de Salud Mental que reconoce y garantiza sus derechos.
- Indagar sobre el grado de aplicación o alcance de los derechos regulados en la Ley de Salud Mental, a partir de los dispositivos de salud mental desplegados en la unidad penitenciaria.
- Analizar si el tratamiento actual de salud mental en la unidad es acorde al nuevo paradigma que propicia la Ley de Salud Mental vigente.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: Salud Mental y política criminal en el debate contemporáneo

> *"La conciencia moderna tiende a otorgar a la distinción entre lo normal y lo patológico el poder de delimitar lo irreg8ular, lo desviado, lo poco razonable, lo ilícito y también lo criminal. Todo lo que se considera extraño recibe, en virtud de esta conciencia, el estatuto de la exclusión cuando se trata de juzgar y de la inclusión cuando se trata de explicar"*
>
> *(Foucault,1996:13)*

Desde una mirada histórica, se puede observar que la evolución de los métodos punitivos no ha seguido un proceso lineal de mejora en las condiciones de encarcelamiento. Por el contrario, ha habido continuidad en el tiempo con variaciones en las formas de violencia, según la utilidad política de cada régimen (Vacani, 2015).

En este sentido, es importante concordar con las argumentaciones de Foucault, quien en su obra visibilizó y transmitió la idea de que la penalidad en el siglo XIX se convirtió en un control no tanto sobre la conformidad de las acciones individuales con la ley, sino más bien sobre lo que las personas pueden hacer, son capaces de hacer, están dispuestas a hacer o están a punto de hacer (Foucault, 2005). Foucault dejó en claro que la criminología y la penalidad de finales del siglo XIX se centraron principalmente en el concepto de peligrosidad.

Según su perspectiva, la noción de peligrosidad implicaba que la sociedad debía considerar a los individuos en función de sus potenciales y no por las infracciones efectivas de la ley. Esto representó un cambio en la teoría penal, ya que se pasó a evaluar los comportamientos virtuales en lugar de los actos concretos (Foucault, 2005).

En Argentina, el criterio de peligrosidad ha sido el principio medicolegal utilizado para decidir las internaciones psiquiátricas, incluso hasta la actualidad, a pesar de que la legislación nacional vigente promueva un paradigma que busca eliminarlo, en consonancia con los instrumentos internacionales que abogan por la reestructuración de los principios que rigen la atención psiquiátrica. Como resultado, los enfoques hacia los "pacientes penales" abarcan tanto la atención de su salud como su vigilancia. Su doble identidad como enfermos mentales y delincuentes, junto con la doble construcción del problema desde la perspectiva de la salud y el derecho, y las respuestas divididas entre enfoques clínico-terapéuticos y punitivos, hacen que las prácticas cotidianas se

desenvuelvan en un terreno ambiguo y marcado por cambios constantes en las posturas y políticas (Barukel, 2019).

Por otro lado, Foucault sostiene que la "disciplina" y la "democracia" están estrechamente ligadas en una relación dialéctica, ya que no puede haber democracia sin disciplina. Según él, las Luces, que descubrieron las libertades, también inventaron las disciplinas, y esta última pasó a representar el lado oscuro de la democracia y sus principios igualitarios (Rivera Beiras).

A nivel mundial, las formas de organización social han dado lugar a las penas de privación de libertad a lo largo de la era contemporánea. Aquellos que violan los principios de convivencia establecidos por el poder deben pagar con su libertad como forma de reparación. Foucault describió el modelo de control institucional propio de la nueva organización penitenciaria: el panóptico[2], un dispositivo arquitectónico que permitía la observación de los reclusos desde una torre central, controlando así sus movimientos y actividades en las celdas que rodeaban esta estructura. Este dispositivo, diseñado como un mecanismo de vigilancia, control y corrección, enfatizaba la individualización del autor del acto en lugar de considerar la naturaleza jurídica y la calificación penal del mismo (Foucault, 1991).

De esta manera, a lo largo de la era moderna, las formas de exclusión han buscado reformar y corregir a los individuos, incluyéndolos a través de la exclusión y utilizando instituciones para controlar la dimensión temporal de sus vidas y sus cuerpos (Bravo, 2016).

La contribución teórica del jurista argentino Rivera Beiras (2005) se basa en la explicación de Enrique Marí[3] para describir cómo en los individuos en conflicto con la ley, la pérdida de identidad se presenta como un proceso en el que se cancela la programación de los roles de la vida civil. Esto tiene como objetivo que al ingresar en instituciones cerradas, las expectativas y planes de desarrollo de esos roles sufran una

[2] El Panóptico fue un término acuñado para designar una penitenciaría ideal, concebida por el filósofo y jurista inglés Jeremy Bentham en 1785, que permite a un solo guardia observar a todos los presos, sin que éstos sepan si están siendo observados o no.

[3] Enrique Marí (1927-2001) Fue un abogado y licenciado en Filosofía argentino (UBA, 1954 y 1972). Profesor Invitado de diversas universidades, entre ellas las de Bielefeld y la de Saarbrücken, (Alemania). Profesor Consulto de la Facultad de Derecho y de Ciencias Sociales de la UBA. Investigador Principal del CONICET. Fue el gran introductor en la Argentina, de importantes filósofos franceses, entre ellos, Michel Foucault y Louis Althusser. Miembro argentino del Comité Internacional Diderot de París (Francia). Entre sus obras se destacan: Neopositivismo e ideología (1974), La problemática del castigo (1983), Derecho y Psicoanálisis (1987), Elementos de Epistemología comparada (1990), Materiales para una teoría crítica del derecho (1990) y Papeles de Filosofía (1993)

interrupción significativa. Se reconoce que la causa técnica de esta ruptura es la confiscación del tiempo del individuo:

> "*…la separación entre el interno y su mundo dura "todo el día" y puede prolongarse por varios años. Con el regreso al mundo difícilmente puedan compensarse, en etapas más avanzadas del ciclo vital, el tiempo borrado a la adquisición de instrucción, al amor, al progreso en el trabajo, a la educación de los hijos.*" (Rivera Beiras, 2005).

Según Bravo (2016), la autoritariedad o democracia de una sociedad se puede medir según la extensión, complejidad y dirección de sus mecanismos de control social. Cuando este control social va más allá del sistema penal y se extiende a la educación, la familia y otras instituciones que conforman el tejido social, opera directamente mediante la institucionalización de ciertos individuos (en hospitales psiquiátricos, asilos, orfanatos, prisiones, etc.). A partir de esta realidad, se generan discursos y prácticas que justifican estos dispositivos y ocultan su verdadero propósito. Determinadas disciplinas encuentran aquí no solo la explicación de su funcionamiento, sino también la razón misma de su existencia (Bravo, 2016).

En cuanto a la lógica jurídica respaldada por estas argumentaciones, la culpabilidad engloba la imputabilidad, que abarca el potencial de la conciencia ilícita y la exigencia de una conducta diferente. La responsabilidad se convierte en una consecuencia y un requisito necesario para la punibilidad. Según esta lógica penal, se considera que el individuo es imputable antes de cometer el delito, la culpabilidad está presente en el momento del crimen y la responsabilidad es la consecuencia que debe enfrentar en el momento de la condena. La culpabilidad se refiere a un aspecto interno, mientras que la responsabilidad es el aspecto externo y objetivo del delito (Bravo, 2016).

La psiquiatría, en su versión más tradicional y organicista, y el derecho penal se relacionan, según Altoé (2004), a través del concepto de peligrosidad, que es la base fundamental de esta estructura discursiva e institucional. Esta articulación de discursos e instituciones constituye lo que el análisis institucional denomina como "instituido".

El análisis institucional, considerado como una propuesta de intervención transformadora de los colectivos e instituciones, no se limita a diagnosticar la situación de la realidad que aborda, sino que también busca construir alternativas transformadoras para esa realidad. Este proceso de transformación se denomina "instituyente" y se

entiende como la capacidad de cuestionamiento, innovación y práctica política como un significante de la práctica social (Altoé, 2004).

Según Bravo (2016), históricamente se han enfrentado dos grandes tesis en relación con la noción de enfermedad mental y su vinculación con la inimputabilidad de la persona: la tesis alienista, que sostiene que solo los psicóticos pueden ser declarados inimputables, y la tesis nosológica, que amplía esta posibilidad a otras alteraciones patológicas (por ejemplo, graves adicciones). En la actualidad, la segunda interpretación es la que cuenta con mayor consenso, aunque la noción de enfermedad mental sigue siendo polémica en cuanto a su definición legal, ya que "los discursos de protección social contra la amenaza representada por el otro (un otro siempre entendido como una radical otredad: loco, pobre, infractor de la ley, migrante, consumidor de drogas, etc.) son mucho más amplios y se manifiestan de diversas formas, no siempre de manera abiertamente represiva" (Bravo, 2016).

Dado que las políticas manicomiales no se limitan a ciertas instituciones, sino que también se manifiestan y extienden en varios tipos de instituciones y grupos humanos, estas prácticas mantienen características generales identificables que, en el caso de las cárceles, incluyen: la objetualización del sujeto al que están dirigidas (que es el fundamento inicial de estas políticas), la anulación del derecho a la expresión del sujeto o su codificación y clasificación bajo lógicas jurídicas en lugar de clínicas, la subestimación de los factores sociales y culturales, el uso de formas de contención física como el encierro o la medicación abusiva, y la existencia de dispositivos para controlar el tiempo y los cuerpos que aplastan la subjetividad de los internos en estas instituciones (Bravo, 2016).

Según Stolkiner (2005), el debate sobre la definición compleja del proceso de salud-enfermedad-atención ha sido profundizado por la medicina social latinoamericana. Esta corriente ha demostrado la imposibilidad de diferenciar enfermedades "mentales" de enfermedades "biológicas" y la necesidad indispensable de incorporar la dimensión social en su análisis. Por otro lado, Lombraña y Pepe (2013) sostienen que las estrategias de control, cura y tratamiento implementadas en los internos-pacientes-usuarios en contextos penitenciarios son conjuntos heterogéneos que comprenden discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, regulaciones, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosófico-morales y prácticas de salud orientados al abordaje terapéutico-penitenciario de personas con padecimientos mentales alojadas en instituciones penales por la justicia penal.

En el ámbito carcelario, el abordaje de la salud mental no se ha tratado exclusivamente en términos bio-psicológicos, sino que generalmente se ha abordado como una construcción sociocultural con límites difusos. Lombraña y Pepe (2013) enfatizan la necesidad de un enfoque múltiple, multicausal, multiespacial e interdisciplinario que vaya más allá de la mera suma de profesionales que realizan diagnósticos e intervenciones de forma aislada y desconectada. Es necesario un trabajo que, al poner en tensión los discursos y construcciones de sujetos producidos desde cada disciplina, logre articular lecturas, nominaciones y formas de intervención en situaciones inéditas tanto en el ámbito legislativo previo como en el actual.

Arroyo Cobo (2014) señala que la atención psiquiátrica en las prisiones es insuficiente y la falta de evaluaciones rutinarias de los internos para descartar enfermedades mentales, así como la ausencia de programas asistenciales específicos, resulta en un aumento de la reincidencia entre estos individuos. Esto conlleva un aumento en los gastos de los servicios psiquiátrico-asistenciales en la comunidad y de los servicios jurídicos y penales, sin mencionar el costo social provocado por el daño a las posibles víctimas directas, a los familiares y a los propios enfermos.

García Borés, Garés, López y Oviedo (2016) indican en tanto que, el problema fundamental radica en el contexto mismo en el que se lleva a cabo la rehabilitación de los condenados: la cárcel. La privación de libertad no solo implica la pérdida de la libertad física, sino también la privación de roles familiares, sociales y laborales, así como de relaciones sexuales normales y toma de decisiones propias.

En el contexto carcelario, las decisiones y ensayos que los profesionales adoptan en las instituciones penitenciarias, junto con las diversas tecnologías punitivas desarrolladas a lo largo de la historia, tienen un impacto significativo en los internos, afectando aspectos trascendentales y sus necesidades básicas. Esto puede dar lugar a actitudes que van desde la conformidad hasta la indiferencia, desde la simulación hasta la resistencia, e incluso pueden desencadenar depresión o suicidio, como plantea Rivera Beiras (2005).

Entre tanto, el problema del consumo y comercio de drogas también desempeña un papel importante. Según Miró Miquel (2005), para comprender este fenómeno no basta con analizar las características farmacológicas de las sustancias consumidas, sino que también es necesario considerar su definición sociocultural, la licitud o ilicitud, la percepción social del consumidor, los contextos y formas de consumo, así como los aspectos sanitarios relacionados. Los problemas de conducta derivados de la situación mental y psicológica de las personas consumidoras de drogas en prisión dificultan el

control del consumo y la conducta, lo que a su vez aumenta el riesgo de recaídas y pone en peligro el derecho a la salud. Además, las opciones para asumir responsabilidades y ser autónomos en el proceso de rehabilitación de la dependencia suelen ser confusas y generan relaciones de doble vínculo, según Lledó Sainz de Rozas, Manzanos y Álvarez (2014).

Las condiciones de la prisión a menudo provocan el deterioro psicológico y emocional de las personas, lo que dificulta su adaptación a la vida carcelaria, el cumplimiento de las normas y puede resultar en castigos por comportamientos excéntricos o inapropiados. Esto crea un círculo vicioso que agrava sus patologías y dependencias. Si además el trastorno no está diagnosticado, la persona carecerá de claves para comprenderse a sí misma y ser comprendida por los demás.

Las personas con enfermedad mental y/o adicciones viven en la marginación y el estigma en su relación con la sociedad, lo que las hace más propensas al aislamiento social y a ser excluidas mediante la internación en instituciones cerradas. Lledó Sainz de Rozas, Manzanos y Álvarez (2014) argumentan que la gestión de la enfermedad mental y las adicciones en las cárceles parece estar destinada a reproducirlas y a proporcionar respuestas rentables, en beneficio de la industria farmacológica y los profesionales que administran estos servicios. En este contexto, las condiciones de vida en las cárceles generan individuos que son clientes seguros de este sistema.

Foucault menciona repetidamente el "fracaso" de la cárcel, pero a pesar de ese fracaso, la cárcel persiste e incluso se expande. Según Rivera Beiras (2005), esto se debe a que la cárcel está arraigada en la cultura de los últimos dos siglos y su propio fracaso alimenta su perpetuación. Es decir, la cárcel se mantiene debido a sus fracasos, y no a pesar de ellos, como concluye Garland.

Lacan, en su trabajo como perito de la policía parisina, estableció una noción clara de los límites de intervención en el campo jurídico:

> *"La búsqueda de la verdad no es por otro lado lo que hace el objeto de la criminología en el orden de los asuntos judiciales, también lo que unifica estas dos caras: verdad del crimen en su aspecto policíaco, verdad del criminal en su aspecto antropológico, siendo que el objeto de la intervención apunta menos para decir nuestra contribución al estudio de la delincuencia que para fijar sus límites legítimos, y no ciertamente para propagar la letra de nuestra doctrina sin preocupación de método, sino*

> *para repensarla, como nos es recomendado hacerlo incesantemente en función de un nuevo objeto"* (Lacan, 1987:13).

Esto plantea la necesidad de un derecho penal ajustado a principios democráticos que aplique soluciones punitivas de manera limitada, reduciendo así la irracionalidad de su funcionamiento y su impacto en los derechos humanos, como argumenta Bravo (2016).

Para que esta perspectiva de intervención en el campo jurídico encuentre un espacio propicio de desarrollo es necesario que conviva con un derecho penal ajustado a principios democráticos, que debe procurar aplicar soluciones de carácter punitivo de la forma más limitada posible, reduciendo así los niveles de irracionalidad de su funcionamiento. Esta irracionalidad, la propia dirección estigmatizante y parcial de sus prácticas, se relaciona directamente con la agresión general a los derechos humanos que sufre la mayoría de la población latinoamericana, privada de su derecho a una vida digna (Bravo, 2016).

Este principio de intervención mínima del derecho penal excluye, lógicamente, cualquier pretensión de dirigir su acción al tratamiento o a la reeducación de sujetos considerados carentes en el sentido ético, moral o médico. Cabe entonces insistir, en que:

> "*la interpelación a los profesionales de la salud mental por el respeto a la singularidad del loco propone también a la sociedad la discusión sobre todas las otras formas de exclusión social. En función de esa realidad, cabe afirmar que en sociedades periféricas como las latinoamericanas, en las cuales las reivindicaciones emancipatorias en el campo de la subjetividad se combinan aún, necesariamente, con la lucha por garantías mínimas en el campo de la ciudadanía social que nunca fueron conquistadas para la mayoría de la población (...) [estas transformaciones se hacen más urgentes y necesarias] constituyendo un desafío para todo el campo de las políticas sociales*" (Vasconcelos, 2000).

CAPÍTULO II: Ley de Salud Mental y derechos humanos en el contexto carcelario argentino

> *"Es del mundo de las complejas relaciones sociales de donde surge la demanda por el reconocimiento de nuevos derechos fundamentales, pues ya no basta con los tradicionales derechos a la vida, a la libertad o a la propiedad. (...) Tener un derecho es tener una necesidad cuya satisfacción hay razones suficientes para exigir en todo caso; consecuentemente, tener un derecho es jurídicamente hablando, tener una necesidad que la norma del sistema jurídico exige satisfacer en todo caso. (...) Sólo podemos sostener como derechos aquellas necesidades humanas que exigen su satisfacción de forma incondicional"*
>
> *(Rivera Beiras, 2009).*

El enfoque de derechos humanos se basa en la idea de que las políticas e instituciones encargadas de garantizar los derechos sociales deben seguir las normas y principios establecidos en el derecho internacional de los derechos humanos. Este enfoque sostiene que la protección de los derechos fundamentales no debe verse limitada por la falta de recursos, y el Estado se compromete a asegurar el nivel esencial de cada derecho reconocido sin restricciones, independientemente de la situación en la que se encuentre cada individuo (Ase y Burijovich, 2016).

A nivel mundial, el desarrollo de políticas en salud mental ha estado estrechamente vinculado con los estados de bienestar posteriores a la guerra y la expansión del concepto de derechos humanos, en parte influenciado por el trabajo de Franco Basaglia[4], quien argumentó que la desmanicomialización requería una política de pleno empleo. Estas condiciones sentaron las bases para considerar una transformación en el campo de la salud mental. Sin embargo, no fue una tarea fácil debido a la fragmentación y segmentación del sistema de salud, así como a la persistencia de representaciones hegemónicas relacionadas con el modelo manicomial (REDI-CELS-ACIJ-CIDDH, 2018).

En Argentina, la transformación en el campo de la salud mental se vio impulsada por la aparición de nuevos actores, como las organizaciones de derechos humanos y las organizaciones de usuarios y familiares. Estos actores desafiaron la tradicional disputa corporativa y lograron poner fin a años de debates y experiencias parciales, sentando las

[4] Franco Basaglia (1924-1980) fue un psiquiatra italiano conocido por su denuncia pública de las condiciones deplorables e inhumanas de los manicomios. Se le cuenta entre los psiquiatras más influyentes del siglo XX en Italia, tras haber liderado un movimiento intelectual y político en salud mental y propugnar la paulatina clausura de hospitales psiquiátricos italianos desde 1978. Fue el promotor e iniciador de la promulgación de la Ley 180, que prohíbe en Italia la internación de personas en contra de su voluntad y fundó el movimiento Psiquiatría democrática. Además, y aunque él mismo no usaba ese término, se le considera el máximo representante del movimiento anti psiquiátrico de su país.

bases para una transformación necesaria. En 2010, esto se materializó en la Ley Nacional de Salud Mental, que fue el resultado de un consenso entre legisladores, organizaciones sociales, derechos humanos, usuarios y familiares, y profesionales de la salud. Esta ley recibió un fuerte impulso por parte del gobierno nacional y ha promovido cambios en el campo profesional, enfocándose en el respeto de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales graves y promoviendo su inclusión social (Poblet y Martin, 2016).

En 1994, la Constitución de la Nación Argentina fue enmendada para incluir importantes derechos y garantías para los habitantes del país, así como cambios en la estructura, funcionamiento y atribuciones del poder. Esta reforma buscó unificar la legitimidad constitucional al incluir a todos los sectores sin proscripciones, y una vez sancionada, se percibió como un logro de consenso en lugar de una victoria de unos sobre otros. Desde entonces, la igualdad garantizada en el primer capítulo de la constitución argentina es formal ante la ley para todos los habitantes del país, sin prohibir explícitamente discriminaciones basadas en las características de las personas. Sin embargo, estas categorías deben pasar el test de razonabilidad para ser constitucionales (Gelli, 2004).

La declaración y reconocimiento de los derechos y libertades civiles, conocidos como derechos de primera generación, admiten la posibilidad de limitar su ejercicio mediante regulaciones legales o el poder de la policía, según lo establecido en la carta constitucional. La aprobación de leyes por parte del Congreso garantiza el cumplimiento del principio de legalidad, y la Constitución establece explícitamente en su Artículo 28 un límite que prohíbe a los poderes legislativos y otros poderes alterar los derechos y garantías constitucionales (Gelli, 2004).

En Argentina, hubo por lo tanto consenso en la Constituyente de 1994 sobre la primacía de los tratados internacionales adoptados por el país, por encima de las leyes. El Artículo 27 fue establecido para mantener la plena efectividad de la Constitución Nacional, con la única excepción de los tratados de Derechos Humanos, que se declararon con jerarquía constitucional según el Artículo 75 inc. 22 (Gelli, 2004).

Es importante destacar que, aunque los derechos no son absolutos en su ejercicio, ya que su uso ilimitado implicaría un uso antisocial de las facultades

constitucionales, existen razones válidas para limitar su aplicación. Sin embargo, el poder reglamentario no es ilimitado, tiene límites que recaen en la responsabilidad de salvaguardar los principios, derechos y garantías sin excepciones (Gelli, 2004).

Según Zaffaroni[5], los principios constitucionales de la política criminal no legitiman el poder punitivo, sino que lo limitan. El poder punitivo siempre enfrenta límites constitucionales que intenta superar, y tratar de compatibilizar la legitimación de la pena con sus límites resulta contradictorio, ya que al legitimar el poder punitivo, se debilitan los límites trazados (Anitua, 2005).

El principio de humanidad actúa entonces como un límite a la legislación represiva desde la sensibilidad humana y también como un límite al programa político-criminal constitucional frente a posibles demandas punitivas, incluso si son mayoritarias. Superar este principio pone en juego la propia dignidad humana (Anitua, 2005).

En la actualidad, en Argentina y en el resto de América Latina, existe una doble visión sobre cómo abordar la atención de personas con enfermedades mentales que han cometido delitos por parte del sistema de justicia y el sistema de salud. Mientras los tribunales se centran en el cumplimiento de la ley como objetivo prioritario, los profesionales de la salud se enfocan en mejorar la salud del paciente. Esto puede generar conflictos, ya que las precauciones legales para minimizar el riesgo de comportamientos violentos a menudo entran en contradicción con las medidas terapéuticas necesarias para el paciente. Los profesionales de la salud a menudo no aceptan ni comprenden las intervenciones externas de jueces y fiscales en el proceso terapéutico, mientras que los jueces y fiscales no toleran el incumplimiento de la ley para proteger el derecho de la sociedad a defenderse de posibles conductas violentas del paciente (Arroyo Cobo, 2014).

[5] Eugenio Zaffaroni (1940-?) es un juez, jurista y criminólogo argentino que se destacó en la criminología y el Derecho Penal a partir de la publicación de su obra Teoría del delito en 1973, mediante la cual realizó un aporte original a la teoría del delito desde la concepción finalista, difundiéndola en Argentina y América Latina y ampliándola con su obra posterior, publicada en varios países y en sucesivas ediciones. Su obra pone el acento en el análisis crítico del poder punitivo del Estado y sus consecuencias negativas para los derechos humanos y los sectores más postergados, especialmente en las sociedades latinoamericanas.

En Argentina, prevalece el sistema vicariante o monista en el tratamiento de personas con enfermedades mentales que han cometido delitos, en contraposición al sistema duplo binario, que permite combinar la pena con la medida de seguridad (Bravo, 2016).

Las medidas de seguridad se clasifican según su finalidad en la legislación y las medidas curativas están destinadas a personas que, en estado de inimputabilidad, cometen acciones penadas por la ley y se consideran "peligrosas" para sí mismas o para terceros. La ejecución provisional o definitiva de estas medidas, al ser de naturaleza penal, es supervisada exclusivamente por tribunales de ejecución y generalmente se lleva a cabo en unidades psiquiátrico-penitenciarias (Lombraña y Pepe, 2013).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 exige que las medidas de seguridad se apliquen en procesos de carácter acusatorio con una manifestación contradictoria de la defensa. Esto evita que, especialmente en los casos previos y posteriores al delito, las medidas de seguridad adquieran características de medidas administrativas policiales de discreción estatal o de internación psiquiátrica involuntaria por parte de los médicos. Por lo tanto, se considera ilegal la internación de una persona sometida a una medida de seguridad en una prisión común, y esta es la orientación general de la jurisprudencia (Bravo, 2016).

El enfoque de derechos introduce luego dos principios centrales: la realización progresiva y la prohibición de regresividad. Este enfoque reconoce las limitaciones de recursos y propone una realización gradual y progresiva de los derechos a lo largo del tiempo. También establece prioridades entre los derechos, teniendo en cuenta que no todos pueden garantizarse de inmediato. Cuando los recursos son limitados, se deben cumplir las obligaciones de respetar de manera inmediata y garantizar el uso más eficiente de los recursos para las obligaciones de proteger y cumplir. Si los derechos se implementan gradualmente, se debe establecer un plan de acción con plazos y metas para medir los avances a corto y mediano plazo. La definición de un contenido esencial no excluye la prohibición de retroceso, lo que significa que al modificar o reemplazar una norma anterior por

una posterior, esta no puede limitar o restringir derechos o beneficios otorgados previamente (Ase y Burijovich, 2016).

La capacidad estatal se refiere a la capacidad de las instituciones gubernamentales para implementar políticas públicas que aborden los problemas públicos fundamentales y brinden un valor social máximo dentro de ciertas restricciones contextuales y definiciones colectivas. El análisis de la capacidad estatal implica considerar aspectos técnicos e instrumentales, así como la distribución de recursos de poder dentro del aparato estatal (Ase y Burijovich, 2016).

En cuanto a la inimputabilidad, el Código Penal establece que no se considera punible a quien, en el momento del hecho, debido a la insuficiencia de sus facultades, trastornos mentales, estado de inconciencia, error o ignorancia de hecho no imputables, no haya podido comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones. En caso de enajenación mental, el tribunal puede ordenar la reclusión del agente en un establecimiento psiquiátrico, del cual solo podrá salir por orden judicial. En otros casos en los que un acusado es absuelto por las causales mencionadas, el tribunal ordenará la reclusión del individuo en una institución adecuada hasta que se compruebe la desaparición de las condiciones que lo hagan peligroso (Código Penal, Art. 34).

En contraposición a lo establecido en el artículo 34 del Código Penal, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) establece la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, reconociendo su derecho a ser considerados como personas ante la ley (CDPD y Protocolo Facultativo, Asamblea General de la ONU, 2006). Desde esta perspectiva, la declaración de inimputabilidad, en lugar de garantizar los derechos de los individuos eximidos de cumplir una condena por un delito, podría privarlos del pleno ejercicio de sus derechos y patologizar su conducta. De esta manera, la responsabilidad terapéutica y la responsabilidad jurídica pueden reforzarse o anularse mutuamente (Barukel, 2019).

El artículo 34 del Código Penal argentino establece por lo tanto, que la locura es una justificación para la exención de responsabilidad subjetiva por un delito cometido: no se considera punible a aquel que no comprende la criminalidad

de su acción. Al mismo tiempo, su formulación implica una responsabilización objetiva, ya que la persona es recluida en una institución por tiempo indeterminado. En la práctica, existe una condena y lugares especiales designados para cumplirla. En este sentido, las reformas democratizantes en las prácticas de salud mental desde la segunda mitad del siglo XX cuestionaron la idea misma de la pericia para evaluar la responsabilidad y pusieron en duda los efectos desresponsabilizadores de la declaración de inimputabilidad (Barukel, 2019).

Según Barukel (2019), en el ámbito hospitalario, existen dos tipos de figuras que son objeto de intervención judicial: el "loco-delincuente" y el "delincuente loco". El primero se refiere a aquel que es declarado inimputable según el artículo 34 del Código Penal, mientras que el segundo se refiere a aquel que ha cometido un delito y está cumpliendo o esperando cumplir una condena en una institución penitenciaria, pero requiere asistencia en salud mental y es derivado a una institución sanitaria con ese fin.

En la práctica real, según Calvi (2021), al ingresar a prisión, la persona es entrevistada para elaborar su historia criminológica, donde se registran diversos datos sobre el individuo. La historia criminológica debe determinar el tiempo mínimo para evaluar los resultados del tratamiento y cualquier propuesta del Consejo Correccional relacionada con la salud, los intereses y la educación del preso.

Las personas con problemas de salud mental suelen entonces enfrentar una situación de vulnerabilidad significativa, tanto desde el punto de vista social como psicológico. A menudo tienen redes sociales frágiles y cuentan con pocas personas dispuestas a brindarles apoyo, ya sea familiares u otros referentes sociales significativos. También suelen enfrentar dificultades económicas y tienen dificultades para acceder a tratamientos prolongados, ya sea debido a la falta de recursos para buscar atención en el ámbito privado o a obstáculos para acceder a servicios de salud mental públicos (Poblet y Martin, 2016).

En el contexto penitenciario, el deterioro grave de las condiciones de vida, la falta de alimentación adecuada, la falta de agua potable, la falta de higiene, la presencia de plagas, la demora o el desconocimiento de las solicitudes médicas, la falta de seguimiento en el suministro de medicamentos, la falta de atención y

estudio de los problemas de salud mental, entre otros factores, pueden ser determinantes para el desarrollo de enfermedades que, en muchos casos, incluso pueden resultar en muertes "no violentas". En este contexto, todo está programado y orientado hacia la funcionalidad de la institución, no hay privacidad, las condiciones de vida difieren completamente de las condiciones externas y los actos de sumisión son constantes. Además, hay problemas de habitabilidad inadmisibles en algunos establecimientos y un endémico hacinamiento, condiciones contextuales que van en contra de una supuesta rehabilitación (García Borés, Garés, López & Oviedo, 2016).

En este sentido, según Arroyo Cobo (2014) y en virtud de la Ley de Salud Mental, es fundamental que el tratamiento de personas con enfermedades mentales en prisión, tanto en centros especializados como en prisiones convencionales, deje de ser responsabilidad exclusiva de la Administración Penitenciaria y pase a ser responsabilidad de los poderes públicos en su conjunto. Esto implica evitar que los recortes en el gasto público limiten la adopción de medidas necesarias para mejorar la situación de estas personas enfermas y privadas de libertad, y también exige una participación más activa de las administraciones competentes en todos los niveles e institutos del contexto penitenciario (Arroyo Cobo, 2014).

CAPÍTULO III: Dispositivos de Salud Mental en el contexto carcelario de la Provincia de Santa Fe y el caso de la Unidad Penitenciaria Nº 16 de Rosario.

En la Provincia de Santa Fe, Valero y Faraone (2011) han descrito un recorrido que se remonta mucho antes que el descrito para toda la República Argentina. Desde 1996, se ha llevado a cabo un proceso de transformación institucional acompañado por la ley provincial de Salud Mental 10.772 (sancionada en 1991, pero reglamentada recién en septiembre de 2007). Esta legislación, además de garantizar derechos, fue innovadora en la promoción de enfoques alternativos al sistema manicomial, priorizando estrategias que minimizaran las restricciones a las personas con sufrimiento psíquico y considerando las internaciones solo como tratamiento orientado a la recuperación y el egreso, dentro del marco de protección de la integridad psicológica y física de las personas, su dignidad y su libertad.

En base al cumplimiento de la ley 10.772, la Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe lideró, varios años antes que el resto del país, un proceso de sustitución de las "lógicas manicomiales" con un impacto significativo en dos instituciones totales de la provincia: la Colonia Psiquiátrica 'Dr. Abelardo I. Freyre' en la localidad de Oliveros y el pabellón psiquiátrico de la U.P. N°1 de Coronda. En este proceso de transformación de la práctica manicomial dentro de un dispositivo penitenciario, Valero y Faraone (2011) identificaron tres momentos diferenciados caracterizados por la interacción de fuerzas sociales. Sin embargo, los autores enfatizan que, a pesar de las particularidades de cada momento descrito en la Figura 01, la centralidad de la lógica institucional penitenciaria siempre está presente, constituyendo el trasfondo subyacente.

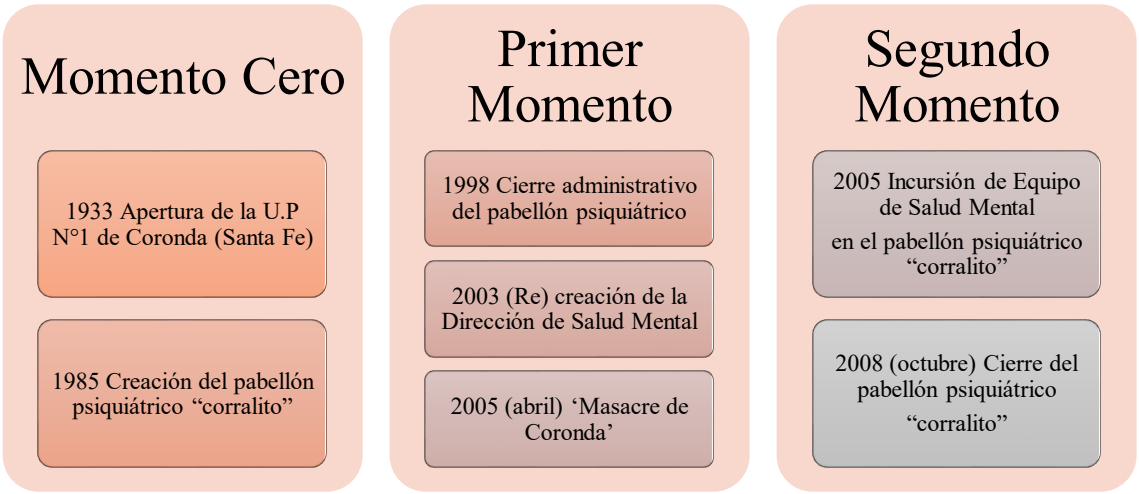


Figura 01: Momentos de intervención en el cambio de la lógica carcelaria en torno a la ley de salud mental en la Provincia de Santa Fe. Fuente: Valero y Faraone (2011).

Valero y Faraone (2011) relatan que el cierre definitivo de la institución de Coronda se logró casi cuatro años después, a fines de 2008. En ese momento, había 22 personas recluidas allí, de las cuales 14 habían sido declaradas inimputables. Estos pacientes fueron trasladados a instituciones de salud mental en la provincia. Aprovechando este contexto, se implementaron dos dispositivos que ya estaban contemplados en la Ley de Salud Mental de Santa Fe N° 10.772 de 1991: los equipos interdisciplinarios de asistencia en salud mental en prisiones y las Juntas Especiales de Salud Mental.

A partir de noviembre de 2016, en la provincia de Santa Fe, se implementó el decreto 4127/16, el cual introdujo numerosas modificaciones a la ley 24.660 de ejecución de la pena privativa de la libertad. Entre estas modificaciones, se estableció la imposibilidad de acceder a salidas transitorias, semilibertad, libertad condicional y libertad asistida para ciertos delitos. Esta postura más punitiva resultó en un considerable aumento en los niveles de encarcelamiento en la provincia a partir de 2016 (RPVI, 2019/2020).

Otro acontecimiento relevante es la creación del Registro Provincial de Violencia Institucional (RPVI) en la Provincia de Santa Fe, mediante la resolución 05 de 2012, en cumplimiento de las facultades otorgadas por el artículo 17, inciso 3 de la Ley 13.014. El RPVI, desde 2014, es el sistema encargado de registrar los casos de violencia institucional en la provincia. Para recopilar esta información, se utilizan diversos instrumentos que siguen las directrices de las normativas internacionales, nacionales y provinciales. Estos relevamientos se llevan a cabo mediante monitoreos y visitas sorpresa a todas las unidades de encierro de la provincia, así como a través de llamadas telefónicas de familiares y organizaciones no gubernamentales en casos de violencia policial en la vía pública. El registro proporciona, junto con el Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena (SNEEP), datos cuantitativos importantes que serán fundamentales para el desarrollo del marco teórico de la presente investigación.

En 2018, se creó la Ley 13.733, la cual estableció un Órgano de Revisión y Promoción de Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud Mental en la Provincia de Santa Fe. Este órgano funciona dentro de la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe, con sede en la ciudad capital. El objetivo de esta ley[6] es garantizar la protección de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental en todo el

[6] El texto completo de esta norma, vigente desde el 19 de Enero del 2018, está disponible en: https://www.santafe.gov.ar/normativa/getFile.php?id=1309087&item=167462&cod=10c124f932d545183f32c8585e3dc1ff

territorio de la provincia, tanto en el ámbito público como privado, incluso fuera de su jurisdicción cuando la derivación asistencial sea realizada por las autoridades competentes.

La creación de la Ley 13.733 fue una respuesta provincial a las menciones realizadas por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y otras normativas internacionales y nacionales, con el propósito de contar con un órgano de revisión que promueva y resguarde los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental. Se estableció que este órgano debe basarse en los principios y directrices de los instrumentos internacionales de derechos humanos, así como en las leyes provinciales y nacionales relacionadas con la salud mental.

En cuanto a la Defensoría Regional de Rosario, que depende del Poder Judicial de Santa Fe, durante su primer año de funcionamiento (2014-2015), diagnosticó deficiencias[7] en el sistema penitenciario con respecto a las personas con enfermedades mentales. Identificaron problemas como confusiones en los procesos judiciales, falta de coordinación entre el cuerpo médico forense y la Junta Especial de Salud Mental, contradicciones entre los dictámenes médicos y el Comité de admisión de los hospitales de salud mental, y falta de conocimiento sobre cómo abordar los casos relacionados con adicciones como problemas de salud mental. Durante ese periodo, se atendieron directamente 14 casos que representaban el 1.1% del total de casos ingresados a la Defensoría. Aunque el número en sí no era significativo en términos absolutos o relativos, la atención específica se justificó debido a la intersección entre estándares internacionales, legislación nacional y provincial, y la falta de coordinación general entre los sectores policial, judicial y sanitario.

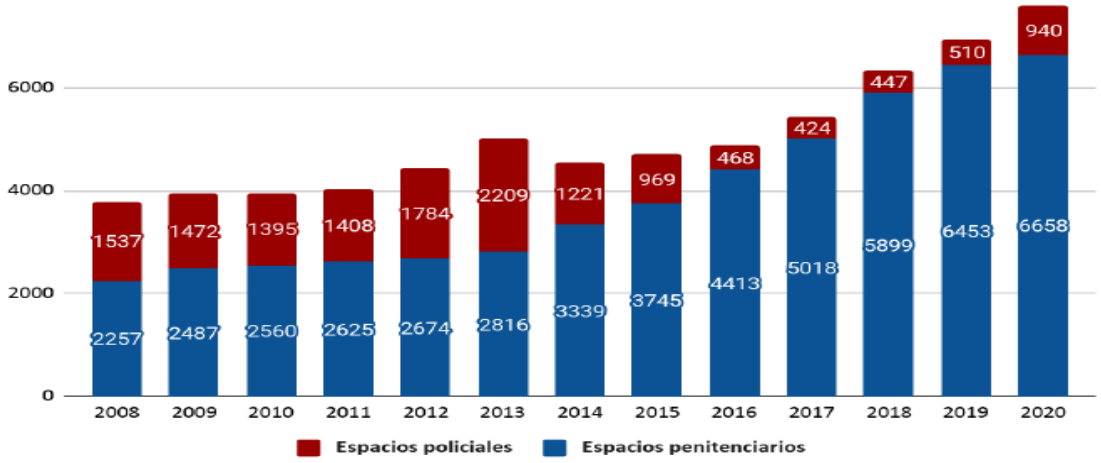


Figura 02: Cantidad de personas privadas de libertad en prisiones y sedes policiales. Provincia de Santa Fe. 2008-2020. Fuente: RPVI (2019/2020).

[7] Estos hechos están registrados en el primer informe de gestión de la Defensoría Regional Rosario correspondiente al período 2014/15. [Acceso el 25 de Enero del 2022] Disponible en: https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/06/doctrina41254.pdf

Según el Registro Provincial de Violencia Institucional de Santa Fe (RPVI), en sus informes de 2019 y 2020, la población carcelaria en las unidades penales de la provincia ha aumentado continuamente, mientras que en los espacios policiales ha mostrado una tendencia a la baja desde 2014. Sin embargo, entre 2019 y 2020, se observó un aumento del 84% en los casos de violencia institucional en los espacios policiales (RPVI, 2019/2020) (Ver Figura 02).

La tasa de encarcelamiento registrada en la Provincia de Santa Fe, para el año 2020, es la más elevada desde el año 2008. En el año 2010 había un total de 2.572 detenidos en unidades penitenciarias y en diciembre de 2020 ese número ascendió a 6.658, alcanzando una tasa de 188 personas detenidas cada 100.000 habitantes. Cabe destacar que no se encuentran incluidos en este conteo los detenidos en centros de privación de la libertad dependientes de las Fuerzas Policiales y otras Fuerzas de Seguridad. (Ver figura 03). Del total de población alojada en las unidades penitenciarias de la provincia, el 47% se encuentra sin condena.

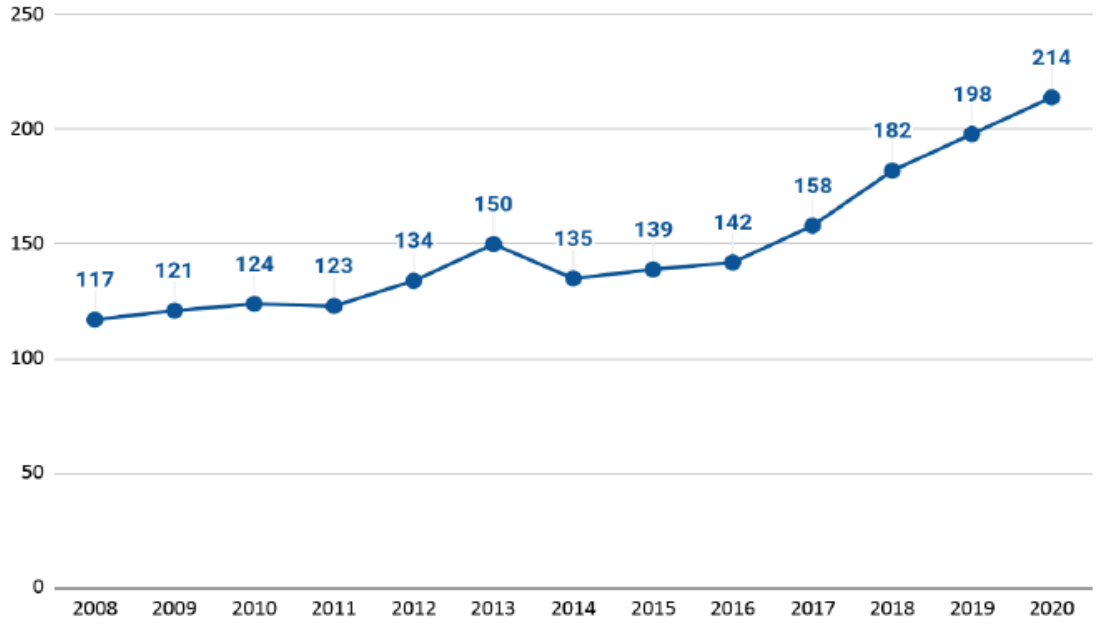


Figura 03: Tasa de personas privadas de la libertad cada 100.000 habitantes. Provincia de Santa Fe. Años 2008-2020. Fuente: RPVI (2019/2020).

En la medida que, en materia de sobrepoblación carcelaria, a partir del año 2015 la cantidad de alojados superó la capacidad de alojamiento declarada por el Servicio Penitenciario, alcanzando el 31 de diciembre del 2020 una sobrepoblación de 900 internos (Ver figura 04), para el 31 de diciembre del 2020 la Unidad Penitenciaria Nº1 de Coronda, la Unidad Nº2 Las Flores, la Unidad Penitenciaria N°3, la Unidad Penitenciaria N°4 y la Unidad Penitenciaria Nº11 Piñero sobrepasaron su capacidad de alojamiento.

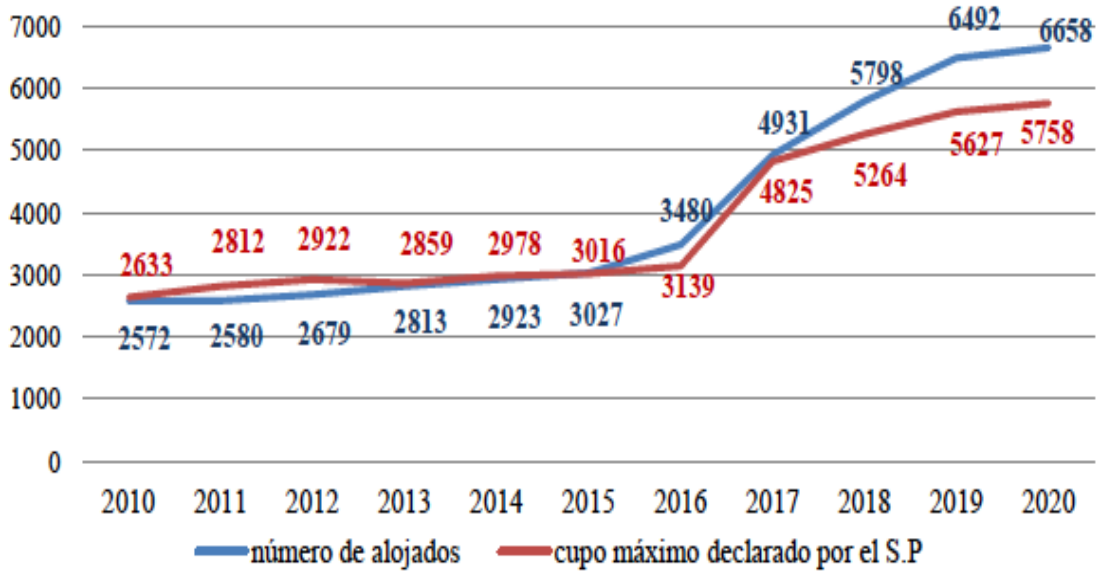


Figura 04: Sobrepoblación en Unidades penitenciarias de la Provincia de Santa Fe entre los años 2010 y 2020. Fuente: RPVI (2019/2020).

La Unidad penitenciaria Nº 16 de Rosario, que es la que atañe al presente estudio, no ha registrado sin embargo a la fecha una sobrepoblación calculada sobre su cupo máximo. (Ver figura 05).

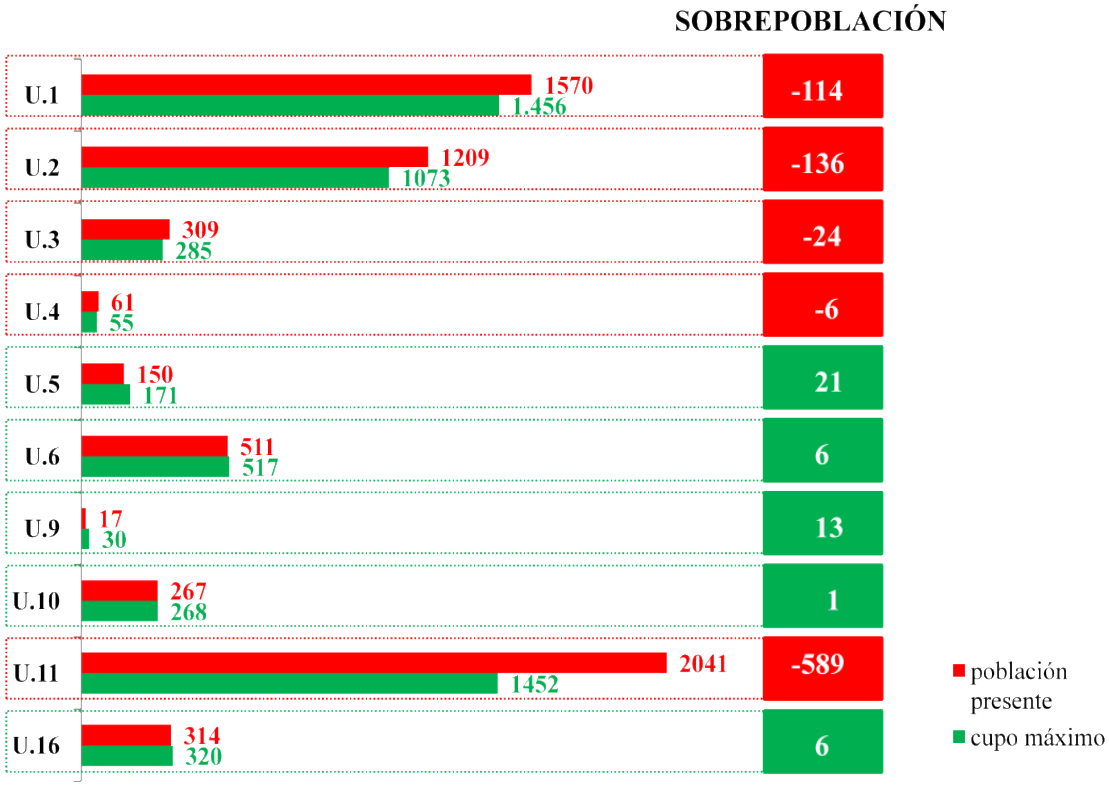


Figura 05: Sobrepoblación según Unidad penitenciaria. Provincia de Santa Fe. Fuente: RPVI (2019/2020).

En el año 2020, el 71% de la población de esta unidad penitenciaria estaba efectivamente condenada y el 29% continuaba procesada. Esto, sin embargo, representa un avance respecto de la misma situación en los años anteriores. (Ver figura 06).

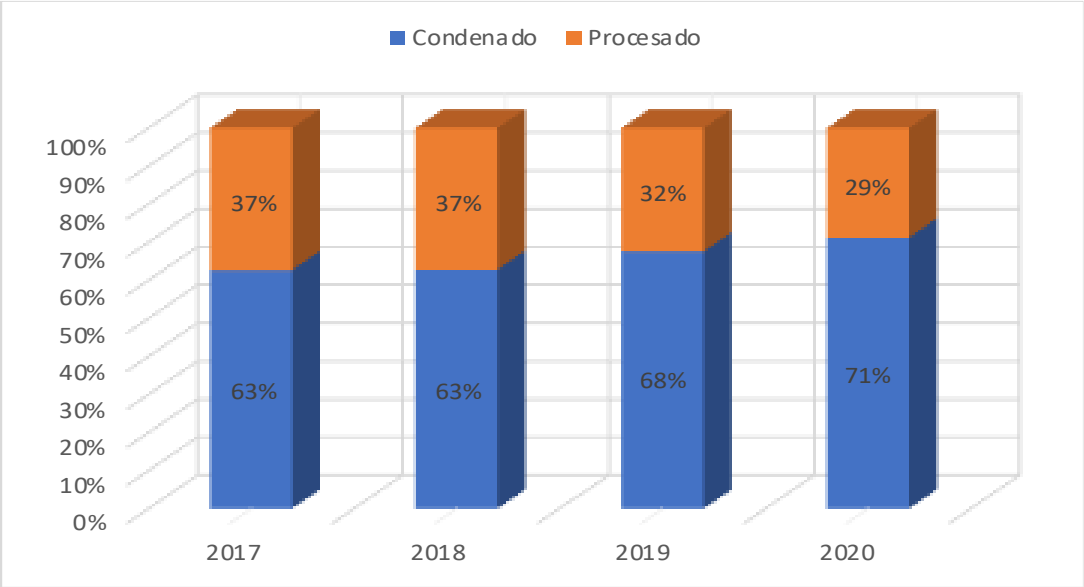


Figura 06: Situación legal de la población la Unidad Correccional Nº 16 de Rosario Año 2020.
Fuente: Elaboración propia con datos del SNEEP.

Algo más del 60% de los delitos que trajeron a estos hombres a la situación de cárcel tienen como delito principal el robo y las tentativas de robo. (Ver figura 07).

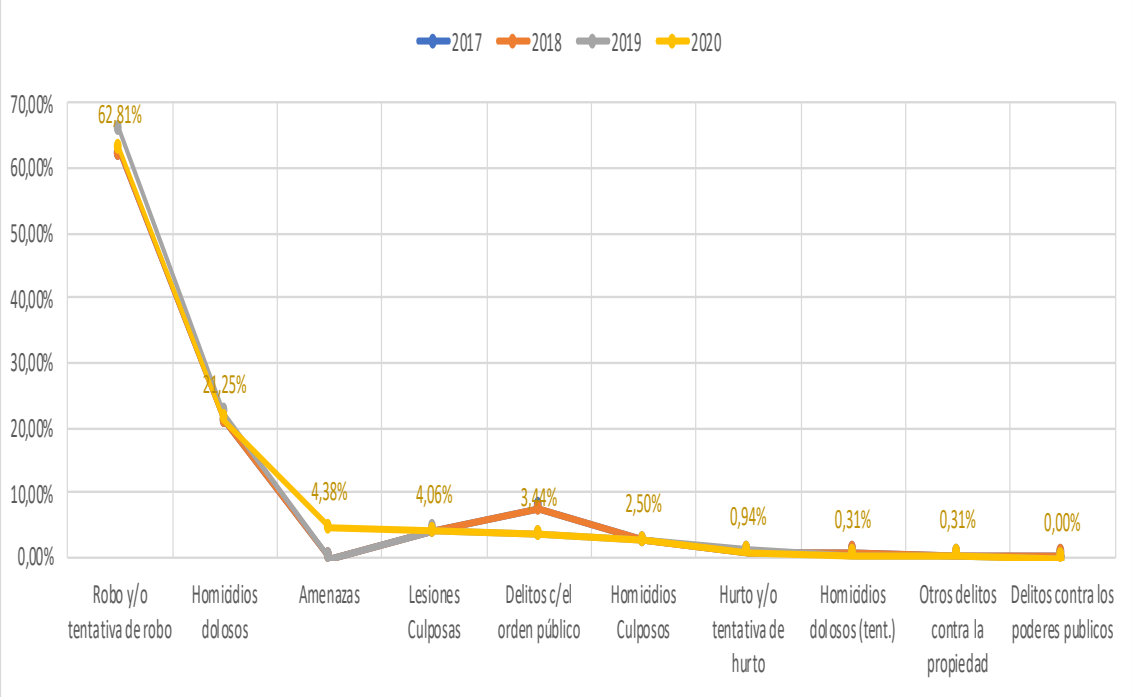


Figura 07: Primer delito de la población la Unidad Correccional Nº 16 de Rosario Año 2020.
Fuente: Elaboración propia con datos del SNEEP.

En general, el 30% tiene penas menores de un año, otro 30% penas de 1 a 5 años y el 20% entre 6 y 10 años. Año a año, se observa un recrudecimiento de las penas, disminuyen las menores y aumentan las mayores (Ver figura 08).

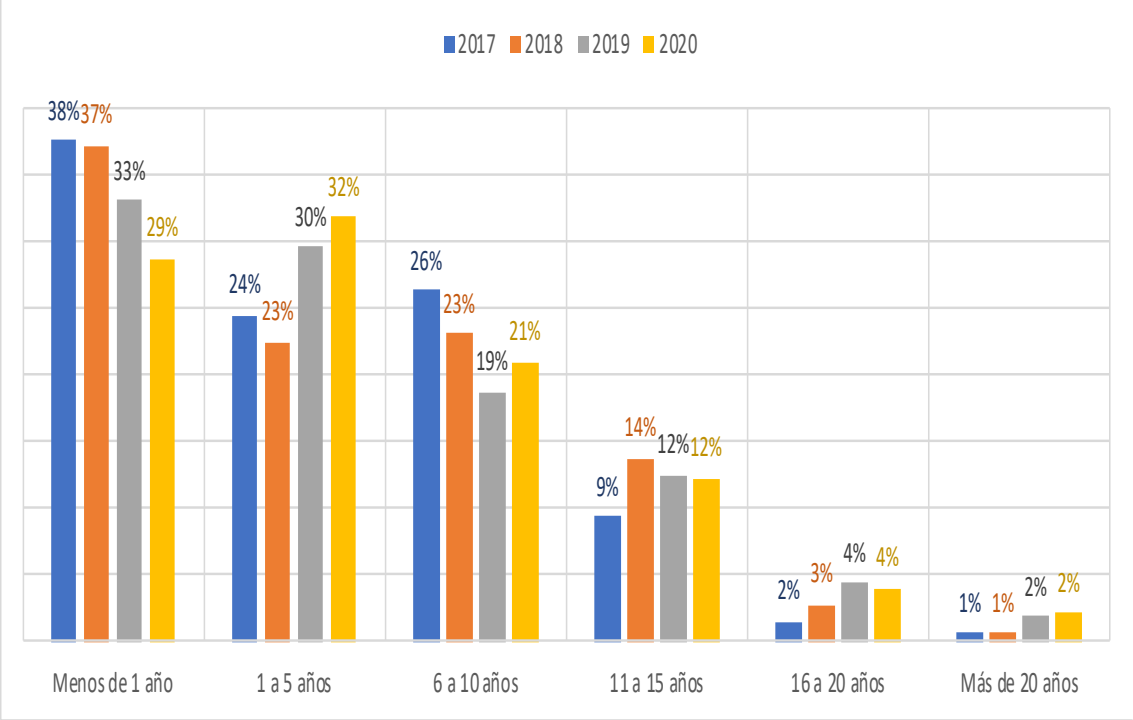


Figura 08: Duración de la condena en años de la población la Unidad Correccional Nº 16 de Rosario Año 2020. Fuente: Elaboración propia con datos del SNEEP.

Como información relevante sobre la población de esta unidad penitenciaria, el 56% de su población tiene edades entre los 21 y los 30 años y el 28% tiene edades entre los 31 y los 40. El restante 16% se distribuye en los rangos etarios menores de 20 (solo el 4%) y mayores de 40 años (el 12% de los internos) (Ver figura 09).

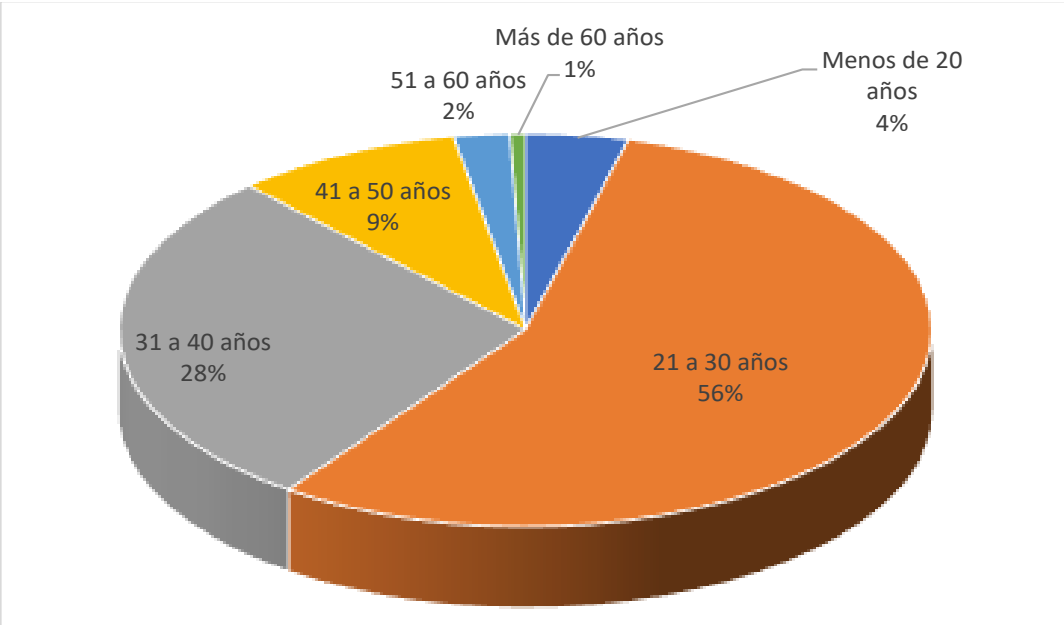


Figura 09: Rango etario de la población la Unidad Correccional Nº 16 de Rosario Año 2020. Fuente: Elaboración propia con datos del SNEEP.

Al respecto de la nacionalidad, el 99,06% de la población carcelaria de la Unidad Correccional Nº 16 de Rosario son argentinos. Solo dos reclusos son de nacionalidad paraguaya y uno brasilero (Ver figura 10).

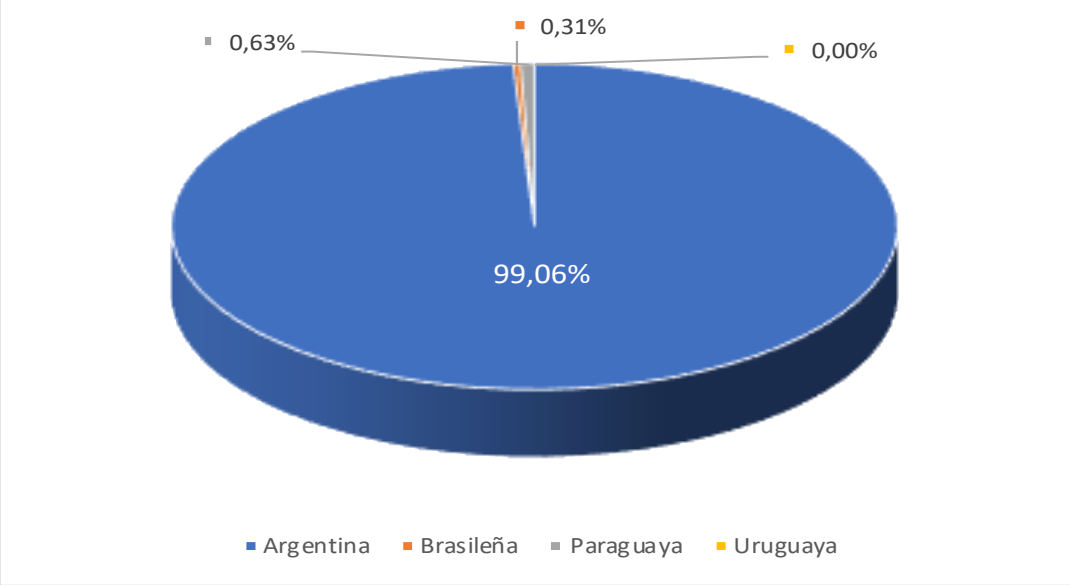


Figura 10: Nacionalidad de la población la Unidad Correccional Nº 16 de Rosario Año 2020.
Fuente: Elaboración propia con datos del SNEEP.

Como dato sobre el estado civil de los reclusos de la Unidad Nº 16 de Rosario, en el año 2018 se contabilizó que un 56% no tienen ninguna relación o vínculo y el 43% tienen vínculos de unión en casamiento o concubinato. (Ver figura 11).

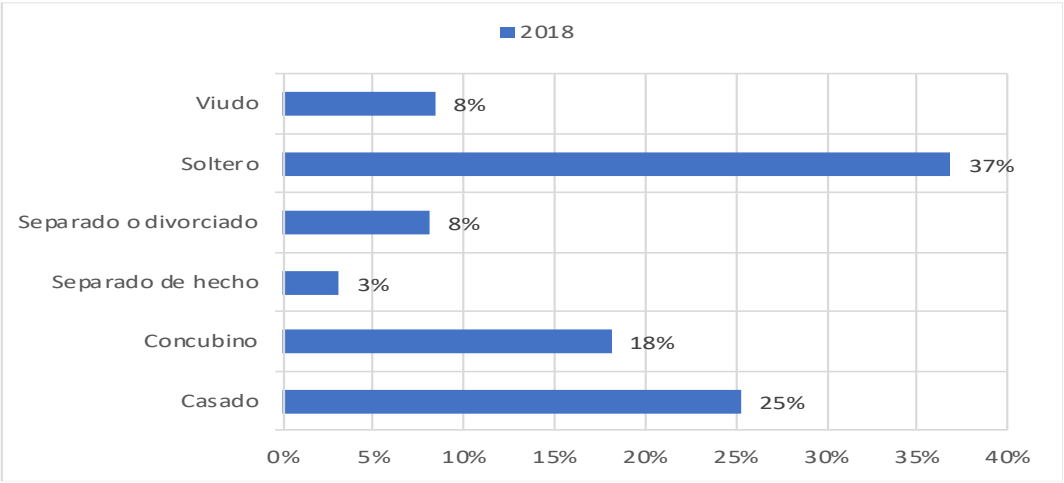


Figura 11: Estado civil de la población la Unidad Correccional Nº 16 de Rosario Año 2020.
Fuente: Elaboración propia con datos del SNEEP.

Continuando con la caracterización de la población de la Unidad Nº16 Correccional de Rosario, según datos elaborados a partir del SNEEP, respecto del nivel educativo de la población carcelaria, en el año 2020, el 37% tenía estudios primarios completos, solo el 9% estudios secundarios completos y el 3% estudios terciarios. Entre

2017 y 2020 se observa una disminución de los analfabetos de 32% a 1% que consiguen completar el nivel primario y, del mismo modo, una disminución de los que tienen apenas estudios primarios incompletos del 34% al 26%. (Ver figura 12).

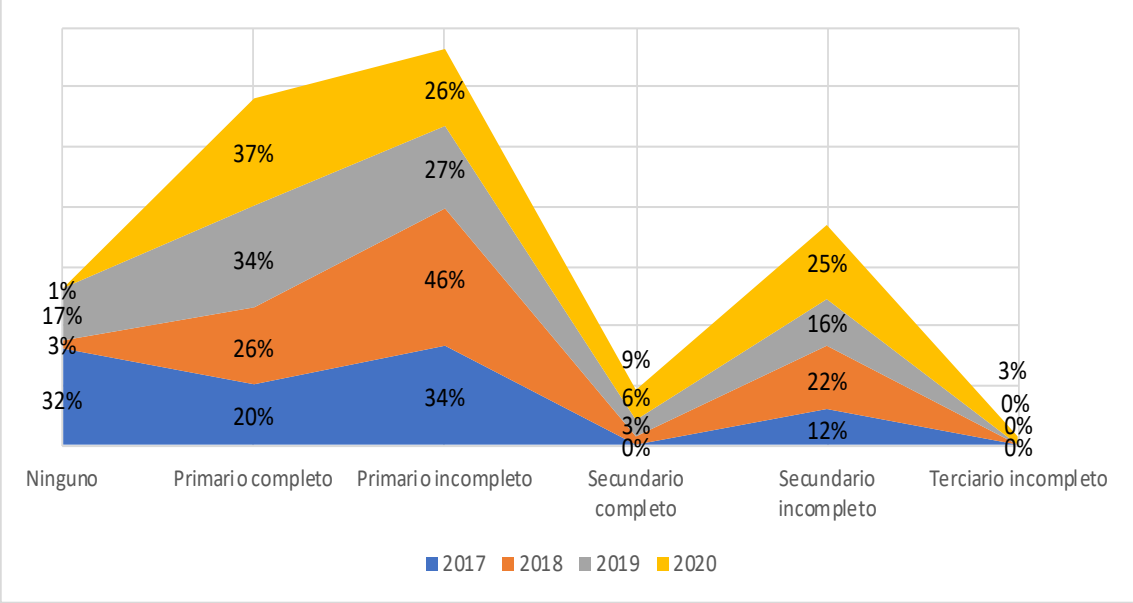


Figura 12: Nivel de estudios alcanzado por la población la Unidad Correccional Nº 16 de Rosario Año 2020. Fuente: Elaboración propia con datos del SNEEP.

Para completar este dato, es importante saber que, en el año 2020, el 74% no participa en ningún programa educativo, lo cual, a pesar de todo, es un logro respecto del 92% que en el año 2017 estaba en esta categoría. El 18% se encuentran en 2020 inscritos en el programa de educación formal primaria, el 8% en el programa de educación secundaria y un 1% en cursos de educación no formal. Hay un avance cuantitativo verificable respecto de este mismo dato en años anteriores. (Ver figura 13).

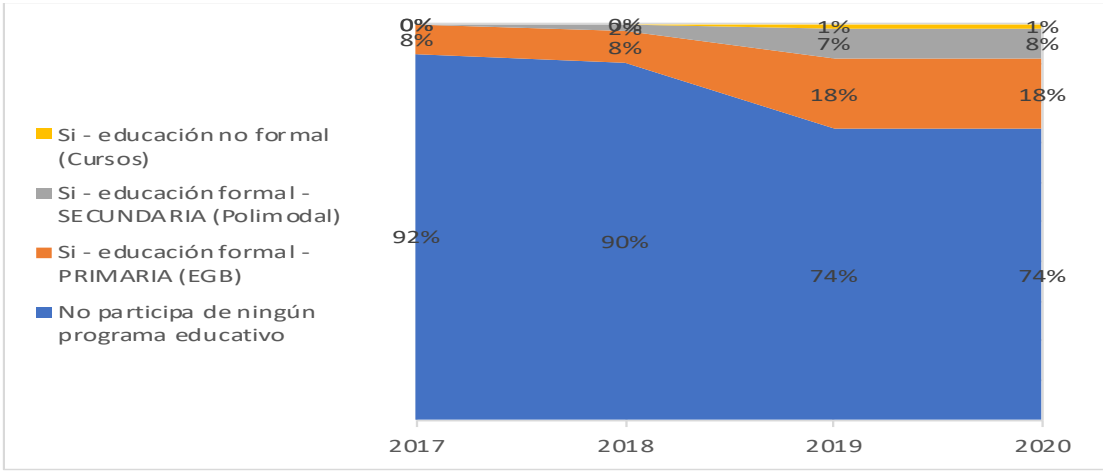


Figura 13: Participación en programas educativos de la población la Unidad Correccional Nº 16 de Rosario Año 2020. Fuente: Elaboración propia con datos del SNEEP.

En materia de salud -tanto física como mental los datos del SNEEP para la provincia de Santa Fe llevan cuenta de la asistencia médica recibida por los pacientes

según tipo de enfermedad. Consta que, el 26 de los reclusos de la provincia recibieron asistencia médica en controles y se registra, 182 casos de enfermedades mentales detectadas, lo cual representa a un 3% de la población carcelaria (Ver Figura 14).

Recibió Asistencia Médica por tipo de ENFERMEDAD	Cant.
Si recibió asistencia médica por Control	1.705
Asma o EPOC	17
Chagas	0
Diabetes	64
Enfermedades Mentales	182
Hepatitis	0
Hipertensión	100
HIV	37
Tuberculosis	18
Otras Enfermedades	843
NO recibió asistencia médica	3.498
Sin datos	1
Total	*6.465*

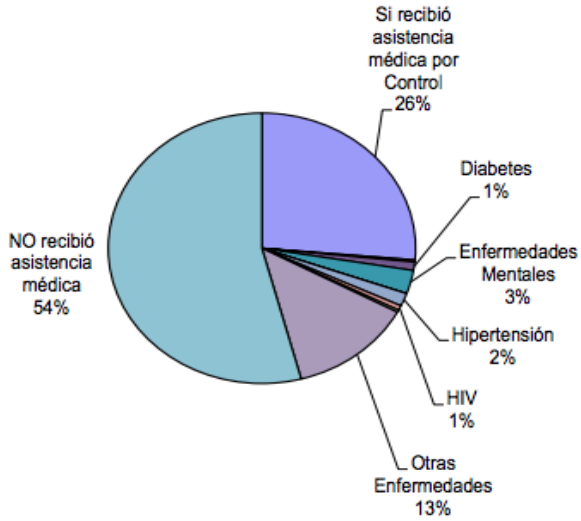


Figura 14: Casos de asistencia médica por tipos de enfermedad en las cárceles de la Provincia de Santa Fe. Fuente: SNEEP, 2020.

Si bien, no existen datos específicos de casos de enfermedad mental para la Unidad Penal Nº 16, es interesante ver, en los datos las cifras de comportamiento violento, tasas de suicidio y victimización de la totalidad de los reclusos, para conocer a través de estos datos, el estado de la situación para aquellos con posibles padecimientos subjetivos de diversa índole. Es así que, en materia de agresiones este penal tiene obtuvo en el 2020 el quinto lugar en registros de violencia con un total de 9 agresiones (Ver figura 15)

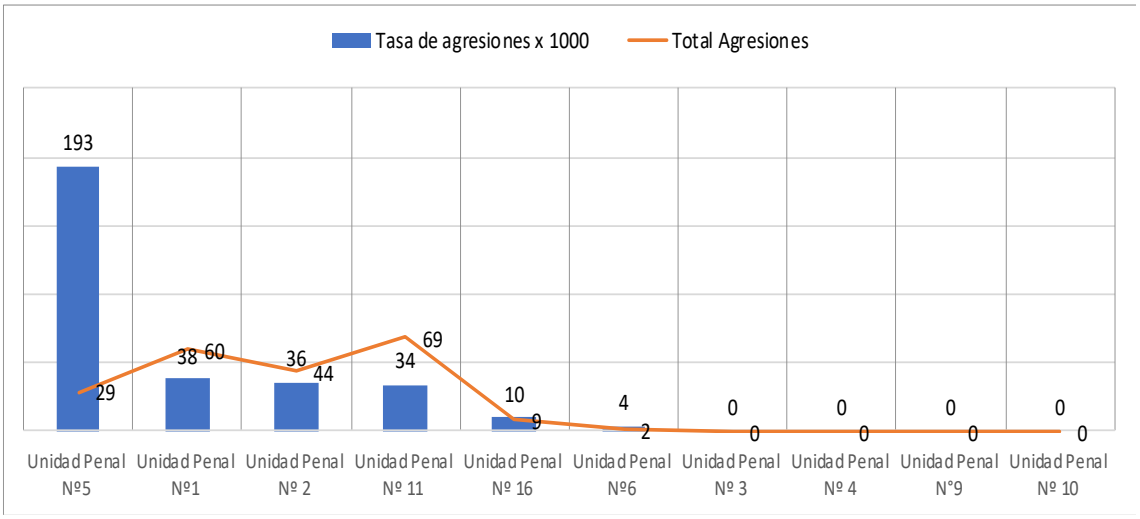


Figura 15: Tasa de agresiones x 1000 y total de agresiones en unidades penales de la Provincia de Santa Fe. Fuente: Elaboración propia con datos del RPVI, 2020.

En el año 2020 se registraron un total de 768 casos de violencia institucional. De estas víctimas, 650 sufrieron violencia policial y 118 reportaron violencia por parte del Servicio Penitenciario. En cuanto a los casos de torturas y malos tratos, se registraron 1,582 en total, de los cuales 1,375 fueron perpetrados por las fuerzas policiales y 207 por el servicio penitenciario.

En relación con las víctimas de violencia institucional del Servicio Penitenciario en 2020, el 92% fueron hombres, con una edad promedio de 32 años y un nivel educativo predominantemente bajo. La edad mínima registrada fue de 19 años y la máxima de 66 años. Es destacable que el 50% de las víctimas tenían menos de 30 años y el 77% no había completado la educación secundaria.

En cuanto a las muertes en unidades penales, se observó un aumento de 10 muertes en 2020 en comparación con el año anterior. Si se incluyen las muertes en alcaidías y comisarías de la provincia, el número total asciende a 35 fallecimientos. De estas muertes, 34 fueron hombres y una mujer, con un promedio de edad de 33 años. De las 35 muertes registradas, 28 ocurrieron en unidades penales, 4 en alcaidías y 3 en comisarías. La tasa de mortalidad en las unidades del Servicio Penitenciario de la Provincia de Santa Fe fue de 421 por cada 100,000 habitantes. Las unidades con las tasas más altas fueron la Unidad II de Las Flores, la Unidad 1 de Coronda y la Unidad XI Piñero. Sin embargo, la Alcaidía Regional de Rosario se ubicó en primer lugar en la tasa de mortalidad por cada 100,000 habitantes.

En cuanto a las causas de muerte, 27 fueron por muerte violenta y 8 por causas endógenas. Entre las muertes violentas, 8 fueron el resultado de riñas entre internos con heridas de arma blanca, 7 fueron suicidios por ahorcamiento, 6 fueron consecuencia de motines ocurridos el 23 de marzo y 2 se debieron a un incendio provocado por internos. Además, hubo 4 casos en los que la causa no fue determinada y se clasificaron como "hallazgo de cuerpo sin vida en la celda al momento del recuento diario" según el Servicio Penitenciario.

Es importante destacar que, de las 27 muertes violentas en 2020, 15 ocurrieron en los primeros 2 años de ingreso al centro de detención. Esto indica una rápida producción de letalidad por parte de las instituciones de encierro. El deterioro significativo de las condiciones materiales de vida, la falta de alimentos adecuados, la carencia de agua potable, la falta de higiene, la presencia de vectores, la demora o negligencia en el tratamiento médico, la falta de seguimiento en la administración de medicamentos y la falta de atención y estudio de las problemáticas de salud mental, entre otros factores

materiales y humanos, resultan determinantes en el desarrollo de enfermedades que en muchos casos conducen a estas muertes "no violentas".

Respecto de la Unidad Penal Nº 16 de Rosario, durante el año 2020, el 5% de los internos participó en algún tipo de alteración del orden, según se muestra en la figura 16.

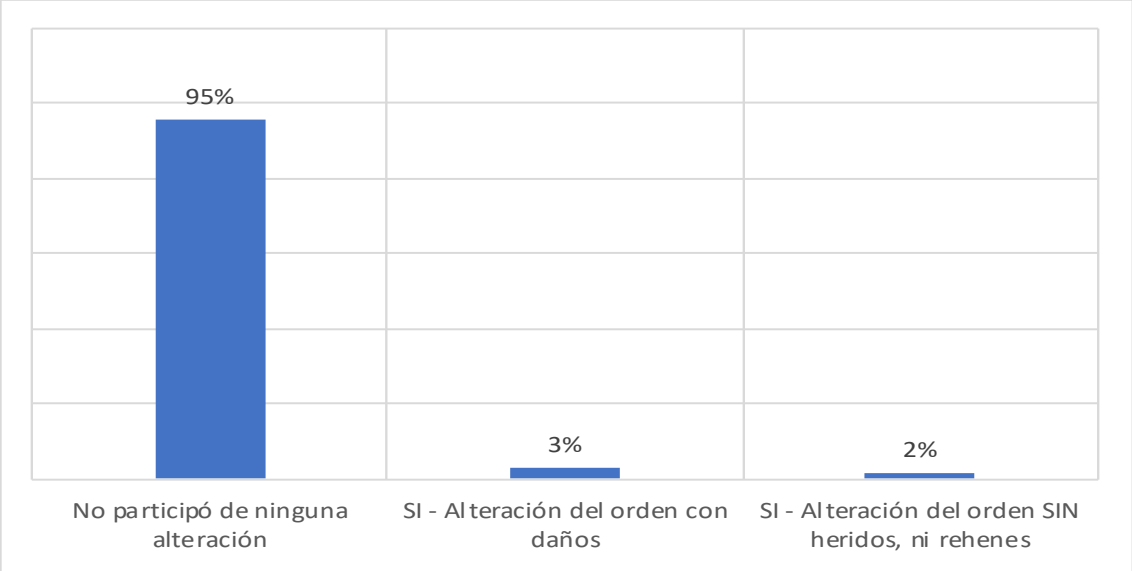


Figura 16: Participación en alteraciones del orden en el año, en la Unidad Correccional Nº 16 de Rosario Año 2020 Fuente: Elaboración propia con datos del SNEEP.

Los internos pueden a su vez, ser lesionados por otros en el contexto carcelario y en la Unidad 16, este dato afecta a un 7% anual de internos. (Ver figura 17).

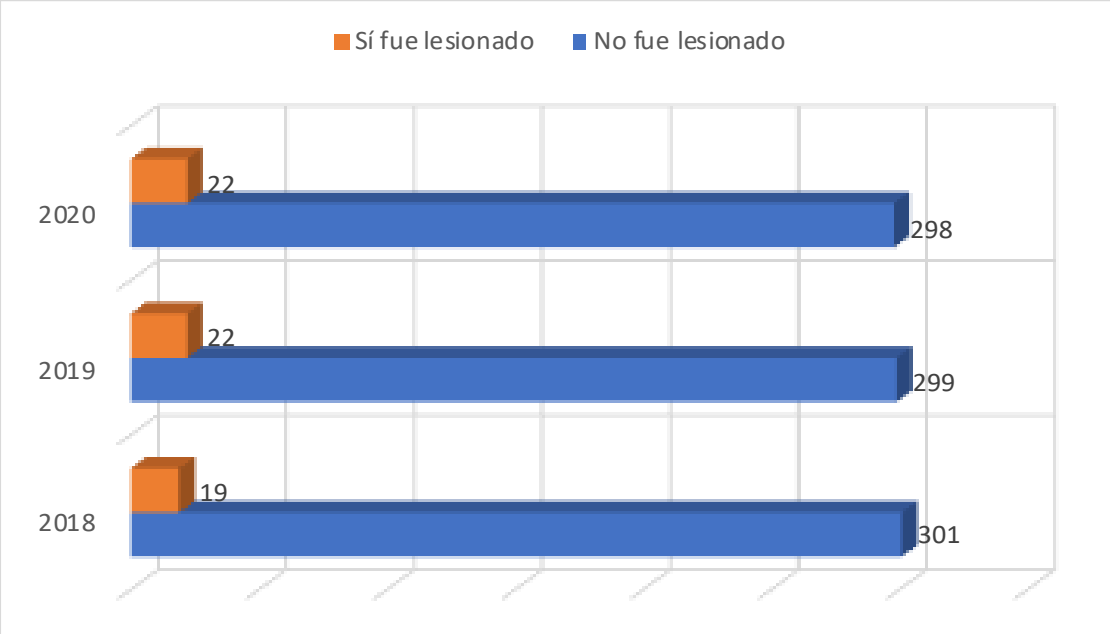


Figura 17: Lesionados en la Unidad Correccional Nº 16 de Rosario Años 2018/19/20 Fuente: Elaboración propia con datos del SNEEP.

Respecto de intentos de suicidio en la Unidad Nº 16, en cuatro años se reportaron cuatro casos. (Ver figura 18).

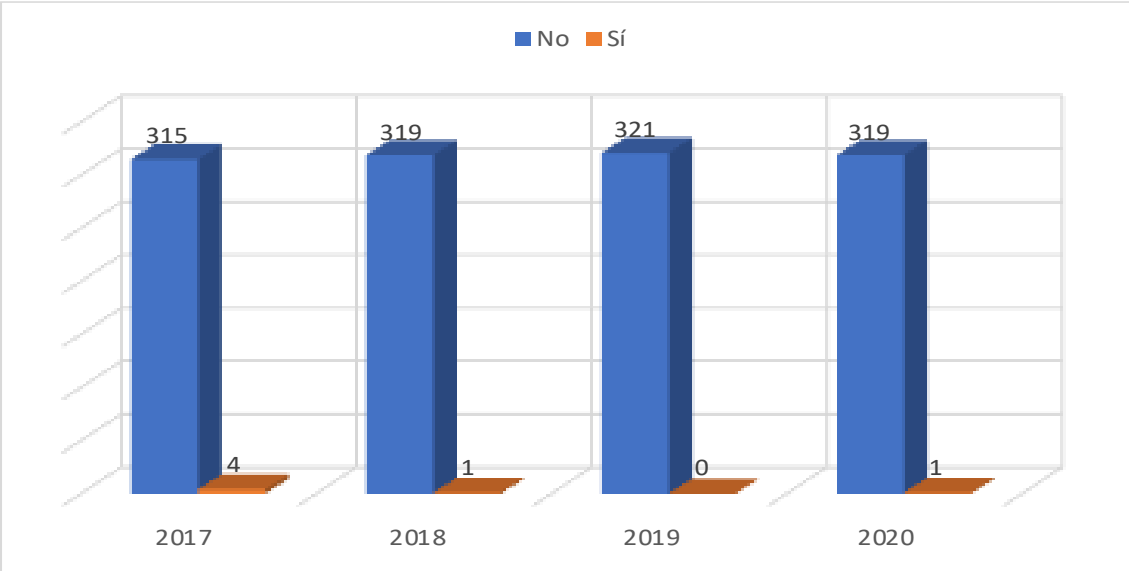


Figura 18: Tentativas de suicidio en la Unidad Correccional Nº 16 de Rosario Años 2017/18/19/20 Fuente: Elaboración propia con datos del SNEEP.

De acuerdo con Bravo (2016), en el entorno de la prisión, cualquier individuo puede experimentar, en ciertas circunstancias, un episodio de locura que momentáneamente lo aleje del orden simbólico. Sin embargo, esto no necesariamente convierte a esa persona en alguien peligroso, ni mucho menos en un individuo mentalmente perturbado. Por otro lado, la acción sistemática de algunas instituciones y discursos, como se analiza en esta investigación, revela su intrínseco carácter peligroso. En situaciones de crisis, la hospitalización puede ser necesaria, pero no debería convertirse en un método u objetivo terapéutico en sí mismo.

No se puede ignorar en este sentido que un recluso, al ser consciente de que está siendo evaluado en su comportamiento y de las consecuencias que esa evaluación puede acarrear, simulará en la mayoría de los casos un buen comportamiento frente a cualquier profesional de la institución. Sin embargo, incluso suponiendo que el comportamiento del recluso no esté falsificado ni influenciado y que sea posible detectarlo y evaluarlo, dicha evaluación se referirá generalmente a su comportamiento dentro del contexto penitenciario. En todo caso, se evaluará si el comportamiento es adaptado o no al entorno carcelario. Por lo tanto, el comportamiento no está determinado por el progreso personal en términos de reintegración, sino por la adaptación al régimen de custodia.

Es común que se termine premiando al recluso más "prisionizado", es decir, aquel que adopta la cultura de la prisión. Esto es muy relevante, ya que el estudio del comportamiento del recluso se utiliza para predecir su comportamiento en libertad, cayendo en el error de considerar que dicha adaptación (buen comportamiento en el entorno carcelario) es extrapolable a las condiciones de libertad. Además, esto no

cuestiona, por ejemplo, el uso de indicadores como la higiene personal o el orden de la celda como medidas de una evolución positiva, aspectos que no se exigen a la población en general. En definitiva, la práctica de evaluar el comportamiento acaba convirtiendo la intervención terapéutica en una herramienta de control disciplinario, pervirtiendo así su propósito de rehabilitación (García Borés, Garés, López & Oviedo, 2016).

ABORDAJE METODOLÓGICO

ÁREA DEL ESTUDIO

La unidad penitenciaria Nº 16 de la ciudad de Rosario es una infraestructura habilitada en la zona suroeste de la ciudad de Rosario. Posee una superficie cubierta de 2.200 metros cuadrados, en cuatro pabellones de 168 celdas (incluyendo las complementarias de ingreso, salidas, tránsito, enfermería y aislamiento). Este complejo cuenta con dos sectores diferenciados denominados “intramuros” y “extramuros”.



Figura 19: Imagen exterior de la Unidad penitenciaria Nº 16. Rosario. Fuente: Informe Oficial del Ministerio de Seguridad de la Provincia de Santa Fe

El sector intramuros es el área restringida y comprende, además del área carcelaria propiamente dicha, un edificio de ingreso al Mini penal, con área social, campo de deportes y para actividades afines, mientras que el sector extramuros (de acceso público), abarca el espacio comprendido entre el cierre perimetral anti escala del complejo y el cerco de seguridad. En el mismo se ubica el edificio de gobierno.



Figura 20: Vista interior de la Unidad penitenciaria Nº 16. Rosario. Fuente: Informe Oficial del Ministerio de Seguridad de la Provincia de Santa Fe .

TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación se planteó como un estudio cualitativo que busca comprender y dar sentido a los procesos culturales en el contexto carcelario. El método utilizado como base fue la hermenéutica de Geertz (1988), que considera los hechos y fenómenos culturales como una trama interconectada que posee significado. Desde esta perspectiva, la conducta humana se entiende como acciones simbólicas que adquieren sentido y valor en las interacciones sociales y en el contexto en el que se desarrollan.

A nivel metodológico, se llevó a cabo una investigación etnográfica, que resulta apropiada para obtener una perspectiva emic. Este enfoque implica la generación de relatos basados en las opiniones y experiencias del observador, lo que permite obtener una visión interna y ampliar la comprensión de las necesidades sociales, afectivas y materiales que afectan directa o indirectamente la salud mental de los internos masculinos procesados en el entorno de la prisión. Se siguió el enfoque de Goetz y Lecompte (1988) en esta metodología etnográfica.

POBLACIÓN Y MUESTRA

El Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena (SNEEP) es la estadística penitenciaria oficial argentina y muestra la evolución y las características de la población privada de libertad en unidades penitenciarias. Respecto de la Unidad Correccional Nº 16 de Rosario, existen datos del año 2017 al año 2020 que permiten delimitar cuantitativamente las características de la población que importa al presente estudio.

Es así como es posible saber que este penal aloja reclusos procesados y condenados de sexo masculino con una población que, hasta la fecha, no ha llegado a rebasar el cupo máximo de internos. (Ver figura 21)

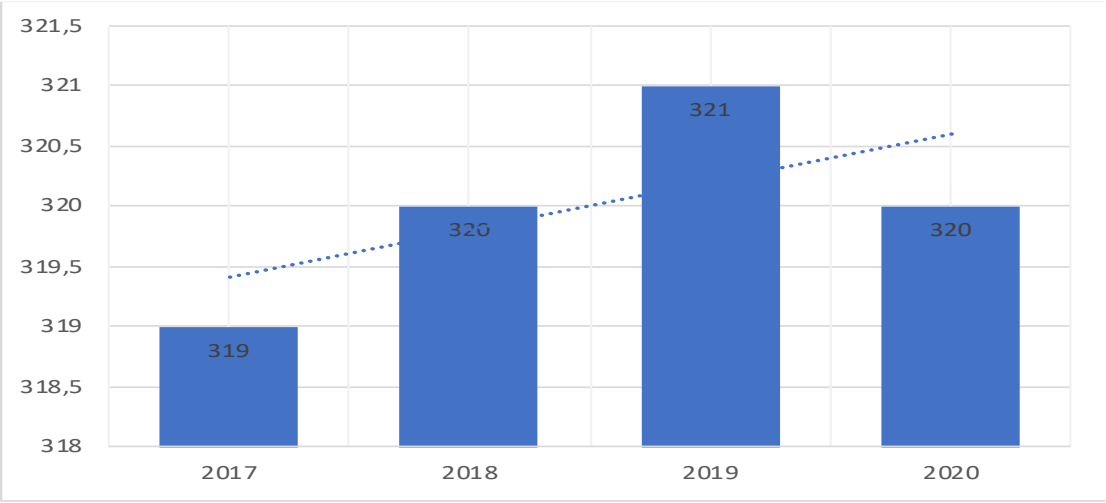


Figura 21: Población la Unidad Correccional Nº 16 de Rosario Años 2017-2020.
Fuente: Elaboración propia con datos del SNEEP.

En el momento de aplicación de los instrumentos de esta investigación en el año 2019, se registró que la población carcelaria en la unidad en cuestión ascendía a 321 personas recluidas. De esta población, se seleccionaron 12 individuos varones para participar en las entrevistas semiestructuradas, las cuales se utilizaron como instrumento en esta investigación. Estos doce participantes provenían de los cuatro pabellones de la institución y tenían edades comprendidas entre los 20 y 30 años. Sus testimonios resultaron valiosos debido a la diversidad de perspectivas que aportaron, aunque se destacó la similitud en las descripciones de experiencias y situaciones vividas.

Debido a la complejidad del control que existe en el contexto carcelario, la investigadora no pudo establecer criterios de inclusión y exclusión de la población carcelaria. Fueron las autoridades institucionales quienes tomaron la decisión de incluir o excluir a los participantes en esta investigación.

Con el propósito de mejorar la eficiencia del procedimiento y teniendo en cuenta la semejanza en las respuestas derivadas de las discusiones durante las entrevistas, algunos internos eligieron proporcionar sus respuestas por escrito, pero aquellos que encontraron dificultades para expresar sus respuestas de forma escrita optaron por comunicarlas verbalmente, y la investigadora procedió a transcribirlas de manera inmediata. Esta estrategia se implementó con el objetivo de agilizar el proceso y garantizar la precisión en la recopilación de la información.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTRUMENTOS

Para alcanzar el primer objetivo específico de la investigación, se diseñó una entrevista semiestructurada dirigida a las personas recluidas, que consistió en preguntas abiertas. Estas preguntas permitieron clasificar las respuestas obtenidas de los doce participantes en cuatro categorías: salud física y mental, conocimiento y ejercicio de sus derechos, calidad de vida en el centro penitenciario y rutina diaria (ver Anexo 01). Las entrevistas semiestructuradas ofrecen un nivel de flexibilidad adecuado, al tiempo que mantienen la suficiente uniformidad para lograr interpretaciones acordes con los propósitos del estudio (Díaz-Bravo et al., 2013).

El cuestionario guía utilizado en la entrevista semiestructurada se elaboró con el asesoramiento de docentes expertos en el tema durante la etapa formativa de los estudios. Estos docentes aportaron con lecturas e investigaciones relacionadas. Se utilizaron dos documentos principales como referencia para plantear las preguntas: una Guía de buenas

prácticas de farmacovigilancia de ANMAT (2009) y un Manual sobre reclusos con necesidades especiales de Naciones Unidas (2009).

Para abordar los segundos y terceros objetivos específicos de la investigación, se realizó una entrevista participante con un profesional de la salud encargado de la atención de los internos. Esta entrevista se llevó a cabo siguiendo un enfoque empático y no intervencionista. El objetivo de esta entrevista fue comprender la perspectiva del profesional y obtener una interpretación en profundidad de su experiencia y conocimientos relacionados con el tema de estudio (ver Anexo 02).

Durante la entrevista participante, se procuró no interferir en la rutina diaria del profesional y se brindó espacio para que expresara sus opiniones y percepciones libremente. Se otorgó además consideración a las interpretaciones del investigador cualitativo tanto como a las de los propios participantes, manteniendo siempre el respeto por las realidades múltiples y las diversas perspectivas presentes en el relato. De esta manera, se buscó obtener una visión enriquecedora y completa de la temática abordada.

PROCEDIMIENTO

En los días 28 y 29 de noviembre del año 2019, se concurrió a la Unidad Penitenciaria Nro. 16 de Rosario, ubicada en la localidad de Pérez, a los fines de efectuar las entrevistas a los internos masculinos allí alojados y así dar curso a esta investigación cualitativa sobre la aplicabilidad del art. 4 de la Ley 26657 en contextos de encierro carcelario.

La entrevista con el Director de la Unidad permitió la aplicación de los instrumentos diseñados originalmente como entrevistas individuales en la forma de entrevistas grupales, ya que, siguiendo su criterio, se optó por una modalidad de trabajo grupal que las autoridades denominaron y promocionaron como un "Taller" que abarcó a los internos de los cuatro pabellones presentes en el lugar. En el primer día se llevó a cabo el taller con los internos del pabellón I y II, mientras que en el segundo día se trabajó con los internos del pabellón IV y V.

En total se entrevistó a doce internos, si bien la convocatoria fue efectuada con una semana de anticipación, es dable referir que los mismos realizan otras actividades dentro de la unidad, tales como la escuela primaria, por lo que algunos si bien se anotaron, no pudieron concurrir por superponerse los horarios. Asimismo, el comportamiento presentado el día del taller y días anteriores era tomado en cuenta por quienes les habilitaron la posibilidad de participar de los instrumentos aplicados.

Al arribar, los sujetos se mostraron curiosos e interesados por el “taller” mencionado. Se les explicó el porqué de la intervención, aclarándoles el carácter

voluntario de la actividad a realizar, y se les solicitó que firmen un consentimiento informado (Anexo 03), explicándoles en qué consistía. Posteriormente trabajaron todos juntos en las preguntas obrantes en las entrevistas. La actividad se extendió aproximadamente por una hora.

Se tomó también, a continuación, la entrevista al profesional a cargo de la salud de los reclusos. Igualmente, se completó previamente un consentimiento informado previo a la participación y se procedió a tomar la entrevista durante aproximadamente 30 minutos.

Los datos fueron registrados y posteriormente transcritos por medios computarizados.

Después se pasó a la fase de análisis por palabras clave o codificación. Se usaron cuadros sinópticos para modular los resultados en grupos de significación o unidades de registro (Anexo 4).

La fase siguiente fue el tratamiento de los resultados, que es el momento en el que se hizo posible establecer inferencias, adelantar interpretaciones y comparar con los presupuestos teóricos que brindan los marcos teóricos elegidos para la presente investigación, para derivar las respuestas en las conclusiones más coherentes con los objetivos propuestos para la investigación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se realizó la firma de un consentimiento informado (Anexo 3) a cada participante, a quienes se les dio a conocer el objetivo de la investigación y se les garantizó confidencialidad de la información suministrada, otorgándoles en todo momento la oportunidad de realizar consultas en relación con su participación.

Se solicitó y obtuvo por escrito el consentimiento expreso de las personas entrevistadas. Al invitarlas a participar en la investigación se les brindó información acerca de la finalidad y la duración, la metodología y los criterios de finalización de su participación, enfatizando el derecho a retirarse en cualquier momento si así lo deseaban.

Además, con el propósito de preservar la confidencialidad de la información, se codificó todos los datos que permitirían identificar a las participantes con el fin de proteger los datos personales, resguardar su identidad y asegurar su anonimato.

Se expresó claramente el compromiso de guardar la debida confidencialidad sobre los datos personales de las participantes en el proyecto, tanto en los procesos de su obtención, tratamiento y conservación, como en la posterior publicación de los resultados.

No se reportó conflicto de intereses en la investigación en la medida que no se recibieron dineros de ninguna fuente en particular para financiar este estudio que pudieran poner en consideración los resultados presentados, ni tampoco existió ningún grado de familiaridad con las participantes.

PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DEL MATERIAL RELEVADO

Representaciones sociales de internos procesados respecto a la gestión de su salud mental dentro de la institución

Durante dos días del mes de noviembre del año 2019, se realizó la visita a la Unidad Penitenciaria Nro. 16 de Rosario, a los fines de efectuar las entrevistas a los internos masculinos allí alojados y así dar curso a esta investigación cualitativa sobre la aplicabilidad de la Ley 26657 en contextos de encierro carcelario.

Al arribar, los internos se mostraron curiosos e interesados por el "taller" mencionado. Se les explicó el porqué de la intervención y concurrencia, aclarándoles el carácter voluntario de la actividad a realizar; y se les solicitó la firma del consentimiento informado, explicándoles en qué consistía para, posteriormente, ir trabajando con todos juntos las preguntas obrantes en las entrevistas.

En primer lugar, la entrevista grupal comenzó con un intercambio de presentaciones de información personal, de lo cual el dato que más llamó la atención fue que la mayoría contaba con visitas de sus familiares más próximos, y se mostraban entusiasmados y orgullosos al contarlo a viva voz, indicando quiénes iban a verlos, qué les traían y con qué frecuencia. En contrapartida, algunos que no eran visitados por nadie lo contaban con tristeza, refiriendo la difícil situación que ello les acarreaba en su día a día allí dentro.

En cuanto al tiempo que llevaban detenidos, consignaron perfectamente los días, meses y años, fiel a la imagen popular del preso tachando los días que le faltan para recuperar su libertad.

Salvo un interno, ninguno refirió realizar o haber realizado algún tipo de acompañamiento en materia de apoyo psicológico o consultorio de salud mental. En algunos casos, manifestando que no lo necesitaban y en otros dando cuenta de la imposibilidad de efectuarlo por parte del servicio.

En cuanto a la medicación, había dos reclusos que compartieron que estaban recibiendo medicación psiquiátrica. Uno de ellos relatando que, si bien estaba medicado, no le daban la medicación con periodicidad y eso lo enojaba, sumado a que no lo "sacaban" a hablar con el psiquiatra.

En cuanto al otro, un sujeto de 37 años, con mejor predisposición a hablar sobre

su tratamiento y padecimientos explicó que si recibía tratamiento psicológico, consistente en una entrevista semanal, y que el mismo le producía mejoría, siendo medicado también desde hace 2 meses y que la misma les produce un efecto a medias, si bien se sentía mejor.

Respecto de si padecían o conocían casos de otras personas que padecieron problemas con algún tipo de sustancia prohibida estando privadas de su libertad, la mayoría respondió que sí, y se debatió eso durante las entrevistas, dándonos cuenta todos que ninguno recibió tratamiento, sólo medicaciones, las cuales los "tranquilizaban".

Surgió también que un interno, luego de informarse sobre sus derechos y la existencia de la ley de salud mental, manifestó ante el grupo que necesitaba tratamiento y se lo negaban. Otro informó que para acceder a un tratamiento dependía del juez o el fiscal.

Respecto a la existencia de una ley de Salud Mental, ninguno aceptó conocer la existencia de esta, ni que ésta contemplara el caso de adicciones.

Sobre tener conocimiento acerca de si funciona algún servicio de Salud mental dentro la unidad penitenciaria, durante el espacio de charla grupal, dieron cuenta del funcionamiento del DIS: un espacio que aborda la temática de adicciones pero que, en su opinión, es muy limitado. Otros en cambio, no tenían conocimiento de ningún servicio de salud mental.

En cuanto a la integración familiar y laboral, refirieron que era nula. Asimismo, volviendo a efectuar quejas sobre que, si bien existen servicios de salud, éstos no funcionan porque no los llaman para concurrir: "no me sacan"; "no atienden a las personas"; "sí, pero no se cumplen".

En conjunto, relataron luego que estaban todos juntos compartiendo un mismo espacio, que no hay divisiones. En cuanto a la convivencia, explicaron que es como toda convivencia dentro de una cárcel, es decir, complicada, amenazante, peligrosa y llena de conflicto. Muchos usaron la palabra "Normal", dando cuenta de cómo normalizan situaciones y contextos desprovistos de cualquier forma de normalidad.

Representación de la rutina de funcionamiento del dispositivo de salud

Los Equipos de Acompañamiento para la Reintegración Social (EARS) fueron creados a través del art. 126 del Decreto Reglamentario 598 de la Ley 8183. Según esta norma, la función que cumplen consiste en "*contribuir a que las personas privadas de su libertad experimenten un menor nivel de daño que sea posible como consecuencia de dicha privación, ejerciten sus derechos fundamentales, y puedan aprovecharla mayor cantidad*

de oportunidades posibles para contribuir a su posterior reinserción laboral".

A través del art. 127 se establece una serie de tareas y competencias de tareas y competencias para este equipo, compuesto por trabajadoras sociales, terapistas ocupacionales, abogada/os y psicólogos/as. Las tareas específicas que se deben cumplir según la Guía de Actuación Profesional de los EARS es llevar un legajo criminológico de cada interno siempre actualizado donde consten las intervenciones de estos equipos. El mismo contiene la información de: el testimonio de la sentencia y el cómputo de la pena; la entrevista inicial realizada por algún/a profesional del equipo; informes sobre lo tratado con el interno en encuentros posteriores. Por parte del EARS, se incluirán informes sobre el desarrollo de cada actividad colectiva en la que participe; trimestralmente se incluirán las valoraciones de conducta y concepto realizadas por el Consejo Correccional. A la mayoría, según su relato, nunca los llamaron. Los dos que alguna vez pudieron acceder a alguna entrevista, manifestaron, sin embargo: uno que no le sirvió, sintiéndose luego igual de mal. El otro, dijo que le sirvió a medias, que sacó herramientas y se sintió aliviado y contenido, pero a medias, dado que luego de la entrevista debía volver al pabellón y regresar a los conflictos y su malestar.

Adicionalmente, el dispositivo Interdisciplinario de Salud (DIS) es otra instancia que depende del Ministerio de Salud, en la teoría, esta supone una estrategia interministerial que se propone abordar integralmente –mediante la promoción, prevención y asistencia de un equipo interdisciplinario– la prestación de servicios de salud destinados a las personas privadas de su libertad de las Unidades Penitenciarias. Propone un modelo de atención que brinde cuidados integrales llevados a cabo con las disciplinas que se consideren pertinentes.

Las actividades del DIS incluyen la organización de ámbitos y equipos de trabajo; la implementación de modalidades para el acceso a la salud; relevamientos periódicos de la situación de salud individual; exámenes complementarios; análisis epidemiológicos; guardia hospitalaria; servicios de urgencia; y monitoreo y evaluación de la implementación e impacto del DIS.

Fue posible acceder a una entrevista con el profesional del Dispositivo Interdisciplinario de Salud, a cargo del monitoreo y evaluación psicológica de los reclusos de la Unidad 16. Al iniciar la entrevista surgió como primer diálogo la necesidad de conocer sobre la existencia de un espacio de trabajo o dispositivo encargado del tratamiento de las adicciones y ante ello, la respuesta fue que:

No existe. En la unidad se trata con psicoterapia y [los] casos complejos son derivados a alguna ONG para abordar la posibilidad de consumo. Considero que el encuadre de trabajo sobre adicciones es específico, [puesto que] creo en la especificidad dentro de la psicología y por eso la derivación […] La línea ideológica que sostiene el DIS es el psicoanálisis.

El profesional es instado entonces a definir la conducta adictiva o el fenómeno de adicción al que se enfrenta en el contexto de encierro y ante ello, expresa que:

Todo aquello que el sujeto no puede poner en palabras ni lo puede tramitar lo sustituye a través de un objeto (sustancia) que acalle el dolor subjetivo. Cuando hay un circuito de adicción, el adicto miente. La adicción es una pulsión, no hay control en lo que hace. La adicción puede ser subjetiva o biológica, ambas se entrecruzan. La subjetiva tiene más peso por lo no tramitado.

Al solicitarle ahondar en la definición de sus espacios terapéuticos el profesional agrega:

Lo que hago es psicoterapia de esclarecimiento, que implica evaluar una problemática que tienen y trabajar sobre ese tema específico, cuando el paciente siente que ya está esclarecido y resuelto, se finaliza y queda la posibilidad de la persona de retomar el tratamiento cuando lo considere. En cuanto al tratamiento, no hay límite de tiempo para abordar una o más problemáticas que vayan surgiendo en el proceso.

Surgió más adelante en el diálogo la posibilidad de consultar acerca de la existencia de otros dispositivos que colaboren, tal vez más específicamente en los casos de tratamiento de las adicciones y ante esta interrogante se recibió como respuesta que:

Sí, el psiquiatra del penal para casos de síndromes de abstinencia. El equipo de adiciones que depende del Ministerio de Salud, para personas privadas de la libertad en pacientes con patologías crónicas persistentes [y] el pabellón evangélico, el cual ayuda con los casos de algunos

pacientes con estrategias que si bien son sustitutas de un tratamiento, les permiten sostenerse subjetivamente.

Hay entonces curiosidad por querer comprender cómo se trabaja en el caso de que un paciente se presente ante ellos con síndrome de abstinencia y la respuesta es que: "*Sí, se han presentado y son derivados a psiquiatría para su medicación consensuada con el paciente y continúa con un seguimiento de ambos profesionales (psicólogo y psiquiatra)".*

Procedió luego el profesional a explicar el *modus operandi* al interior del dispositivo, arribándose así al conocimiento de que las consultas llegan hasta el profesional derivadas por actores que trabajan dentro de la institución (servicio médico y equipo del EARS, defensores o jueces, indistintamente y según la necesidad de cada caso en particular). La condición es en todo caso, que el paciente tenga alguna dificultad y que quiera recibir ayuda para realizar entrevistas psicológicas, construyéndose a partir de los primeros encuentros, la posibilidad de un tratamiento para el cual, se apela a la voluntad del paciente, en la medida que, nadie es obligado y que, más allá de las derivaciones, si el usuario del sistema no quiere o se reúsa a recibir acompañamiento, este no tendrá lugar. Respecto de las temáticas que se abordan durante la consulta el profesional explica que:

Desde mi marco teórico y epistemológico que es integrativo, realizo psicoterapia integrativa. Se trabaja focalizando con el aquí y ahora del paciente y el pasado en función del presente y del futuro que puede resignificarse. Mi abordaje es integrativo, tomo los conceptos de diferentes teorías psicológicas que abordan el padecimiento de los sujetos y a veces no sólo el padecimiento, trabajo también el bienestar.

Se consulta a continuación acerca de la existencia de dificultades prácticas para trabajar en el reconocimiento de los derechos de los internos en materia de salud mental, y en particular en lo referente a adicciones y ante esto la respuesta es que, efectivamente:

No son reconocidos […] El estado tiene una deuda con respecto a la problemática de adicciones. Es necesario trabajar más en materia de políticas de salud para estas problemáticas más allá de que, en el papel, estas sean tenidas en cuenta desde la óptica de la ley de salud mental.

Respecto a los programas de preparación de la puesta en libertad, expresa:

No existen programas. Cuando el paciente se está por ir lo que refuerza es el trabajo alcanzado que hizo posible la mejoría para que lo replique en el afuera, la resignificación. En este caso hay una articulación con el centro de salud más cercano a su domicilio, para que continúe con su tratamiento, siempre con un efector público.

Impactos de orden social, afectivo y material que han tenido lugar en la vida diaria de los internos a partir de su inserción en el entorno carcelario

Respecto de las actividades que realizan durante el día, la enseñanza de oficios, participación en talleres y acceso a la posibilidad de estudios, se generó un debate intenso entre los internos que participaron de este estudio: Los más antiguos conocían más los talleres y sectores de la unidad, respecto de los más nuevos. Refirieron actividades que antes se realizaban y luego se suspendieron. Contaron que la salita donde tenía lugar este taller de trabajo, titulada "*la biblioteca*" y equipada con un estante con algunos libros y un pizarrón, la habían utilizado hacía un año, cuando asistía una profesora a darles clases de lengua y enseñarles a leer y escribir. Sin saber por qué esa aula dejó de funcionar, quedando evidencia de ello en el pizarrón donde había una leyenda escrita por la profesora con fecha del año anterior.

Por otra parte, sin embargo, contaron que existía la escuela primaria y algunos asistían. En cuanto a talleres, había de sastrería y herrería, pero no se usaba y a ninguno le resultaba de interés, en tanto que, algunos realizaban tareas de cocina o mantenimiento de la unidad, tales como: limpieza, cortar el pasto, etc. Con relación a los oficios, según su relato, no les enseñan ninguno. Dos internos relataron su interés por la lectura y la imposibilidad de acceder a libros. Algunos dicen realizar actividades de mantenimiento, atento su buen comportamiento y así tienen acceso a algún incentivo económico. Otros, no realizan ninguna actividad productiva: "*miro tele todo el día"*, "*tomo mate*"; y el resto, realiza deporte en el horario de patio: juegan al fútbol o hacen gimnasia por su cuenta.

En cuanto a las personas con padecimiento de salud mental, no hay diferencias, al estar todos juntos hacen todos lo mismo y tienen acceso a lo mismo. Salvo el interno que realiza tratamiento periódicamente, el cuál sí recibe acompañamiento de sus familiares, el resto expresó un "*no*" como respuesta unánime.

En cuanto al equipo interdisciplinario que existente en la unidad penitenciaria,

relataron lo difícil que es el acceso al equipo interdisciplinario, ya que tienen que pedir entrevista con ellos mediante firma de la solicitud de atención, la cual tienen que solicitar para tener una entrevista con los dos grupos: el EARS y el DIS.

Continuando su relato, en cuanto a sentirse discriminados o identificados negativamente por parte de sus compañeros o personal a cargo, los internos coincidieron en que la discriminación existente es por parte de las autoridades y no de los compañeros.

A la hora de efectuar propuestas respecto a posibilidades de mejoras que les permitan satisfacer sus necesidades y sentirse mejor, no todos las plasmaron por escrito, muchos se quedaron en silencio reflexionando -ya estaban cansados-, pero sí, coincidiendo todos en la necesidad de mejorar el acceso a consultas con el equipo interdisciplinario, en tanto creen que hace falta y sería necesaria más atención.

Un interno propuso que haya un cuaderno en cada pabellón y que sean anotados los que necesitan salir a ser atendidos y tengan debido acceso a la asistencia psicológica. También otro interno propuso la necesidad de más talleres de recreación aparte de tratamientos psicológicos, ya que estos son de 30 minutos de duración semanales y el resto de tiempo necesitan otro tipo de ayuda: "*me gustaría que haya más atención, así lo intento*", "*me gustaría que tomen más responsabilidad de cada caso*".

Discusión de los resultados obtenidos

La realización de estas entrevistas puso en un principio en evidencia la importancia de las conexiones familiares y cómo la falta de visitas puede afectar el bienestar emocional de los internos. El hecho de que la mayoría de los internos mencione que no habían recibido ningún tipo de apoyo psicológico o atención en salud mental, más allá de que algunos afirmaran que no lo necesitaban y que otros señalaran la falta de disponibilidad de servicios, plantea preocupaciones sobre la falta de acceso a servicios de salud mental en la prisión y la necesidad de brindar apoyo adecuado a los internos.

Esta falta de acceso a servicios de salud mental en la prisión y la necesidad de brindar apoyo adecuado a los internos refuerza la idea de que la Ley Nacional de Salud Mental puede ser un instrumento legal efectivo en la provincia de Santa Fe. Esta ley, respaldada por los profesionales y las instituciones formadoras, busca garantizar la dignificación del status carcelario y mejorar la calidad de vida de las personas privadas de libertad. Sin embargo, la falta de implementación efectiva de este discurso en las prisiones muestra un bloqueo en su materialización debido a reformas y retrocesos en materia punitiva.

Con relación a la medicación, se pusieron de relieve los desafíos en la provisión de medicación y atención psiquiátrica adecuada dentro de la prisión. El hecho de que ellos percibieran que se les proporcionaban medicamentos que tenían un efecto "tranquilizador", plantea además preocupaciones sobre la falta de tratamiento adecuado en el entorno penitenciario, que pudiera incentivar incluso, en lugar de disminuir los casos de adicciones. Esta situación puede incentivar, en lugar de disminuir, los casos de adicciones, lo cual está en contraposición con los principios de la Ley Nacional de Salud Mental. Los determinantes sociales del encierro, el aislamiento y la falta de acceso a derechos básicos también contribuyen al desgaste de la salud de los internos, como mencionan Bissutti y Guala (2020) en su estudio.

Hubo también evidencia que reveló falta de conocimiento y aplicación de la ley de salud mental en la prisión, lo cual es preocupante y muestra la necesidad de garantizar el cumplimiento de los derechos de los internos, más allá de que algunos entre ellos expresaran que el funcionamiento de estos dispositivos era limitado y que desconocían otros servicios de salud mental disponibles. Esto muestra la necesidad de garantizar el cumplimiento de los derechos de los internos y la importancia de promover una conciencia y comprensión más amplia de la legislación. Los discursos débiles y las excusas poco convincentes mencionadas por los profesionales a cargo de la salud mental reflejan la desconexión entre el conocimiento teórico y la práctica efectiva en el contexto penitenciario.

En este sentido, la Ley Nacional de Salud Mental vigente es un instrumento legal de aplicación efectiva en la provincia de Santa Fe, no solamente a partir de su promulgación, en tanto la ley provincial le antecede por décadas en las que, aún sin efectivizarse, el discurso de la desmanicomialización, la dignificación del *status* carcelario y las mejoras en la calidad de vida de las personas privadas de libertad venían siendo trabajadas a nivel de los discursos políticos, institucionales y formativos sino que además, a partir de un convencimiento en los principios que la sustentan por parte de los profesionales, las instituciones formadoras de ellos (universidades, institutos y espacios de aprendizaje y especialización) y las instancias políticas e institucionales, ha sido posible instaurar un discurso homogeneizado de mayor conciencia fuertemente internalizada.

La práctica efectiva de este discurso en las prisiones, entendidas como instituciones totales según lo planteado por Goffman, que las observa como espacios de alojamiento y trabajo, que involucran para su funcionamiento a distintos/as actores, ya sea externos como internos, con diferentes jerarquías y cuotas de poder, donde cada uno

cumple una función determinada, ha encontrado sin embargo un grave bloqueo en su intento por materializarse a partir de las reformas y retrocesos en materia punitiva, que han sufrido las leyes nacionales de ejecución de la pena privativa de la libertad, el código penal y los institutos de libertad asistida a partir de un discurso generalizado que respalda la necesidad de endurecerse a partir del recrudecimiento de la violencia y el crecimiento generalizado de un posicionamiento social contrario a la lógica garantista que prevaleciera en la Reforma Constitucional de 1994.

Los profesionales a cargo de la salud mental en la Unidad penitenciaria visitada establecen una lógica dual, al referirse por un lado a criterios y conceptos fuertemente apegados a la ley que, sin embargo en la práctica, pierden asidero ante excusas débiles y discursos poco convincentes acerca de las verdaderas razones que median entre el saber y el hacer de su práctica profesional.

Coincidiendo con Bissutti y Guala, es posible afirmar en este estudio un panorama similar al que ellos describen:

> *Los determinantes sociales están dados por un régimen en donde priman el encierro y el aislamiento por gran cantidad de horas diarias, el no acceso al aire libre, a la actividad física, la ausencia de derechos que van desde la educación, la alimentación y la atención de salud, hasta llegar al sostenimiento de vínculos afectivos en las limitaciones de las visitas y por las condiciones materiales en las que se desarrolla el día a día […]. Todo lo cual da como resultado un desgaste lento, continuo y perceptible de la salud de las personas, que en muchos casos agravan situaciones previas al encierro y en otros generan enfermedades, afecciones y padecimientos (Bissutti y Guala, 2020)*

CONCLUSIONES

Las representaciones sociales que los internos elaboran dan fe de fragilidad y apatía en la construcción del paradigma de salud: perciben la burocracia, la debilidad de los dispositivos, el doblez de los discursos y a partir de ello, componen una actitud pasiva y resignada que no se atreve a romper con el statu quo imperante de banalización de los tratamientos e incluso de los derechos que les asisten, para alcanzar la ansiada reinserción en una sociedad que espera de ellos mucho más de lo que logra ofrecerles.

Las personas *libres* que tienen la posibilidad de incursionar brevemente en la vida cotidiana de un contexto carcelario, como es el caso ocurrido particularmente a partir de la realización de esta investigación, suelen asumir un discurso comprometido con la reivindicación de los derechos postergados y asumen a la vez, una preocupación profunda por las herramientas que serán de gran importancia para estas personas una vez que consigan salir en libertad.

A pesar lo antes enunciado, tantas experiencias y lógicas discursivas como las que se han revisado para la realización de esta investigación parecen poco a la hora de buscar respuestas efectivas a un problema que a lo largo de los años, visto desde diversos paradigmas y universalmente normado y abordado por la política y las instituciones, no parece encontrar salidas viables que se concreten en la realidad.

Solo la acción individual parece hacer la diferencia, la actitud de cada profesional respecto de la ley, la verdadera convicción con la que, para quienes se adentren en el mundo carcelario, pase a ser imprescindible considerar la continuidad de la discusión de estos temas, dando importancia al abordaje de la problemática carcelaria, en todas las instancias, todas la veces que sea necesario, hasta que las prácticas consigan ser una con las leyes, dando sentido así a los deseos bien intencionados y las posibilidades de acción de la posición extremadamente compleja que asume la humanidad cuando se hace partícipe de la necesidad de restar los derechos de sus pares, bajo la premisa de un bien común superior, pero con la difícil carga de hacerlo por las razones correctas y con el deseo sincero de alcanzar la garantía de que los resultados serán mejores para todas las partes involucradas.

BIBLIOGRAFÍA

Anitua, G. (2005). Los principios constitucionales para una política criminal del Estado social y democrático de derecho. En I. Rivera Beiras, *Política criminal y sistema penal. Viejas y nuevas racionalidades punitivas* (pp 289-303). Barcelona: Anthropos. https://www.academia.edu/29125193/_Politica_Criminal_Y_Sistema_Penal_Rivera_I%C3%B1aki

Anitua, G. I. (2015). *Castigo, cárceles y controles.* Buenos Aires: Didot.

ANMAT (2009) *Guía de buenas prácticas de farmacovigilancia*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.

Arroyo Cobo, J. (2014). El modelo de atención a los problemas de salud mental en IIPP. Una respuesta al debate permanente ¿enfermo o delincuente? *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. 12(1)*, 13-26. https://aen.es/wp-content/uploads/docs/CUADERNOS%2012-1%202014%20AF_Vol%207%20n2.qxd.pdf

Altoé, S. (2004) *René Lourau: analista institucional em tempo integral.* São Paulo: Hucitec.

Ase, I., y Burijovich, J. (2016). Capacidades estatales y nuevos derechos: El caso de los nuevos marcos normativos en salud mental. En A. Rossetti, & N. Monasterolo (coords), *Salud mental y derechos humanos: Reflexiones en torno a un nuevo paradigma* (págs. 41-64). Córdoba: Espartaco. https://cptsse.files.wordpress.com/2016/09/salud-mental-y-derecho.pdf

Barukel, A. (2019). Responsabilidad, peligrosidad y simulación: prácticas judiciales en una institución psiquiátrica de la provincia de Santa Fe. *Delito y Sociedad 48(28)*, 118-138. http://www.scielo.org.ar/pdf/delito/v28n48/v28n48a05.pdf

Bissutti, C., Guala N. (cords) (2020). *La salud en la cárcel, ¿un oxímoron? Informe sobre el Sistema de salud en el Instituto de "recuperación de mujeres" del Servicio Penitenciario de la provincia de Santa Fe.* Secretaría de Extensión Social y Cultural. Universidad Nacional del Litoral. https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar:8443/handle/11185/5713

Blumer, H. (1967). Society as Symbolic Interaction. En J. Manis & B. Melzer (Eds.), *Symbolic Interaction: A reader in social psychology* (pp. 139-148). Boston, MA: Allyn and Bacon.

Bravo, O. A. (2016). *Las prisiones de la locura. La locura de las prisiones. La construcción institucional del preso psiquiátrico.* Colombia: Colección Salud Mental Colectiva 5.

Calvi, I. (2021). Comentario de Artículos 135 al 139. En L. Zerbino (Ed.), *Ley de ejecución de la pena privativa de libertad comentada y de acceso libre*. Revista Digital de Pensamiento Penal. Recuperado de http://www.pensamientopenal.com.ar/24660comentada.

Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). *La entrevista, recurso flexible y dinámico*. Investigación en Educación Médica 2(7), 162-167

Foucault, M. (1991) *Vigiar e punir.* Petrópolis: Vozes.

Foucault, M. (1996) *La vida de los hombres infames.* La Plata: Editorial Altamira.

Foucault, M. (2005). *La verdad y las formas jurídicas.* Barcelona: Gedisa.

García Borés, J., Garés C., C., López G., T., y Oviedo F., P. (2016). El tratamiento en el discurso rehabilitador: Tropezando en las mismas piedras. En J. García Borés, y I. Rivera Beiras, *La cárcel dispar* (págs. 177-202). Barcelona: Bellaterra. https://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/44981-carcel-dispar-obra-colectiva-coordinada-inaki-rivera-beiras-y-josep-garcia-bores-espi

Gelli, M. A. (2004). *Constitución de la Nación Argentina comentada y concordada.* Buenos Aires: La Ley

Goetz, J. P. & Lecompte, M. D. (1988) *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.

Lacan, J. (1987) *Da psicose paranóica e suas relações com a personalidade*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Ley Nacional de Salud Mental, Ley 26657 (Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina 2 de Diciembre de 2010).

Lledó Sainz de Rozas, M., Manzanos B., C., y Álvarez LL., M. (2014). Enfermedad mental y drogas en prisión. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria 12(1)*, 27-35.

https://aen.es/wp-content/uploads/docs/CUADERNOS%2012-1%202014%20AF_Vol%207%20n2.qxd.pdf

Lombraña, A., y Pepe, M. (2013). Salud mental y cárcel: dispositivos de "cuidado" en contextos penitenciarios a partir de la Nueva Ley de Salud Mental. *VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Sección de Antropología Social.* (págs. 1-19). Buenos Aires: Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, UBA. https://www.aacademica.org/000-063/201.pdf

Miró Miquel, G. (2005) La Política criminal del problema Uroga. Etapas del problema y consecuencias de las soluciones adoptadas. En I. Rivera Beiras, *Política criminal y sistema penal. Viejas y nuevas racionalidades punitivas* (págs. 303-317). Barcelona: Anthropos. https://www.academia.edu/29125193/_Politica_Criminal_Y_Sistema_Penal_Rivera_I%C3%B1aki

Naciones Unidas (2009) *Manual sobre reclusos con necesidades especiales. Serie Manuales de Justicia Penal*. Panamá: UNODC.

Poblet M., M., y Martin, E. (2016). Salud Mental, Sistema Penitenciario Federal y Programa Interministerial de Salud Mental Argentino. Tensiones e intervenciones en Problemáticas Sociales Complejas. *Margen 82*, 1-6. https://www.margen.org/suscri/margen82/martin82.pdf

REDI-CELS-ACIJ-CIDDH. (2018). *Principios de interpretación del modelo de capacidad jurídica y del sistema de apoyos del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación.* Buenos Aires: CELS-REDI. https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2018/01/Principios-de-interpretaci%C3%B3n-jur%C3%ADdica-CCCN.pdf

Rivera Beiras, I. (2005). *Recorridos y posibles formas de penalidad.* Madrid: Anthropos.

Rivera Beiras, I. (2009). *La cuestión carcelaria: Historia, Epistemología, Derecho y Política penitenciaria.* Buenos Aires: Editorial del Puerto.

Rodríguez Zoya, P. G. (2010). La medicalización como estrategia biopolítica. *A parte rei 70,* 1-27. http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/zoya70.pdf

Rossetti, A., y Monasterolo, N. (2016). *Salud mental y derechos humanos: reflexiones en torno a un nuevo paradigma.* Córdoba: Espartaco.

https://cptsse.files.wordpress.com/2016/09/salud-mental-y-derecho.pdf

Rossetti, A. (2016). El marco jurídico y la "limitación" a las políticas públicas. Comentarios en base al derecho constitucional y "convencional" argentino actual. En A. Rossetti, y N. Monasterolo, *Salud mental y derecho Reflexiones en torno a un nuevo paradigma* (págs. 13-40). Córdoba: Espartaco. https://cptsse.files.wordpress.com/2016/09/salud-mental-y-derecho.pdf

Registro Provincial de Violencia Institucional del Santa Fe. (2019). Informe Anual. Santa Fe: RPVI. https://www.defensasantafe.gob.ar/publico/violencia/informes/provincial/informe2019.pdf

Registro Provincial de Violencia Institucional del Santa Fe. (2020). Informe Anual. Santa Fe: RPVI. https://www.defensasantafe.gob.ar/publico/violencia/informes/provincial/informe2020.pdf

Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y salud mental. *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas Provinciales de Psicología. Salud mental y mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy* (págs. 1-9). Posadas, Misiones: https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud_mental/Interdisciplina%20y%20Salud%20Mental.%20Stolkiner.pdf .

Stolkiner, A. (2018). Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental. *Soberanía sanitaria 2(4)*, 34-37. http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/wp-content/uploads/2019/03/revistaSSnro4.pdf

Vacani, P. (2015). La configuración histórica en la legitimación de los métodos punitivos. *Revista de Historia de las Prisiones 1*, 117-135. https://www.revistadeprisiones.com/wp-content/uploads/2018/01/6_Vacani.pdf

Valero, A., y Faraone, S. (2011). Lo punitivo y lo terapéutico. Una experiencia desinstitucionalizadora en salud mental en el ámbito penitenciario de la provincia de Santa Fe (Argentina). *Delito y sociedad 20(31)*, 94-111.

Vasconcelos, E. (2000) Reinvenção da cidadania: empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuário. En P. Amarante, (org.): *Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp.: 169 -194). Rio de Janeiro: Fiocruz. https://books.scielo.org/id/htjgj/pdf/amarante-9788575413197-10.pdf

ANEXOS

ANEXO 01: PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1- ¿Usted está realizando algún tipo de tratamiento? ¿En qué consiste? ¿Recibe algún tipo de medicación? En caso de ser así ¿Desde cuándo? ¿Considera que dicho tratamiento le produce una mejoría? ¿Se siente mejor? ¿La medicación le produce algún efecto secundario o adverso?

2- ¿Padeció o conoce de casos de personas que padecieron problemas con algún tipo de sustancia prohibida estando privadas de su libertad? ¿Cómo son tratadas dentro de la unidad? ¿Existe algún tipo de tratamiento al respecto? ¿Es de carácter voluntario?

3- ¿Conoce acerca de la existencia de una ley de Salud Mental? En caso afirmativo, ¿Sabe si contempla el caso de adicciones (consumo de sustancias no permitidas)?

4- ¿Tiene conocimiento acerca de si funciona algún servicio de Salud mental dentro la unidad penitenciaria? En caso de existir, ¿se promueven en él la integración familiar, laboral y comunitaria? ¿Se aborda la temática de adicciones? ¿Cómo?

5- En caso de realizar algún tratamiento ¿se les pide algún tipo de consentimiento para someterse a investigaciones clínicas o tratamientos?

6- ¿Se toma algún tipo de medida respecto de la preservación de identidad de quienes padecen algún tipo de trastorno mental?

7- ¿Comparten los mismos pabellones los internos que no tienen ningún padecimiento mental con aquellos que los padecen? De ser así ¿Cómo es la convivencia dentro el pabellón?

8- ¿Qué actividades realizan durante el día? ¿Les enseñan algún oficio? ¿Tienen talleres? ¿Tienen biblioteca? ¿Acceden a la posibilidad de estudios (primario, secundario, terciario, universitario)? ¿Quiénes padecen algún tipo de padecimiento mental ¿tienen acceso a las mismas actividades o realizan otras?

9- En caso de padecer una enfermedad ¿tienen acceso los familiares a acompañarlos antes, durante y finalizado el tratamiento? ¿De qué manera?

10- En cuanto al equipo interdisciplinario existente en la unidad penitenciaria ¿Cómo es el acceso? ¿Solicitan consultas con ellos? ¿Cuál es la frecuencia de los encuentros que tienen con los profesionales? ¿Consideran de utilidad dichas reuniones? ¿Cómo se sienten? ¿Encuentran mejoría luego de los encuentros?

11- En caso de padecer algún trastorno mental ¿Se siente discriminado o identificado negativamente por parte de sus compañeros o personal a cargo?

12- ¿Qué piensan respecto a los tratamientos existentes relativos a la problemática de salud mental, en especial en materia de adicciones? ¿Están conformes? En caso de no estarlo, ¿Tienen alguna propuesta? ¿Qué consideran que necesitarían para estar mejor?

ANEXO 02: ENTREVISTA-PARTICIPANTE A SUJETO DE INVESTIGACIÓN: Profesionales del Dispositivo de Salud Mental

1. ¿Existe un dispositivo de salud encargado del tratamiento de las adicciones y otros aspectos de la salud mental? ¿Cual? ¿De quién depende? ¿Qué días y horarios funciona? ¿Con cuántos profesionales cuenta?
2. ¿El funcionamiento del Dispositivo es acorde a los lineamientos de la Ley de Salud Mental? ¿Se logra dar respuesta a la problemática de adicciones y otros trastornos de salud mental a través de la puesta en práctica del tratamiento del dispositivo? ¿En qué casos? ¿Podría ejemplificar o definir cuáles podrían ser obstáculos o limitaciones?
3. ¿Cómo llegan los casos a las consultas del dispositivo de salud mental?
4. ¿Qué temáticas se abordan en el dispositivo? ¿Se limitan exclusivamente a las adicciones o también se tratan otras cuestiones relacionadas? ¿Cuáles?
5. ¿Desde qué marco teórico se realiza el abordaje en el dispositivo de salud mental?
6. ¿Considera que se reconocen los derechos de los pacientes en materia de salud mental, incluyendo los relacionados con las adicciones? ¿Cuáles podrían ser las dificultades prácticas para su reconocimiento?
7. ¿Cuenta el dispositivo con los mecanismos necesarios que aseguren la recuperación y preservación de la salud mental de los pacientes? ¿Cuáles están presentes? ¿Cuáles faltarían? ¿Dónde podrían encontrar respuesta los pacientes?
8. ¿Existen otros dispositivos o intervenciones dentro del sistema de salud mental que colaboran con el tratamiento de las adicciones, como por ejemplo, grupos de apoyo, terapia familiar, entre otros?
9. ¿Cómo se definen los espacios terapéuticos en el dispositivo de salud mental? ¿Se puede hablar de tratamiento o intervenciones?
10. ¿Se han presentado pacientes con síndrome de abstinencia en el dispositivo de salud mental? ¿Cómo se actúa al respecto?
11. Después de la finalización del tratamiento, ¿existe algún tipo de acompañamiento? ¿Hay alguien responsable del paciente una vez finalizado el tratamiento? ¿Se considera que el tratamiento finaliza en algún momento determinado?
12. ¿Existen programas de preparación para la reintegración a la sociedad antes de la liberación de los pacientes?
13. ¿Cómo podría definir usted la conducta adictiva o el fenómeno de la adicción desde la perspectiva de la salud mental?

14. ¿Con relación a cuestiones como la neurosis, psicosis y perversiones, se abordan en el dispositivo de salud mental? ¿Cuáles de estas problemáticas se tratan y cuáles no?

ANEXO 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO A LAS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN

El propósito de este Formulario de Consentimiento Informado es proveer una explicación clara a los participantes de esta investigación, de la naturaleza de esta y de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Juliana Barrenechea , estudiante de la Licenciatura en Psicología, de la Universidad Abierta Interamericana. Sede Rosario de Santa Fe.

La finalidad de este estudio es conocer y describir el estado de reivindicación de derechos en el campo de la Ley de Salud Mental que han sido naturalizados en el contexto carcelario, en favor de la población masculina privada de libertad de la Unidad Penitenciaria Nro. 16 de la Ciudad de Rosario. Su participación voluntaria en esta investigación será de suma utilidad para la recolección de los datos necesarios.

Para llevar a cabo el trabajo de campo de esta investigación necesito realizarle una entrevista en profundidad, relacionada con la gestión de la salud mental dentro de la institución y el nivel de conocimiento de las leyes que asisten a la población carcelaria. La misma se llevará a cabo en días y horarios acordados previamente y en uno o varios encuentros, según disponibilidad y acuerdo previo de ambas partes. Su participación en este estudio es estrictamente voluntaria y gratuita. La información que se recoja será confidencial y se usará a los fines de esta investigación. Ante cualquier duda puede consultar las veces que lo considere necesario.

Desde ya, muchas gracias por su colaboración.

Hoja de Firmas Consentimiento informado.

De acuerdo con lo previamente formulado, doy mi consentimiento para participar en esta investigación. Habiéndoseme informado de la confidencialidad de los datos personales y los parámetros éticos correspondientes, acepto que los resultados se utilicen a los fines que se consideren necesarios para la investigación.

Fecha:
Nombre y Apellido del participante:
DNI:
Firma:

Firma del Investigador:
DNI:

ANEXO 04: CONSTRUCCIÓN DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

