

Universidad Nacional del Litoral/ Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Especialización en Trabajo Social Forense 2024-2025



"Sujetos a la Medida de Seguridad: alcances y contradicciones de la intervención profesional en la sala de internación del Hospital Escuela de Salud Mental".

Trabajo Integrador Final

Autora: Gabriela Paúl

Mail: gabi_paul_91@hotmail.com

Teléfono: 03438-15607882

Director: Dr. Mariano Poblet Machado

Mail: marianopoblet@gmail.com

Paraná, marzo de 2026.

Resumen.

La presente investigación se enmarca en la Especialización en Trabajo Social Forense de la Universidad Nacional del Litoral y la Universidad Nacional de Rosario, y tiene como objetivo principal analizar las estrategias de intervención interdisciplinarias desarrolladas con personas declaradas inimputables que se encuentran bajo una medida de seguridad en el Servicio de Internación de Hombres del Hospital Escuela de Salud Mental (HESM) de Paraná. El estudio se sitúa en la tensión estructural que surge del cruce entre las lógicas del sistema penal (centradas en la peligrosidad y la seguridad) y las del sistema de salud mental (basadas en el enfoque de derechos y la Ley N.º 26.657). Desde un enfoque metodológico cualitativo y un diseño fenomenológico, se buscó comprender las prácticas profesionales y las experiencias del equipo interdisciplinario. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas en profundidad a profesionales del servicio, complementadas con el análisis documental y la contextualización institucional del HESM. Los objetivos específicos del estudio fueron identificar las estrategias implementadas, analizar el rol y la participación de las distintas disciplinas, e indagar las tensiones y desafíos que surgen en este complejo marco. Los resultados del análisis empírico revelaron cómo el equipo profesional navega entre los tiempos terapéuticos y los judiciales, las implicancias del concepto de “peligrosidad” en la internación, y la construcción de la interdisciplina como un posicionamiento ético-político frente al encierro. Este trabajo busca aportar a la producción de conocimiento en el ámbito socio-jurídico y de salud mental, ofreciendo una base para la reflexión crítica sobre las prácticas institucionales y proponiendo recomendaciones para fortalecer las políticas públicas orientadas a la restitución de derechos.

Palabras Claves: Medidas de Seguridad, Inimputabilidad, Interdisciplina, Salud Mental, Paraná, HESM.

Abstract.

This research is part of the Specialization in Forensic Social Work at the National University of the Littoral and the National University of Rosario. Its main objective is to analyze the interdisciplinary intervention strategies developed with individuals declared legally incompetent who are under a security measure in the Men's Inpatient Service of the Mental Health Teaching Hospital (HESM) in Paraná. The study focuses on the structural tension arising from the intersection of the logics of the criminal justice system (centered on dangerousness and security) and those of the mental health system (based on a rights-based approach and Law No. 26,657). Using a qualitative methodological approach and a phenomenological design, the research sought to understand the professional practices and situated experiences of the interdisciplinary team. Data collection was

carried out through in-depth interviews with professionals from the service, complemented by document analysis and an examination of the HESM's institutional context. The specific objectives of this study were to identify the strategies implemented, analyze the role and participation of the different disciplines, and explore the tensions and challenges that arise within this complex framework. The results of the empirical analysis revealed how the professional team navigates between therapeutic and legal timelines, the implications of the concept of “dangerousness” in discharge, and the construction of interdisciplinarity as an ethical-political stance toward incarceration. This work seeks to contribute to the production of knowledge in the socio-legal and mental health fields, offering a basis for critical reflection on institutional practices and proposing recommendations to strengthen public policies aimed at the restitution of rights.

Keywords: Security Measures, Criminal Responsibility, Interdisciplinarity, Mental Health, Paraná, HESM.

ÍNDICE

Resumen	2
Índice.....	4
Introducción	6
Capítulo 1 planteamiento del problema	8
Pregunta de investigación	11
Objetivo general.....	11
Objetivos específicos.....	11
Justificación.....	12
Factibilidad.....	12
Hipótesis.....	13
Enfoque metodológico.....	13
Selección del contexto, terreno y unidad de estudio.....	15
Universo o población	15
Unidades de análisis y selección de casos	15
Tipo de muestra	15
Técnicas e instrumentos de recolección de información	16
Técnicas de análisis de información.....	16
Consideraciones éticas.....	17
Capítulo 2: marco teórico.....	18
Estrategias de intervención en salud mental.....	18
Interdisciplina como posicionamiento en la intervención.....	20
Medidas de seguridad y personas declaradas inimputables	23
La inimputabilidad	23
Las medidas de seguridad.....	23
Salud mental y campo penal: saberes, dispositivos y disputas históricas	25

Capítulo 3: configuraciones institucionales y tensiones en el abordaje de las medidas de seguridad	29
El hospital escuela de salud mental	29
El servicio de internación de hombres	36
La especificidad de las internaciones por medidas de seguridad	39
Capítulo 4: la intervención en salud mental: interdisciplina, cuidado y control en la sala de internación	44
Presentación	44
Estrategias de intervención: interdisciplina, posicionamiento ético-político, perspectiva de salud mental	45
La formación en salud mental como dimensión clave para la construcción del trabajo interdisciplinario	49
Toma de decisiones, poder y límites del equipo de salud	50
La intervención del trabajo social en la sala de internación: mediaciones, lecturas socio-situacionales y producción de información	59
Capítulo 5: cuidado, control y custodia: tensiones institucionales en la sala	61
Prácticas cotidianas	61
El servicio penitenciario en la sala	67
Capítulo 6: salud mental, justicia penal y medidas de seguridad: tensiones, disputas y límites en la intervención	72
Presentación	72
Las medidas de seguridad como dispositivo socio-jurídico	72
Temporalidades en tensión	76
Riesgo y peligrosidad	82
Políticas públicas, derechos y condiciones de posibilidad de la externación	86
A modo de cierre	90
Referencias	93

Introducción

El presente trabajo analiza las estrategias de intervención desarrolladas en el Servicio de Internación de Hombres del Hospital Escuela de Salud Mental de la ciudad de Paraná con personas que se encuentran internadas en el marco de medidas de seguridad dispuestas por la justicia penal luego de la declaración de inimputabilidad. Se sitúa en la intersección entre salud mental y campo penal, entendiendo que dicho cruce configura un espacio de intervención atravesado por disputas, tensiones y redefiniciones permanentes de los saberes profesionales.

El trabajo se inscribe en el campo del Trabajo Social Forense y parte de una perspectiva que concibe a las instituciones como configuraciones sociohistóricas atravesadas por marcos normativos, relaciones de poder y posicionamientos ético-políticos. En este escenario, la internación no constituye únicamente un dispositivo terapéutico, sino también un espacio en el que confluyen decisiones judiciales, evaluaciones profesionales y lógicas de control, produciendo efectos directos sobre la vida y los derechos de las personas.

La Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 establece un paradigma de derechos, promueve la interdisciplina y define la internación como recurso excepcional. No obstante, cuando esta se produce como cumplimiento de una medida de seguridad, emergen contradicciones que complejizan la materialización plena de dicho enfoque. La incidencia del poder judicial en los procesos terapéuticos, la centralidad de categorías como riesgo y peligrosidad, y las dificultades en los procesos de externación revelan la coexistencia de racionalidades heterogéneas que no siempre convergen en los mismos criterios de cuidado.

El problema de investigación se construye a partir del interrogante por cómo se configuran las estrategias de intervención interdisciplinarias en un dispositivo de internación atravesado por medidas de seguridad y qué tensiones se producen en la gestión cotidiana entre cuidado y control, entre tiempos clínicos y tiempos judiciales, entre perspectiva de derechos y exigencias de seguridad. El lugar que ocupa el Trabajo Social en ese entramado, atendiendo a sus mediaciones, a las lecturas socio-situacionales que construye y a la producción de información que incide en decisiones institucionales y judiciales.

Desde el punto de vista metodológico, el estudio se desarrolla desde un enfoque cualitativo orientado a la comprensión de prácticas y sentidos. La investigación se apoya en entrevistas a profesionales del equipo interdisciplinario, análisis de documentos institucionales y normativos y contextualización del dispositivo. Esta estrategia permite reconstruir las configuraciones institucionales y problematizar las condiciones en que se despliegan las intervenciones.

El trabajo se organiza en cinco capítulos. El Capítulo 1 presenta el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, los objetivos, la justificación, la hipótesis y el enfoque metodológico, detallando el contexto, la unidad de estudio, las técnicas de recolección y análisis de la información, así como las consideraciones éticas que orientan el estudio.

El Capítulo 2 desarrolla el marco teórico, abordando las nociones de estrategias de intervención en salud mental, la interdisciplina como posicionamiento en la intervención, la categoría de inimputabilidad y las medidas de seguridad, así como las disputas históricas entre el campo de la salud mental y el campo penal.

El Capítulo 3 analiza las configuraciones institucionales del Hospital Escuela de Salud Mental y del Servicio de Internación de Hombres, con especial atención a la especificidad de las internaciones por medidas de seguridad y a las tensiones que estas producen en el abordaje institucional.

El Capítulo 4 se centra en la intervención en la sala de internación, examinando las estrategias interdisciplinarias, la formación profesional, la toma de decisiones, los límites del equipo de salud, el lugar del Trabajo Social y las prácticas cotidianas donde se entrecruzan las lógicas de cuidado y control.

El Capítulo 5 se centra en el análisis de las prácticas cotidianas que se despliegan en la sala de internación, poniendo el foco en la coexistencia de lógicas de cuidado y de control que atraviesan el dispositivo institucional. En particular, se examina la presencia del Servicio Penitenciario en el interior del espacio sanitario y las implicancias que ello tiene en la organización de la vida cotidiana de la sala y en las prácticas de los equipos de salud.

El capítulo 6 profundiza en las tensiones entre salud mental y justicia penal, analizando las medidas de seguridad como dispositivo socio-jurídico, las temporalidades en conflicto, la centralidad de las nociones de riesgo y peligrosidad, y las condiciones político-institucionales que inciden en la posibilidad de externación.

Finalmente, a modo de cierre, se recuperan los principales aportes del estudio y se plantean reflexiones orientadas a fortalecer las prácticas profesionales y las políticas públicas en salud mental desde una perspectiva de derechos humanos.

Capítulo1: planteamiento del problema.

La presente investigación se propone analizar las estrategias de intervención desarrolladas por los equipos interdisciplinarios del Servicio de Internación de Hombres del HESM de Paraná, en el abordaje con personas que cursan internaciones por medidas de seguridad impuestas, por ser declarados imputables por el poder judicial. El interés central del trabajo se sitúa en las tensiones que emergen del entrecruzamiento entre el campo penal y el campo de la salud mental, particularmente con relación a diferentes aspectos como la duración de una medida de seguridad o en las concepciones de “riesgo” y “peligrosidad”.

Nuestro país define como no punible a:

“Aquella persona que no haya podido en el momento del hecho ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconciencia, error o ignorancia de hecho no imputables, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones”. (Código Penal. Ley. N° 11.179. Tít. V. Art. 34).

Sin embargo, esta declaración de inimputabilidad no implica la ausencia de respuesta estatal, sino que habilita la aplicación de medidas de seguridad que pueden incluir la internación en instituciones de salud mental, supeditada a evaluaciones técnicas y resoluciones judiciales. El mismo art 34 del CP establece que:

“En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás”. (Óp. Cit).¹

La redacción de este artículo no establece plazos temporales sobre la duración de dicha medida de seguridad. La convivencia de marcos normativos apoyados en lógicas y concepciones sobre las personas y las problemáticas de salud mental discrepantes genera tensiones aún no resueltas cuando el sistema penal declara inimputable a una persona acusada de un delito. La aplicación de una medida

¹ Al respecto, considero oportuno señalar que el tipo de institución donde se cumplirá la medida de seguridad dependerá del tipo de instituciones existente en cada jurisdicción. Poblet Machado (2023) indica que, en función de ello, podrá ser en instituciones sanitarias o carcelarias, donde en algunas provincias de nuestro territorio, existen unidades penales especializadas para el alojamiento de personas declaradas inimputables con medidas de seguridad (ej: El programa Prisma bajo la órbita del Servicio Penitenciario Federal, o la Unidad 34 en Servicio Penitenciario Bonaerense). En Entre Ríos las medidas de seguridad se cumplen en tres hospitales monovalentes de salud mental de la provincia y un hospital general del interior que cuenta con servicio de internación de salud mental.

de seguridad en estos casos se efectúa porque la persona presenta una problemática de salud mental. No obstante, resulta necesario precisar que la declaración de inimputabilidad no conlleva de manera automática la imposición de una medida de seguridad. La aplicación de esta respuesta penal requiere una valoración judicial específica acerca de la necesidad de adoptar una medida orientada al tratamiento y/o al resguardo social, lo cual implica que no todas las personas declaradas inimputables son destinadas a dispositivos de internación. Esta distinción permite advertir que la medida de seguridad no constituye una consecuencia mecánica del diagnóstico o de la inimputabilidad, sino una decisión que se inscribe en un marco de evaluaciones jurídicas y periciales.

Hegglin sostiene que

“declarar la inimputabilidad del sujeto porque no pudo comprender la criminalidad de su acto o no pudo dirigirse conforme esa comprensión responde a la idea de reconocer la diferencia que existe entre las personas y, consecuentemente, a no aplicar un castigo a quien no puede exigírsele un comportamiento conforme a derecho. Luego, no puede imponerse a esta misma persona una sanción penal, llámese pena o medida de seguridad” (2006; p. 299).

Muchos autores afirman que debe partirse de la idea de que las medidas de seguridad son un instrumento de control, que consiste en la limitación de derechos individuales impuestos coactivamente por el mismo Estado que había renunciado a aplicarle una pena. Corren el riesgo de transformarse en penas encubiertas cuando se prolongan indefinidamente y se desvinculan de procesos reales de tratamiento y restitución de derechos. Tomando lo que sostienen Bajar, Marien; D'Ovidio, Ana Clara y Uríos, Romina:

“Ser declarado inimputable de haber cometido un delito suele ser una vía hacia el mayor de los castigos y no hacia la impunidad, como erróneamente se piensa desde el sentido común. La legislación vigente le deja al juez un margen de discrecionalidad absoluto para disponer la internación de la persona en una institución especializada sin límite temporal y más allá del tipo de delito en cuestión”. (2015; p. 1553)

La particularidad de estas medidas reside en que no establecen plazos temporales precisos para su duración, quedando su continuidad condicionada a la persistencia de una presunta “peligrosidad”. Esta indeterminación temporal introduce tensiones éticas, jurídicas y clínicas, en tanto la internación deja de responder exclusivamente a criterios terapéuticos para asumir funciones de control y resguardo social. Como sostiene Juan Fernando Gouvert “es sin dudas la faceta más controvertida y discutible de las medidas de seguridad: la continuación indefinida bajo la jurisdicción penal del justiciable” (2012; p. 10).

En términos generales, las medidas de seguridad ejecutadas en instituciones de salud mental tienden a ser nombradas internaciones; no obstante, jurídicamente no se trata de una internación de carácter clínico-terapéutico, sino de una medida penal que se inscribe en el régimen de la inimputabilidad, aunque se materialice en dispositivos de salud mental.

Retomando a Hegglin María Florencia:

“Desde 1921, el sistema de justicia penal argentino establece tres clases de respuestas para quien es acusado de cometer un delito. Puede ser declarado inocente y liberado de prisión; puede ser declarado culpable y condenado a una cantidad de años en prisión, o puede ser declarado inocente por razones de inimputabilidad. En este último caso, si es declarado inocente por inimputabilidad, podrá ser sometido a una medida de seguridad, que será fundada en una supuesta peligrosidad criminal diagnosticada, en sendos informes, por un psiquiatra y un psicólogo del Cuerpo Médico Forense del Poder Judicial (art. 34, inc. 1 del CP) y que se cumplirá, por lo general, en una institución psiquiátrica penitenciaria y en algunos supuestos excepcionales, en una institución psiquiátrica” (2020, p. 26)

En este contexto, la sanción de la LNSM N° 26.657 del año 2010, introduce un cambio paradigmático en el campo de la salud mental al priorizar un enfoque de derechos humanos, la desmanicomialización y la internación como último recurso terapéutico posible. No obstante, cuando interviene el fuero penal, los equipos de salud mental ven restringida su capacidad decisoria respecto de la internación de una persona y su cese (la externación), quedando estas definiciones en manos del Poder Judicial². Esta situación configura un escenario de tensión permanente entre lógicas normativas, institucionales y disciplinares. Sin embargo, se mantiene la necesaria participación del equipo de salud mental acordada por los arts. 20 y 23 de la ley en las intervenciones llevadas a cabo con personas declaradas inimputables.

Asimismo, resulta relevante problematizar la utilización de categorías como “peligrosidad” —propia del campo jurídico penal— y su frecuente equiparación con nociones clínicas como “riesgo

² Precisamente, el art. 23 de la LNSM establece que “El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal”.

cierto e inminente”. Esta confusión conceptual contribuye a la cristalización de identidades peligrosas y a la prolongación de internaciones, en detrimento de abordajes integrales.³

A diferencia de las condenas penales convencionales, que tienen un plazo de pena claramente definido, el tiempo de internación de las personas inimputables con medida de seguridad, se extiende “hasta que se comprabase la desaparición de las condiciones que le hicieren peligroso” (art. 34. CP). Dicha redacción no guarda relación con la existencia de riesgo cierto e inminente para si o para terceros, según se establece en la LNSM como argumento para una internación involuntaria. Esta situación plantea tensiones éticas y jurídicas en torno a los derechos de las personas.

A partir de lo expuesto, el problema de investigación se orienta a indagar cómo los equipos interdisciplinarios construyen estrategias de intervención en un contexto atravesado por estas tensiones estructurales.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las estrategias de intervención interdisciplinarias que desarrollan los equipos de salud mental con personas declaradas inimputables con medidas de seguridad en el Servicio de Internación de HESM de Paraná?

Objetivo general

Analizar las estrategias de intervención interdisciplinarias desarrolladas por los equipos de salud mental en el abordaje con personas declaradas inimputables con medidas de seguridad en el Servicio de Internación de Hombres del HESM de Paraná.

Objetivos específicos

- Identificar y caracterizar las estrategias de intervención interdisciplinarias implementadas con personas declaradas inimputables con medida de seguridad en el Servicio de Internación del HESM de Paraná.
- Analizar los modos de organización y articulación de las prácticas interdisciplinarias de los equipos de salud mental, considerando las lógicas institucionales, clínicas y socio-jurídicas que atraviesan el abordaje con personas inimputables.

³ Estas categorías de “riesgo” y “peligrosidad” son trabajadas más adelante.

- Examinar las tensiones, dificultades y desafíos que emergen en la implementación de las estrategias de intervención interdisciplinarias, en el marco de la internación en salud mental y de las medidas de seguridad de carácter judicial.

Justificación

El trabajo propuesto considero que proporciona una contribución significativa a la literatura académica y profesional en los campos de salud mental, derecho penal y trabajo social, en tanto se inscribe en un área de vacancia relativa de producción de conocimiento, especialmente desde la perspectiva del Trabajo Social en un servicio de internación en salud mental. La investigación ofrece una mirada analítica y reflexiva sobre la práctica interdisciplinaria desarrollada en el ámbito de la Sala de Internación del HESM, institución que cumple un rol central en la atención de personas declaradas inimputables con medidas de seguridad en el marco del sistema penal.

En particular, la relevancia del estudio radica en la posibilidad de visibilizar las intervenciones cotidianas que se despliegan con personas declaradas inimputables con medida de seguridad, problematizando las tensiones entre el campo jurídico-penal y el campo de la salud mental, así como los efectos que dichas tensiones producen en las prácticas profesionales, en las trayectorias institucionales de las personas y en la garantía de derechos.

Los hallazgos que se desprenden del estudio pueden constituirse en insumos relevantes para futuras investigaciones, para la formación de profesionales de la salud mental y del ámbito socio-jurídico, así como para el diseño y reformulación de políticas públicas orientadas al abordaje de personas inimputables desde una perspectiva de derechos humanos.

Factibilidad

La factibilidad del estudio se encuentra respaldada, en primer lugar, por la disponibilidad de fuentes de información relevantes dentro del HESM, lo que permite acceder a datos significativos para el análisis del objeto de estudio, respetando los recaudos éticos y de confidencialidad, para ello se solicitó la autorización correspondiente, aprobada por el Comité de Docencia e Investigación del hospital.

Asimismo, la investigación resultó factible debido a la disposición del equipo interdisciplinario del servicio de internación de hombres para participar en instancias de entrevistas, así como para aportar información relevante desde sus distintos roles profesionales. Este aspecto resultó central, ya que la investigación se apoya en una perspectiva que reconoce la importancia del trabajo en equipo y la construcción colectiva de saberes en el campo de la salud mental.

Por otra parte, el HESM se constituye como una institución de referencia en la provincia de Entre Ríos y cumple, además, una función educativa y formativa, lo que se traduce en un interés institucional por la revisión crítica de sus prácticas y la producción de conocimiento académico. En este sentido, el apoyo institucional y la apertura a la investigación facilitó mi inserción en el servicio.

Finalmente, mi trayectoria formativa como Residente de Salud Mental (2020- 2024) y mi experiencia previa de inserción en el ámbito del HESM, particularmente en el servicio de internación de hombres, constituyen un factor clave que fortalece la factibilidad del trabajo. Este recorrido me permitió contar con un conocimiento del funcionamiento institucional, de las dinámicas de intervención y de los actores involucrados, lo cual favorece el acceso al campo, la comprensión del contexto y el desarrollo de un análisis riguroso y pertinente.

Hipótesis

La investigación parte de la hipótesis de que las diferencias estructurales y conceptuales entre el sistema penal y el sistema de salud mental condicionan significativamente las estrategias de intervención interdisciplinaria con personas declaradas inimputables en el servicio de internación para hombres del HESM de Paraná. Sobre todo, en lo que tiene que ver en los tiempos de dichas medidas y las contradicciones en categorías como “riesgo” utilizada en salud mental y “peligrosidad” utilizada por el sistema penal. Estas diferencias generan tensiones y desafíos que impactan tanto en los tratamientos como en la articulación entre las disciplinas involucradas, lo que puede limitar sus estrategias de intervenciones o enfocarla más en el cumplimiento de requisitos legales que en las necesidades de las personas internadas.

Enfoque metodológico

El diseño de esta investigación tuvo énfasis en la investigación cualitativa; parafraseando a Taylor y Bogdán, “la metodología cualitativa se refiere a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (1986, p. 20). En la investigación cualitativa, los investigadores tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.

Dentro de este marco, el diseño fenomenológico se alinea con la intención de explorar las vivencias y percepciones de los profesionales, considerando que estas son configuradas por sus interacciones con las personas, el equipo interdisciplinario y las condiciones institucionales. La fenomenología explora, describe y comprende lo que los individuos tienen en común de acuerdo con

sus experiencias con un determinado fenómeno (categorías que comparten en relación con éste). Pueden ser sentimientos, emociones, razonamientos, visiones, percepciones, etc.

Retomando los aportes de Hernández Sampieri “en la fenomenología los investigadores trabajan directamente las unidades o declaraciones de los participantes y sus vivencias (...) Puede abarcar cuestiones excepcionales, pero también rutinarias y cotidianas” (2014 p. 493). Esta aproximación permite analizar cómo los profesionales construyen sentido respecto a sus prácticas y cómo estas se ven influenciadas por factores institucionales, éticos y relacionales.

Este enfoque posibilita recuperar las experiencias cotidianas, las tensiones institucionales y los sentidos construidos en torno a las medidas de seguridad. Un enfoque dentro de la fenomenología es el interaccionismo simbólico, este atribuye una importancia primordial a los significados sociales que las personas asignan al mundo que las rodea, considero que este enfoque era el adecuado para realizar el presente trabajo. Una premisa que propone este enfoque es que los actores sociales asignan significados a situaciones, a otras personas, a las cosas y a sí mismos a través de un proceso de interpretación.

Con respecto a la reflexividad y a los obstáculos epistemológicos que podían surgir en este proceso, es importante aclarar que hice la especialización en salud mental comunitaria en el marco de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental en el HESM, por lo que conocía la dinámica institucional, algunos actores como profesionales y/o personas internadas.

Tomando a Mario Heller, este autor plantea “la reflexividad, como derecho de todos, esto es, la posibilidad de poner en cuestión, revisar y criticar para llegar a conclusiones propias” (2002 p. 198). Si llamamos a esta reflexión crítica, se puede observar dos dimensiones complementarias. Por un lado, se trata de la deliberación, como la consideración de los factores que aportan los posibles cursos de acción frente a la situación conflictiva que demanda una toma de decisión responsable. Y por otro lado se trata de cerciorarnos nosotros mismos de las pautas y criterios de la ley que aplicamos en la deliberación; elucidación, trabajo por el cual los hombres intentan pensar lo que hacen y saber lo que piensan.

Particularmente en esta investigación, considero muy importante una reflexibilidad crítica, que comprende las dos dimensiones por un lado la toma de decisiones responsables, y una toma de decisiones epistemológicas, que estén presentes a lo largo de todo el proceso.

Selección del contexto, terreno y unidad de estudio

El terreno en el cual lleve a cabo el trabajo de campo es el HESM de Paraná, es un hospital público monovalente. Se abordan tratamientos para hombres y mujeres desde 18 a 65 años. Esta

institución se inauguró en el año 1937; a lo largo de todo este tiempo experimentó numerosos cambios que significaron una importante transformación para la concepción de la salud mental.

Como unidades de estudio seleccione el Servicio de Internación de Hombres, ya que es el dispositivo que trabaja de manera específica con medidas de seguridad.

Universo o población

El universo o población con el cual realice este trabajo son los profesionales del equipo interdisciplinario que trabajan en el Servicio de Internación de Hombres del HESM.

Unidades de análisis y selección de casos

Seleccione como unidades de análisis o informantes a los profesionales que considere que tenían un recorrido dentro de la institución, también me parecía importante la predisposición y la capacidad de poder hablar sobre sus experiencias.

Esto me permitió un abordaje desde la singularidad, en la medida que cada profesional pueda dar cuenta del trabajo que se lleva a cabo con personas declaradas inimputables.

Tipo de muestra

Los tipos de muestreo que utilice se encuentran en el marco del muestreo no probabilístico donde en general se seleccionan a los sujetos siguiendo determinados criterios procurando, en la medida de lo posible, que la muestra sea representativa. Dentro de estos tipos considero que dos de ellos son los que me permitían un mejor acercamiento a los informantes; por un lado, el muestreo intencional o significativo: este tipo de muestreo se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras representativas mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos. El caso más frecuente de este procedimiento el utilizar como muestra los individuos a los que se tiene fácil acceso; por otro lado, el muestreo denominado bola de nieve: se localiza a algunos individuos, los cuales conducen a otros, y estos a otros, y así hasta conseguir una muestra suficiente.

Técnicas e instrumentos de recolección de información

Las técnicas de recolección de datos pensadas para realizar este trabajo de investigación fueron la observación y entrevista.

La observación es un proceso cuya función primera e inmediata es recoger información en relación con la situación problemática y los objetivos planteados. Esta técnica es un procedimiento de recolección de datos e información que consiste en utilizar los sentidos para observar hechos y

realidades sociales presentes, observando a las personas donde desarrollan normalmente sus actividades.

Otras de las técnicas que utilice es la realización de entrevistas, en palabras de Tylor y Bogdán las entrevistas cualitativas son flexibles y dinámicas;

“por entrevistas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras”. (1987 p.101)

En el proyecto inicial había previsto la realización de entre siete y diez entrevistas en profundidad. No obstante, durante el desarrollo del trabajo de campo hice finalmente seis, esta decisión respondió, por un lado, a la cantidad acotada de profesionales de planta, por otro, a que se alcanzó un nivel de saturación teórica de la información, en tanto los relatos comenzaron a reiterar sentidos, problemáticas y estrategias de intervención relevantes para los objetivos del estudio.

Técnicas de análisis de información

Como sostiene Hernández Sampieri “el análisis cualitativo implica organizar los datos recogidos, transcribirlos cuando resulta necesario y codificarlos. La codificación tiene dos planos o niveles. Del primero, se generan unidades de significado y categorías. Del segundo, emergen temas y relaciones entre conceptos”. (2014 p. 394)

Los datos que obtuve a partir de las observaciones y la realización de las entrevistas fueron analizados recuperando las frases significativas. El relevamiento de las frases significativas de los entrevistados se trató de una estrategia para no perder de vista nunca las miradas y significados de los profesionales entrevistados; tomando los aportados por Badano, María “se lee el texto desgrabado completo tratando de sumergirse en quién es ese o esa que habla, desde dónde lo hace, que quiere ir”. (s/f p .4). La propuesta de la entrevista implica dominar la construcción interpretativa y teórica como proceso inductivo deductivo. Es decir, de construcción de las categorías analíticas y teóricas desde abajo hacia arriba: desde lo empírico, las significaciones personalizadas, los conceptos cercanos a la experiencia a las categorías teóricas que buscan comprender y explicar.

Identificación de patrones, categorías y temas emergentes relacionados con las estrategias de intervención, el rol profesional y los desafíos, en el texto de las entrevistas que aparecen de manera reiterada y dan pistas para la construcción de categorías temáticas que organizan la posterior descripción e interpretación. Los temas “marcan la pertinencia y ordenan la situación espacial y

temporal (social-política-cultural-económica) de la persona que se habla a sí misma como destacándose y distinguiéndose del conjunto”. (Badano, s/f, p.3).

Otra técnica utilizada fue la triangulación que consistió en el contraste de información proveniente de entrevistas, observaciones y análisis documental para garantizar la validez y profundidad del análisis. Respecto al método comparativo constante que proponen Taylor y Bogdán considero que me brindo la posibilidad de codificar y analizar datos para desarrollar conceptos; “mediante la comparación constante de los datos el investigador refina esos conceptos, identifica sus propiedades, explora sus interrelaciones, y los integra en una teoría coherente”. (1987 p. 155)

Consideraciones éticas

En primer lugar, como mencione anteriormente, gestione el aval del Comité de Docencia e Investigación del HESM para llevar a cabo dicha investigación. Solicite autorización escrita a los participantes del equipo interdisciplinario que estén dispuestos a colaborar con la investigación. Los datos personales son protegidos mediante códigos y pseudónimos.

Vigilancia epistemológica: Durante un año (2022), formé parte del servicio de internación de hombres como residente de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria (RISAMC). Esta experiencia me permitió involucrarme activamente en las dinámicas cotidianas del equipo interdisciplinario. Al abordar esta investigación, reconozco que mi experiencia previa genera lo que se denomina doble implicancia. Según Guber, Rosana “el investigador no es exterior al mundo social que estudia: su presencia, su historia y sus posiciones forman parte del proceso de producción de conocimiento” (2004 p. 38) la doble implicancia surge cuando el investigador no sólo observa desde una posición externa, sino que también está imbricado en el campo que estudia, lo que puede ser un recurso valioso para la producción de conocimiento, pero también un desafío metodológico. Esto me permitió identificar de manera más precisa las tensiones, contradicciones y posibilidades dentro del campo de estudio, pero también me enfrento a la necesidad de reflexionar críticamente sobre mi propia posición.

Por ello, considero fundamental abordar esta investigación desde un enfoque reflexivo, reconociendo cómo mi participación previa moldea mi mirada y mis preguntas. Mario Heller plantea “la reflexividad, como derecho de todos, esto es, la posibilidad de poner en cuestión, revisar y criticar para llegar a conclusiones propias” (2002 p 198). Particularmente en esta investigación, considere muy importante la reflexividad crítica. Estas reflexiones no sólo fortalecen el rigor de mi investigación, sino que también buscan garantizar que el conocimiento generado sea ético y representativo de las complejidades del campo de la salud mental y el derecho penal.

Capítulo 2: Marco Teórico

El presente marco teórico se construye a partir de un proceso de revisión y análisis bibliográfico orientado a recuperar los principales aportes teóricos, normativos y empíricos vinculados a la salud mental, su intersección con el campo penal, internación, interdisciplina y el abordaje con personas declaradas inimputables, a quienes se les puede llegar a aplicar una medida de seguridad.

Las búsquedas bibliográficas realizadas permitieron identificar un conjunto heterogéneo de autores, investigaciones, tesis de posgrado, artículos en revistas académicas y documentos institucionales que dan cuenta de la complejidad del campo de la salud mental y de su intersección con el derecho penal. No obstante, también permiten advertir que, en muchos casos, dichos abordajes tienden a privilegiar miradas clínicas o jurídicas que no siempre incorporan de manera explícita la dimensión sociohistórica, relacional y ético-política de las intervenciones.

En primer lugar, accedí a bibliografía con relación a la noción de estrategias de intervención, lo que permite pensar las prácticas profesionales más allá de acciones aisladas o meramente técnicas, entendiéndolas como construcciones que se elaboran en contextos institucionales específicos. En este sentido, retomo los aportes de Elina Dabas cuya producción se inscribe en el campo de la intervención social y comunitaria, con una fuerte crítica a los enfoques tecnocráticos de la acción profesional. La elección de esta autora se vincula con su propuesta de pensar la intervención desde una lógica relacional y colectiva, especialmente pertinente para el análisis de prácticas en salud mental. Ella habla de “estrategias para fortalecer la trama social” (1999 p.17). Y acota que: “nos posicionamos en que las estrategias pueden ser de todos los que están preocupados por resolver el problema. Ya no pertenecen exclusivamente al bagaje tecnocrático de los operadores, sino que se relacionan con las experiencias vitales de las personas”. (1999 p.18)

Este planteo resulta relevante para este trabajo en tanto permite comprender las estrategias de intervención no como un saber exclusivo de los profesionales, sino como procesos que se construyen en interacción con las personas, sus trayectorias y los vínculos que se establecen en el espacio institucional. En contextos de internación en salud mental, esta perspectiva habilita a problematizar prácticas que, muchas veces, quedan subsumidas a lógicas normativas o médicas, y a recuperar la dimensión social de la intervención.

En términos similares, Emiliano Galende establece que la intervención en salud mental

“Debe dirigirse al sujeto en su existencia real, esto es, situado en su tiempo, en la sociedad que habita, en la cultura que crea y en la cual interactúa participando de sus intercambios simbólicos. Los recursos de la comunidad para brindar cuidados de salud

mental están basados justamente en el reforzamiento del lazo social del individuo afectado; integrarlo al conjunto social y hacerlo partícipe de los intercambios sociales, todo lo cual constituye el mismo objetivo en que se basa la atención de los servicios formales” (2015; pág. 28).

Intervención en lo social. ¿Qué se entiende por intervenir? “Es tomar parte en un asunto. Intervención profesional, como acercamiento a los fenómenos (o las situaciones) que constituyen un problema (o conflicto) para los sujetos, guiados por el objetivo de la modificación (o resolución, o transformación...) de la situación” (González-Saibene; 2014. p.26). Ejercitan en situación, prácticas, procedimientos, dispositivos y construcciones desde las proximidades situadas que se autorizan en recibir, administrar y tramitar el malestar ante quien padece, lo que hace síntoma y el relato/situación/contexto de lo que está pasando, ubicando el sujeto, el síntoma y lo social que indiquen una dirección cierta con sus coordenadas de lo posible.

Intervenir supone tomar decisiones que articulan saberes teóricos, posicionamientos ético-políticos y condiciones materiales concretas. Las estrategias de intervención no se reducen a procedimientos estandarizados, sino que se configuran como respuestas complejas frente a problemáticas igualmente complejas, atravesadas por condicionantes institucionales, normativos y relacionales. En este sentido, las estrategias se construyen en la práctica cotidiana, en diálogo con otros actores y saberes, y en permanente tensión entre lo prescripto y lo posible.

En contextos de internación en salud mental, las estrategias de intervención adquieren particular relevancia, dado que se desarrollan tanto en dispositivos comunitarios, como también en escenarios de encierro, donde se ponen en juego derechos fundamentales, tiempos institucionales y decisiones que impactan directamente en la vida de las personas. Analizar dichas estrategias implica, entonces, atender a las condiciones en que se producen, a los márgenes de maniobra existentes y a las tensiones que atraviesan la práctica profesional.

Interdisciplina como posicionamiento en la intervención

La interdisciplina constituye un eje central para comprender las estrategias de intervención en el campo de la salud mental. En este marco, retomo los aportes de Alicia Stolkiner autora de referencia en el campo de la salud mental y la interdisciplina desde una perspectiva crítica y social. La autora sostiene que la interdisciplina se trata de “un posicionamiento, no una teoría unívoca (...) que obliga a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina (...) atravesando distintos saberes disciplinarios. La actividad interdisciplinaria se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos, requiere de ellos” (2005; p.5), lo que significa que depende de la voluntad de cada individuo para poder

realizarse y no, como habitual y erróneamente creemos, del saber disciplinario. Desde esta perspectiva, la interdisciplina no está garantizada por la mera coexistencia de profesionales de distintas disciplinas, sino que requiere voluntad, diálogo y construcción colectiva.

Como contraparte, la interdisciplina es un lugar que se construye cotidianamente en función del diálogo que instaura la intervención, generando de esta forma un punto de encuentro, una permeabilidad de los saberes. ¿Se podría asegurar, de acuerdo con lo dicho, que contar con una cantidad de individuos en un equipo garantiza que se produzca un trabajo interdisciplinario y que se encuentren soluciones a la problemática social que atraviesa la vida de las personas?

Para desandar este interrogante tomo los aportes de Nora Elichiry “el enfoque multidisciplinario se caracteriza por una sumatoria de saberes que están impermeabilizados; cada uno realiza el aporte desde su disciplina sin permitir la transformación del propio saber, lo que decanta en un “total aislamiento respecto de toda demanda social” (2009; p.1) y sostiene “de esta forma solo se logra reproducir conocimientos, pero no se generan conocimientos nuevos” (2009; p.2)

Los roles dentro de un equipo son dinámicos, ya que depende de la situación problema y de lo que haya que resolver en ese momento que se necesitará más o menos de un saber en particular. Para que esto suceda es la predisposición de los integrantes la que jugará el papel principal. Uno de los primeros obstáculos que aparece aquí se centra en la necesidad de discutir marcos conceptuales generales acerca del proceso salud-enfermedad-atención, en la búsqueda de acuerdos y consensos, alrededor de los derechos de las personas, en la noción de salud, en la visión de la problemática social. Solo desde el concepto de salud integral es factible la construcción de equipos de trabajo.

La conformación de un equipo de trabajo implica sostener los espacios de diálogo, en los que lo convocante es aquello que interpela a la intervención, donde cada integrante no pierde su singularidad, sino que aporta desde ella en una relación horizontal. Retomando lo que sostiene Elichiry:

“La integración no se realiza exclusivamente a nivel de las disciplinas, si no, a través de los miembros del equipo de trabajo, que en grupos heterogéneos aportan prácticas convergentes. Es por ello por lo que la cooperación orgánica entre los miembros del equipo es básica”. (2009; p.5)

Cuando estos encuentros no se buscan, y tampoco se dan, cuando la cooperación es nula el resultado es un tratamiento desfragmentado. El trabajo en equipo se presenta como la posibilidad de construir algo diferente en la medida que pueda incorporar el concepto de diálogo por encima del de imposición.

Parafraseando a Elena de la Aldea (1998), el trabajo en equipo es considerado una de las panaceas que resolverían muchas de las dificultades en las instituciones, si este se pudiera llevar a cabo. Es decisivo abordar la intervención desde el equipo interdisciplinario para trabajar las problemáticas del campo de la salud mental y para ello se debe contar con diferentes perspectivas y experiencias, que posibiliten una mirada desde la totalidad

Al decir de Alicia Stolkiner “la participación en un equipo implica numerosas renunciaciones, la primera es la renuncia por considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema” (1999; p.7) Los saberes son incompletos y finitos y el no reconocer su incompletud solo lleva a evidenciar el problema del poder, que aparece una y otra vez generando tensiones.

En este punto, los aportes de Nora Elichiry resultan relevantes para complejizar la mirada, advierte que los equipos interdisciplinarios no son espacios armónicos, sino escenarios donde se producen conflictos productivos que, lejos de obstaculizar la intervención, pueden enriquecerla si son tramitados colectivamente. En su trabajo "Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias" (2009), destaca la relevancia de la colaboración entre distintas disciplinas para el avance en metodologías que aborden problemas complejos. La autora argumenta que la articulación interdisciplinaria no solo facilita la integración de conocimientos variados, sino que también enriquece el proceso de desarrollo de soluciones innovadoras y efectivas.

Por su parte, Denise Najmanovich es otra autora que aporta una perspectiva desde el paradigma de la complejidad que enriquece el análisis de la interdisciplina quien enfatiza el papel del diálogo entre diferentes disciplinas como una herramienta para enriquecer el proceso terapéutico, explora en "Interdisciplina, artes y riesgos del arte dialógico" (2018) los desafíos y oportunidades que la interdisciplina presenta en contextos creativos y terapéuticos.

Desde una perspectiva de la complejidad, Najmanovich (2018) plantea la necesidad de abandonar miradas fragmentadas y lineales, proponiendo abordajes que reconozcan la coexistencia de múltiples dimensiones y lógicas. Esta mirada resulta clave para pensar la interdisciplina en salud mental, especialmente en dispositivos atravesados por demandas provenientes de otros campos, como el penal.

Medidas de seguridad y personas declaradas inimputables

La inimputabilidad.

En el derecho penal, la noción de inimputabilidad refiere a la imposibilidad de atribuir responsabilidad penal a una persona por un hecho delictivo, debido a determinadas condiciones psíquicas que afectan su capacidad de comprender la criminalidad del acto o de dirigir sus acciones

conforme a esa comprensión. Se trata de una categoría que opera como límite a la aplicación de la pena, al reconocer que no toda conducta típica y antijurídica puede ser jurídicamente reprochada.

Zaffaroni, Alagia y Slokar definen la imputabilidad como “la capacidad psíquica de culpabilidad” (2002; p. 566), y señalan que su ausencia impide la imposición de una pena. En este sentido, sostienen que “la inimputabilidad importa la imposibilidad de reprochar penalmente un injusto, por ausencia de capacidad de comprensión de la ilicitud del acto o de autodeterminación conforme a esa comprensión” (2002 p. 643).

Desde una perspectiva crítica, el autor advierte que la inimputabilidad no constituye una categoría neutral, sino que se construye históricamente en el cruce entre saberes médicos y jurídicos, habilitando formas específicas de intervención estatal sobre determinados sujetos. En este marco, la declaración de inimputabilidad no exime necesariamente de la intervención penal, sino que desplaza su modalidad, dando lugar a la posible aplicación de medidas de seguridad. Resulta necesario volver a aclarar, que no todas las personas a las que se les aplica una medida de seguridad son internadas, ya que se establece que la autoridad judicial “**podrá**⁴ ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro” (art. 34. El subrayado me pertenece).

Las medidas de seguridad

Las medidas de seguridad se presentan en el derecho penal como posibles respuestas frente a sujetos declarados inimputables. A diferencia de las penas, cuya finalidad formal se vincula a la retribución y prevención del delito, las medidas de seguridad se fundamentan en la noción de peligrosidad y se orientan, al menos en su formulación normativa, a una supuesta protección social y al tratamiento de la persona.

Heggin, María Florencia al referirse a las medidas de seguridad y el Código Penal argentino sostiene que “surgieron como válvulas que permitieron al sistema penal el reconocimiento de la inimputabilidad como razón de exención de responsabilidad penal, sin perder por ello el control de las personas que habían sido acusadas de cometer una conducta antijurídica y que, en consecuencia, resultaban absueltas del delito imputado” (2020; p.23).

Zaffaroni señala que las medidas de seguridad se caracterizan por no tener una duración determinada y por depender de evaluaciones periódicas sobre la persistencia de la peligrosidad, lo que las convierte en dispositivos de intervención particularmente problemáticos. Al respecto, afirma que

⁴ La redacción en condicional del verbo da cuenta de la posibilidad de ordenar este encierro, como también la opción de no ordenarlo.

“las medidas de seguridad no se miden por la gravedad del hecho cometido, sino por la peligrosidad atribuida al autor, lo que las sustrae de los límites propios del derecho penal liberal” (2000; p. 777).

Esta lógica implica un desplazamiento desde un derecho penal de acto hacia un derecho penal de autor, donde el foco se coloca en las características personales del sujeto más que en el hecho cometido. Binder Alberto advierte que esta operación conlleva una fuerte tensión con el principio de legalidad y con las garantías penales básicas, al habilitar intervenciones de duración incierta basadas en pronósticos de conducta futura. En palabras del autor “las medidas de seguridad introducen una racionalidad preventiva que se apoya en la idea de peligro y no en la responsabilidad por un hecho pasado, debilitando las garantías propias del derecho penal” (2011; p. 241).

Desde una perspectiva sociocrítica, Pavarini, Massimo sostiene que las medidas de seguridad funcionan como herramientas de gestión del riesgo social, especialmente sobre poblaciones consideradas peligrosas o desviadas. Según el autor “la peligrosidad es una construcción político-criminal que legitima dispositivos de exclusión prolongada, bajo una retórica terapéutica o protectora” (2002; p. 89).

Retomando los aportes de Hegglin, quien refiere que,

“las medidas de seguridad no pueden ser presentadas asépticamente y sin más como medidas benefactoras dirigidas a curar al peligroso, porque ese es un discurso legitimador de intervenciones desmesuradas y carentes de límites, con el que se llega al denominado fraude de etiquetas, es decir, a tolerar mayores limitaciones de derechos y ausencia de garantías en la aplicación de las medidas de seguridad, con argumento formal de que no son penas, sanciones o castigos. Por el contrario, debe partirse de que las medidas de seguridad son un instrumento más de control, que consiste en la limitación de derechos individuales impuesta coactivamente por el Estado, razón más que suficiente para tratarlas como a las penas desde el punto de vista de las garantías”.
(op cit; p.28)

Esta lectura permite problematizar el supuesto carácter terapéutico atribuido a las medidas de seguridad, evidenciando su potencial función de control y neutralización del sujeto. En esta línea, Foucault analiza cómo el saber psiquiátrico se articula históricamente con el poder judicial para legitimar prácticas de encierro que no se justifican por el castigo del acto, sino por la administración de la peligrosidad “la justicia penal ya no juzga solamente actos, sino individuos; ya no castiga hechos, sino que gestiona anormalidades” (2007; p. 25).

La articulación entre inimputabilidad y medidas de seguridad configura un campo de tensiones permanente entre las lógicas del cuidado y del control. Si bien estas medidas se presentan formalmente

como mecanismos orientados al tratamiento y la protección del sujeto, su implementación concreta suele traducirse en internaciones de duración indeterminada, condicionadas por decisiones judiciales que exceden los criterios clínicos.

Zaffaroni advierte que esta dinámica puede derivar en formas encubiertas de pena perpetua, incompatibles con un enfoque de derechos humanos. Al respecto, sostiene “la reclusión por peligrosidad es potencialmente infinita, pues su cese no depende de la conducta del sujeto sino de una valoración externa e incierta” (2006; p. 14).

Desde esta perspectiva, la inimputabilidad lejos de constituir una garantía puede convertirse en un factor de profundización de la vulnerabilidad jurídica, especialmente en el caso de personas con padecimientos mentales. Como sostiene Poblet Machado, Mariano

“Pese a la creencia que la persona declarada inimputable es quien puede eludir algún tipo de responsabilidad y la pena por haber cometido una conducta tipificada como ilegal, por el contrario, se puede aplicar un castigo aún más severo, por su desproporción, que implica un encierro por mayor tiempo que la condena impuesta. Esto se debe a la indeterminación temporal que tiene la medida de seguridad, el cual se encuentra posible de dictaminar en nuestro marco legal vigente” (2021; p. 204)

La intervención estatal sobre estas personas se despliega, entonces, en un territorio ambiguo, donde la ausencia de responsabilidad penal coexiste con formas intensificadas de control institucional.

Salud mental y campo penal: saberes, dispositivos y disputas históricas

La relación entre el campo de la salud mental y el campo penal se configura históricamente a partir de una articulación estructural entre saberes médicos, jurídicos y dispositivos de control social. Ambos campos se entrecruzan en la definición, clasificación y gestión de conductas consideradas peligrosas, desviadas o disruptivas del orden social, produciendo categorías específicas de intervención sobre determinados sujetos.

Michel Foucault (2007) señala que, a partir del siglo XIX, la psiquiatría comienza a ocupar un lugar central en el dispositivo penal moderno, no ya únicamente como saber terapéutico, sino como un conocimiento experto capaz de explicar la conducta criminal y evaluar la responsabilidad penal. En este sentido, el discurso psiquiátrico se incorpora al proceso judicial como un saber que permite decir la verdad sobre el sujeto, desplazando el eje del delito hacia la personalidad. Esta situación se debió también a una serie de cambios teóricos dentro del campo médico que generó según Sozzo “transformaciones internas del dispositivo psiquiátrico en el marco del auge de la disciplina como

tecnología de poder en la sociedad moderna” (2016; p.165). Estas modificaciones generaron como resultado

“La construcción histórica del ‘loco-delincuente’ como subjetividad doblemente diferenciada: por un lado, del loco y, por el otro, del criminal; y como resultado accesorio, la constitución histórica del ‘perito’ como profesional, a mitad de camino entra la medicina y el derecho, personificación por definición del campo de la ‘medicina legal’” (Sozzo, 2016; p 165).

O como refieren Pérez y Kostelac al hablar de la institución psiquiátrica y penal o policial:

“Desde la génesis de estas instituciones, aparecen estas categorías que legitimaron el accionar sobre aquellos cuerpos que consideraban por el saber psiquiátrico -y su pretendida cientificidad- como anormales y peligrosos: estos sujetos serán el objetivo tanto del aparato judicial como el médico psiquiátrico, el cual históricamente se entrelazaron creando una técnica con el fin de apartar de la sociedad a aquellos peligrosos para “curarlos” y/o “readaptarlos”. (2025; p. 207).

Este proceso da lugar a una transformación en las formas de intervención estatal: el castigo penal clásico se ve progresivamente complementado, y en algunos casos sustituido, por dispositivos de tratamiento, observación y encierro psiquiátrico. Tal como advierte Castel “no se trata de una humanización de la respuesta estatal, sino de un reordenamiento de las tecnologías de control, donde la gestión de la peligrosidad futura adquiere un lugar central” (1984; p. 135). La intervención deja de basarse exclusivamente en el acto cometido para centrarse en la evaluación de la persona y su potencial amenaza.

En este entramado surge la figura de la inimputabilidad, categoría que expresa de modo paradigmático la articulación entre salud mental y campo jurídico. La declaración de inimputabilidad no implica la ausencia de intervención estatal, sino la reconfiguración de sus modalidades: la persona deja de ser punible, pero no deja de ser objeto de control. Como señala Basaglia el encierro psiquiátrico se presenta históricamente como una alternativa al castigo penal, aunque conserva funciones de custodia, segregación y neutralización del riesgo, muchas veces bajo una retórica terapéutica:

“Lo más característico de dichas instituciones es una tajante separación entre los que detentan el poder y los que no lo detentan. De lo cual puede también deducirse que la subdivisión de los roles expresa una relación de opresión y de violencia entre poder y no-poder, que se transforma en la exclusión del segundo por el primero: la violencia y la exclusión se hallan en la base de todas las relaciones susceptibles de instaurarse en nuestra sociedad” (1972; p.131).

Diversos autores han problematizado el carácter ambiguo de estos dispositivos híbridos, donde se superponen lógicas asistenciales y punitivas. Desde la tradición de la psiquiatría democrática italiana, Rotelli, Franco advierte sobre los efectos de la medicalización de los conflictos sociales y penales, señalando que estas operaciones tienden a reforzar prácticas antes que a garantizar derechos. En este sentido, sostiene que “la psiquiatría, cuando se pone al servicio de la custodia y del control social, deja de ser una práctica de cuidado para convertirse en un dispositivo que legitima exclusión y cronificación” (2015; p. 43). En esta línea los dispositivos de internación vinculados al sistema judicial pueden operar como espacios de regulación social, donde la noción de peligrosidad justifica intervenciones prolongadas y, en muchos casos, de duración indefinida.

En América Latina, esta articulación entre salud mental y campo penal adquiere particular relevancia en contextos atravesados por desigualdades estructurales y sistemas de protección social fragmentados. Ardila Gómez, Sara sostiene que “la judicialización del padecimiento mental refuerza lógicas tutelares que colocan a las personas en una posición de objeto de evaluación permanente, debilitando su condición de sujetos de derecho” (2008; p.25). La intervención en salud mental, en estos casos, queda subordinada a demandas judiciales que priorizan la seguridad por sobre el cuidado integral.

En el contexto argentino, la sanción de la LNSM N.º 26.657 introduce un quiebre normativo en esta relación al establecer límites claros a las internaciones y promover un enfoque de derechos humanos, incluso en aquellos casos vinculados al sistema judicial. La ley reconoce a las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho y redefine la internación como un recurso terapéutico excepcional, de carácter restrictivo y por el menor tiempo posible (Arts. 7 y 14). No obstante, distintos estudios advierten que las prácticas concretas continúan reproduciendo tensiones entre la lógica sanitaria y la lógica penal, especialmente en el abordaje de personas declaradas inimputables.

Desde el Trabajo Social, analizar la relación entre salud mental y campo penal implica problematizar los usos del saber profesional en dispositivos atravesados por demandas de control, evaluación y gestión del riesgo. Este posicionamiento exige una lectura crítica de las categorías jurídicas y psiquiátricas que organizan la intervención, así como una reflexión ético-política orientada a la defensa de derechos y a la construcción de alternativas al encierro. Estas tensiones estructurales constituyen el marco desde el cual se inscriben las prácticas profesionales que analizare en los capítulos posteriores.

Sin embargo, como indica Poblet Machado en su tesis doctoral (2023), en la actualidad, de forma cotidiana y en todas las jurisdicciones del país, se repiten las tensiones jurídicas existentes por la convivencia de la LNSM y el art. 34 del Código Penal. Esto genera prácticas disímiles y

contradictorias, generando tensiones tanto dentro del sistema de administración de justicia en sus distintos fueros (civil y penal) y los actores involucrados, los efectores penitenciarios y policiales, y así como también en el sistema sanitario en general y de salud mental en particular. Dichas tensiones, no son únicamente discusiones teóricas y jurídicas abstractas, sino que repercuten directamente en los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. Este es un grupo poblacional que el Estado reconoce que se encuentra en especial situación de vulnerabilidad, y para los cuales, existen obligaciones internacionales para la toma de medidas concretas para su protección.

Capítulo 3: configuraciones institucionales y tensiones en el abordaje de las medidas de seguridad.

El Hospital Escuela de Salud Mental

En este capítulo me propongo reconstruir algunos elementos centrales del proceso histórico e institucional del HESM de Paraná, como una clave interpretativa fundamental para comprender las lógicas actuales de intervención que atraviesan al Servicio de Internación de Hombres, dispositivo que constituye el escenario empírico de este trabajo.

La institución que hoy conocemos como HESM se inscribe en una genealogía profundamente marcada por las huellas del modelo manicomial y del paradigma médico hegemónico clásico⁵. Podemos ubicar la fundación del HESM en 1937 con la intendencia de Francisco Bertozzi, parafraseando a María del Carmen Trucco (1998) se crea en ese año el "Refugio de Alienados", que era exclusivo para mujeres. Como edificio se utiliza una antigua licorería; en lo que había funcionado como salones de venta se ubicaron los consultorios y la parte administrativa; mientras las salas para los pacientes ocupaban el lugar de la caballería (en desuso) y del galpón donde estaban los elementos

⁵ El Modelo Médico Hegemónico (MMH) debe ser entendido como una construcción cuyos rasgos estructurales supone la producción teórica, técnica, ideológica, social y económico - política tanto de médicos como de los conjuntos implicados en su funcionamiento (Menéndez, 1998; p. 17). De acuerdo con este autor, el MMH

“Se constituye e instituye en los países capitalistas centrales, coetáneamente con el proceso de obtención de hegemonía por parte de la burguesía, y cuando la relación de clases fundamentales en dichas sociedades se establece a través de las relaciones burguesía - proletariado” (1998; p. 17).

De este modo, el MMH adquiere determinadas características del modelo dominante en el momento de su creación, como

“Su biologismo, individualismo, a-historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática, y si bien dichos rasgos pueden ser observados en la medicina practicada antes del siglo XIX, durante este siglo se profundizarán y potenciarán esos rasgos hasta convertirse en las características dominantes de la biomedicina” (1998; p. 19).

Pese al paso del tiempo, el MMH aún tiende a la medicalización de las personas, preponderando el plano curativo, enfocando su mirada en la enfermedad y marginando, de este modo, políticas preventivas. La salud no se explicará por los ritmos y tiempos de producción ni por las características y desarrollo de los procesos productivos, sino por la naturaleza biológica y ecológica de la enfermedad. El biologismo del modelo supone considerar la evolución, pero no la historia de la enfermedad.

de reparto y depósito en general. El local era alquilado además de precario, y la atención brindada muy escasa. Más bien era un depósito de enfermos.

A partir del año 1955 comenzó a gestarse el Proyecto para la creación del “Hospital Neuropsiquiátrico A. Roballos”, edificio que ocupa actualmente la organización institucional; la autora María del Carmen Trucco en la elaboración de su tesis de Maestría en Salud Mental, hace referencia a este momento y sostiene que

“para el emplazamiento de este se elige el Brete, en las proximidades del actual túnel subfluvial; lo suficientemente alejado del casco urbano. Con la separación de la trama urbana se cumplía con el antiguo mandato de “poner afuera” a este tipo de hospitales. Aduciendo la necesidad de tranquilidad para los pacientes, se asilaba y marginaba lo que no se debía ver” (1998, p.24).

Estas características del hospital daban cuenta lo que Foucault denominó “el Gran Encierro”. Como señalan diversos autores, los hospitales psiquiátricos no surgieron primordialmente como espacios de cuidado, sino como dispositivos sociales destinados a la segregación, el control y el encierro de aquellos sujetos considerados peligrosos, improductivos o desviados del orden social. En este sentido, Foucault advierte que “el internamiento no fue una respuesta médica a la locura, sino una operación moral y social que separó a la razón de la sinrazón”, (2006; p.74). dando cuenta de una lógica de exclusión que antecede y excede a la clínica.

Se advierten en el HESM características de las instituciones totales, parafraseando a Goffman un ordenamiento social básico de la sociedad moderna es que se tiende a dormir, jugar y trabajar en distintos lugares, mientras que la característica central de las Instituciones Totales es una ruptura de las barreras que separan estos ámbitos. Todos los actos se llevan a cabo en el mismo lugar bajo la misma autoridad, en presencia de un gran número de otros a quienes se da el mismo trato y todas las actividades están estrictamente programadas; toda la secuencia de las actividades se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales explícitas.

Considero que las características de las instituciones totales se ven claramente en la dinámica del Hospital Psiquiátrico que describe Trucco en su tesis, detalla lo siguiente:

“las puertas de las salas estaban cerradas con llave; se abrían en horarios específicamente determinados, como para ir al comedor, oportunidad en que las enfermeras hacían un cordón humano para retener y controlar a las enfermas (...) un modelo psiquiátrico tradicional, basado en métodos físicos (electroshock, shock insulínico, abscesos de trementina, encierro, castigos)”. (1998, p.26).

Las diversas actividades obligatorias se integran en un solo plan racional, deliberadamente concebidas para el logro de objetivos propios de la institución.

Siguiendo en esta línea de las características incompatibles entre el mundo interno y externo de las instituciones totales, Goffman sostiene que “otro elemento de incompatibilidad es la familia, la vida familiar suele contrastarse con la solitaria, pero el contraste más pertinente es con la vida de cuadrilla porque los que viven así difícilmente pueden llevar una vida doméstica”. (1998, p.27).

Guedes Arroyo en su libro “El tratamiento moral experiencia el Roballos: comunidad terapéutica”, al describir cómo fue su llegada al “Hospital Neuropsiquiátrico Antonio Roballos” en el año 1967, expresa: “frente al hospital, calle de tierra por medio, se destacaban las elegantes ondulaciones del campo de golf del Club Estudiantes (...) contrastaba con las empalizadas de alambre de púas que rodeaban al manicomio” (2005, p.51).

Continuando la descripción que realiza Guedes Arroyo

“las puertas de la planta baja de estos pabellones daban sobre los campos circundantes y se encontraban cerradas permanentemente, custodiadas por un enfermero guardián y algunas pacientes entrenadas para impedir que alguna de sus compañeras pudiera violar la cerradura y darse a la fuga.” (2005, p.54)

A nivel mundial durante el periodo de posguerra la sociedad dirigió su mirada hacia los hospicios y descubrió que las condiciones de vida ofrecidas a los pacientes psiquiátricos allí internados en nada se distinguían de los campos de concentración: lo que se podía constatar era la absoluta ausencia de dignidad humana. Así nacieron las primeras experiencias de reformas psiquiátricas. Estas experiencias de reformas de la psiquiatría tradicional se dieron en Europa y EE.UU. y se pueden dividir en tres grupos: un primer grupo compuesto por la “Comunidad Terapéutica y por la Psicoterapia Institucional”, el segundo grupo es denominado “Psiquiatría de Sector o Psiquiatría preventiva”: (también conocida como Salud Mental Comunitaria); por último un tercer grupo compuesto por la “Antipsiquiatría y la Psiquiatría Democrática”, estos consideran que la cuestión misma estaría en el modelo científico psiquiátrico, que todo él es puesto en jaque, así como sus instituciones asistenciales. Se iniciaron procesos de cambio con el paradigma psiquiátrico tradicional.

Esta crisis del paradigma psiquiátrico o manicomial tuvo expresiones particulares y repercusiones en el HESM con diversas expresiones, una de las más significativas es la de Comunidad Terapéutica en el año 1967 de la mano de Dr. Guedes Arroyo, médico psiquiatra cuyo proyecto estaba basado en los conceptos de la Comunidad Terapéutica, lo que significó un momento histórico importante dentro de los procesos de la institución, convirtiendo en ese momento el Hospital en un Hospital de puertas abiertas, eliminando cadenas y cerrojos, métodos de electroshock y tratamientos

físicos, golpes y violencia. Tomando a Trucco, M. del Carmen, ella desarrolla el trabajo de comunidad terapéutica realizado por Guedes Arroyo:

“La comunidad terapéutica era entendida como un tipo especial de terapia ambiental, todas las actividades que se desarrollaron en el hospital formaban parte del proceso de apoyo terapéutico. El concepto de que las personas puedan aprender, cambiar y moderar como resultado de sus expresiones y relaciones interpersonales y sociales, estuvo siempre presente y permitieron comprender que las enfermedades mentales, además de sus determinantes intra-psíquicas, deben ser consideradas en gran medida como fenómenos interpersonales y sociales” (1998, p.30)

A partir de esta experiencia, se restringieron prácticas llevadas a cabo hasta el momento en la institución, y se conformaron diferentes y nuevos espacios, donde todas las actividades formaban parte del proceso de apoyo terapéutico, actividades programadas para reducir la ambigüedad del manicomio, generando nuevos recursos humanos, con nuevos profesionales, técnicos, estudiantes y voluntarios, se cambió el concepto de “fuga” por “abandono voluntario”, comenzó la conformación de un equipo interdisciplinario, se habilitó un nuevo pabellón de hombres (hasta ese momento solo había pabellón de mujeres), disminuyó el uso de psicofármacos, establecieron nuevos criterios de internación, se realizaron arreglos en el edificio, y generaron grupos de actividades recreativas y deportivas, grupos de terapia industrial y actividades docentes.

Estas nuevas actividades fueron modificando el ambiente en que transcurría la vida de los internados, así como las actitudes del personal profesional, técnico y administrativo encargado de su tratamiento y rehabilitación. En palabras de Trucco, la experiencia de la Comunidad Terapéutica, en el “Hospital Roballos” fue “una experiencia particular que marcó un antes y un después” (1998, p.2).

La “Comunidad Terapéutica” del hospital al igual que otras experiencias de transformación en el campo de la Salud Mental comienzan a cuestionarse y derrumbarse ante el terror de Estado en la última dictadura cívico-militar que sucedía en nuestro país entre 1976 y 1983, precedido por la acción de fuerzas militares que se ensañaron con estas experiencias alternativas.

Mientras comenzaba un proceso de desfinanciamiento y descentralización de los servicios de salud en general, virando hacia una lógica de mercado, en salud mental se desarticulaban las experiencias innovadoras, se vaciaron las unidades académicas y muchos de sus principales protagonistas fueron víctimas de la desaparición o el exilio. Bajo la amenaza del terror, los servicios de salud mental se replegaron inevitablemente hacia la atención individual y de manera privada.

El advenimiento de la democracia en las décadas del '80 y '90 nos encontró en un contexto caracterizado básicamente por la profundización de las medidas que habían comenzado con la

dictadura. Las políticas sociales focalizadas, las privatizaciones de las empresas estatales, el aumento de la deuda externa, la flexibilización laboral, la mercantilización de la salud, son algunos ejemplos de la gestión menemista y su continuidad en el gobierno de la Alianza, hasta su caída en diciembre de 2001.

El contexto de comienzos de la década del 2000 encontraba a nuestro país atravesado por una profunda crisis neoliberal que afecta a toda la sociedad, producto de políticas focalizadas. Un sinfín de problemáticas afectan a nuestro país como la pobreza, la flexibilidad laboral, la privatización de los recursos del Estado comenzaron a entretener una realidad más que compleja. Todo este contexto no era ajeno al Hospital y como consecuencia de esto se volvió un campo de luchas, por un lado, el recorte presupuestario para el funcionamiento de la institución, y por otro lado la resistencia de los trabajadores despedidos. En este contexto el sistema de salud se fractura, llega a un colapso donde las marchas, reclamos y ollas populares eran las formas de manifestación social.

Luego de la crisis económica, social y política que culminó en 2001, se suceden los gobiernos que van desde el año 2003 al 2014, se redefinió nuevamente la relación entre estado-mercado y sociedad, asignándose al estado un rol rector de la economía y tendiendo a un desarrollo basado en la generación de empleo, ampliación del mercado interno y políticas sociales con enfoque de derechos. En este marco de recuperación de derechos, dentro del HESM, asume la dirección una trabajadora social, y se comienza a gestar un nuevo proyecto político institucional, que se propuso impulsar la creación de dispositivos alternativos, lo que posibilitó la participación de las personas en diferentes talleres como parte de sus procesos de salud-enfermedad-atención y abrir la puertas a estudiantes de distintas carreras que favorecieron no sólo la introducción de prácticas y miradas renovadoras; sino también la posibilidad para los estudiantes de insertarse en este campo adquiriendo conocimientos y experiencias que aportaría en su desempeño profesional.

Un hito importante a nivel país en este mismo contexto es la sanción de la LNSM N.º 26.657, promulgada el 2 de diciembre del 2010, que legitima las prácticas transformadoras que se venían dando desde años anteriores en el HESM; reconociendo derechos de las personas.

Es necesario hacer hincapié en las transformaciones que se empezaron a visualizar en el Hospital “Dr. Antonio Roballos” cambió de nombre a fines del año 2010, mediante el decreto N.º 4901/10 al actual “Hospital Escuela de Salud Mental” en el marco de la nueva LNSM; que no puede ser leído únicamente como un cambio de denominación institucional, sino que se realizó con el objetivo de desmitificar toda representación que el “Hospital Roballos” tenía en relación con la lógica manicomial-asilar. En este sentido es importante lo que la directora de la institución de ese momento Lic. Alicia Alzugaray, argumentaba:

“Un cambio de nombre que tenía que ver con un cambio de paradigma. Ese nombre de Hospital Antonio Roballos, que el nosocomio había llevado desde su fundación, estaba asociado a la medicina clásica, a una concepción biologicista de la psiquiatría, a otra etapa histórica de nuestro país, diferente, donde se contemplaba el campo de la salud mental de manera casi hegemónica, desde una sola disciplina que era la medicina” (2011).

Se trata de un proceso complejo, no lineal y atravesado por múltiples tensiones, que expresa intentos de transformación en diálogo y en conflicto con herencias históricas profundamente arraigadas. La incorporación del término “Escuela” al nombre de la institución no solo remite a su función formativa, sino que también expresa una voluntad política de revisión crítica de las prácticas históricas de atención en salud mental.

Asimismo, cabe preguntarse en qué medida la redefinición del hospital logra impactar efectivamente en la producción de prácticas críticas y reflexivas, y en qué aspectos esta función formativa convive —o entra en contradicción— con demandas asistenciales y judiciales que tienden a reforzar lógicas de control. Considero necesario problematizar el lugar del hospital no solo como efector de salud, sino como institución productora de subjetividades, sentidos y trayectorias.

No obstante, estas transformaciones no implican una ruptura total con el pasado. Tal como señala Stolkiner Alicia el campo de la salud mental “no es homogéneo ni cerrado, sino un espacio de disputas teóricas, ideológicas y políticas, atravesado por prácticas sociales e institucionales que producen subjetividad” (2005; p.5). Desde esta perspectiva, el HESM puede pensarse como un escenario en el que conviven lógicas instituidas —propias del modelo manicomial— con intentos instituyentes orientados a la adecuación de las prácticas al paradigma de derechos humanos.

La sanción de la LNSM constituye un punto de inflexión en este proceso, en tanto establece un marco normativo que cuestiona explícitamente el encierro como respuesta privilegiada frente al padecimiento psíquico y promueve abordajes comunitarios, interdisciplinarios y centrados en la singularidad de los sujetos. Sin embargo, la implementación efectiva de la ley se ve condicionada por factores estructurales, presupuestarios y políticos que exceden el ámbito estrictamente institucional. Poblet Machado, Oberti, Faraone y Bianchi en un artículo donde trabajan los mitos acerca de la LNSM a 10 años de su sanción; mencionan que

“En conformidad con la normativa, llevar adelante estas transformaciones en el modelo de atención/cuidados requiere generar modificaciones en las políticas sanitarias, propiciando tanto el cierre de los manicomios, la prohibición de creación de nuevas instituciones monovalentes, como también fomentar el establecimiento de

casas de medio camino, hospitales de noche, hospitales de día, residencias comunitarias, entre otras iniciativas. Sin embargo, como cualquier otro instrumento jurídico, la Ley no toma decisiones en relación con la planificación, ejecución y definiciones de políticas públicas. Dado que la LNSM es una norma de orden público, el Estado Nacional y las diferentes jurisdicciones tienen que tomar las determinaciones políticas y desarrollar las estrategias que posibiliten la puesta en marcha de los dispositivos que establece la propia norma. Reconocemos que, a más de diez años de su sanción existe un déficit producto de decisiones políticas que no van en línea con la normativa. En este marco, el hospital continúa siendo, en muchos casos, el principal, y a veces único, recurso disponible para dar respuesta a situaciones de crisis subjetiva, lo que tensiona los principios normativos con las condiciones reales de intervención. Me interesa reflexionar sobre la interpelación constante que surge en la cotidianidad de la práctica de los equipos de salud frente al armado de estrategias de intervención” (2021; p. 229).

Actualmente, el HESM se configura como un efector público de referencia en el campo de la salud mental dentro de la provincia de Entre Ríos, con una organización interna compleja y heterogénea. La coexistencia de salas de internación, consultorios externos, hospital de día, dispositivos comunitarios y espacios de formación profesional da cuenta de una institución atravesada por múltiples demandas, tanto del sistema de salud como de otros campos, entre ellos el sistema penal.

Estas tensiones se intensifican cuando se trata de personas declaradas inimputables con medidas de seguridad, en tanto el hospital se convierte en un nodo de articulación entre el campo de la salud mental y el campo socio-jurídico. Es así, que, en algunos casos, las personas terminan siendo alojadas en esta institución. La noción de peligrosidad, históricamente asociada a la locura, reaparece con fuerza en estos casos ya que es el motivo por el cual las autoridades judiciales justifican el encierro, bajo la forma de la medida de seguridad. Se lleva a cabo así, un proceso donde dicha peligrosidad termina operando como una categoría que habilita prácticas de vigilancia, control y prolongación del encierro. Como advierte Foucault “la noción de peligrosidad permite que se ejerza un poder sobre los individuos no por los actos cometidos, sino por lo que podrían llegar a hacer” (2000; p. 59).

Desde esta perspectiva, el HESM no puede ser pensado como una institución homogénea ni estática, sino como un espacio en permanente reconfiguración, atravesado por disputas de sentido en

torno a la salud mental, el cuidado, el riesgo y la seguridad⁶. Estas disputas no solo inciden en las prácticas cotidianas de los equipos, sino que también estructuran las posibilidades y los límites de las estrategias de intervención que se despliegan en el interior de la institución.

El servicio de internación de hombres.

El Servicio de internación, en particular, cuenta con dos sectores (C y D) en ambos por un lado aloja sujetos institucionalizados, es decir de larga estadía, que por diversos motivos aún no han sido externados, y por otro, sujetos en cuadros agudos que son alojados para efectuar tratamiento bajo la modalidad de internación. Retomando los aportes de un ateneo presentado por el equipo de sala:

“Desde la aprobación de la Ley Nacional de Salud Mental a la fecha, el Servicio de Internación de Hombres ha tenido un cierre progresivo de camas, contando con un total actual de treinta. Las mismas son distribuidas entre personas internadas por cuadros agudos e institucionalizados y que actualmente cuenta con un porcentaje de ocupación que oscila entre el 95 y el 100%. Cabe aclarar, que, en los últimos años, se han incrementado las internaciones de carácter judicial, lo que nos lleva a interpelarnos continuamente poniendo en cuestión si la internación representa un ámbito de carácter puramente punitivo” (2023; p.2).

Lejos de concebirse únicamente como una sala destinada al alojamiento de personas, el equipo que lo integra ha venido construyendo, en los últimos años, la noción de “servicio” como una apuesta ético-política, clínica y organizacional que busca correrse de las lógicas tradicionales de encierro.

La distinción entre sala y servicio no resulta meramente semántica. Mientras la idea de sala remite a un espacio físico de internación y a una lógica de custodia, la noción de servicio permite pensar un dispositivo más amplio, que incluye la asistencia, la gestión y la formación como dimensiones constitutivas. Tal como se expresa en el ateneo antes mencionado “pensar la internación como un servicio y no solo como una sala implica correrse de la lógica del encierro y ubicarla como un momento posible dentro de los itinerarios terapéuticos de los usuarios” (2023; p.3).

Resulta pertinente interrogarse hasta qué punto la apuesta por pensarlo como servicio logra correrse, en la práctica cotidiana, de las lógicas históricas de encierro asociadas a la internación psiquiátrica. ¿Qué tensiones emergen entre este posicionamiento ético-político y las condiciones materiales, normativas y organizacionales en las que se desarrolla el trabajo diario?

⁶ Vuelve a ser necesario señalar que la seguridad, como la peligrosidad, son categorías que no pertenecen al campo de la Salud Mental, ni se encuentran amparados en la LNSM como motivos que justifiquen una internación, ya sea voluntaria como involuntaria.

Esta concepción habilita a problematizar la internación como práctica histórica de la psiquiatría, en tanto espacio privilegiado de control y aislamiento. Retomando los aportes de Goffman anteriormente citado cuando define a las instituciones totales como “lugares de residencia y trabajo donde un gran número de individuos, en igual situación, llevan una vida reglamentada y administrada” (1984), señalando los efectos subjetivos que produce el internamiento prolongado. Desde esta lectura, la internación no puede ser pensada únicamente en términos clínicos, sino también como una práctica social que incide profundamente en la subjetividad de las personas.

El Servicio de Internación de Hombres se encuentra conformado por un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería, clínica médica y residentes en formación. La interdisciplina, en este contexto, no se reduce a la mera coexistencia de saberes disciplinares, sino que se plantea como un posicionamiento ético y político. Como sostiene Stolkiner, Alicia “la interdisciplina no es una técnica ni una sumatoria de saberes, sino un posicionamiento que reconoce la incompletud de cada disciplina y exige un trabajo de articulación sostenido” (2005; p. 3).

Desde este posicionamiento, el servicio se define a sí mismo a partir de una triple dimensión: ética, en tanto sostiene una perspectiva de derechos humanos y cuestiona las lógicas manicomiales; política, en cuanto busca incidir en la adecuación de las prácticas institucionales al nuevo paradigma de atención en salud mental; y clínica, en tanto se orienta a alojar el sufrimiento psíquico desde la singularidad de cada persona, reconociendo su historia, su contexto y sus vínculos.

Uno de los ejes problemáticos centrales que atraviesa al Servicio de Internación de Hombres es la tensión entre la internación y el territorio. Históricamente, la internación ha sido pensada como un espacio separado del afuera, reforzando una lógica dicotómica entre encierro y comunidad. Frente a ello, el equipo del servicio propone recuperar la noción de territorialidad como categoría analítica y como estrategia de intervención, entendiendo el territorio no solo como un espacio geográfico, sino como una construcción social, relacional y simbólica.

Se vuelve relevante preguntar cómo se construyen los sentidos de la internación al interior del equipo interdisciplinario. ¿Qué lugar ocupan las voces de las personas en la definición de sus tratamientos? ¿De qué manera las decisiones institucionales habilitan —o restringen— la posibilidad de pensar la internación como un momento transitorio y no como un destino prolongado?

Pensar la internación como parte de los tratamientos de las personas implica reconocer que el hospital también forma parte de sus territorios, al tiempo que obliga a interrogar las posibilidades reales de externación en contextos marcados por la precariedad de recursos, la fragilidad de los lazos sociales y la ausencia de dispositivos comunitarios de cuidado. En este sentido, la dificultad para

sostener externaciones no puede ser leída exclusivamente en clave clínica, sino que pone en evidencia problemáticas sociales y estructurales que exceden ampliamente el padecimiento psíquico.

Estas tensiones se expresan con particular intensidad en el Servicio de Internación de Hombres, donde la ocupación de camas se mantiene elevada y las internaciones tienden a prolongarse, especialmente en los casos atravesados por medidas de seguridad. En estos escenarios, la internación y su continuidad temporal aparece muchas veces como la única respuesta posible frente a la falta de alternativas territoriales, lo que tensiona los objetivos de desmanicomialización con las condiciones concretas de intervención. Como advierte Amarante, Paulo “desmanicomializar no significa cerrar hospitales, sino desmontar las lógicas que producen exclusión, cronificación y pérdida de derechos” (2007; p.75).

En este marco, el trabajo en equipo, la reflexión colectiva sobre las prácticas y la construcción cotidiana de acuerdos se constituyen como estrategias centrales para evitar la inercia institucional y sostener posicionamientos críticos frente a lógicas de encierro que tienden a naturalizarse.

La especificidad de las internaciones por medidas de seguridad de personas declaradas inimputables

La internación de personas declaradas inimputables, bajo la forma de medida de seguridad, en el marco de procesos penales introduce una especificidad sustantiva en el funcionamiento del Servicio de Internación de Hombres y del HESM en su conjunto. Estas medidas de seguridad, lejos de constituir una simple modalidad de internación, operan como dispositivos híbridos que condensan lógicas propias del campo socio-jurídico y del campo de la salud mental, produciendo efectos singulares tanto en las personas como en las prácticas institucionales.

Una particularidad relevante del HESM en relación con las medidas de seguridad es que las personas declaradas inimputables no se encuentran apartadas del resto de las personas internadas. Por el contrario, conviven en las mismas salas, comparten los espacios comunes y participan de la vida institucional cotidiana. Estas personas deambulan por la institución como el resto de las personas internadas, aunque acompañados de forma permanente por personal del Servicio Penitenciario, quienes son los encargados de su custodia. Esta modalidad introduce una complejidad específica en la dinámica institucional, ya que superpone lógicas de cuidado y tratamiento con prácticas de vigilancia, control y seguridad, visibles y cotidianas.

Desde una perspectiva socio-jurídica, las medidas de seguridad se distinguen de las penas en tanto no se fundan en la culpabilidad, sino en la inimputabilidad del sujeto y en la presunción de peligrosidad. Tal como ha señalado Zaffaroni “estas medidas no deben ser comprendidas como

sanciones encubiertas, sino como dispositivos excepcionales orientados —al menos en su formulación normativa— al cuidado y tratamiento de la persona inimputable” (1998; p.23) Sin embargo, en la práctica, su aplicación suele derivar en internaciones prolongadas y de duración incierta, que reproducen lógicas punitivas incompatibles con los principios de derechos humanos.

La noción de peligrosidad adquiere aquí un lugar central. Si bien se trata de una categoría jurídica del campo penal, su utilización tiende a confundirse con conceptos propios del campo de la salud mental, como el de riesgo cierto e inminente. Leonardo Ghioldi y Esteban Toro Martínez hablan de la existencia de dos tipos de peligrosidad: la inminente y la potencial.

“La primera estaría ligada a crisis de origen psíquico próxima a producirse y se inscribe dentro del campo de la clínica. La potencial, por el contrario, es un juicio de valor sobre hechos futuros que pueden suceder o no, inscribiéndose dentro del campo judicial. Aquí vemos que la peligrosidad como potencialidad es un requerimiento del sistema judicial-penal a la psiquiatría para que fundamente científicamente la privación de la libertad de una persona con fines terapéuticos-penales” (2011; p. 31).

Esta tensión entre riesgo y peligrosidad atraviesa de manera transversal las prácticas del servicio y constituye uno de los núcleos problemáticos más persistentes en el abordaje de las medidas de seguridad. Silvio Angelini y Anahi Larrieu sostienen que

“La apelación a la peligrosidad de la persona ha sido la excusa penal y terapéutica para segregar, para aislar, para excluir a aquellas que se han vuelto indeseables socialmente en las denominadas instituciones totales. Hasta el momento, ningún estudio científico ha podido determinar fehacientemente las hipótesis biologicistas que sustentan la peligrosidad de las conductas delictivas o de los padeceres/discapacidades psicosociales”. (2016; p.50)

Otro de los aspectos problemáticos de las medidas de seguridad radica en la ausencia de plazos temporales claramente establecidos para su duración. Esta indeterminación temporal coloca a las personas en una situación de especial vulnerabilidad jurídica y subjetiva, en tanto el horizonte de externación queda supeditado a evaluaciones técnicas y decisiones judiciales.

En el Servicio de Internación de Hombres del HESM, esta lógica se traduce en trayectorias institucionales marcadas por la cronificación de la internación. Personas que, desde el punto de vista clínico, podrían transitar procesos de externación progresiva permanecen internadas debido a la vigencia de la medida judicial, lo que genera un corrimiento del sentido terapéutico de la internación hacia una función de resguardo social. Es decir, se pasa de una decisión terapéutica (la internación), a

un encierro temporalmente indeterminado, decidido por autoridades judiciales, siendo esto último, una de las prácticas manicomiales que la LNSM buscaba desarmar.

Se puede hablar de la capilarización del sistema penal, dentro de la institución hospitalaria. La presencia del sistema penal en el interior del hospital se materializa no solo a través de resoluciones judiciales, sino también mediante la intervención cotidiana del Servicio Penitenciario, encargado de la custodia de las personas internadas bajo medidas de seguridad. Esta coexistencia de lógicas asistenciales y punitivas produce tensiones cotidianas que deben ser permanentemente gestionadas por los equipos de salud (Poblet Machado, 2023). Retomando aportes de un artículo escrito por el Servicio de internación de Hombres, donde se trabajó respecto a la presencia de personal del servicio penitenciario en el HESM,

“La presencia de otras dinámicas en relación con las particularidades de la circulación de personal de otra fuerza del estado hace necesaria la reorganización a los fines de que dichos procesos no se vuelvan iatrogénicos para quienes los cursan; y crear las condiciones laborales mínimas para los trabajadores en general; ya sean del ámbito de salud como del de seguridad” (p.1)

Desde el servicio se propusieron estrategias de intervención a los fines de brindar una mejor calidad de prestación tanto a los sujetos, como condiciones saludables para los trabajadores involucrados en dicho servicio; a continuación, se comparten algunas de ellas:

- Jefe, referente o funcionario responsable del servicio penitenciario dentro de la institución, con el cual se pueda ir trabajando y acordando todo lo pertinente al trabajo cotidiano.
- Guardia estable en cuanto al personal.
- Se solicita vestimenta de civil, a los fines de no intimidar y/o alterar a los demás usuarios del servicio.
- Se articulará y gestionará que los agentes del servicio penitenciarios cuenten con diferentes capacitaciones en salud mental y perspectiva de género principalmente.
- Acompañar la circulación dentro del predio hospitalario no solo a las actividades sino en general.
- Cada agente que desempeñe funciones en la institución debería firmar el acta de confidencialidad.

- Hacer cumplir los lineamientos del servicio, tanto en medidas de seguridad, como normas de convivencia (por ejemplo: horarios de visita, toma de medicación, horario de permanencia en el sector, etc.).
- Ya que los usuarios con medidas judiciales comparten habitación, regular que la misma se encuentre en condiciones. (p.3)

Las producciones institucionales del HESM dan cuenta de estas tensiones al señalar que las medidas de seguridad interpelan de manera constante a los equipos respecto de si la internación constituye un espacio de cuidado o si, por el contrario, se aproxima a un dispositivo de castigo. Esta pregunta atraviesa las prácticas cotidianas y obliga a desplegar estrategias de reflexión colectiva orientadas a evitar la naturalización del encierro como respuesta privilegiada frente al conflicto penal. Cabe aclarar, que esta problemática merece un abordaje intersectorial, ya que excede lo meramente sanitario, y resulta fundamental la incorporación de otros actores institucionales relevantes (como autoridades del poder ejecutivo, funcionarios judiciales, penitenciarios, defensa publica, organismos de control penitenciarios como sanitarios, etc.)

Otro eje crítico se vincula con la desarticulación entre los tiempos del sistema penal y los tiempos del proceso terapéutico. Mientras el abordaje en salud mental reconoce la singularidad de los procesos subjetivos y la imposibilidad de establecer plazos rígidos de evolución, el campo jurídico demanda definiciones, informes periódicos y recomendaciones que permitan sostener o cesar la medida de seguridad.

Desde este lugar, la medida de seguridad por inimputabilidad no se presenta únicamente como una respuesta excepcional, sino como una práctica judicial vigente y sostenida en el tiempo. En la provincia de Entre Ríos, su ejecución se materializa exclusivamente en instituciones de salud mental —tres hospitales monovalentes y un hospital general que cuenta con servicio de salud mental— por decisión judicial, sin que se disponga el alojamiento de personas inimputables en unidades penitenciarias. Este dato desplaza la discusión desde la mera escasez de dispositivos comunitarios hacia la interrogación acerca de por qué el campo sanitario se constituye en el ámbito privilegiado de cumplimiento de la medida.

A la vez, esta modalidad de ejecución tensiona el paradigma de derechos consagrado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008)⁷, en tanto la privación de

⁷ En el año 2008 se aprobó, por intermedio de la ley N° 26.3783, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), que en años posteriores obtuvo jerarquía constitucional mediante la ley N° 27.0444. Dicho instrumento tiene el objetivo de promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, entre las que se encuentran comprendidas aquellas que tengan diferencias físicas, mentales,

libertad basada en la discapacidad resulta cuestionada por los estándares internacionales. Como sostiene Hegglin respecto a las medidas de seguridad para personas declaradas inimputables terminan siendo “estrictamente vinculadas a la discapacidad mental y, en esas condiciones, es evidente que la medida de seguridad contradice abiertamente los términos de la CDPD, en tanto prohíbe toda restricción de la libertad fundada en la discapacidad” (2016; p. 43).

Así, más que evidenciar únicamente dificultades estructurales de articulación entre salud y justicia penal, la medida de seguridad expone una decisión jurídico-institucional que refuerza la centralidad del hospital como espacio de encierro y control social. En este sentido, el análisis de las estrategias de intervención que desarrollan los equipos del Servicio de Internación de Hombres frente a las medidas de seguridad se constituye como un eje central de esta investigación. Los capítulos siguientes se orientarán a profundizar en dichas estrategias a partir del análisis del material empírico producido mediante entrevistas a profesionales del servicio, con el objetivo de aportar a la producción de conocimiento socio-jurídico desde el Trabajo Social en el campo de la salud mental.

intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Capítulo 4: la dinámica institucional de la intervención: interdisciplina, cuidado y control en la Sala de Internación.

Presentación

En los próximos capítulos se desarrolla el análisis del material empírico producido a partir del trabajo de campo realizado en el Servicio de Internación de Hombres del HESM, mediante seis entrevistas en profundidad a profesionales que integran el equipo de salud. Dicho análisis se construye a partir de los relatos de los entrevistados, recuperando las respuestas a las preguntas que orientaron las entrevistas y poniendo en diálogo estas narrativas con los ejes problemáticos definidos en el diseño de la investigación. Fue posible identificar la recurrencia de determinadas categorías que atraviesan los discursos de los profesionales y que remiten a núcleos de sentido compartidos en torno a la intervención en salud mental con personas internadas por medidas de seguridad.

A lo largo del análisis se incorporan fragmentos de entrevistas realizadas a integrantes del equipo interdisciplinario. Con el objetivo de preservar el anonimato de las personas entrevistadas y, al mismo tiempo, dar cuenta del lugar profesional e institucional desde el cual se enuncian los discursos, las citas se referencian mediante la profesión y sus siglas correspondientes: dos psicólogas (PSI), dos psiquiatras (PSQ) y dos trabajadoras sociales (TS).

El criterio de organización adoptado responde a un ordenamiento analítico que va de las dimensiones más generales de la intervención hacia aquellas más específicas. En primer lugar, se abordan las estrategias de intervención desplegadas por el equipo, poniendo el foco en el trabajo interdisciplinario, el posicionamiento ético-político que orienta las prácticas y la perspectiva de salud mental desde la cual se construyen las intervenciones. En este marco, se incorpora el análisis de la formación en salud mental como dimensión clave para la construcción del trabajo interdisciplinario, entendida como condición de posibilidad para la elaboración de criterios comunes de actuación.

Posteriormente, se examinan los procesos de toma de decisiones, el ejercicio del poder y los límites que condicionan la práctica profesional, visibilizando los márgenes de autonomía y las disputas que atraviesan el trabajo en contextos de encierro. Se incorpora un apartado referido a la intervención del Trabajo Social en la Sala, recuperando sus funciones de mediación, la producción de lecturas socio-situacionales y la centralidad de la información en los procesos de toma de decisiones. Este eje permite profundizar en una dimensión particular de la práctica profesional dentro del dispositivo interdisciplinario, sin perder de vista las condiciones estructurales e institucionales que la enmarcan.

En síntesis, el capítulo propone una lectura situada de la intervención en la Sala de Internación de Hombres, comprendiendo las prácticas profesionales como configuraciones complejas atravesadas

por relaciones de poder, marcos normativos y disputas ético-políticas que se materializan en el cotidiano institucional.

Estrategias de intervención: interdisciplina, posicionamiento ético-político, perspectiva de salud mental:

*“No habremos perdido el tiempo si podemos reconocernos
como agentes mientras transcurren los días
de internación y apelar a la ternura
en lugar de la crueldad”.
Ulloa (2007 p.137).*

En presente eje de análisis me propongo abordar la interdisciplina como una lógica organizadora del trabajo en la sala de internación, en tanto principio que estructura las prácticas cotidianas, las decisiones y las modalidades de intervención del equipo de salud mental. En este sentido, la interdisciplina no es entendida únicamente como una modalidad técnica de articulación entre disciplinas, sino como un posicionamiento ético-político frente a los modos tradicionales y jerarquizados de abordaje del padecimiento mental. Asimismo, permite dar cuenta del posicionamiento institucional del servicio y del modo en que se concibe el abordaje de los padecimientos mentales en un dispositivo de internación.

En los relatos de los profesionales entrevistados, la interdisciplina aparece como una condición concreta del trabajo cotidiano en la sala, sostenida a partir de encuentros sistemáticos entre los distintos saberes que conforman el equipo de salud mental. Estas instancias de intercambio se vuelven centrales en momentos clave del proceso de atención. Al respecto, las personas entrevistadas señalan

“Todo lo que son las admisiones y eso lo hacemos con el equipo interdisciplinario. Todo el tiempo nosotros nos estamos encontrando y ahí nos organizamos” (PSI 1).

“Participo en la instancia de la admisión al servicio, después del seguimiento de las situaciones y trabajamos también en la dimensión de la externación como equipo interdisciplinario” (TS 1).

La intervención, lejos de resolverse desde un único saber disciplinar, se configura como un espacio de construcción conjunta, en el que las distintas miradas profesionales permiten delimitar estrategias de intervención más amplias e integrales. Esta concepción dialoga con los aportes de Andrés Ponce de León quien sostiene que:

“El equipo se define por la heterogeneidad, por la diferencia, la pertenencia disciplinaria es la marca, la ‘señal’, y justamente esta distinción se constituye en el

elemento fundante del grupo, en tanto es el requisito que deben cumplir los miembros para ser integrantes del grupo” (2000; p.5).

En esta línea, los discursos recuperados insisten en la imposibilidad de un abordaje individual o disciplinariamente aislado, especialmente frente a la complejidad de los padecimientos que se atienden en el ámbito de la salud mental. La intervención interdisciplinaria aparece, así como una condición necesaria para abordar las múltiples dimensiones que atraviesan las situaciones de internación. Tal como expresan los profesionales:

“Yo como psi... no podría abordar (...) No es sin la cuestión farmacológica, no es sin la cuestión social, no es sin la cuestión familiar, los atravesamientos que esa persona tenga” (PSI 1).

“Cuando el diagnóstico de la patología o el diagnóstico social, podríamos llamarle, socio comunitario, está más entrampado, es donde nos facilita mucho la interdisciplina del trabajo (...) Mientras más actores haya, va a ser mejor” (PSQ 2).

La interdisciplina se asocia de este modo a una mirada integral de la persona, en tanto la imposibilidad de un abordaje unidimensional, remite a la concepción del padecimiento mental como un fenómeno complejo. Esta perspectiva se expresa también en la centralidad otorgada al diagnóstico situacional dentro del proceso de intervención

“Las situaciones que ingresan, todas están atravesadas por una complejidad creciente. (...) Tenemos que poder leer un diagnóstico más situacional” (TS 2).

“Es una instancia muy importante la del diagnóstico clínico y situacional” (PSQ 1).

Desde esta perspectiva, la interdisciplina aparece en los discursos de los profesionales como una respuesta práctica frente a la complejidad de los padecimientos abordados en la sala de internación. Esta concepción de la complejidad dialoga con los aportes de Edgar Morin quien advierte que “el pensamiento complejo se afirma como un método o estrategia de conocimiento transdisciplinar para captar la complejidad de lo real (...) se orienta a construir una ecología de los saberes que permita ‘religar’ los conocimientos dispersos en disciplinas hiperespecializadas” (1990; p. 112).

En esta misma línea, los aportes de Susana Cazzaniga resultan especialmente pertinentes para pensar la interdisciplina como perspectiva de intervención y como estrategia frente a los nuevos escenarios del campo de la salud mental. La autora sostiene que:

“...la cuestión de la interdisciplinariedad, como desafío a construir, pero también como estrategia necesaria de intervención y de resistencia (...) se convierte en condición de posibilidad para abordar la complejidad de las demandas, y a la vez permite la contención grupal de los profesionales tanto como la elaboración de alternativas políticas de conjunto” (2002; p. 5).

La lógica interdisciplinaria no se vincula únicamente a la suma de saberes, sino también a la búsqueda de unidad en las intervenciones, como forma de resistir la fragmentación de las prácticas. Esta orientación aparece de manera explícita en los relatos de los entrevistados

“Una lógica de trabajo que apunta a la unidad en las intervenciones y que se resiste mucho a la fragmentación de las prácticas, con una mirada integral del proceso del usuario” (PSQ 1).

Este énfasis en la unidad no implica la negación de las incumbencias disciplinarias, sino más bien su articulación en un marco común de intervención. Tal como plantea Elichiry, Nora “la interdisciplina se basa en la complejidad y unidad de la realidad, por un lado, y en la división del trabajo científico necesario para la evolución de la ciencia, por otro” (2009; p. 4). Esta idea se ve reflejada en los discursos de los profesionales, quienes reconocen la existencia de competencias específicas de cada disciplina al mismo tiempo que valoran el respeto mutuo y la disposición al trabajo conjunto

“Si bien se lleva adelante un trabajo interdisciplinario hay algunas competencias disciplinares (...) Es un grupo de trabajo muy lindo, muy unido y también muy respetuoso del trabajo con otros” (TS 2).

La disponibilidad y la predisposición para el trabajo conjunto son señaladas como elementos centrales para que esta lógica interdisciplinaria pueda sostenerse en el tiempo. Al respecto, la misma profesional expresa

“Eso te hace sentir cómoda al momento de consultar. Siempre está el otro predispuesto a darte una mano” (TS 2).

Desde una perspectiva teórica, Carballeda, Alfredo sostiene que “la interdisciplina es un lugar que se construye cotidianamente en función del diálogo que instaura la intervención. Así la interdisciplina puede construirse o no en forma cotidiana y tiene ‘momentos’ de expresión convirtiéndose en una entidad esencialmente dinámica” (s/f; p. 3). Esta concepción dinámica de la interdisciplina se vincula con lo expresado por los profesionales respecto de la importancia otorgada a los espacios de encuentro dentro del equipo

“Se les da mucha jerarquía a las instancias de encuentro entre los profesionales” (PSQ 1).

“Está la disponibilidad y la disposición de los diferentes profesionales a ese trabajo conjunto” (TS 1).

El trabajo interdisciplinario, si bien se construye en el intercambio cotidiano entre los profesionales, requiere de condiciones institucionales concretas que lo sostengan. En este sentido, el trabajo en equipo se encuentra necesariamente inscripto en una institución, con reglas, dispositivos y modos de funcionamiento que inciden en las prácticas. Tal como sostiene Elena de la Aldea

“En el marco situacional de un equipo hay una institución, y existe una relación de ese equipo como una unidad con esa institución. Una institución que tiene

sus propias reglas, leyes de funcionamiento, forma de organización, dispositivos de ingreso y salida. Una institución con dispositivos que reglamentan el vínculo de las personas de la institución con la tarea, con objetivos explícitos e implícitos, con grupos de poder, con una historia –que puede ser reciente o de mil años–. Y dentro de esa historia, de ese modelo de funcionamiento, de esa lucha de poder interna, de esos grupos y subgrupos que conforman una institución, dentro de todo eso está el equipo” (2000; p. 1).

En este marco, la interdisciplina se configura como un principio estructurante del dispositivo de internación, que orienta las prácticas, organiza los vínculos profesionales y habilita abordajes integrales de las personas. Al describir la dinámica de trabajo en la sala de internación, una de las entrevistadas refiere

“Es intensivo, es fluido, es dinámico, pero es apuntando a la unidad y a la integralidad de las intervenciones entre los miembros del equipo y a la integralidad de las intervenciones con el proceso vital de la persona” (PSQ 1).

Otros entrevistados refuerzan esta idea al señalar:

“La idea siempre es hacer un trabajo en equipo (...) solo es muy difícil trabajar, sobre todo por los padecimientos que se tratan en salud mental” (PSQ 2).

“Es imprescindible la reunión, que el equipo pueda encontrarse, que puedan acordar criterios. El trabajo interdisciplinario es sumamente enriquecedor” (PSI 2).

Por último, resulta fundamental situar esta modalidad de trabajo en el marco normativo vigente. La LNSM explicita en su Artículo 8 que “Debe promoverse que la atención en la salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente”. En relación con este punto, Julio Martínez Alcorta señala que “la nueva ley impuso la forma de abordaje interdisciplinaria no solo para un tratamiento integral, sino para democratizar la histórica hegemonía que en esta materia han tenido los médicos psiquiatras” (2015; p. 130). Considero que esta modalidad de abordaje, en función de las entrevistas realizadas, fue adoptada por el propio equipo de salud mental.

La formación en salud mental como dimensión clave para la construcción del trabajo interdisciplinario.

Dentro de esta lógica interdisciplinaria, la formación en salud mental emerge como una dimensión central para la construcción y el sostenimiento del trabajo conjunto. En los relatos de los entrevistados aparece de manera reiterada la idea de que no se trata únicamente de la pertenencia

disciplinar, sino también de la existencia de un recorrido formativo común que habilita lenguajes compartidos, marcos de lectura similares y modos de intervención menos fragmentados, específicos para el campo.

En este sentido, la formación realizada en el marco de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental es señalada como un factor que favorece el trabajo en equipo y la articulación entre disciplinas. Tal como expresa una de las personas entrevistadas

“Lo que lo favorece es que la mayoría de los profesionales están formados en la residencia interdisciplinaria” (PSI 1).

Esta referencia permite dar cuenta de la relevancia de los espacios de formación para la construcción de prácticas colaborativas, en las que la interdisciplina no se reduce a la mera coexistencia de saberes, sino que se traduce en una lógica de trabajo compartido.

“Quien tenga formación en salud mental es algo que favorece mucho el trabajo en equipo” (PSQ 2).

Esta afirmación pone de relieve que la formación no opera únicamente como adquisición de conocimientos técnicos, sino como un proceso que modela posicionamientos, sensibilidades y modos de lectura de las situaciones de intervención, especialmente en contextos de alta complejidad como el de la internación en salud mental.

En esta misma línea, Torricelli y Faraone señalan la importancia del rol de la formación de los profesionales de la salud en la transformación integral de las prácticas, destacando que “los postulados de la LNSM enfatizan la necesidad de revisar los saberes profesionales del campo de la salud mental y de promover espacios de capacitación” (2019; p.81). Asimismo, las autoras recomiendan fomentar instancias de formación a nivel de los propios efectores o equipos de salud mental como condición para el cumplimiento efectivo de los principios de la ley.

Finalmente, en los discursos se recupera la formación en salud mental también como un posicionamiento político, que orienta las prácticas y las decisiones cotidianas dentro de la institución. La referencia a

“La salud mental como posicionamiento político” (PSQ 2)

Permite pensar la formación más allá de lo instrumental, inscribiéndola en una perspectiva ético-política que atraviesa el modo de concebir a las personas, las intervenciones y el trabajo interdisciplinario. Desde esta mirada, la formación en salud mental no solo habilita el intercambio entre disciplinas, sino que configura un marco común desde el cual se disputan sentidos en torno al cuidado, los derechos y las modalidades de atención.

Toma de decisiones, poder y límites del equipo de salud.

*¿De qué manera salir de las opciones institucionalizadas
del pensar, del accionar, del sentir?
¿De qué manera se debe aprender a pensar distintas situaciones,
cuyos caminos están fijados desde el comienzo?
Armando Bauleo. (1983)*

La intervención interdisciplinaria en contextos atravesados por medidas de seguridad por inimputabilidad no se desarrolla en un terreno neutro ni exclusivamente desde la perspectiva de salud mental. Se inscribe en una trama institucional en la que el poder decisorio se encuentra concentrado en el ámbito judicial, delimitando de manera significativa los márgenes de acción del equipo de salud mental.

El hospital no opera como un espacio autónomo de definición de los procesos terapéuticos, sino como un escenario atravesado por relaciones de poder que condicionan la toma de decisiones clínicas, sociales e institucionales. En este sentido me resulta relevante tomar la noción de campo que permitirá comprender las relaciones establecidas entre el campo de salud mental y el socio-jurídico. Campo de la Salud Mental tomando el concepto de Campo de Bourdieu, refiriéndose a este “como un espacio de juego constituido históricamente y está conformado por instituciones y leyes de funcionamiento” (1988, p.108). Tiene que haber un capital que esté en juego e individuos o agentes interesados por ese capital. Un espacio de juego es un espacio de lucha que implica el ejercicio de relaciones de poder, ocasionadas por la desigual distribución del capital. El campo de la salud mental es un recorte dentro del campo de la salud, donde se entrecruzan prácticas sociales diversas, en relación y tensión permanente. El campo de la salud mental como un campo de intervenciones, en este sentido la intervención produce un efecto de transformación, no se puede hablar de intervención sino de intervenciones dependiendo el caso particular y las teorías a las que adhieren los distintos profesionales.

Por otro lado, Ana Quiroga caracteriza al campo de la salud mental como “complejo y difuso, equívoco y confuso siendo un escenario donde se plasman controversias teóricas e ideológicas, teniendo un gran impacto en los procesos de crisis, así como también de transformaciones de la vida social”. (1998, p. 28)

En el campo de la salud mental, para Emiliano Galende “circula permanentemente la producción y reproducción de las relaciones humanas, los valores sobre la salud y la enfermedad en términos individuales, grupales y comunitarios” (1990; p.45). Diferentes saberes, teorías y prácticas

que se configuraron alrededor del contexto que nos ofrece y nos obliga a analizar el conjunto complejo de relaciones de la sociedad y en relación con el momento histórico.

Un campo está caracterizado por el producto de las acciones de los actores, en sus posiciones particulares dentro del mismo, con intereses, recursos y capacidades específicas que se ponen en juego para incrementar y/o adquirir capitales. En este sentido resulta crucial poder pensar cuáles son los actores intervinientes en el campo de la salud mental y en el campo socio-jurídico; cuál es su dinámica interna; es decir, la trama de relaciones, alianzas o disputas en torno a los capitales que los sitúan en una u otra posición dentro del mismo.

Desde una perspectiva foucaultiana, el poder no debe pensarse como una propiedad que se posee, sino como una relación que se ejerce y se distribuye de manera desigual en los entramados institucionales (Foucault, 2007). En el caso de las internaciones por medidas de seguridad, esta distribución asimétrica se expresa en la subordinación del saber clínico y social a la potestad resolutoria del poder judicial, generando una brecha persistente entre responsabilidad profesional y capacidad efectiva de decisión.

Al mismo tiempo, esta relación no supone una simple oposición entre saber sanitario y poder judicial, sino una articulación compleja en la cual las pericias forenses adquieren un lugar central. En el marco de las medidas de seguridad, las evaluaciones psiquiátricas y psicológicas operan como instancias privilegiadas de producción de verdad acerca del sujeto: su diagnóstico, su pronóstico, su riesgo. Estas intervenciones no solo describen una situación, sino que inciden de manera directa en la duración y continuidad de la medida, configurando condiciones materiales de encierro o de eventual externación.

En este punto puede observarse un desplazamiento particular del poder decisorio: aunque la resolución formal corresponde al juez, la fundamentación técnica que aportan los peritos se convierte en el soporte argumentativo que orienta —y muchas veces define— la decisión judicial. De este modo, el poder no se delega de manera explícita, pero sí se produce una fuerte dependencia del saber experto como criterio de legitimación. El magistrado decide, pero lo hace en base a un régimen de verdad construido en el ámbito pericial, donde el lenguaje técnico adquiere estatuto de objetividad y neutralidad.

“Se trata de discursos que en última instancia tienen un poder de vida y muerte. (...) ¿de dónde sacan ese poder? De la institución judicial, tal vez, pero también del hecho de que funcionan en ella como discursos de verdad, de verdad por su estatus científico, o como discursos formulados, y formulados exclusivamente por personas calificadas, dentro de una institución científica” (Foucault, 2007; p. 17).

En este entramado, las pericias no solo informan, sino que habilitan y sostienen decisiones que pueden implicar prolongaciones indeterminadas de la internación bajo la categoría de peligrosidad. La medida de seguridad, entonces, se sostiene en una doble legitimación: jurídica y científica. Es en esa intersección donde se reconfiguran responsabilidades, límites y disputas en torno al poder de decidir sobre el tiempo y la libertad de las personas.

Las entrevistas realizadas permiten identificar cómo esta configuración estructural se traduce en la experiencia concreta del equipo interdisciplinario, especialmente en lo que respecta al margen de decisión cotidiana. La percepción de restricción no aparece únicamente como una cuestión normativa, sino como una vivencia práctica que atraviesa los procesos de alta, permisos y estrategias de intervención.

“Siempre hay un juez que te tiene que habilitar (...) No son decisiones de los equipos, las altas, intervenciones puntuales, permisos, como el propio proceso” (PSI 1)

Es necesario reconocer los saberes de cada actor en el campo y potenciar las relaciones de estos en un horizonte que tenga en primer plano la dignidad y autonomía de las personas con padecimiento subjetivo.

Trabajar con personas internadas por una medida de seguridad implica intervenir en un terreno atravesado por mandatos judiciales que muchas veces delimitan de antemano los márgenes de acción posibles, tensionando los criterios que orientan la práctica. Como sostiene una de las profesionales entrevistadas

“Hay algunas cuestiones del juzgado que ya definen que para determinadas cosas es decisión de los equipos y para otras no” (PSI 1).

Estas tensiones forman parte de las condiciones históricas y políticas en las que se inscribe la intervención interdisciplinaria en el campo de la salud mental. Retomando la noción de campo, la justicia ha sido caracterizada como un actor que, a partir del despliegue de un recurso de poder político institucional que reposa sobre sus capitales simbólico, social y cultural, ha ejercido influencia en el proceso político de implementación de las normativas actuales en salud mental. Por su parte, también influye sobre esta caracterización el poder de la justicia y el carácter punitivo y represivo que la misma reviste.

Siguiendo los planteos de Gorbacz, Leonardo al hablar del sistema de represión en salud mental, estos mecanismos desplegados responden a un sistema más amplio que ha operado fuertemente en el sector de la salud mental y se han sostenido en los pilares del encierro, judicialización y medicalización. Sostiene el autor que “la justicia ha estado omnipresente en los servicios de salud

mental, y lamentablemente el resultado de ello no ha sido una mayor garantía para los usuarios, sino las más de las veces el mismo límite a su propia autonomía” (2011; p. 113)

Otro de los desafíos centrales se vincula con la producción de informes destinados al fuero penal. Estos documentos no constituyen meros registros técnicos, sino que operan como verdaderos dispositivos de poder, en tanto inciden directamente en la continuidad o cese de las medidas de seguridad;

“Abí queda el límite de que la decisión final es parte de lo que resuelve el juzgado” (TS 1).

“Se define en otra instancia que no es la del equipo” (PSQ 1).

“Hoy en día ya hace un tiempo se nos permite opinar si se quiere” (PSQ 2)

En este esquema, los equipos de salud mental elaboran informes, sostienen pedidos de autorización y realizan seguimientos clínicos; sin embargo, la definición última de las decisiones permanece por fuera de su campo de intervención directa. Tal como señala una de las trabajadoras sociales:

“Nosotros mandamos informes, pero la decisión es del juzgado” (TS 2).

Sin embargo, desde los operadores judiciales, la solicitud de informes parecería reconocer a los equipos interdisciplinarios como actores relevantes en la toma de decisiones sobre el tratamiento, en función de su vínculo cotidiano con las personas. No obstante, ese reconocimiento se ve limitado por los márgenes formales de intervención asignados

“No somos quienes tenemos la potestad para, por ejemplo, dar un alta de internación” (TS

1).

En relación con los procesos de externación, si bien estos pueden pensarse como instancias progresivas orientadas a la reinserción social, laboral y familiar, su implementación se encuentra estrictamente condicionada por la autorización judicial previa.

“Todo tiene que ser autorizado por los juzgados, previamente, con algunas audiencias” (TS

1).

Esta modalidad es percibida por los equipos como una lógica predominantemente particular, tal como expresa una de las profesionales:

“A veces es bastante verticalista la justicia” (PSI 2).

Queda de manifiesto por estos relatos, que la convivencia entre el campo de la salud mental y el campo judicial produce fricciones permanentes en torno a quién define, desde dónde y bajo qué parámetros. Esta dinámica configura una asimetría entre responsabilidad y poder, en la que el saber clínico y social queda subordinado a la jerarquía institucional del poder judicial:

2). *“La tensión va a estar, lo que pasa es que la última palabra la tiene el poder judicial”* (PSQ 2).

“Uno como equipo siempre está sujeto a lo que diga la justicia” (PSI 2).

La intervención en contextos atravesados por medidas de seguridad plantea desafíos específicos que invitan a una reflexión permanente. ¿Cómo posicionarse frente a requerimientos judiciales que pueden entrar en tensión con una perspectiva de derechos humanos? ¿Qué márgenes de autonomía profesional existen para sostener lecturas integrales que articulen dimensiones sociales, jurídicas y subjetivas? Considero que la existencia de estos interrogantes, evidencian que las medidas de seguridad por inimputabilidad en el HESM toman la forma de una internación, no son una decisión terapéutica en salud mental, sino, por el contrario, parecería ser un reflejo del peligrosismo del campo penal, ya que, el objetivo final, termina siendo el encierro de una persona.

También resulta necesario volver a señalar, que la LNSM en su Artículo 14° dice: “La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en un entorno familiar, comunitario o social” (Cap. VII). Sin embargo, la misma Ley establece que si bien el equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente, “Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el art. 34 del Código Penal” (Art. 23), por lo tanto, en estos casos, la injerencia de los informes y evaluaciones suelen ser limitados.

La estructura orgánica del Juzgado de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad⁸ de la provincia de Entre Ríos se encuentra definida normativamente en el artículo 11° donde establece que la jurisdicción será ejercida por un/a juez/a. La planta de empleados se compone de un/a Escribiente Mayor y un/a Escribiente, quienes se integran a la Oficina de Gestión de Audiencias (OGA) de cada jurisdicción, con la función prioritaria de gestionar las audiencias vinculadas a la ejecución de penas y medidas de seguridad.

Asimismo, el Juzgado cuenta con un equipo profesional interdisciplinario integrado por un/a médico/a especialista en psiquiatría, un/a psicólogo/a y un/a trabajador/a social, designados por concurso. Esta previsión normativa reconoce formalmente la centralidad de saberes no jurídicos en el ámbito de la ejecución, especialmente cuando se trata de medidas de seguridad fundadas en la inimputabilidad.

⁸ Ley de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de la Provincia de Entre Ríos. N° 10.866. (2020)

Si bien la competencia decisoria corresponde al juez o jueza, en la práctica el cese de las medidas de seguridad —particularmente aquellas que implican internación en instituciones de salud mental— se encuentra fuertemente mediado por las producciones del equipo interdisciplinario. Los informes psiquiátricos, psicológicos y sociales no solo describen situaciones clínicas o sociales, sino que configuran condiciones de posibilidad para la continuidad o el cese de la medida. En este punto, la valoración judicial aparece profundamente atravesada por el dictamen técnico, que opera como fundamento de legitimidad de la decisión.

En este sentido, resulta sugerente recuperar los aportes de Michel Foucault en *Los anormales*, donde analiza el lugar de los peritos psiquiátricos en el proceso penal. Allí señala que el peritaje no se limita a aportar un dato técnico, sino que introduce una forma particular de verdad sobre el sujeto, desplazando el eje del acto hacia la peligrosidad y la normalidad/anormalidad del individuo. El perito, dice Foucault, no responde solamente a la pregunta “¿qué hizo?”, sino fundamentalmente a “¿qué es?” y “¿qué puede llegar a hacer?”.

En esa clave, puede pensarse que el equipo interdisciplinario del Juzgado de Ejecución no solo evalúa la evolución clínica o las condiciones sociofamiliares, sino que participa en la producción de un saber que clasifica, pronostica y gestiona riesgos. De este modo, la decisión sobre el cese de la medida de seguridad se inscribe en una trama en la que derecho y saberes psi se entrelazan, produciendo efectos concretos sobre la persona.

La LNSM es una herramienta fundamental porque establece reglas de juego distintas, cuyo cumplimiento se les impone a los actores del sistema, en particular a jueces y ejecutores de las políticas, pero también a los trabajadores. Reconocer estos límites no implica renunciar a la intervención, sino situarla críticamente, problematizando las condiciones estructurales en las que se desarrolla y los márgenes reales de incidencia en la garantía de derechos.

Respecto a esto Hegglin, María Florencia sostiene que:

“corresponde destacar que el cese de la medida de seguridad y la externación de la persona o eventual derivación a una institución más adecuada a su problemática depende de una decisión judicial, previo dictamen de peritos (un psiquiatra y un psicólogo) que indique que la persona dejó de ser peligrosa para sí o para terceros (art. 34, inc. 1, del Cp y art. 23 de la LNSM), consolidándose así un tratamiento jurídico más severo para las personas con discapacidad psicosocial que el de por sí ya se admite para las demás personas con discapacidad. Por lo demás, las medidas de seguridad en tanto no están condicionadas en su cese al dictamen favorable del equipo interdisciplinario tratante, sino al criterio judicial, no cumplen la condición de ‘recurso

terapéutico de carácter restrictivo’, que ‘sólo puede llevarse a cabo cuando aporta mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar o social’ (art. 14 de la LNSM)” (2020; p. 38)

Sin embargo, se mantiene en la actualidad en las diferentes jurisdicciones del país, la poca incorporación de los postulados de la LNSM en el campo penal (Poblet Machado, 2023). Esta distancia se expresa, especialmente, en la persistencia de lógicas tutelares y custodiales que privilegian el encierro como respuesta casi automática ante situaciones de inimputabilidad, en tensión con el paradigma de derechos que propone la normativa vigente⁹.

En la experiencia de los equipos, esta tensión se traduce en una configuración concreta de poder en la que lo terapéutico no siempre ocupa el lugar central en la toma de decisiones. Como señala una de las profesionales entrevistadas:

“Muchas veces hay otros actores que terminan pesando más que lo terapéutico propiamente dicho” (TS 2).

De este modo, la definición de intervenciones, tiempos de permanencia y condiciones de egreso queda atravesada por demandas y criterios provenientes del campo socio-jurídico, que inciden de manera directa en la vida cotidiana de las personas internadas. En esa línea, otra entrevistada advierte que

“Las demandas del campo socio-jurídico muchas veces ubican a los equipos de salud incidiendo directamente en las condiciones de vida de los usuarios. Desde el equipo de salud advertimos los límites que encontramos en ese trabajo con esas condiciones” (TS 1).

⁹ Estos lineamientos dialogan directamente con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad —con jerarquía constitucional en el ordenamiento argentino—, que reconoce el derecho a la igualdad ante la ley (art. 12), a la libertad y seguridad personal (art. 14) y a vivir en la comunidad con apoyos adecuados (art. 19), desplazando definitivamente los modelos sustitutorios de decisión. Sostiene Hegglin, “nada se ha dicho en el sistema penal argentino sobre la CDPD. Los operadores y académicos del Derecho Penal no la conocen ni la aplican, pese a que se trata de una convención con jerarquía constitucional y que impone una nueva perspectiva de análisis”. (2020, p. 41)

Desde esta perspectiva, diversos desarrollos doctrinarios han señalado la posible inconstitucionalidad de determinadas medidas de seguridad cuando se fundan en la peligrosidad como categoría central y habilitan privaciones de libertad por tiempo indeterminado, desvinculadas de un hecho actual y concreto. La lógica de la “peligrosidad futura” tensiona principios estructurales del derecho penal liberal —legalidad, culpabilidad por el hecho, proporcionalidad— y resulta difícilmente conciliable con un enfoque basado en derechos humanos, que prohíbe toda restricción de la libertad sustentada exclusivamente en la existencia de una discapacidad. Así, la permanencia de medidas de seguridad de carácter indeterminado en instituciones psiquiátricas no solo revela la débil recepción del paradigma de salud mental en el ámbito penal, sino que también interpela la adecuación constitucional y convencional del sistema, en tanto reproduce formas de encierro que la propia normativa interna e internacional busca superar.

Lo que se pone en juego aquí no es únicamente una cuestión operativa, sino una distribución específica de responsabilidades y márgenes de acción, donde el equipo de salud asume tareas de gestión y acompañamiento en un marco normativo definido por la autoridad judicial. Los profesionales del equipo identifican dificultades recurrentes vinculadas al reconocimiento del alcance de la medida judicial y de la autoridad que la sostiene:

“Los usuarios no logran comprender la magnitud de la decisión y de quién depende la decisión de su internación en el marco de una medida judicial” (TS 1).

Esta falta de claridad respecto de quién decide y bajo qué criterios da cuenta de una cierta opacidad institucional que complejiza la experiencia subjetiva de la internación y puede tensionar el vínculo terapéutico. Frente a ello, el trabajo cotidiano incluye un esfuerzo sostenido por explicitar encuadres y delimitar competencias:

“El encuadre tiene que estar bien claro, todo el tiempo lo traemos a las entrevistas con los usuarios para que no se confundan las diferentes incumbencias y los límites que tiene también el equipo de salud en ese sentido” (TS 1).

La necesidad permanente de aclarar “quién decide qué” revela que la relación terapéutica se encuentra atravesada por una estructura de poder que excede al equipo y que influye en las expectativas, reclamos y demandas que las personas internadas dirigen a quienes tienen trato diario con ellas.

En este escenario, se configura una paradoja: mientras los profesionales de salud sostienen el contacto cotidiano y representan, para las personas, la presencia institucional más próxima, las decisiones sustantivas en torno al cese o la continuidad de la medida de seguridad depende de operadores judiciales cuyo contacto directo no suele ser habitual. Esta asimetría no solo impacta en la dinámica terapéutica, sino que expone con claridad la centralidad del poder judicial en la producción y sostenimiento de la internación, incluso dentro de un dispositivo que se presenta como sanitario.

Cuando se presentan situaciones en las que los equipos no acuerdan con las decisiones del juzgado o sostienen criterios diferenciales para el abordaje, los profesionales reconocen que sus márgenes de acción resultan limitados. En palabras de Claudia Krmpotic y Jorge Degano

“Los profesionales que intervienen en las instituciones jurídicas están convocados al despliegue de sus saberes, pero ello será posible en tanto y en cuanto desoigan las coordenadas jurídico-procedimentales y propongan nuevas en la medida en que cada discurso tiene su propio objeto epistémico o de referencia, así como sus propias técnicas y operaciones de abordaje. Resulta éticamente consistente sostener

esta posición asumiendo el encargo jurídico sin desarticular o enajenar los saberes específicos”. (2024; p. 113)

En estos casos, las estrategias disponibles se restringen, fundamentalmente, a la reiteración de pedidos y al envío de nuevos informes, sin contar con herramientas efectivas para incidir sobre los tiempos judiciales:

“Más que solicitar reiteratorios de esa medida y mandar nuevamente informes, no tenemos otras herramientas como para apurar esos procesos” (TS 1).

Esta limitación se vuelve particularmente evidente cuando las evaluaciones interdisciplinarias resultan favorables para las personas, pero no son convalidadas por el poder judicial. Tal como relatan desde el equipo:

“Hemos mandado informes favorables con relación a los usuarios y el juzgado lo ha denegado.” (TS 2).

Reconocer esta dimensión de la intervención no implica renunciar a la especificidad de cada disciplina, sino asumir que toda práctica en este campo se inscribe en un entramado de relaciones de poder y conlleva una toma de posición frente a las lógicas de control, encierro y exclusión que estructuran las medidas de seguridad. Incluso en contextos donde se registran avances en la articulación interinstitucional, las tensiones persisten:

“Hace un tiempo que estamos trabajando mucho mejor con el Poder Judicial, (...) pero me parece que siempre encontramos grises, que es donde se presenta el problema” (PSQ 2).

Estos grises constituyen espacios de disputa donde se juegan los alcances reales de una intervención orientada a la restitución de derechos. En este sentido, problematizar los límites del poder decisorio del equipo de salud mental frente al predominio del campo judicial permite visibilizar las condiciones estructurales que condicionan las prácticas y refuerza la necesidad de una lectura crítica, situada y ético-política de la intervención socio-jurídica en salud mental.

La intervención del Trabajo Social en la Sala de Internación

*“Sólo quienes sean capaces de encarnar la utopía
serán aptos para el combate decisivo,
el de recuperar cuanto de humanidad hayamos perdido”*
Ernesto Sábato (2000. P.401)

La intervención del Trabajador Social en las prácticas referida a Salud Mental en el ámbito judicial, implican una tarea compleja por los múltiples atravesamientos que conlleva, exigiendo una

capacitación específica sobre las características que asumen los distintos conflictos, junto con los aspectos metodológicos de la intervención y el contexto en el que se inscribe, entendiendo que la realidad cambia más rápidamente que los conocimientos adquiridos.

Históricamente el Trabajo Social se encuentra inscripto en la división social y técnica del trabajo, al igual que todas las profesiones. Desde sus comienzos, se caracteriza por ser un saber especializado que tiene gran énfasis en el carácter interventivo. En palabras de Basta, Moretti y Parra se entiende que referirnos al ejercicio profesional implica tener en cuenta, en primer lugar, que “la profesión de Trabajo Social constituye una especialización del trabajo colectivo, inscripta en la división sociotécnica del trabajo de la sociedad capitalista.” (2014; p.9)

Como se ha señalado, las medidas de seguridad configuran un entramado complejo en el que se articulan —no sin tensiones— el campo sanitario, el campo jurídico y las políticas sociales, condicionando estructuralmente los procesos de atención, externación y restitución de derechos. En ese cruce, el Trabajo Social ocupa una posición singular: participa en la producción de información que incide directamente en decisiones judiciales, al tiempo que interviene en la construcción cotidiana de estrategias de acompañamiento y cuidado.

Como sostienen Claudia Krmpotic y Andrés Ponce de León:

“La interfaz entre lo social y lo jurídico ha estado presente en la profesión desde sus orígenes, a finales del siglo XIX. Los nuevos paradigmas en el derecho, la ciencia y el Estado impactan en la práctica actual de los Trabajadores sociales, quienes encuentran en la perspectiva socio-jurídica un valioso fundamento de los procesos de intervención social. (2016; p. 1)

Esta interfaz se actualiza con particular intensidad en el escenario de la internación por una medida de seguridad donde la producción de información socio-situacional adquiere centralidad en tanto que impacta en las decisiones que puedan tomarse en relación con la persona internada. Dicha centralidad puede comprenderse como el resultado —siempre inacabado— de disputas históricas por el reconocimiento y la legitimación de la práctica profesional en el campo de la salud mental. La valoración que determinados actores institucionales, como el Poder Judicial, otorgan a los informes y apreciaciones del Trabajo Social se inscribe en un proceso de lucha por disputar sentidos, ampliar márgenes de intervención y afirmar un saber situado que no se reduce a la mera recopilación de datos. “El trabajo social en el ámbito de la justicia forma parte de un campo de intervención en búsqueda permanente de horizontes de posibilidades y terrenos de conquista” (Corona, 2018, p184)

En este marco, aparece de manera reiterada la función del trabajador social como productor y transmisor de información, tanto dentro del equipo interdisciplinario como hacia el Poder Judicial y otros organismos:

“Somos los que llevamos un poco más la información de la situación” (TS 2).

La información producida no es neutra: construye sentidos, incide en decisiones y visibiliza dimensiones que podrían quedar omitidas. En este punto, el Trabajo Social no solo describe realidades, sino que interviene en su definición institucional.

“En el juzgado prestan mucha atención a lo que los trabajadores sociales decimos” (TS 2).

La elaboración de lecturas socio-situacionales integrales se sostiene, además, en el trabajo territorial, que permite complejizar miradas reduccionistas centradas exclusivamente en el diagnóstico clínico o en la categoría jurídica. En los trabajadores sociales, explica Robles, “los magistrados pueden hallar otros aportes teóricos que amplían y enriquecen el marco jurídico, facilitando una mayor profundización epistemológica acerca de la conducta humana y de los procesos que se desarrollan en el contexto social” (2004, p. 17). Dichos procesos son relevantes por sus implicancias en la conformación de la subjetividad, como menciona el autor.

Asimismo, se destaca su función como instancia de articulación y enlace entre actores:

“Ser el puente y la comunicación constante entre la justicia, el usuario, las familias” (TS 2).

Sin embargo, este reconocimiento convive con persistentes tensiones y subvaloraciones al interior de las instituciones, donde el lugar del Trabajo Social continúa siendo, en muchos casos, disputado, invisibilizado o subordinado a otras racionalidades disciplinares. Como sostiene Marilda Iamamoto (1997), -se citó en Robles, 2004- el trabajador social es solicitado por la institución judicial principalmente por sus funciones de índole “moralizadoras y disciplinadoras más que por su carácter “técnico-especializado”, percibiéndose como el profesional de la coerción y el consenso” (p. 67). Se trata de un rol adjudicado y a la vez asumido, que requiere ser problematizado y transformado desde posicionamientos críticos que recuperen el carácter instituyente de la profesión. Esta relación, entonces, entre Trabajo Social y autonomía profesional se vuelve conflictiva en tanto las políticas sociales y las lógicas institucionales funcionan muchas veces como límites y obstáculos para el desarrollo de una intervención integral que aborde las problemáticas de manera más estructural.

En esta misma línea, Stolkiner (2021) advierte que la LNSM constituye una herramienta para transformar prácticas largamente establecidas y representaciones sociales, proceso que no es lineal ni exento de resistencias, dado que en el campo de la Salud Mental —como en Salud en general— operan fuerzas, actores e intereses que disputan la hegemonía. En ese escenario, el Trabajo Social interviene

también como actor político-profesional, tensionando lógicas de control cuando estas se imponen por sobre criterios de derechos.

En escenarios judicializados, la intervención profesional se sitúa en la intersección entre las condiciones de vida de las personas, sus trayectorias institucionales, los recursos territoriales disponibles y las decisiones judiciales que regulan la permanencia o el egreso del hospital.

“Hay situaciones que ameritan un poco más la intervención del trabajo social y otras que no tanto. Entonces vamos definiendo prioridades” (TS 2).

Desde las entrevistas surge con claridad que la intervención del Trabajo Social se distancia de la evaluación reducida al padecimiento subjetivo, aportando una comprensión integral de las situaciones de salud mental:

“La mirada desde el trabajo social apunta un poco a no centrar la evaluación de las situaciones de salud mental a una cuestión psicopatológica, sino a ampliar esa mirada, a pensar la clínica ampliada”. (TS 1).

En este sentido, Susana de la Sovera en su artículo sobre clínica ampliada sostiene que:

“Dicha propuesta supone una praxis que incluya al contexto del sujeto con padecimiento psíquico, a su familia, a su comunidad, y a los equipos profesionales involucrados en su atención. Esta perspectiva tiene como objetivo promover la participación comunitaria de los propios actores sociales y quebrar la situación de aislamiento en que se encuentran, para facilitar otros modos de lazos sociales, estimulando la solidaridad, la participación en nuevas estrategias comunitarias, la producción de autonomía” (2019).

Esta perspectiva resulta central para la elaboración de informes que buscan incidir en el campo judicial, aun reconociendo los límites de dichas intervenciones. Uno de los núcleos de la práctica identificados se vincula con el acceso a políticas públicas, implicando una acción activa de gestión, articulación y acompañamiento:

“Mi trabajo tiene que ver con el acceso a las políticas sociales” (TS 2).

Las entrevistas ponen en tensión las evaluaciones realizadas exclusivamente desde el ámbito institucional:

“Si no se conoce cómo vive la persona (...). uno puede hablar desde una oficina, pero si no te metiste en el barrio, para ver cómo vive y que come, es imposible pensar” (PSQ 2).

De este modo, la intervención del Trabajo Social se construye en el cruce entre institución y territorio, permitiendo comprender redes vinculares, estrategias de supervivencia y condicionantes

estructurales que atraviesan las trayectorias de los sujetos. Esta dimensión resulta fundamental en escenarios donde se definen internaciones prolongadas o medidas restrictivas de la libertad.

En términos analíticos, puede afirmarse que el Trabajo Social produce conocimiento socio-jurídico relevante para la toma de decisiones, disputando lecturas reduccionistas y promoviendo evaluaciones integrales orientadas a la garantía de derechos. El trabajador social está en condiciones de ser mediador para hacer escuchar las voces de los otros, esos otros que en muchos casos no son considerados más que un número, esos otros que tienen la capacidad de aportar respuestas a sus problemáticas en particular. Es por ello por lo que desde nuestra profesión es importante poder constituirnos en constructores de "sujetos de conocimiento" (Carballeda, 2017).

Desde el ejercicio de una ética-política profesional, los trabajadores sociales asumimos la responsabilidad de brindar herramientas de accesibilidad que nuestra formación disciplinar nos provee. Como menciona el art. 3 de la Ley Federal N° 27.072, el Trabajo Social contribuye a “la vigencia, defensa y reivindicación de los derechos humanos, la construcción de ciudadanía y la democratización de las relaciones sociales”. Y en el art. 4 agrega: “los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social”.

Por último, recuperar aportes de Cazzaniga entendiendo que la intervención implica consecuencias en la vida cotidiana de las personas, con esto se refiere también a reconocer la complejidad política de la intervención profesional. Sostiene la autora:

“Si como trabajadoras y trabajadores sociales sostenemos como prioridad aportar a la construcción de sociedades con vidas más vivibles (Butler, 2017) compuestas por sujetos que ejerzan plenamente sus derechos, resulta claro que nos encontramos en el polo de las resistencias a las intervenciones sociales basadas en la meritocracia y la filantropía. En este sentido, nos compete revisar las dimensiones de la intervención profesional entre las que la ética, desde nuestra perspectiva, asume un lugar central” (2019, p. 53).

En un campo tan complejo y con tantos actores como lo es la Salud Mental y el campo penal, son necesarias las estrategias y tácticas que permitan crear alianzas con otros profesionales y al mismo tiempo, responder a las necesidades de la población usuaria y las institucionales, complejizando análisis e intervenciones ya instituidos desde perspectivas parciales y limitantes.

Capítulo 5: cuidado, control y custodia: tensiones institucionales en la sala de internación

El presente capítulo se centra en el análisis de las prácticas cotidianas que se desarrollan en la sala de internación de hombres del HESM, entendida como un espacio institucional donde se entrecruzan —no sin tensiones— distintas racionalidades de intervención. En particular, se abordan las lógicas de cuidado propias del campo de la salud mental y las lógicas de control vinculadas al campo penal, cuya coexistencia configura un entramado complejo de prácticas, decisiones y sentidos en torno a los procesos de atención.

En este marco, adquiere especial relevancia la presencia del Servicio Penitenciario en el interior del dispositivo sanitario, dado que su participación en la custodia de personas sujetas a medidas de seguridad introduce dinámicas institucionales que exceden el ámbito estrictamente clínico. La articulación entre actores sanitarios y penitenciarios habilita así la problematización de las disputas de sentido que se producen entre la lógica de la custodia y la lógica del cuidado, tensionando los modos en que se definen los alcances de la intervención en salud mental.

A partir del análisis de las experiencias y percepciones de los equipos profesionales, así como de la observación de las dinámicas institucionales que atraviesan la vida cotidiana de la sala, este capítulo busca visibilizar cómo estas lógicas se configuran, se superponen y, en ocasiones, se confrontan, incidiendo en las condiciones concretas en que se desarrollan los procesos de atención y acompañamiento de las personas internadas.

Prácticas cotidianas en la sala de internación

*La libertad, Sancho, es uno de los más preciosos dones
que a los hombres dieron los cielos;
con ella no pueden igualarse los tesoros
que encierran la tierra y el mar: por la libertad,
así como por la honra, se puede y debe aventurar la vida
Don Quijote de la Mancha. Cap. LVIII*

Las tensiones socio-jurídicas analizadas previamente no se expresan únicamente en el plano normativo, discursivo o en las decisiones vinculadas a las medidas de seguridad por inimputabilidad y su duración, sino que adquieren una materialidad concreta en las prácticas cotidianas del Servicio de Internación de Hombres del HESM.

Es en el transcurrir diario de la sala, en la organización de actividades, en los permisos de salida y en los modos de circulación de las personas, donde estas disputas entre lógicas de cuidado y control se vuelven especialmente visibles. Siguiendo a Foucault “es en el nivel micro de las prácticas donde los dispositivos de poder se tornan operativos, organizando conductas, regulando movimientos y produciendo subjetividades, incluso –y especialmente– en instituciones que se presentan bajo el signo del cuidado”. (1977; p. 78). El poder, que el autor lo definiría como la “multiplicidad de relaciones de fuerzas inmanentes y propias del dominio en que se ejercen” (1977, 112) produce cierto tipos de cuerpos y de subjetividades a partir de entramados de saberes, disciplinas, técnicas, instituciones y discursos: posee una eficacia propia.

La presencia de las medidas de seguridad en el interior del servicio de internación de hombres plantea interrogantes en torno al rol del HESM y de los equipos de salud mental. ¿En qué medida las medidas de seguridad por inimputabilidad redefinen las funciones del hospital, acercándolo a lógicas de custodia propias del sistema penal? ¿Cómo se tensionan, en estos casos, los principios de cuidado y tratamiento con las exigencias de control y vigilancia?

En el caso de las personas con medidas de seguridad, la participación en actividades terapéuticas, recreativas o laborales; que desde una perspectiva de salud mental resultan fundamentales para promover procesos de subjetivación, lazo social y restitución de derechos; se encuentran condicionadas por una trama de autorizaciones judiciales y dispositivos de custodia de personal del servicio penitenciario. Las prácticas que forman parte del quehacer habitual del hospital se ven atravesadas por exigencias externas que reconfiguran los márgenes de intervención del equipo interdisciplinario. Afirma Faleiros, Vicente de Paula:

“La institución se vuelve una patrulla ideológica de la vida personal y social del usuario. Este control se realiza a través de entrevistas, visitas, interrogatorios, vigilándose sus acciones y comportamientos. Todo es despojando ‘de sí mismo’ a los individuos, colocándolos a merced de quien controla la información sobre ellos y ejerce una influencia preponderante en sus decisiones”. (1986; p. 11)

Estas condiciones no sólo inciden en las posibilidades concretas de participación de las personas internadas por medidas de seguridad, sino que interpelan de manera permanente a los equipos respecto de cómo sostener intervenciones acordes a un paradigma de derechos en un contexto signado por lógicas de vigilancia y control.

Desde la mirada del equipo interdisciplinario, la participación en actividades aparece formalmente habilitada, aunque mediada por criterios ajenos al campo de la salud mental. Tal como señala uno de los entrevistados

“En compañía del custodio se les permite acceder a todo lo que tenga interés” (PSI 2).

Esta afirmación pone en evidencia que el acceso no se define únicamente a partir de criterios clínicos o terapéuticos, sino que se encuentra supeditado a la presencia del personal de seguridad, siendo en el HESM, el Servicio Penitenciario provincial, incorporando una lógica de control en espacios sanitarios, pensados originalmente como parte del tratamiento. Como plantea Goffman (2001), la regulación minuciosa de los desplazamientos y actividades cotidianas constituye una de las marcas de las instituciones de encierro, incluso cuando estas adoptan un discurso asistencial. Cuando van al baño, cuando van al comedor, cuando permanecen en el patio, las personas son custodiadas, más de cerca, más de lejos, por el policía que está a su cargo.

El abogado Joaquín Freije al analizar las consignas policiales en las internaciones por salud mental advierte que:

“Sostener la consigna policial carece de un fundamento terapéutico y conduce a su interrogación como un mecanismo de vigilancia o custodia de la persona. Para ello, es necesario advertir que el cumplimiento de la consigna versa sobre el seguimiento cercano de la persona a todos lados y el monitoreo de casi la totalidad de sus conductas diarias mientras se encuentra internada. Esa lógica nos conduce a tematizar a la consigna policial como el traslado de las prácticas desarrolladas en el custodio de personas encarceladas al mundo de las personas internadas por motivos de salud mental”. (2024; p. 376)

Las entrevistas dan cuenta de que esta convivencia entre lógicas institucionales diferentes no está exenta de tensiones. En el trabajo cotidiano, el equipo se ve interpelado a lidiar con formas de organización propias del sistema penitenciario, donde prevalecen criterios vinculados al orden, la obediencia y el castigo. En este sentido, una de las profesionales relata:

“Era estar lavando con los penitenciaros ahí¹⁰. Y con las lógicas que eso a veces impone, que tienen que ver más con el orden, el castigo, el hacer caso, la regla, como esa cosa mucho más rígida. Sobre todo, esta lógica del castigo. Del castigo y del premio, digamos. Que fue desde ese momento¹¹ que venimos laburando con las medidas” (PSI 1).

Frente a este escenario, el equipo interdisciplinario despliega estrategias orientadas a disputar sentidos. Parte de la intervención cotidiana consiste, justamente, en trabajar con los actores

¹⁰ El Servicio de Internación de Hombres cuenta con un microemprendimiento de lavadero de autos, pensado y creado para quienes cursan internaciones prolongadas y no cuentan con otros ingresos económicos.

¹¹ Hace referencia al año 2021.

penitenciarios la especificidad del hospital como institución de salud y no como espacio de encierro punitivo. Tal como expresa la misma entrevistada:

“Fue laburar con ellos mucho de esta lógica de entender que esto era un hospital, que no era una cárcel, que ellos no estaban presos, estaban recibiendo un tratamiento. Un poco lo que nos devuelven en ese momento y hoy también, es que ellos no estaban preparados” (PSI 1).

Esta falta de preparación remite de manera directa a la ausencia de formación en salud mental de quienes cumplen funciones de custodia, lo que constituye una de las preocupaciones centrales del equipo. Pérez y Kostelac mencionan que

“ante la falta de profesionales idóneos de la salud mental en las comisarías se recurre al sujeto policial para que ejecute tareas relacionadas con el cuidado y la salud mental: llevan a cabo funciones que dependen y le corresponden al personal de salud, los cuales están capacitados y formados para cumplimentar el cuidado de las personas que transitan los espacios hospitalarios”. (2025; p. 2011)

La formación no se reduce a la transmisión de saberes técnicos, sino que implica una toma de posición ético-política frente al encierro como respuesta histórica al padecimiento psíquico (Basaglia, 1972) para desarmar prácticas basadas en la lógica del castigo, que resultan incompatibles con un enfoque de derechos.

Las decisiones del equipo respecto de la participación en actividades del HESM deben tramitarse mediante autorizaciones judiciales, lo que introduce demoras e impide, en muchos casos, respuestas flexibles frente a propuestas o actividades emergentes:

“Para las personas que tienen medidas de seguridad hacer una salida es toda una cuestión burocrática. Hay que pedir permiso al juzgado” (PSI 1). O

“Tenemos que solicitar autorización, lo que lleva un tiempo, porque a veces no contestan, si sale una actividad un poco de imprevisto, esa persona no puede participar. Pero siempre van acompañados por personal penitenciario” (IS 2).

Pese a estas limitaciones, el equipo sostiene como horizonte que las personas puedan participar de la vida institucional del hospital en condiciones lo más similares posibles a las del resto. En este sentido, se promueve la inclusión en diversas actividades recreativas, deportivas y terapéuticas.

“Participan de todas, de todas las actividades la idea es justamente, si están dentro de una institución de salud, si están en un hospital, pueden participar de cualquier actividad que el equipo considere apropiada” (PSQ 2).

Asimismo, la intervención del equipo se extiende a la organización del día a día, incluyendo permisos, horarios y circulación dentro del hospital, aspectos en los que se juegan disputas silenciosas pero persistentes entre lógicas de tratamiento y lógicas de control

“La particularidad tiene que ver más en esto, en el día a día, en cómo se mueven, cómo pensamos permisos de salida, horarios de visita, eso es más en el circular” (PSQ 2).

“Nosotros tenemos que dar aviso que la persona va a salir” (PSQ 2).

Parafraseando el concepto de Goffman sobre instituciones totales, estas actúan centralmente sobre el tiempo y el espacio, en tanto las actividades son regimentadas, obligatorias, programadas y secuenciales, ajustadas a un plan burocrático racional según sus objetivos, y a una organización jerárquica y asimétrica de conglomerados humanos que controlan (desde una minoría) y administran restrictivamente la información.

Desde esta perspectiva, las actividades adquieren un valor central como dispositivos de socialización y como anticipación de procesos de externación, aun dentro de los límites impuestos por la medida judicial:

“Si no participan de talleres, de espacios con otros, ¿cómo pensamos que alguna vez puedan reincorporarse a la sociedad?” (PSQ 2).

En síntesis, el análisis de las actividades en las que participan las personas con medidas de seguridad permite visibilizar cómo la intervención interdisciplinaria se construye en un campo atravesado por disputas permanentes. En la cotidianeidad de la sala, el equipo no solo interviene clínicamente, sino que gestiona tensiones institucionales, negocia sentidos y produce condiciones para que el dispositivo no quede reducido a una extensión del control penal, sino que conserve su carácter de espacio de cuidado y tratamiento.

El servicio penitenciario en la sala

La presencia del Servicio Penitenciario en el interior del HESM introduce una tensión permanente en la cotidianeidad de la sala. Como se mencionó en el apartado anterior los profesionales describen la irrupción de lógicas institucionales propias del sistema penal, donde prevalecen criterios vinculados al orden, el castigo y el premio:

“Las lógicas que eso a veces impone (...) tienen que ver más con el orden, el castigo, el haber caso, la regla” (PSI 1).

En este entramado, la presencia del Servicio Penitenciario no solo introduce una lógica externa al campo de la salud mental, sino que reconfigura las condiciones mismas de posibilidad del trabajo terapéutico. “Las fuerzas policiales (...) aparecen en el ámbito de la salud como los representantes

más visibles del orden, de la vigilancia, de un control social duro y, por supuesto, del disciplinamiento”. (Pérez y Kostelac. 2025; p. 209). La vigilancia constante, la supervisión de los movimientos y la inscripción de la persona bajo la figura de la custodia policial inciden directamente en los vínculos clínicos, en la construcción de confianza y en los márgenes de autonomía posibles.

Es necesario en este punto, tener en cuenta que existe el “Documento sobre el uso de consignas policiales en el marco de internaciones por salud mental” elaborado por el Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental (Resolución S. E. 6/23). Ese documento resulta una pieza fundamental para trazar los estándares de derechos humanos en la materia, en tanto: (a) se enfatiza en la excepcionalidad del uso de consignas policiales en el campo de las internaciones por salud mental y en que la consigna implica un agravamiento de las condiciones de internación; (...) (c) encomienda a las autoridades sanitarias que se garanticen las condiciones adecuadas de internación por salud mental; (d) clarifica todas las medidas necesarias para garantizar un control jurisdiccional eficaz de las medidas de consigna policial.

De este modo, el cuidado se ve atravesado por una racionalidad securitaria que tiende a anticipar el riesgo antes que, a alojar el padecimiento, produciendo un corrimiento del eje terapéutico hacia prácticas de control que no siempre se enuncian como tales. Siguiendo con los aportes de Goffman se plantea una escisión básica entre los internados y el cuerpo de funcionarios, los primeros tienen restringido el contacto con el exterior, así como tienen recortadas su autoestima y autonomía, mientras que los segundos ejercen la función de control y dominación de las personas internadas. En este punto, algunos relatos dan cuenta de avances logrados a partir del trabajo conjunto y de negociaciones sostenidas:

“Había, creo que, un penitenciario para cada usuario, ahora hemos logrado que venga uno cada dos, uno cada tres, que puedan venir de civil, que no tengan toda su ropa de trabajo, que es la que usan dentro de una unidad penal, que no deban tener su arma reglamentaria, es decir, ellos tienen un lugar particular donde guardan sus elementos de trabajo”. (PSQ 2).

Esto tiene que ver con uno de los puntos que se encuentran en el Documento elaborado por la Sala de Internación y trabajado en conjunto con las fuerzas de seguridad de Entre Ríos¹²; donde se realizan recomendaciones sobre la presencia de la fuerza de seguridad en el servicio: “se solicita vestimenta de civil, a los fines de no intimidar o alterar a los demás usuarios del servicio” (P. 2). Estas modificaciones expresan el esfuerzo del equipo por reducir los efectos estigmatizantes y preservar la intimidad y la dignidad de las personas.

¹² Documento no publicado, elaborado por la coordinación de la sala, para organizar el trabajo en presencia del servicio penitenciario.

“Va acompañado por el servicio penitenciario que siempre intentamos que no vayan uniformados para que se respete un poco la privacidad, el pudor de la persona” (PSQ 2).

Retomando el análisis realizado por Freije Joaquín

“Cabe preguntarse sobre las consecuencias implícitas de las consignas policiales. En este sentido, quien inadvertidamente concurra a un lugar de internación por salud mental y perciba que una persona internada se desplaza y permanentemente es monitoreada por un agente de policía que la sigue, difícilmente podrá obviar cualquier pregunta que no responda a una lógica ‘peligrosista’. No resulta tan lejana entonces la representación del ‘loco peligroso’” (2024; p. 376).

A su vez, Romina Urios establece que dicha representación del “loco peligroso”, también es producto de que “los medios de comunicación contribuyen a la construcción, difusión y perpetuación del estereotipo del ‘peligroso’, ya sea del ‘loco peligroso’ o del peligroso de moda del momento (que bien puede ser el ‘pibe chorro’)” (2018, p. 139).

A partir de esta imagen, se empieza a trazar nuevamente la asociación entre salud mental y peligrosidad. Frente a este escenario, el equipo interdisciplinario despliega estrategias orientadas a disputar sentidos y a sostener la especificidad del hospital como institución de salud:

“Fue laburar con ellos mucho de esta lógica de entender (...) que esto era un hospital, que no era una cárcel” (PSI 1).

No se trata únicamente de convivir con la presencia penitenciaria, sino de intervenir activamente para limitar sus efectos disciplinadores y evitar que el hospital quede subsumido bajo una lógica carcelaria encubierta. En este sentido, las negociaciones en torno a la vestimenta, la portación de armas o la cantidad de agentes por personas pueden leerse como microdisputas cotidianas que buscan resguardar la especificidad del dispositivo terapéutico y sostener al hospital como espacio de cuidado, aun en el marco de una medida de seguridad por inimputabilidad.

En el trabajo cotidiano emerge con fuerza la problemática de la formación en salud mental del personal penitenciario, señalada por los entrevistados como una de las principales dificultades:

“Ellos no estaban preparados” (PSI 1).

“Sería fundamental que haya mayor formación en salud mental para el Poder Judicial y para el servicio penitenciario” (PSQ 2).

La formación aparece, así como una herramienta clave. En el documento antes mencionado elaborado por el Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental entre sus recomendaciones encontramos la siguiente “g) Brindar capacitaciones a las fuerzas de seguridad en materia de salud mental, con eje en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.” (ORN, 2023; p10).

Esto se traduce luego en el documento elaborado por el equipo de salud mental sobre la presencia del Servicio Penitenciario en la sala de internación del HESM, un apartado en relación con las capacitaciones que va en línea con lo que propone el Órgano de Revisión a nivel Nacional:

“Se articulará y gestionará que los agentes del servicio penitenciarios cuenten con diferentes capacitaciones, que entendemos le darán las herramientas para desarrollar su función acorde a la lógica institucional. Dichas capacitaciones y actualizaciones están a cargo de diferentes actores institucionales idóneos en cada tema. Otorgándose la certificación correspondiente.

Las capacitaciones serán en Salud mental “curso introductorio” y actualización; capacitación en “Ley Micaela”; consentimiento informado y “Ley de medios”. Abierta la propuesta a otras inquietudes que surjan.” (p. 3)

Poblet Machado en su tesis de doctorado al hacer referencia a la Convención de las Personas con Discapacidad sostiene que:

“el acceso a la justicia implica que en el trámite de causas penales donde se declara inimputable a una persona, tienen que cumplirse todos pasos procesales, así como también interpretar la legislación a partir de reconocer la situación de vulnerabilidad de las personas con discapacidad psicosocial (y, por lo tanto, la desigualdad estructural que enfrentan). Estos aspectos vuelven necesarios que se capacite y se sensibilice a los actores judiciales, como el resto de la sociedad, de las problemáticas de las personas con discapacidad y su vínculo con el sistema de administración de justicia” (2021; p. 173).

Para finalizar, los abordajes con las personas con medidas de seguridad tienen una doble inscripción, la de la atención de su salud, y la de su vigilancia. Como sostiene Agustina Barukel en su trabajo de investigación: “Su doble identidad: la de loco y la de delincuente, una doble construcción del problema —desde la perspectiva de la salud, y desde la del derecho—, y respuestas también divididas —clínico-terapéuticas unas, y punitivas otras—” (2019; p. 78).

Puede afirmarse que, si bien existen consensos críticos en torno a la necesidad de no volver a modelos de segregación de las personas con padecimiento mental que además están en conflicto con la ley penal, los abordajes disponibles pendulan en la tensión permanente de esa doble inscripción. En este punto, el desafío para los equipos interdisciplinarios radica en sostener intervenciones que no queden capturadas por la lógica del control, aun cuando esta se presente como garantía de seguridad, y en disputar sentidos que habiliten otras formas de acompañamiento posibles dentro de un marco de derechos.

Capítulo 6: salud mental, justicia penal y medidas de seguridad: disputas y límites en la intervención.

Presentación:

Este último capítulo profundiza el análisis abordando el entramado estructural en el que se inscriben las prácticas desarrolladas en la Sala de Internación de Hombres. En este apartado amplió la mirada hacia la relación entre salud mental, justicia penal y medidas de seguridad, poniendo el foco en las tensiones, disputas y límites que configuran este campo.

Las as temporalidades en tensión que atraviesan estos escenarios, considerando las diferencias entre los tiempos clínicos, institucionales y judiciales, y los efectos que dichas desarticulaciones producen en los procesos de internación y externación. En segundo término, se analizan las categorías de riesgo y peligrosidad como construcciones conceptuales disputadas, que operan en la fundamentación de medidas restrictivas y condicionan las intervenciones profesionales.

Posteriormente, se abordan las políticas públicas, los derechos y las condiciones de posibilidad de la externación, entendiendo que la efectivización de alternativas a la internación no depende exclusivamente de decisiones clínicas o judiciales, sino también de la disponibilidad de recursos sociales, territoriales e institucionales.

Las medidas de seguridad como dispositivo socio-jurídico

*Ante la ley, el hombre es sujeto de la ley,
compareciendo ante ella. Por cierto.*

*Pero al estar ante ella porque no puede allí entrar,
él está también fuera de la ley.*

Él no está ni bajo la ley ni en la ley.

Sujeto de la ley: fuera de la ley”.

(Derrida, 2002, p.15).

Al analizar los criterios que habilitan la internación y la extensión temporal de las medidas, emergen zonas grises donde la distinción entre cuidado y control o seguridad se vuelve inestable, los marcos normativos con los que se cuenta para abordar las problemáticas en salud mental y en el campo socio-jurídico muchas veces entran en tensión y condicionan la intervención de los equipos de salud mental. En este punto Osvaldo Marcón menciona que resulta frecuente que los jueces soliciten a los psiquiatras la evaluación de una persona que ha cometido un delito, para determinar la comprensión o no de la criminalidad

del acto: “si comprendió, cumplido los requisitos legalmente establecidos, serpenado (castigado), pero si no comprendió dicha pena no es aplicable, sino que debe valorarse otra medida (por ejemplo, internación en una institución psiquiátrica)” (2011; p. 46).

La presencia de una medida de seguridad por inimputabilidad introduce una diferenciación sustantiva en la forma en que las personas son miradas, nombradas e intervenidas dentro del campo de la salud mental. Tal como expresa una de los profesionales entrevistadas:

“No es lo mismo ser usuario de salud mental que ser un usuario con una medida de seguridad, no es lo mismo. Ni acá en el hospital ni para afuera”. (TS 2).

Esta distinción opera como un marcador simbólico que refuerza prejuicios y habilita prácticas atravesadas por lógicas de control o seguridad, contradictorias con el paradigma de salud mental y derechos humanos que establece la LNSM. En este marco, las personas declaradas imputables con medidas de seguridad suelen quedar inscriptos en circuitos institucionales más rígidos, con mayores obstáculos para la externación y la vida en comunidad, evidenciando cómo este entrecruzamiento entre lo penal y la salud mental produce efectos concretos en las prácticas cotidianas y en el acceso a derechos.

Si bien la LNSM establece que la internación debe ser un recurso excepcional y de tiempo limitado, las entrevistas con los profesionales dan cuenta de que, en el caso de las medidas de seguridad por inimputabilidad, este principio pierde fuerza operativa¹³:

¹³ Resulta necesario aclarar que, pese a no ser lo mismo, los entrevistados equiparan una medida de seguridad por inimputabilidad, como una internación. La internación en salud mental conforme la LNSM, constituye un recurso terapéutico excepcional, de carácter sanitario, indicado por criterios clínicos y justificado en la existencia de un riesgo cierto e inminente para si o para o terceros. Se trata de una intervención orientada al cuidado, de tiempo limitado, sujeta a revisión periódica y fundada en la lógica del derecho a la salud. En cambio, la medida de seguridad prevista en el Código Penal no es un acto terapéutico sino una decisión judicial adoptada en el marco del proceso penal frente a la declaración de inimputabilidad. Su finalidad no es primordialmente clínica sino preventivo-asegurativa: opera como una respuesta estatal de defensa social orientada a neutralizar un riesgo atribuido a la persona.

A diferencia de la internación, su duración es jurídicamente indeterminada, quedando supeditada al cese de la “peligrosidad” evaluado mediante pericias y control judicial. De este modo, el tiempo no se organiza en función de un plan terapéutico sino en torno a valoraciones periciales que traducen categorías jurídico-penales en diagnósticos técnicos. Esta configuración desplaza el eje desde el tratamiento hacia el control, produciendo una forma de encierro que, aunque se ejecute en instituciones de salud, responde estructuralmente a la lógica penal. La equiparación entre ambas figuras no es meramente terminológica: en esa confusión se diluyen las diferencias entre cuidado y custodia, entre riesgo clínico y peligrosidad, entre decisión sanitaria y decisión judicial. Desde una perspectiva socio-jurídica, esta hibridación institucional revela la persistencia de una racionalidad de control que tensiona el paradigma de derechos instaurado por la normativa de salud mental, y explica por qué el principio de excepcionalidad pierde fuerza cuando la intervención se encuentra atravesada por la gramática penal.

“La internación no es utilizada como último recurso y aparece como único recurso cuando estos usuarios presentan algunas conductas que para el juzgado es considerada dentro de los delitos y que la única cuestión más punitiva aparece como la internación en el hospital.” (TS 1)

En este punto, la medida de seguridad adquiere sentidos que exceden lo terapéutico, funcionando como respuesta institucional a conflictos que el sistema penal no logra tramitar por otras vías.

“Por la medida de seguridad, no aparece tan clara la urgencia de la medida de la internación pensada como último recurso” (TS 1).

Desde la perspectiva del equipo interdisciplinario, la intervención no se reduce a la estabilización clínica, sino que intenta sostener procesos de acompañamiento que contemplen la singularidad de cada persona, sus trayectorias vitales, sus redes vinculares y las condiciones sociales que atraviesan. Sin embargo, cuando se lleva a cabo una medida de seguridad en la sala de internación, estas dimensiones tienden a quedar subordinadas a evaluaciones externas, lo que restringe las posibilidades de pensar estrategias de intervención. Estas estrategias se vinculan con la implementación de salidas progresivas y permisos terapéuticos como parte de procesos de externación gradual; la construcción de proyectos comunitarios que involucren dispositivos territoriales, espacios laborales o propuestas habitacionales alternativas, el fortalecimiento de redes sociofamiliares como sostén efectivo fuera de la institución; la planificación de estrategias de egreso basadas en apoyos comunitarios antes que, en criterios de custodia, etc. En consecuencia, el horizonte de intervención se desplaza desde la ampliación de derechos hacia la gestión del encierro.

Estas condiciones operan como obstáculos estructurales para la externación, reforzando la prolongación de la internación más allá de la compensación o estabilización clínica.

“Los pacientes que están con una medida de seguridad tienen la particularidad de que, por más que haya un momento de compensación clínica bastante claro eso va a estar determinado por el intercambio con la esfera judicial principalmente; entonces más que el tiempo de la clínica es el tiempo de la gestión” (PSQ 1).

Algunos relatos expresan malestar frente a esta modalidad, en tanto las internaciones dispuestas por vía judicial deslegitiman el rol del equipo interdisciplinario

“Hay como cierta, no sé si la palabra es resistencia (...) cuando las internaciones vienen por vía judicial. No es el equipo que evalúa, que tiene criterios de internación” (TS 2).

Desde esta perspectiva, la medida de seguridad opera como un mandato que antecede a la evaluación clínica y social, reforzando una judicialización del tratamiento por parte de la justicia penal. La institución de salud queda así ubicada en una posición paradójica: llamada a garantizar derechos,

pero al mismo tiempo interpelada a sostener prácticas de control y seguridad, propias del paradigma peligrosista. Siguiendo a Emiliano Galende (1994), la persistencia de la internación bajo la modalidad de medida de seguridad por inimputabilidad permite leer cómo las instituciones de salud mental continúan siendo utilizadas para absorber problemáticas sociales y jurídicas no resueltas.

Asimismo, trabajar con personas con medidas de seguridad implica para los equipos una revisión constante de los sentidos de la intervención. La internación deja de pensarse únicamente como espacio de cuidado para convertirse también en un territorio de disputa simbólica, donde se ponen en juego concepciones sobre el sujeto, la responsabilidad, el riesgo y el derecho, tanto civil, como penal.

Esta situación se complejiza si se considera que, a diferencia de la internación involuntaria prevista por la LNSM en el art. 20, determinada por un equipo de salud, las medidas de seguridad se imponen tras la confirmación de una acción antijurídico-penal, luego de una evaluación por parte de un equipo pericial, reforzando lógicas ajenas al campo de salud mental. Una de las profesionales sostenía que:

“Se hace muy difícil encontrar esos puntos de encuentro porque hay que revisar finamente los criterios de ingreso de esos usuarios que en algunos casos coinciden con alguna descompensación aguda en relación con una problemática de salud mental, en algunos casos no” (TS 1)

No obstante, algunos entrevistados señalan transformaciones en la disposición de las medidas de seguridad, advirtiendo que actualmente estas suelen configurarse luego del tránsito por instancias previas:

“Antes se establecía una medida de seguridad, llegaban y había que internarlo. Hoy en día se llega a la medida de seguridad cuando ya ha atravesado varias instancias la persona” (PSQ 2).

Si bien estas modificaciones dan cuenta de ciertos desplazamientos en las prácticas judiciales, no logran desarticular las tensiones estructurales entre ambos campos, particularmente en lo relativo a los criterios de evaluación

“La justicia no tiene los mismos criterios de salud mental que tenemos nosotros... la justicia pone a todos dentro de una misma bolsa y desde la salud mental, no” (PSI 2).

Este relato da cuenta de que los profesionales reconocen que las medidas de seguridad por inimputabilidad no son una medida sanitaria del campo de la salud mental, sino que son otra cosa, algo diferente. Claramente, la diferencia es que, como dice Poblet Machado “las medidas de seguridad en realidad son un tipo diferente de pena” (2023; p. 163)

Una de las tensiones centrales se configura en torno a la relación entre derechos y seguridad. Mientras el paradigma de la salud mental, consolidado a partir de la LSNM, prioriza la autonomía, la

inclusión social y la restitución de derechos, el sistema penal continúa organizándose en torno a lógicas de control y peligrosidad.

Temporalidades en tensión.

Las medidas de seguridad por inimputabilidad, que en la sala se abordan como una internación, se encuentran atravesadas por desfasajes temporales persistentes entre el campo judicial, la clínica y los tiempos de vida de las personas. Si bien este aspecto aparece de manera transversal en todas las entrevistas, permite visibilizar cómo el tiempo opera como una dimensión central en la producción de permanencias institucionales y en la vulneración de derechos.

En este sentido, las personas con medida de seguridad son concebidas como personas cuya permanencia en el dispositivo de internación se encuentra condicionada por una disposición judicial del campo penal

“Lo que tiene que ver con medidas de seguridad, que no necesariamente es un usuario cronificado, pero sí es un usuario que va a estar un tiempo acá” (PSI 1).

En los relatos de los profesionales entrevistados aparece con claridad que las medidas de seguridad presentan particularidades específicas, tanto en su justificación como en su duración y en los criterios que orientan las decisiones clínicas y administrativas.

“No hay nada que indique cuánto es el tiempo, precisamente porque no están acá cumpliendo una pena. Pero la realidad también es que, en la práctica, cuando los equipos dictaminados o evaluamos que la persona está en condiciones de alta, el alta no se da, básicamente porque no es decisión nuestra” (PSI 1).

Como sostiene Feustel, Diego “mientras que todas las internaciones conforme la Ley de Salud Mental se establecen mediante un ‘Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación’ (art. 20), la medida de seguridad ha de imponerse judicialmente”. (2025; p. 18)

La LNSM establece en su artículo 23 que:

“El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal”. (Cap. VII)

De este modo, el proceso terapéutico se encuentra condicionado por decisiones que exceden al equipo interdisciplinario, generando situaciones en las que el alta no se define exclusivamente en

función de criterios de salud mental, sino a partir de autorizaciones o requerimientos judiciales. Una de las profesionales entrevistadas hacía referencia al marco normativo respecto a la temporalidad de las internaciones:

“El artículo que menciona quién decide las internaciones hace una salvedad respecto de remitirse a otro código que plantea que las internaciones en situaciones excepcionales pueden ser decididas por el Poder Judicial, entonces ahí hay una situación que no ordena quién, para qué y por cuánto, termina siendo como algo que cae por fuera del equipo de salud” (PSQ 1).

Cabe preguntarse, entonces, si es correcto tomar a las medidas de seguridad como una internación en salud mental, ya que decisiones terapéuticas claves, como lo es una externación, no puede tomarla el equipo de salud. Para que se lleve a cabo el cese de una medida de seguridad se debería poder acreditar una

“condición de ausencia de ‘peligrosidad’ [la cual] es de cumplimiento imposible, porque nadie puede pronosticar a ciencia cierta la conducta de una persona (tenga o no un diagnóstico por un padecimiento mental), pero además porque en general jueces y peritos son resistentes a firmar previendo que, si la persona vuelve a cometer un delito rápidamente, la opinión pública se lo va a facturar duramente. Se actúa por tanto a la defensiva, y la defensiva en estos casos es mantener el encierro ad eternum” (Gorbacz, 2014).

Las entrevistas permiten identificar una distancia significativa entre las racionalidades temporales que organizan las decisiones judiciales y aquellas que orientan los procesos terapéuticos

“La justicia a veces tiene tiempos que son un poco más cronológicos. Y los equipos, trabajamos con tiempos un poco más lógicos” (PSI 1).

Como sostiene Florencia Zanca al hablar de las medidas de seguridad “la realidad es que, actualmente, la discapacidad se construye sobre un modelo médico donde se funda en una inimputabilidad permanente, y donde las medidas de seguridad exceden la pena impuesta” (2022; p. 3). Este desfase se expresa en la percepción compartida de que, en numerosos casos, el cese de la medida de seguridad se produce tiempo después de que la persona se encuentra en condiciones clínicas de alta:

“Generalmente cuando las medidas de seguridad cesan, el usuario está en condiciones de alta hace rato” (PSI 1).

“Nosotros consideramos que quienes tienen actualmente medidas de seguridad ninguno tiene criterios de internación” (TS 2)

Tomando los aportes de Robles, Gabriela

“La indeterminación temporal de dichas medidas es violatoria de los principios de legalidad y razonabilidad. En primer lugar, el carácter coactivo y sancionatorio de la medida de seguridad. Es indudable que la medida, al igual que la pena, implica la privación de ciertos derechos fundamentales (en especial la libertad)” (2015; p. 11).

Desde esta perspectiva, la declaración de inimputabilidad, lejos de ser una garantía de derechos para los sujetos eximidos de cumplir una condena, estaría al contrario enajenándolos del pleno ejercicio de sus derechos, además de patologizando su conducta. En este punto, resulta relevante considerar el principio de igualdad ante la ley consagrado en el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que reconoce a las personas con discapacidad la capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida. Obliga a los Estados a facilitar el acceso a medidas de apoyo que permitan a las personas con discapacidad ejercer su capacidad jurídica, así como también, instrumentos para evitar abusos en su contra. Se establece en el punto 4 de su artículo 12 que:

“esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial”. Esto posibilita que, en caso de internaciones y limitaciones de capacidad jurídica, puedan ser controladas y sujeta a revisión por los mecanismos correspondientes¹⁴. (CDCCD, Art. 12. p. 4.)

Al respecto Poblet Machado, Mariano sostiene

“De esta manera, el acceso a la justicia implica que en el trámite de causas penales donde se declara inimputable a una persona, tienen que cumplirse todos los pasos procesales, así como también interpretar la legislación a partir de reconocer la situación de vulnerabilidad de las personas con discapacidad psicosocial (y, por lo tanto, la desigualdad estructural que enfrentan). Estos aspectos vuelven necesarios que se capacite y se sensibilice a los actores judiciales, como el resto de la sociedad, de las

¹⁴ Al respecto Hegglin sostiene que “Por ello, las medidas de seguridad son hoy duramente cuestionadas por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en los últimos informes en los que, directamente, se recomienda la eliminación de las medidas de seguridad que involucran restricción de libertad compulsiva en instituciones psiquiátricas, con expresa advertencia y preocupación sobre la indeterminación temporal que las caracteriza y la falta de garantías procesales en el sistema penal que las aplica y regula”. (2016; p.43)

problemáticas de las personas con discapacidad y su vínculo con el sistema de administración de justicia” (2023; p.173).

Desde esta perspectiva, el régimen de inimputabilidad penal —basado en la presunta incapacidad del sujeto para comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones— tensiona dicho principio, en tanto sustituye la voluntad de la persona y la excluye del régimen general de responsabilidad penal, ubicándola en un estatuto diferenciado fundado en su diagnóstico. En lugar de promover apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica, el sistema desplaza al sujeto hacia un circuito de control que combina tutela, tratamiento obligatorio y supervisión judicial. Así, el problema no radica únicamente en la privación de libertad sino en la sustitución estructural de la capacidad de decisión, lo que colisiona con el mandato convencional de igualdad y no discriminación.

En este marco, el discurso jurídico; en tanto discurso que detenta poder decisorio; convoca a los profesionales de salud a responder desde un lugar prefigurado, lo que abre interrogantes sobre el lugar del criterio de los profesionales de salud mental en el proceso jurídico de la persona inimputable a la que se le dictaminó una medida de seguridad. Al respecto Osvaldo Marcón nos alerta “ninguna medida puede ser pensada en términos de recetas a aplicar de manera mecánica, sino que deben ser recursos para llevar adelante procesos de construcción en los que el sujeto de derechos sea sujeto y no objeto de decisiones externas”. (2011; p. 50).

Los profesionales entrevistados coinciden en señalar que los tiempos judiciales no acompañan los procesos terapéuticos:

“Los tiempos administrativos judiciales son diferentes a los tiempos de la clínica. Entonæs ahí sí advertimos algún desfasaje con relación a cómo dialoga lo jurídico con la ley de salud mental” (TS 1).

“La temporalidad es diferente a la de otros usuarios” (TS 1).

Estas referencias ponen en evidencia una lógica temporal que tiende a extenderse, en la que la burocracia judicial y la falta de acuerdo respecto del alta se constituyen como obstáculos centrales para la externación:

“Quizás no sea muy claro la finalización porque por ahí la justicia no acuerda al alta o no acuerda a los criterios y unos de salud sí. O la justicia impone algunas cuestiones que no son necesarias¹⁵” (PSI 2).

¹⁵ Menciona por ejemplo la realización de cursos de oficio por fuera del ámbito hospitalario, la continuidad de tratamiento de forma ambulatoria, etc.; como requisito para solicitar el cese de la medida.

Como sostiene otra de las profesionales entrevistadas, respecto a las estrategias y el trabajo que lleva a cabo el equipo de salud mental cuando consideran que una persona está en condiciones de alta, pero los tiempos judiciales complejizan este trabajo realizado con la persona:

“Si el horizonte clínico de esta persona tiene que ver con que pueda buscar un alquiler y vivir solo o acompañado afuera, el alquiler está hoy cuando el juzgado nos habilita todo eso el alquiler ya se perdió” (PSI 1)

De este modo, el tiempo deja de ser solo una variable organizativa para convertirse en un factor activo de malestar y sufrimiento, reforzando procesos de cronificación que no se explican exclusivamente por la condición clínica de las personas. La permanencia institucional forzada, aun en contextos de estabilidad clínica, produce efectos negativos en las personas:

“Cuando se logra un cierto nivel de compensación clínica y la persona no se puede ir, vos sabes que eso repercute negativamente” (PSQ 1).

“Tiene más efecto iatrogénico que esté internado, que esté en la casa” (PSI 1).

Tomando los aportes de Gómez, Y, Soler, J., Méndez, O. y Reyes, J. “se considera iatrogenia el fenómeno que abarca todos los efectos nocivos derivados de la gestión médica, que tiene carácter no intencional y en ocasiones inconsciente y que afecta la integridad física y mental de pacientes, familias u otras personas”. (2020; p.5) Las internaciones prolongadas generan un daño signado por la iatrogenia institucional, la cronicidad y la ruptura del lazo social:

“Se van adquiriendo hábitos que tienen que ver más con lo institucional, que para el afuera son un problema a veces, y es muy difícil erradicar eso” (PSI 1)

En algunos casos, esta indeterminación se traduce en permanencias extremadamente prolongadas, que exceden ampliamente los tiempos razonables de un tratamiento en salud mental:

“Cuando empecé a trabajar me encontré con usuarios que hacía entre 5 y 8 años que estaban en este hospital con una medida, pese a que no tenían criterios de internación” (TS 2).

“Ha habido medidas de seguridad durante 13 años acá dentro del hospital, muy largo” (PSQ 2).

Como sostiene la Defensora Pública María Florencia Hegglin al referir que:

“El art. 34, inc. 1 del Código Penal no establece ningún límite temporal en la duración de la medida de seguridad, lo cual habilita a que personas acusadas de cometer delitos permanezcan privadas de su libertad, en estricto cumplimiento de una medida de seguridad, durante años e, incluso, muchísimo más tiempo del que les correspondería de ser condenadas por el delito por el cual han sido acusadas” (2016; p. 27).

En este sentido, la temporalidad judicial se configura como una forma específica de ejercicio de poder, estas permanencias institucionales impactan de manera directa en las trayectorias de vida y en los procesos subjetivos de las personas:

“Los lazos que tenían en el afuera son más frágiles, con el tiempo de la internación algo de eso se va debilitando también” (PSI 1)

Estos desfases temporales interpelan directamente las prácticas de intervención, en tanto el tiempo se configura como una dimensión clave en la garantía o vulneración de derechos

“El mayor trabajo del equipo de salud es sostener los efectos subjetivos que tiene esa prolongación a la hora de recepcionar la resolución de esa medida” (TS 1).

La prolongación de internaciones por razones ajenas a la clínica tensiona los principios de excepcionalidad, brevedad y abordaje comunitario que orientan el campo de la salud mental y que se encuentran en el marco de la LNSM, y ubica a los equipos en una posición de mediación constante con el sistema de la justicia penal.

Como cierre de este apartado retomo lo que sostenían profesionales anteriormente citados, acerca de la necesidad de trabajar respecto a los criterios utilizados por ambos campos al definir las internaciones en el servicio del HESM:

“Entiendo que es necesario un acercamiento de miradas desde el campo de lo jurídico y del campo de la salud mental para pensar en algunas situaciones, sobre todo qué implican las medidas de internación, si se están pensando desde lo terapéutico en la prolongación de esas internaciones que en muchos de los casos resulta iatrogénica”. (TS 1)

“Se han determinado medidas de seguridad por situaciones que para nosotros no implican un riesgo inminente, no implica una internación, pero el Poder Judicial considera que requiere una medida de seguridad o que determinado suceso fue para declararnos inimputables y el discurso más legal del discurso de la salud mental es donde por ahí choca” (PSQ 2).

Estos relatos dan cuenta de las tensiones que producen las medidas de seguridad con respecto a la indeterminación temporal de las mismas y las dificultades que se producen al intentar revertirlas. La complejidad de esta situación, que repercute en los derechos de las personas, dan cuenta que las normas solas no bastan, sino que se requiere una revisión total de las prácticas judiciales, sanitarias y asistenciales, así como la plena implementación del paradigma de que la salud mental, lo cual implica una férrea defensa de los derechos humanos con padecimiento mental, colectivo poblacional que se encuentra en condiciones de vulnerabilidad.

Riesgo y peligrosidad

La tensión entre riesgo y peligrosidad reaparece aquí como un eje problemático central. Mientras el sistema penal tiende a demandar definiciones categóricas respecto de la peligrosidad del sujeto, los equipos de salud mental trabajan con nociones de riesgo, dinámicas y contextuales

“Uno de los principales problemas es esta dificultad o esta diferencia que hay entre la noción de riesgo, peligro, peligrosidad” (PSQ 2)

Considero necesario retomar el significado de peligrosidad para lo cual utilizo los aportes de Roberto Saunier quien desde la psicología manifiesta que “el concepto de peligrosidad es eminentemente jurídico, justamente en aquel punto en el que el derecho se constituye en el discurso del poder” (1995; p. 75). Asimismo, deja de manifiesto que peligrosidad da la idea de un riesgo futuro por lo que se trataría entonces de la pretensión de predecir la conducta y se presenta como una cualidad de un sujeto, aún de un sujeto psíquicamente idóneo, aunque, no haya producido más que actos inocuos con intenciones delictivas. El concepto de peligrosidad instala el criterio por el cual las personas pasan a ser juzgadas, más que por lo que hicieron, por lo que podrían llegar a hacer.

Desde una perspectiva de salud mental la centralidad en la peligrosidad resulta especialmente problemática, en tanto desplaza el foco desde el padecimiento subjetivo y las condiciones sociohistóricas hacia una lectura preventiva del daño, imposibles de ponderar por ninguna disciplina del campo de la salud mental, lo cual, en las prácticas concretas, terminan reforzando lógicas de encierro.

Ahora bien, en contraposición a la peligrosidad planteada por el discurso jurídico penal, interesa en este punto definir el riesgo cierto e inminente, que también resulta un concepto jurídico, pero más atinado para la problemática planteada. Este concepto deviene de la LNSM cuya Reglamentación del año 2013, en su artículo 20, define como:

“aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros. Ello deberá ser verificado por medio de una evaluación actual, realizada por el equipo interdisciplinario, cuyo fundamento no deberá reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica. No se incluyen los riesgos derivados de actitudes o conductas que no estén condicionadas por un padecimiento mental”.

Asimismo, en los Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental se define el riesgo cierto

“Como la existencia de circunstancias graves que amenacen o causen perjuicio a la vida, la integridad física de sí mismo, o de otras personas, de bienes propios o ajenos, en totalidad o en parte. Se entiende por inminente a aquellas situaciones y/o conductas negativas con altas probabilidades de suceder en un plazo perentorio” (2013; p. 24).

Esta diferencia epistemológica genera tensiones en el intercambio interinstitucional y coloca a los equipos frente al desafío de traducir evaluaciones complejas en lenguajes jurídicos que tienden a simplificar la realidad. ¿De qué manera estas categorías condicionan las decisiones sobre los abordajes con las personas, la duración de la internación y las posibilidades de externación, incluso cuando existen criterios clínicos favorables?

Desde los relatos de los profesionales entrevistados emerge un posicionamiento explícito orientado a distanciarse de la categoría de peligrosidad, históricamente asociada al campo penal:

“No trabajamos desde la perspectiva de la peligrosidad sino una noción de riesgo” (TS 1).

Este desplazamiento no es meramente terminológico, sino que implica una reconfiguración del modo de comprender y evaluar las situaciones clínicas. Mientras la peligrosidad supone una atribución proyectada hacia el futuro, el riesgo en salud mental se construye como una evaluación dinámica, contextual y necesariamente provisoria. Cuando en las entrevistas realizadas indague sobre el marco normativo vigente, una de las profesionales me decía lo siguiente:

“Donde más cuesta es en las prácticas y en cómo se encarnan, en quiénes sostienen esos lugares en los juzgados, quienes sostienen los lugares en las fiscalías o en las defensorías penales, más que lo que dice la ley. ¿Quién personaliza esa ley y pone a jugarlo en las prácticas?” (TS 1)

Desde el discurso profesional, esta imbricación suele ser tensionada mediante una diferenciación explícita entre pena y tratamiento, subrayando que la internación responde a una necesidad de atención en salud mental y no al cumplimiento de una sanción penal:

“Se entiende que la persona está acá porque ha sido declarada no responsable del delito que cometió y que en ese sentido necesita una atención de salud y no cumplir una pena” (PSI 1).

Esta lógica remite a lo que Michel Foucault desarrolla respecto de la emergencia del “individuo peligroso”, figura a partir de la cual el sistema desplaza el eje desde el hecho cometido hacia la evaluación del riesgo futuro. Retomando los aportes de Saunier “La peligrosidad es, desde aquí, una palabra usada en forma cotidiana para legitimar encierros” (1995: p.73). Foucault dirá

“La maquinaria penal ya no puede funcionar simplemente con la ley, con la infracción, y con un autor responsable de los hechos. Se necesita algo más, se requiere un material suplementario. Los magistrados, los miembros del jurado, y también los

abogados y el ministerio público, no pueden realmente desempeñar su papel más que si se les proporciona otro tipo de discurso: aquél que el acusado expresa sobre sí mismo, o aquel que, por mediación de sus confesiones, recuerdos, confidencias, etc., permite que se tenga sobre él." (1996).

En este marco, la medida de seguridad se instituye como un dispositivo de defensa social que, lejos de limitarse a la atención en salud, introduce criterios de vigilancia que impactan sobre las prácticas clínicas e interdisciplinarias. Sin embargo, las entrevistas dan cuenta de que esta distinción no siempre es compartida por el campo judicial, que continúa demandando garantías sobre el comportamiento futuro de las personas:

"Muchas veces nos ubican como en ese lugar... que tenemos que dar garantía de que el usuario está en condiciones de salir" (PSI 2).

Esta exigencia coloca a los equipos de salud mental en una posición de garantes del comportamiento, reforzando una lógica de control que tensiona los fundamentos mismos de la práctica clínica.

"El juzgado espera como ciertas garantías, que tenga referentes familiares, que tenga una casa, que asegures que no va a cometer un acto delictivo" (TS 2).

Desde esta perspectiva, la noción de riesgo reconoce la incertidumbre inherente a los procesos subjetivos. Lejos de ofrecer seguridades, el abordaje del riesgo implica aceptar la imposibilidad de controlar completamente el devenir de las personas:

"Nosotros no podemos ser garantes de lo que una persona puede realizar o no al momento del alta" (TS 2).

Tomando lo desarrollado por la psicóloga Martínez Brenda en su trabajo de investigación forense:

"En la mayoría de los casos, para los sujetos declarados inimputables, su destino es el manicomio donde permanecerán privados de libertad, cumpliendo la medida de seguridad a la espera de que cese su 'peligrosidad'. Ahora bien, a diferencia de la pena, esto deja al sujeto a merced de un tiempo indeterminado, el cual concluirá únicamente por decisión del juez, previas recomendaciones del Equipo Técnico del Juzgado de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad. Justamente es allí donde radica el punto problemático de la cuestión abordada. (2025; p. 18)

Tal como señalan algunos entrevistados, las evaluaciones en salud mental no pueden sostenerse en cálculos cerrados ni predicciones absolutas:

“La tensión principal está en la posibilidad de entender que los cálculos probabilísticos en salud mental son muy azarosos, y un poco la tensión va por el lado de la necesidad de un aparato judicial de garantizar o de afirmar de una manera más o menos previsible cómo se va a comportar una persona y eso no es de ningún modo posible matemática ni científicamente hablando” (PSQ 1).

Esta imposibilidad de garantizar se encuentra en el centro de la disputa entre ambos campos. Mientras la justicia penal tiende a demandar certezas, estabilidad y previsibilidad, la salud mental se mueve en un terreno signado por la contingencia, el cambio y la singularidad de cada proceso. En los relatos emerge con claridad que, desde la práctica clínica, esta categoría ya no constituye una noción operativa válida:

“Nosotros ya no hablamos más de peligrosidad y esto es una palabra que ellos mantienen, pero que cuando nos hemos reunido y les explicamos esto, que nosotros hablamos de riesgo cierto e inminente, es algo que ellos están bastante dispuestos a determinar” (PSQ 2).

Desde una perspectiva ético-política, este corrimiento resulta central para evitar procesos de estigmatización y para sostener intervenciones orientadas a la restitución de derechos. Como sostienen Nicolás Fernández Garbin y Paula Abelaira en su artículo:

“Este sentido común, que señala a la exclusión como único medio para la protección de una sociedad amenazada, desconfía de todas aquellas medidas que se alejen de la concepción del control y la vigilancia, e incluso la punición, apoyándose en la idea de ‘peligrosidad’ sobre esta población en particular”. (2022; p 2).

Frente a ello, la noción de riesgo propone un enfoque más acorde a la complejidad de los procesos subjetivos, aunque no exento de tensiones cuando se enfrenta a las demandas de seguridad propias del sistema judicial. En las prácticas judiciales-asistenciales que tienen lugar se revela uno de los principales dilemas en torno a la persistencia del modelo asilar asistencial: el hospital cumple una función de relevo en la tarea custodial de cierto segmento de la población.

Políticas públicas, derechos y condiciones de posibilidad de la externación

“Una constitución que reconoce derechos pero no organiza el poder para garantizarlos es una promesa vacía.”
Gargarella, R. (2005. p.54).

Los procesos de externación se encuentran estrechamente vinculados a la existencia —o inexistencia— de políticas públicas que garanticen condiciones materiales y simbólicas para la vida en

la comunidad. En los relatos de los profesionales entrevistados emerge con claridad que la externación no depende exclusivamente de la voluntad o del alta clínica, sino que requiere de un entramado de recursos habitacionales, económicos, sanitarios y comunitarios. Como sostiene Alfredo Carballada “la Política Social se debe orientar hacia un proyecto de ‘reinscripción’ social, que haga eje en la singularidad de cada sujeto, especialmente teniendo en cuenta la heterogeneidad de la pobreza y de la expresión del proceso salud- enfermedad” (2017; p. 84)

Retomando el concepto de clínica ampliada mencionado anteriormente, Paulo Amarante plantea que el desafío más importante no es cerrar los manicomios ni transformar el modelo de asistencia: “la situación más importante a cambiar es la forma en que la sociedad piensa y lidia con lo diferente” (2013; p.73), un cambio en la forma de concebir y de nombrar a la locura y un cambio en los modos de trabajar con las personas, integrándolos en actividades sociales y culturales. Es cada persona quién debería discutir las políticas de salud mental, los abordajes, participar activamente en las decisiones sobre su tratamiento; modificando su rol de víctima, al de protagonista.

Asimismo, las tensiones socio-jurídicas se expresan en las dificultades para construir estrategias de externación sostenidas. La ausencia de dispositivos comunitarios adecuados, la precariedad de las redes familiares y sociales y la estigmatización asociada a la inimputabilidad y al encierro obstaculizan la implementación de alternativas al hospital. En este contexto, la externación deja de ser una decisión exclusivamente clínica para convertirse en un proceso complejo que requiere acuerdos interinstitucionales, recursos materiales y voluntad política.

“Requiere de todo un trabajo que viene por fuera, digamos, pero no es sin el contexto en el que está esa persona, no es sin las personas que la rodean, no es sin los atravesamientos” (PSI 1).

En el equipo de salud refieren al tratamiento, como algo que va más allá del momento de la internación

“nosotros hablamos siempre a partir de la ley de que el tratamiento es en la comunidad, que la vida es en la comunidad, las internaciones son en la comunidad y a veces hay una comunidad que no es comunidad” (PSQ 1).

Estas condiciones estructurales generan, en muchos casos, un desgaste significativo en los equipos de trabajo, expuestos de manera permanente a demandas contradictorias y a escenarios de alta complejidad.

En los relatos de las entrevistas se vuelve explícita la idea de que el hospital no puede, por sí solo, dar respuesta a problemáticas que exceden el campo de la salud mental. En este sentido, se señala que la externación requiere la intervención articulada de otros sectores del Estado, capaces de

garantizar condiciones materiales y sociales básicas para la vida en comunidad. Tal como expresa una de las profesionales entrevistadas,

“hay otros sectores que tienen que poder estar dando ese tipo de respuesta” (TS 1).

De esta manera, se puede afirmar que la propia complejidad del campo de la salud mental en general, como de las medidas de seguridad por inimputabilidad, es necesario una mirada intersectorial, donde participen tanto efectores de salud y autoridades judiciales, como también otros actores sumamente relevantes, como las relacionadas a vivienda, educación, trabajo, desarrollo social, entre otras. La falta de dispositivos intermedios, de políticas de vivienda accesibles y de programas de acompañamiento sostenido aparece como uno de los principales obstáculos para el cese de las medidas de seguridad y la salida de la institución:

“Alguien que no tiene una vivienda, que tendría que cumplir una condena eterna, ¿es eso una condición?” (TS 2).

Los entrevistados señalan que estas intervenciones se ven frecuentemente obstaculizadas por la ausencia de recursos, la fragmentación de las políticas públicas y la persistencia de lógicas judiciales que privilegian el encierro por sobre las estrategias de inclusión

“Todo lo que sean políticas públicas que favorezcan los derechos de las personas nos van a habilitar muchas alternativas a la hora de proponer un plan de trabajo, generar redes” (PSQ 2).

El artículo 32 de la Ley 26.657 obliga al Estado a destinar, como mínimo, el 10% del gasto total de salud a salud mental. “La inversión proyectada para 2026 representaría el 1,42% del total del gasto en salud, lo que revela que la salud mental sigue estando lejos de ser una prioridad estatal. En los últimos 10 años, ese porcentaje nunca superó el 2,66%”. (ACIJ, 2025, p.5)

Se hace necesario entonces replantear cuestiones que nos atraviesan, no obstante, los tiempos de crisis, la responsabilidad, solidaridad y compromiso hacen que se pueda seguir retrabajando estas situaciones. Desde esta perspectiva, la internación se constituye como un proceso complejo que involucra múltiples actores y niveles del Estado. En relación con esto otro de los profesionales entrevistados sostenía que

“El Estado es quien tiene que dar respuesta. Perfecto, nosotros somos el Estado, pero si no hay refugio, si no hay una pensión que lo acompañe, como parte de sus derechos, bueno, ¿cómo no mantener esa internación?” (PSQ 2).

Estas expresiones permiten dar cuenta de una lectura compartida acerca de los límites estructurales de la intervención institucional cuando no se encuentran garantizados los recursos, dispositivos y redes comunitarias necesarios. En este escenario, la internación opera como una respuesta residual frente a la ausencia de alternativas, contribuyendo a la reproducción de lógicas de

permanencia institucional en clave manicomial, previamente problematizadas. Desde esta clave de análisis, se advierte que:

“Desde el campo socio jurídico sí se espera que se den esas respuestas direccionadas a atender todas esas dimensiones que hacen al afuera del usuario de la internación” (TS 1).

Su viabilidad se encuentra condicionada por la capacidad de articular políticas públicas integrales que reconozcan la especificidad de las situaciones de las personas y promuevan estrategias de inclusión social efectivas. Lo que pone en evidencia que el alta no puede pensarse como una decisión aislada del equipo de salud, sino como el resultado de un entramado interinstitucional más amplio. Retomando a Carballada la ausencia o debilidad de políticas públicas impacta directamente en el ejercicio de derechos y en las posibilidades concretas de egreso. Como define Beatriz Fernández

“Las políticas públicas entonces, consisten en aquellas cuestiones de la gestión estatal que intentan dar respuesta a los problemas de la Salud Mental, en tanto uso estratégico de recursos desde una visión articulada para atender las demandas sociales, algo difícil de hacer en el caso de las poblaciones vulnerables donde hay que vencer prejuicios que desacreditan la capacidad de participación y de opinión de quienes serían beneficiarios de estas mismas política”. (2015; p. 137)

Esta situación no solo dificulta el trabajo de los equipos, sino que produce vulneraciones de derechos, en tanto sostiene internaciones por motivos ajenos a la clínica. En palabras de una de las entrevistadas,

“Esta falta de respuestas dificulta un montón el trabajo y vulnera los derechos de los usuarios” (TS 2).

Se refuerza así la idea de que la prolongación de las internaciones se vincula más con carencias estructurales que con necesidades terapéuticas.

“Sin políticas públicas se hace muy difícil” (PSQ 2).

En este sentido, el análisis permite afirmar que sin políticas públicas que sostengan la vida por fuera de la institución, la externación se torna inviable, reforzando circuitos de institucionalización prolongada. Ello interpela de manera directa al Estado en su responsabilidad de garantizar derechos y construir condiciones de posibilidad para el ejercicio efectivo de la ciudadanía de las personas con padecimiento mental.

La brecha entre el marco normativo y las políticas concretas revela un corrimiento de las responsabilidades estatales hacia los equipos de salud, quienes quedan expuestos a demandas imposibles de resolver en soledad y a decisiones que, aun cuando se presentan como clínicas, se encuentran profundamente atravesadas por determinaciones socioeconómicas y jurídicas.

La externación se transforma en una práctica profundamente política, que interpela los modos en que el Estado define a los sujetos destinatarios de sus políticas y las formas en que gestiona la diferencia, la pobreza y la conflictividad social. La dificultad de egreso no solo afecta los recorridos vitales de las personas, sino que reproduce procesos de exclusión, cronificación y vulneración de derechos, reforzando circuitos de institucionalización prolongada que contradicen los principios de la desmanicomialización.

A modo de cierre:

En el presente trabajo me propuse analizar la configuración y los efectos de las internaciones por medidas de seguridad por inimputabilidad en la Sala de Internación de Hombres del HESM, centrándome en las prácticas de los profesionales que conforman el equipo de salud mental, las dinámicas de internación y las posibilidades de externación de las personas allí alojadas. A partir de una mirada situada del Trabajo Social, indagué cómo la decisión judicial que declara la inimputabilidad y dispone el encierro incide en la organización del dispositivo, en los márgenes de autonomía del equipo interdisciplinario y en la construcción de trayectorias de cuidado para quienes cumplen dicha medida.

A lo largo del desarrollo, fue posible identificar cómo estas medidas de seguridad configuran un entramado complejo en el que se articulan el campo sanitario, el campo jurídico y las políticas públicas, produciendo efectos concretos tanto en las trayectorias de las personas como en las condiciones de intervención de los equipos de salud.

El análisis me permitió evidenciar que la medida de seguridad opera como un dispositivo híbrido, en el que se superponen lógicas de cuidado y control, desdibujando los límites entre la intervención terapéutica y la función punitiva. No obstante, la investigación también mostró que estas medidas no son homogéneas ni unívocas en su aplicación. En determinadas condiciones institucionales, puede ocurrir que se lleven prácticas asistenciales orientadas por el paradigma de derechos, que pueden constituirse como una oportunidad para determinados sujetos que permitan acceder a la atención en salud mental, la interrupción de trayectorias de abandono y la construcción de intervenciones que prioricen el cuidado, la escucha y la restitución de derechos.

Sin embargo, es de destacar que las características de las medidas de seguridad, entre ellas, la indeterminación de su duración, la supremacía de las decisiones judiciales por sobre lo terapéutico, la presencia de personal de seguridad, entre otras, hacen dificultoso conceptualizarlas como una estrategia de atención/cuidado, si no, por el contrario, un tipo diferente de pena.

En este marco, las decisiones judiciales adquieren un peso central en la definición de los tiempos y sentidos de la medida de seguridad. Los equipos de salud despliegan estrategias cotidianas para tensionar estas lógicas, sostener procesos subjetivos y ampliar los márgenes de intervención posibles. Para ello, la estrategia de la sala de Internación del HESM es intentar abordar estas medidas de seguridad como una internación. Sin embargo, estas prácticas, muchas veces son invisibilizadas, y expresan un compromiso ético y político con las personas, aun en escenarios atravesados por la precariedad de recursos y la fragmentación de las políticas públicas.

Asimismo, la investigación puso en evidencia que la externación en estas medidas de seguridad, es un elemento conflictivo. Esto se debe a que, en un primer momento, deben estar autorizadas judicialmente, cuya evaluación se efectuara desde un paradigma de la peligrosidad, propio de la justicia penal. A su vez, los equipos de salud comprenden que las externaciones, lejos de constituir un acto estrictamente clínico, se configura como un proceso profundamente político, condicionado por la existencia —o inexistencia— de políticas públicas integrales que garanticen condiciones materiales y simbólicas para la vida en la comunidad. Sin embargo, los relatos de los profesionales también dan cuenta de experiencias de trabajo interdisciplinario, de construcción de acuerdos y de búsquedas colectivas orientadas a sostener proyectos de vida por fuera de la institución, aun cuando las condiciones estructurales resultan desfavorables.

Las prácticas de los equipos de salud se desarrollan, así, en un escenario de alta complejidad, atravesado por demandas contradictorias y márgenes de acción limitados. En este contexto, lejos de quedar reducidos a una posición pasiva, los equipos producen lecturas críticas de las situaciones y despliegan intervenciones que, aunque parciales, permiten resistir lógicas meramente custodiales y sostener una clínica orientada a la singularidad de las personas.

Desde el Trabajo Social, este análisis me permite reafirmar el valor de la intervención profesional como espacio de producción de conocimiento socio-jurídico y como práctica estratégica en el campo de la salud mental y su articulación con la justicia. La lectura reflexiva de las prácticas, de las entrevistas y de las decisiones institucionales no solo permite visibilizar las tensiones y límites del sistema, sino también reconocer las potencias del trabajo cotidiano, las redes construidas y las prácticas que amplían derechos en contextos de encierro.

En el campo de la salud mental, queda una vez más en evidencia que la desmanicomialización no se agota en la transformación normativa o institucional, sino que se juega cotidianamente en las prácticas, en las disputas de sentido y en el compromiso de quienes sostienen la atención en contextos adversos. Por esto, este trabajo invita a revisar críticamente los marcos normativos que regulan las prácticas en el campo de la salud mental, especialmente cuando estas se articulan con el sistema penal.

Si bien la LNSM constituye un avance significativo en términos de reconocimiento de derechos y de cuestionamiento a las lógicas manicomializantes, su implementación se ve tensionada por normativas, prácticas judiciales y dispositivos institucionales que continúan privilegiando el encierro como forma de gestión de la conflictividad social y de la diferencia.

Por otro lado, la situación de las medidas de seguridad por inimputabilidad termina siendo una situación particularmente compleja, por la propia excepción de la posibilidad de altas de los equipos de salud en estos casos, establecidos en la propia LNSM.

Estas contradicciones normativas y operativas se expresan en la coexistencia de discursos orientados al cuidado, la inclusión y la vida en comunidad propias del campo de la salud mental, con prácticas que, en los hechos, reproducen lógicas tutelares, custodiales y de control, más relacionados con la esfera penal.

Se vuelve imprescindible sostener una perspectiva crítico-propositiva que permita problematizar las prácticas naturalizadas y contribuir a la construcción de marcos de intervención más coherentes con el paradigma de derechos humanos. Así como fortalecer estrategias de trabajo interdisciplinario e intersectorial que amplíen las posibilidades de inclusión social y de vida en comunidad.

Pensar estos desafíos no implica desconocer los avances logrados ni el compromiso de los equipos de salud, sino asumir que la transformación del campo de la salud mental requiere procesos colectivos y decisiones políticas sostenidas. En este horizonte, la producción de conocimiento situado —como la desarrollada en este trabajo— se presenta como una herramienta fundamental para seguir interrogando las contradicciones existentes y para aportar a la construcción de políticas públicas más justas, integrales y respetuosas de los derechos de las personas con padecimiento mental atrapados por la justicia penal.

Referencias:

Libros:

- Amarante, Paulo (2007). “Superar El Manicomio. Salud Mental Y Atención Psicosocial”. Revista Topia.
- Amarante, Paulo (2013) “Salud Mental Y Atención Psicosocial”, Editora Fiocruz, Rio De Janeiro.
- Basaglia, Franco (1972) “La Institución Negada. Informe De Un Hospital Psiquiátrico”. Ediciones Corregidor. Buenos Aires.
- Binder, Alberto. (2011). Derecho Penal Y Estado De Derecho. Buenos Aires: Ad-Hoc.
- Carballeda, Alfredo J.M. (2008). “Los Cuerpos Fragmentados”. La Intervención En Lo Social En Los Escenarios De La Exclusión Y El Desencanto. 1ª Ed. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Castel, Robert (1984) “La Gestión De Los Riesgos: De La Anti-Psiquiatría Al Post-Análisis”. Barcelona.
- Cazzaniga, Susana. (2019). “La ética como inculcación de valores, como tema y como cuestión”. En Fink, T. & Mamblona, C. (Coord.), Ética y Trabajo Social. Reflexiones sobre sus fundamentos e implicancias en los procesos de intervención. Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Pcia. de Bs. As. 2
- Dabas, Elina Y Perrone Nestor. (1999) “Redes En Salud”.
- Dabas, Elina (1993): “Red De Redes. Las Prácticas De La Intervención En Redes Sociales”. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Dabas, Elina Y Najmanovich, Denise. (Comp.) (1996) “Redes, El Lenguaje De Los Vínculos. Hacia La Reconstrucción Y Fortalecimiento De La Sociedad Civil”. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Elichiry, Nora. (2009). Importancia De La Articulación Interdisciplinaria Para El Desarrollo De Metodologías Transdisciplinarias. En: Elichiry, N (2009). Escuela Y Aprendizajes Trabajos De Psicología Educacional. Manantial.
- Faleiros, Vicente De Paula. (1986) “Trabajo Social E Instituciones”. Humanitas.
- Fernández, Beatriz (2019) “Salud Mental Y Políticas Públicas: Algunas Notas”. En “Salud Mental, Comunidad Y Derechos Humanos”. Universidad De La República. Uruguay.
- Freije, Joaquin (2024). “Las Consignas Policiales En Las Internaciones Por Motivos De Salud Mental En La Ciudad Autónoma De Buenos Aires” En “El Abordaje De La Salud Mental De Niños, Niñas Y Adolescentes Desde Una Perspectiva De Derechos Humanos. Diálogos De La Defensa Pública Para La Garantía De Derechos”.
- FRISTER, Helmut (2016). “Derecho Penal. Parte General”, 1ra. Edición, 1ra. Reimpresión, Hammurabi, Buenos Aires.

- Foucault, Michael. (1996) "La evolución de la noción de "individuo peligroso" en la psiquiatría legal"
En "La vida de los hombres infames"- Editorial Altamira, Bs. As, 1996
- Foucault, Michael. (2000). "Los Anormales". Fondo De Cultura Económica.
- Foucault, Michael. (2002). "Vigilar Y Castigar: Nacimiento De La Prisión". Siglo XXI Editores.
- Foucault, Michael. (2006). "Historia De La Locura En La Época Clásica". Buenos Aires: Fondo De Cultura Económica.
- Foucault, Michael. (2007). "El Poder Psiquiátrico". Fondo De Cultura Económica.
- Galende Emiliano (1990) "Psicoanálisis Y Salud Mental- Para Una Crítica De La Razón Psiquiátrica"
Ed. Piados. Buenos Aires.
- Emiliano Galende. 2015. El conocimiento y prácticas de salud mental. Lugar Editorial. Bs. As.
- Goffman, Erwin. (1972). "Internados. Ensayos Sobre La Situación Social De Los Enfermos Mentales". Buenos Aires: Amorrortu.
- GUBER, Rosana. (2004) "El Salvaje Metropolitano Reconstrucción Del Conocimiento Social En El Trabajo De Campo". Paidós.
- Hegglin, María Florencia (1996) "¿Medidas De Seguridad O Pena Por Tiempo Indeterminado?, En Cuadernos De Doctrina Y Jurisprudencia Penal, Año 2, N° 3, Buenos Aires, Editorial Ad-Hoc.
- Heler, Mario (Coord.); Carletti, Alejandro; Digilio, Patricia Y Casas, Jorge Manuela. (2002). "Filosofía Social Y Trabajo Social. Elucidación De Un Campo Profesional". Editorial Biblos.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Y Baptista Lucio, P. (2014). "Metodología De La Investigación. 6ta Edición".
- Husserl, Edmund. (2008). "La Crisis De Las Ciencias Europeas Y La Fenomenología Trascendental". Prometeo Libros.
- Morcón, Osvaldo. A. (2020). La producción de conocimiento y lo escritural con fines de arbitraje social. En C. S. Krmpotic, O. A. Morcón, & A. Ponce de León (Eds.), Trabajo social forense. Vol. 2. Producción de conocimiento con fines de investigación y arbitraje (pp. 103–118). Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.
- Martínez, S. & Silva, C. (2019). "Ética Y Tiempo De Internación En Personas Inimputables". Derechos Humanos Y Salud Mental.
- Menendez, Eduardo (1998) "Modelo Medico Hegemónico: Reproducción Técnica Y Cultural". Natura Medicatrix.
- Morin, Edgar. (1990). "Introducción Al Pensamiento Complejo." España: Gedisa Editorial.
- Morin Edgar (2005) "Sobre La Interdisciplinariedad". En Pensamiento complejo.

- Muñoz, L. & López, P. (2015).” Intervención Interdisciplinaria En Salud Mental: Retos Y Posibilidades”. Psiquiatría Y Salud Mental.
- Pavarini, Massimo (2002) “Control Y Dominación. Teorías Criminológicas Burguesas Y Proyecto Hegemónico”. Siglo XXI.
- Ponce De León, A. (2020) “La Construcción Interdisciplinaria En La Investigación Pericial. La Ardua Tarea De La Conformación De Equipos En El Ámbito Judicial”. En Ponce De León, A.; Amaro, S.; Y Ferreyra, D. (Coords.) (2020) Peritaje En El Trabajo Social Y La Defensa De Los Derechos. Principales Demandas Y Pormenores Técnicos, Según Expertos De 6 Países. Curitiba, Brasil.
- Rotelli, Franco (2015) “Vivir Sin Manicomios. La Experiencia De Trieste” Topia.
- ROXIN, Claus (1994) “Derecho Penal. Parte General, Versión Original En Alemán” Traducción De Luzón Peña, García Conlledo, Remesal, Madrid.
- Saralegui, R. (2014). “La Inimputabilidad En El Derecho Penal Y La Psiquiatría”. Editorial Jurídica.
- Sozzo, M. (2015).” Locura Y Crimen: Nacimiento De La Intersección Entre El Dispositivo Penal Y Psiquiátrico”. Ediciones Dibot.
- Stolkiner, Alicia (1987). “De Interdisciplinas E Indisciplinas”. Publicado En: Elichiry, Nora (Comp). El Niño Y La Escuela. Reflexiones Sobre Lo Obvio. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Stolkiner, Alicia. (2009). “Salud Mental Y Derechos Humanos”. Paidós.
- Taylor Y Bogdán. (1987). “Introducción A Los Métodos Cualitativos De Investigación: La Búsqueda De Significados” Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Ulloa, Fernando. (2007). “Ternura, Numerosidad Social E Insurgencias”. En Amarante, Paulo. “Subjetivaciones Clínicas Insurgencias. 30 años De Salud Mental”. Buenos Aires: Ediciones Madres Plaza De Mayo. Colección Archi Piélagos.
- Zaffaroni, Eugenio. R. (1998). “En Busca De Las Penas Perdidas. Deslegitimación Y Dogmática Jurídico-Penal”. Ediar.
- Zaffaroni, Eugenio. R. (2000). 2Derecho Penal: Parte General”. Ediar.
- Zaffaroni, Eugenio. R. (2006). “En Busca De Las Penas Perdidas”. Ediar

Artículos y revistas:

- Amendolaro, Roxana. (2013). “Entre El Diagnóstico De Cronicidad Y El Fenómeno De La Discapacidad Desde Una Perspectiva De Derechos Humanos”. Revista Salud Mental Y Comunidad.

- Angelini, Silvio y Larrieu Anahi (2016) “Consideraciones sobre los conceptos de Peligrosidad y de Riesgo cierto e inminente. Implicaciones para las medidas de seguridad” 5º Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología (UNLP).
- Ateneo Sala De Internación De HESM. (2023) “La Construcción De Un Servicio Posible En Salud Mental. La Territorialidad Como Estrategia.”
- Badano, María Del Rosario (S/F). “Análisis De Entrevistas. Ficha De Cátedra”. Maestría En Trabajo Social. Fts. Uner. Paraná.
- Bajar, Marien; D'Ovidio, Ana Clara; Urios, Romina (2015) “Salud Mental, Justicia Y Derechos Humanos En Contextos De Encierro: La Implementación De La Ley Nacional De Salud Mental En El Servicio Penitenciario Bonaerense” V Congreso Internacional De Investigación. La Plata, Argentina.
- Carballeda Alfredo (2015) “El Territorio Como Relato. Una Aproximación Conceptual”. En Revista Margen N ° 76,
- Carballeda, Alfredo (S/F) “La Interdisciplina Como Diálogo. Una Visión Desde El Campo De La Salud”. Subsecretaria De Atención A Las Adicciones. Buenos Aires.
- Carballeda, Alfredo (2017) “La Intervención En Lo Social. Exclusión E Integración En Los Nuevos Escenarios Sociales”. Margen. Buenos Aires.
- Cazzaniga, Susana (2002) “Trabajo Social E Interdisciplina: La Cuestión De Los Equipos De Salud” Revista Margen.
- De La Aldea, Elena. (2000) “El Equipo De Trabajo, El Trabajo En Equipo”
- De La Sovera, Susana. (2019) “Clínica Ampliada: Quebrando Aislamientos”. Revista Topia.
- Fernández Garbin Nicolas Y Albelaire Paula (2022) “Dispositivos De Atención En El Cruce Del Delito Y La Salud Mental La Experiencia De Trieste, Italia”. En Revista Pensamiento Penal. N° 428.
- Fernández, M. (2020). “Desafíos En La Atención De Usuarios Inimputables En Argentina”. Informe De Salud Mental.
- Feustel, Diego Leonel (2025). “Ser O No Ser De Las Medidas De Seguridad. Su Vigencia Y Modo De Implementación Tras La Sanción De La Ley Nacional De Salud Mental”. Omnia. Derecho Y Sociedad. Vol.8.
- Ghioldi, L. y Toro Martínez, E. (2011). “Riesgo grave, cierto e inminente de daño: único fundamento de la indicación interdisciplinaria basada en la peligrosidad para sí o terceros”. En Cuadernos de Medicina Forense Argentina, 2 (1), pp.25-35.
- González-Saibene, Alicia (2014). “Acerca De La Intervención”. Rumbos TS, Año X, N° 11, 2015.

- Gouvert, Juan Fernando (2012) “Cambios En La Imposición Y Subsistencia De Las Medidas De Seguridad En La Provincia De Bs. As”. Revista Pensamiento Penal.
- Gómez, Y, Soler, J., Méndez, O. Y Reyes, J. (2020) “Consideraciones Actuales Sobre La Iatrogenia”. Medisan. Cuba
- Gorbacz, Leonardo. (2011) “Ley 26.657: El Desmontaje Del Sistema Represivo En Salud Mental”. En Revista Salud Mental Y Comunidad 1.
- Krmpotic, Claudia Sandra Y Degano, Jorge Alejandro (2023) “Contrapunto Interdisciplinar En La Intervención Psico-Socio-Jurídica”. En Revista Latinoamericana De Sociología Jurídica.
- Claudia Sandra Krmpotic Y Andrés Ponce De León (2016) “Diez Enunciados Para Pensar La Identidad Profesional En Trabajo Social. Una Invitación Al Debate Internacional En Los Albores Del Siglo XXI”. En Cuadernos De Trabajo Social 30.
- Martínez Alcorta, Julio. (2015) “Responsabilidad Civil De Los Equipos Interdisciplinarios De Salud Mental”. Infojus. Sistema Argentino De información Jurídica.
- Martínez, Toro E. (2011). “La noción de ‘situación de riesgo cierto e inminente’ en la Ley 26657/10: acerca de la diferencia entre ‘estar’ y ‘ser’ y sus consecuencias medico legales”. En Revista Psiquiatría, 16.
- Muñoz Conde, F y García Arán, M. (1993) “Derecho Penal. Parte general, Valencia, Tirant lo Blanch” Conferencia.
- Najmanovich, Denise (2018). “Interdisciplina, Artes Y Riesgos Del Arte” Dialógico. En Pensamientocomplejo.Com.Ar
- Pérez, Ariana y Kostelac, Joaquín (2025). “¿Vigilar o cuidar? El dispositivo de guardia de salud mental y su entrecruzamiento con las fuerzas policiales. Producciones de fin de grado” Revista debate público. Reflexión de Trabajo Social.
- Poblet Machado, M. A., Oberti, M. L., Faraone, S. y Bianchi, E. (2021). Derribando mitos. Una contribución a la problematización en torno a la ley nacional de salud mental. Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, (22), 221-232.
- Poblet Machado, M. (2023) “Acceso A La Justicia Para Personas Con Discapacidad Psicosocial Y Derecho Penal. La Figura De Inimputabilidad Y Las Medidas De Seguridad En América Latina”. En Revista De Las Defensorías Públicas Del MERCOSUR (Revista Das Defensorías Públicas Do MERCOSUL).
- Robles, Gabriela (2015) “Salud Mental. Declaración De Inimputabilidad. Implicancia De La Ley 26.657 Y El Nuevo Código Civil”. En Revista Pensamiento Penal.
- Saunier, Roberto V. (1995) “Peligro, Peligrosidad” En Revista Acheronta. Psicología Y Cultura.

- Spinelli, Hugo (2010) “Las Dimensiones Del Campo De La Salud En Argentina”. En Salud Colectiva. Buenos Aires.
- Stolkiner, Alicia (2005) “Interdisciplina Y Salud Mental”, IX Jornadas Nacionales De Salud Mental “Salud Mental Y Mundialización”.
- Stolkiner, Alicia. (1991). “La Interdisciplina. Entre La Epistemología Y Las Prácticas”. Recuperado En Campopsi.Com.Ar/Lecturas/Stolkiner.Htm.
- Stolkiner, Alicia. (2011). “La Intervención Interdisciplinaria En Salud Mental”. Revista Salud Colectiva.
- Toricelli, Flavia Y Silvia Faraone (2019) “La Formación De Posgrado En Salud Mental. El Caso De Las Residencias Hospitalarias De Psicología Y Psiquiatría Como Sistemas De Formación”. Revista Salud Mental Y Comunidad.
- Urios, Romina. A. (2018). “La construcción de la figura del “loco peligroso” en los medios de comunicación impresos diario El Día y diario Hoy”. Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Periodismo y Comunicación Social, La Plata, Argentina.
- Vitale, Gabriel. (2003) “¿Medidas De Seguridad O La Seguridad De Las Medidas De Control Social?” Portal Revista Margen.

Tesis e investigaciones:

- Ardila Gómez, Sara (2008). “La Transformación De La Atención Psiquiátrica En El Marco De Las Reformas De Los Sistemas De Salud: Opciones Para Las Prácticas De Atención Comunitaria En El Sistema De Salud Colombiano”. Tesis De Maestría En Psicología Social Comunitaria, Universidad De Buenos Aires.
- Barukel, Agustina. (2019) “Responsabilidad, Peligrosidad Y Simulación: Prácticas Judiciales En Una Institución Psiquiátrica De La Provincia De Santa Fe”. Tesis En Delito Y Sociedad. Scielo.
- Martínez, Brenda. (2025) “Factores Que Sobredeterminan El Cese Del Riesgo Ciertamente Inminente En Usuarios Con Medidas De Seguridad, En Internaciones De Salud Mental. Un Estudio De Caso Del Pasaje Al Acto Homicida, De Un Sujeto Psicótico”. TIF Especialización En Psicología Forense UNR.
- Poblet Machado, M. (2023) Tesis de Doctorado: “Salud mental, inimputabilidad y medidas de seguridad en Argentina. Trayectorias jurídicas e institucionales a partir de un estudio de un caso (2016 – 2017)”. En: Universidad Nacional de Lanús Departamento de Salud Comunitaria Doctorado en Salud Mental Comunitaria.

Leyes, marcos normativos:

Código Civil Y Comercial De La Nación, Ley N.º 26.994. (2015).

Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2006). Organización de las Naciones Unidas.

Ley De Ejecución De Penas Y Medidas De Seguridad En La Provincia De Entre Ríos. LEY 10.866. PARANA, 22 De diciembre De 2020.

Ley Federal De Trabajo Social N.º 27.072 De La República Argentina.

Ley Nacional De Salud Mental N.º 26.657, República Argentina.

Lineamientos Para La Atención De La Urgencia En Salud Mental. (2013) Ministerio De Salud De La Nación.

Órgano De Revisión De Salud Mental. 2023. “Documento Sobre El Uso De Consignas Policiales En El Marco De Internaciones Por Salud Mental” (Resolución S. E. 6/23).

Zanca, Florencia (2022) “Los Espacios De Encierro E Internación Y El Rol Del Derecho Penal” En Revista Pensamiento Penal.