

Más allá de las fronteras de la des/institucionalización. El dispositivo de salud mental en cárceles: Una estrategia consolidada en la provincia de Santa Fe

Beyond institutionalization boundary. Mental health device in prisons: A strengthened strategy in Santa Fe province.

Recibido: 22/03/2015

Aceptado: 15/05/2015

Silvia Faraone

Universidad de Buenos Aires, Argentina.
sfaraone@sociales.uba.ar

Resumen

En la provincia de Santa Fe la Dirección de Salud Mental (2004-2011) implementó un proceso de des/institucionalización en el área. En este marco, se instituyó el Dispositivo de Salud Mental en Cárceles ubicado en el Programa de Salud Mental para Ciudadanos Detenidos o Bajo Medidas de Seguridad. El presente artículo analiza las implicaciones de la creación de equipos interdisciplinarios y la producción de una lógica de intervención externa al sistema penitenciario, pero introducida en él. Los datos provienen de un estudio cualitativo basado en entrevistas en profundidad a autoridades políticas y profesionales de equipos interdisciplinarios. También se analizó material obtenido en una observación participante de una reunión provincial con equipos de salud mental de las unidades penales. Se recupera dicho momento histórico ya que el abordaje de salud mental en cárceles no tiene precedentes en el país y constituye un punto a problematizar en el marco de la ley 26.657.

Palabras claves

Des/institucionalización, salud mental, unidades penales, equipos interdisciplinarios

Abstract

In Santa Fe's province, Mental Health Direction (2004-2011) implemented a de/institutionalization process. In this context, was instituted the Programa de Salud Mental para Ciudadanos Detenidos o Bajo Medidas de Seguridad, and within it, the mental health in jails' dispositive. The article analyzes the implications towards the creation of interdisciplinary groups, and the production of an innovative intervention logic, external to the penitentiary system, but within it. The data comes from a qualitative study, based on in-depth interviews to political authorities and professionals from the interdisciplinary groups. It also analyzes materials obtained during a participant observation in a meeting with the whole groups that worked at penal units. The historical moment is relevant because the mental health approach in jails has no precedents in the country and constitutes an important subject to problematize within 26.657 law's framework.

Key words

De/institutionalization, mental health, penal unities, interdisciplinary groups

Introducción

En la provincia de Santa Fe la Dirección de Salud Mental (2004-2011) implementó un proceso de des/ institucionalización al que los propios actores denominaron de *sustitución de las lógicas manicomiales*. Este proceso se consolidó a la luz de un complejo escenario político, social e institucional que implicó avances y retrocesos, tensiones y oportunidades, en el recorrido por plasmar la transformación del manicomio y la organización de dispositivos intramurales –en otras instituciones de encierro- y extramurales. Así, y en el marco de ese programa, se instituyó una estrategia de atención a personas privadas de su libertad en las diferentes unidades penitenciarias de la provincia.

En este recorrido, la emergencia y fortalecimiento de un colectivo de gestión (Campos, 2009) en la Colonia Dr. Abelardo Irigoyen Freire ubicada en Oliveros (en adelante Colonia Oliveros), así como las transformaciones vividas en esa institución a partir de fines de la década de 1990, la consolidación de un Movimiento de Trabajadores de Salud Mental (2001), y la posterior conformación del Colectivo de Gestión que ese período coordinó la Dirección Provincial de Salud Mental, fueron creando la necesidad de prácticas antagónicas a los procesos deshospitalizadores (Rotelli, De Leonardis, Mauri, 1987) que se habían desarrollado previamente en la provincia, pero que además ponderaran ciertos valores políticos y morales que distinguían las prácticas y las perspectivas que los integrantes del colectivo de gestión venían instituyendo.

La cuestión de inscribir el concepto de sustitución de las lógicas manicomiales respondía a poner en escena que el manicomio no empieza y termina en sus muros, sino que son múltiples las causas que lo sostienen, con múltiples agentes de reproducción. La sustitución de las lógicas manicomiales implicó una apuesta a la construcción de un proyecto que debía transformar el propio espacio hospitalario con procesos de externalización de muchos de los usuarios allí alojados, pero también con la complejidad que estos procesos debían afrontar, y es en ese espacio donde emerge la articulación con otras instituciones de control social duro, y en particular la cárcel.

En ese entonces, y acudiendo a la historia del proceso que permitió la emergencia de un dispositivo en las unidades penales provinciales, la experiencia des/institucionalizadora desarrollada en la Colonia Oliveros abrió intersticios que instituían nuevas e innovadoras instancias de control en aquellos espacios deshabitados por los antiguos *locos*. En ese contexto bajo lo que se denominó *emergencia carcelaria* se intentó la construcción, en ese predio, de una nueva unidad penal destinada a jóvenes (Ministerio de Gobierno, Justicia y Culto de Santa Fe, 2003). Este hecho fue resistido por diferentes actores de la provincia, lo que generó no solo una lucha en defensa del espacio al interior del hospital, sino también la apertura hacia un modelo de trabajo innovador en nuestro país: la implementación del *Programa de Salud Mental para Ciudadanos Detenidos o Bajo Medidas de Seguridad*.

Este programa implicó la conformación de equipos interdisciplinarios dependientes de la Dirección Provincial de Salud Mental del Ministerio de Salud y no, como es

habitual, del propio sistema penitenciario, dependiente, en esa jurisdicción, del Ministerio de Gobierno, Justicia y Culto. La creación de esta nueva lógica, de un instrumento externo al sistema penitenciario, pero que se introducía en él, constituyó un acontecimiento (Murillo, 2007) en el sentido de un desplazamiento hacia lo establecido por la Ley provincial de Salud Mental (Ley 10.772, 1993).

El Programa de Salud Mental para Ciudadanos Detenidos o Bajo Medidas de Seguridad puso en juego la consolidación de un proyecto con cuatro líneas estratégicas de trabajo: los departamentos de salud mental en cárceles, la asistencia en comisarías¹, la sustitución y cierre del pabellón psiquiátrico de la cárcel de Coronda², y la conformación de juntas especiales. En este artículo se describirá particularmente la primera de estas líneas.

Metodología

El estudio constituyó una investigación de tipo descriptivo-analítico de corte transversal, con una muestra no probabilística de carácter intencional (Rodríguez Gómez *et. al.*, 1996).

La unidad de estudio fue el *dispositivo de salud mental en cárceles* incluido en el marco del *Programa de Salud Mental para Ciudadanos Detenidos o Bajo Medidas de Seguridad* de la Dirección de Salud Mental de la provincia de Santa Fe.

Se trabajó, durante el período 2009-2010, con entrevistas en profundidad a informantes clave. Se analizaron para este artículo nueve entrevistas, cuatro realizadas a autoridades políticas y cinco a trabajadores del dispositivo seleccionado (todos profesionales). Las entrevistas fueron de tipo individual, semiestructuradas con una guía orientadora para profundizar en los avances pero también en los obstáculos que se debían afrontar. Las mismas se utilizaron para la profundización en el abordaje de los relatos acerca de los sentidos, las valoraciones y las prácticas con respecto al cuidado y la asistencia de la salud mental en el marco de las instituciones carcelarias.

También se incluyó en el trabajo de campo, año 2010, una observación participante en una reunión con representantes de los equipos interdisciplinarios de cada una de las unidades penales. Participaron de este espacio los equipos de salud mental de: Coronda, Las Flores, la Unidad de Mujeres de Santa Fe, la Unidad 3 (la Redonda), la Unidad 11 (Penal Piñero) y la Sala Penitenciaria del Hospital Cullen. Esta observación apuntó a registrar acuerdos, tensiones y perspectivas entre los diferentes profesionales que llevaban a diario la tarea en estas instituciones.

1 Este dispositivo no había sido implementado al momento de finalizado el trabajo de campo

2 Para el análisis de este dispositivo puede véase Valero, A.S. y S. Faraone (2011) "Lo punitivo y lo terapéutico. Una experiencia desinstitucionalizadora en salud mental en el ámbito penitenciario de la provincia de Santa Fe (Argentina)" *Revista Delito y sociedad*. Año 20, Número 31. 93-114.

A cada entrevistado y a los participantes de la reunión se le explicaron los motivos de la investigación, garantizándose el anonimato, voluntariedad, confidencialidad y seguridad de la información recolectada. Para las entrevistas se realizó un consentimiento informado por escrito.

El análisis de la información recabada requirió de dos momentos analíticos: un primer momento, destinado al ordenamiento y sistematización de la información, y un segundo momento, a los fines de establecer puntos de contraste y semejanza en las ideas y argumentos principales transmitidos por los distintos actores involucrados en el proceso estudiado.

En esta presentación los fragmentos de las expresiones de los sujetos involucrados en la experiencia serán individualizados como “autoridad política” y como “integrante del equipo de cárceles”. Se recupera para este trabajo el período 2004-2011 por entender que el abordaje de salud mental en cárceles, desarrollado en ese contexto histórico, no tiene precedentes en el país y que constituye un punto importante a problematizar en el marco de la ley 26.657.

Antecedentes

En Santa Fe, lo que denominaremos, siguiendo a Rotelli, De Leonardis y Mauri (1987), como *servicios territoriales de salud mental al interior de la cárcel*, conlleva una perspectiva abordaje centrada en la tarea de mejorar las condiciones de vida de los internos alojados en instituciones penales, así como generar vínculos de ellos y para ellos con el exterior y forjar posibilidades legales -en los casos en que se requiera, a través de las juntas especiales (Valero, 2013)-. El marco de este dispositivo resulta central para reflexionar acerca del desmontaje de instituciones monovalentes de salud mental, tan complejas como las existentes en esta provincia³ y permite detenerse, por un lado, en los procesos de transinstitucionalización (Rotelli, De Leonardis y Mauri, 1987), y por otro, en los procesos de inclusión de problemas vinculados a las salud mental en otros espacios de control social duro no centrados en el manicomio⁴.

3 Además de la ya mencionada Colonia Oliveros, ubicada en el pueblo de Oliveros, en la provincia existe un hospitales monovalente en la ciudad de Rosario, el Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila y un hospital polivalente pero que fuera monovalente y que aún conserva dos salas de internación en salud mental (una de hombres y una de mujeres), es hospital Dr. Emilio Mira y López en la ciudad de Santa Fe. Al finalizar el trabajo de campo, en el año 2011, en conjunto estos establecimientos tenían una disponibilidad de 474 camas, ocupadas en su totalidad (80 camas en el hospital Dr. Agudo Ávila, 74 en el hospital Dr. Mira y López y el resto en la Colonia Oliveros).

4 En ambos casos se trata de *espacios asistenciales*, como podría ser la comunidad terapéutica para adictos o el geriátrico para adultos mayores, o de *espacios no asistenciales*, como la institución carcelaria.

En relación a la institución carcelaria, que es sobre la que interesa profundizar a los fines de este artículo, es interesante observar cómo en los estudios epidemiológicos realizados en diferentes países de Europa posteriores a la década de 1990, y sintetizados por Pérez Martínez (2012), se observaron tasas importantes de padecimientos psíquicos en la población allí alojada, sobre todo relacionadas a lo que se enuncia como problemáticas de abuso de sustancias, trastornos del humor, psicosis y trastorno disocial. Este autor cita varios estudios para demostrar esta tendencia: el estudio de Gunn, realizado en Londres en 1991, establece que la prevalencia global de población con padecimiento psíquico en las prisiones era del 37 por ciento; Pato, en el estudio que realiza en Madrid en 2003, demuestra para esa ciudad un porcentaje aún mayor, el 75 por ciento; y el estudio efectuado por Zoccali y otros en una prisión de Italia, en el año 2008, indica un porcentaje del 85 por ciento.

Otro estudio, desarrollado por Arroyo Cobo (2006), analiza la atención primaria de trastornos mentales en población privada de libertad del centro penitenciario de Zaragoza, allí observó que entre los sujetos que ingresan a esta unidad penitenciaria un 43 por ciento (28 personas sobre 65) lo hizo directamente al módulo de enfermería porque presentaba problemas relacionados con algún tipo de padecimiento psíquico. Analiza, que a estos padecimientos, se referían el 50 por ciento de las consultas realizadas.

Por otro lado, un informe sobre la Región de las Américas realizado por Dammert y Zúñiga para FLACSO Chile señala que en esta región también se incrementaron los problemas de salud mental en las cárceles. Por ejemplo, en México alrededor del 95 por ciento de la población carcelaria consumía algún tipo de sustancia y, en Belice, el 15 por ciento de las mujeres privadas de libertad tenían identificado algún padecimiento psíquico. Por otro lado, el informe destaca un alto número de suicidios en unidades penitenciarias de la región, que en República Dominicana alcanzó al 16 por ciento de la población penal (Dammert y Zúñiga, 2008).

En la Argentina la Procuración Penitenciaria de la Nación (PPN), detectó, no sin preocupación, que las coordinadas distintivas que articulan la Ley de Salud Mental (N° 26.657)⁵, no están consideradas de modo particular en las modalidades de abordaje de la salud mental carcelaria. No consideradas ni por el sistema penitenciario ni por el judicial. La lógica del encierro que conlleva la privación de la libertad llevó a naturalizar ciertas prácticas que agregaron aislamiento y segregación al encierro existente, creándose un hiato entre los derechos alcanzados por esta norma y las condiciones sanitarias, particularmente relacionadas a la salud mental, de la población privada de

5 La norma, sancionada en el 2010, apunta a efectivizar y consolidar un cambio de los principios vigentes en el campo de la Salud Mental en nuestro país y establece responsabilidades políticas y sociales que promueven el efectivo acceso al ejercicio del derecho a la asistencia. Por lo tanto, impulsa la transformación de las prácticas y los modelos de intervención destinados al cuidado de la salud mental.

libertad (PPN, 2014)⁶. Al igual que en la región, en Argentina, se observa en estas instituciones un aumento considerable de muertes violentas⁷ en los últimos años (32% del total de muertes en el 2009, 62% en el año 2013) (Observatorio de Cárceles Federales-PPN, 2014), de las cuales un importante número corresponden a suicidio.

Un tema significativo a destacar en relación a la temática abordada y que emerge de los informes de la PPN se relaciona al uso de psicofármacos en hechos de violencia intracarcelaria en la Argentina. En relación a este aspecto Liliana Martínez, introduce la perspectiva de la existencia de “un consumo problemático de psicofármacos” (Martínez, 2014). Basa esta premisa en la falta de profesionales de la salud mental en el contexto carcelario lo que trae aparejado la prescripción de psicofármacos por fuera de una estrategia terapéutica⁸.

Una situación particular a introducir como contexto del problema que aquí se analiza es la situación de las unidades penitenciarias destinadas a población con padecimiento psíquico (mucho de los cuales sujetos declarados inimputables). Si bien las mismas merecen una mirada diferencial a la aquí expuesta, es importante la relación existente a los fines de observar posibles procesos de transinstitucionalización. En este sentido Arroyo Cobo (2006) se interrogó acerca de que si la existencia, cada vez más frecuente, de población carcelaria con padecimientos psíquicos en las unidades penitenciarias de Zaragoza “podría deberse a la desaparición del manicomio como espacio que durante dos siglos había albergado a gran parte de personas socialmente problemáticas” (Arroyo Cobo, 2006: 35) y no sólo a un efecto específico de la prisión sobre las personas privadas de libertad. Es en ese mismo sentido, que Pérez Martínez (2004) se preguntó si hay una relación entre el éxito de la reforma psiquiátrica y el fracaso de la penitenciaria, o dicho de otra forma, si la prisión ocupa el espacio vacío dejado por el manicomio. Lo hace a partir de la construcción de lo que denomina *itinerario judi-*

6 La PPN ha recomendado a la Dirección Nacional del Servicio penitenciario Federal que adapte el funcionamiento del Programa de Tratamiento Interdisciplinario Individualizado e Integral PROTIN (tanto en población masculina como femenina), a los parámetros de la Ley nacional de Salud Mental (Recomendación 816).

7 Esta categoría incluye suicidios, homicidios, accidentes y demás causas dudosas donde pueda constatarse el carácter traumático del hecho. Informe estadístico sobre muertes en Prisión. Octubre 2014. Observatorio de Cárceles Federales-PPM.

8 Este aspecto llevó a que se redacte una recomendación (812/2014) que tiene como finalidad restablecer el debido cumplimiento de lo que la Ley de Salud Mental y su Decreto Reglamentario. En el artículo 12 de la Ley se establece: ‘La prescripción de medicación solo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios’.

*cial del trastorno mental*⁹ y concluye que el mencionado incremento se relaciona con una concatenación de circunstancias, que no sólo pueden ser pensadas a partir de la transformación de la institución psiquiátrica.

En la Argentina a partir del informe del CELS-MDRI (2007), Vidas Arrasadas, así como de diferentes informes anuales sobre Derechos Humanos del CELS (2009, 2010, 2011 y 2012), se denunció y evidenció las condiciones inhumanas de las unidades penales psiquiátricas. Esta situación llevó al cierre de la Unidad 20 de varones, ubicada en el Hospital José T. Borda, y la Unidad 27 de mujeres, ubicada en el Hospital Braulio Moyano, ambas ubicadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los hombres fueron trasladados al Hospital Penitenciario Central I ubicado en Ezeiza (HPC), provincia de Buenos Aires, y las mujeres fueron derivadas al Instituto Correccional de Mujeres Unidad 3, también ubicado en la localidad de Ezeiza. Asimismo se creó el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA)¹⁰ con el objeto de brindar asistencia a las personas con padecimientos mentales alojadas en las cárceles federales.

En la provincia de Santa Fe, y en el marco del proceso de sustitución de las lógicas manicomiales, en el año 2008 se cierra el pabellón psiquiátrico ubicado en la Unidad Penitenciaria N° 1 de la ciudad de Coronda. La experiencia desarrollada en ese pabellón, conocido también como “el corralito”, fue impulsada por la Dirección de Salud Mental de la provincia en respuesta a una larga trayectoria de denuncias por parte de organismos de Derechos Humanos (Coordinadora de Trabajo Carcelario) en referencia a la violación de los derechos de las personas allí alojadas (Valero y Faroane, 2011). Es en estas líneas, que a partir de la implementación de la reforma psiquiátrica en Santa Fe, fue necesario profundizar en dispositivos que garanticen el derecho a la salud mental a las personas privadas de libertad como una estrategia central de la sustitución de lógicas manicomiales en toda la provincia.

9 Pérez Martínez (2004) indica tres caminos de llegada de las personas con padecimiento psíquico a las unidades penales: a) casos de enajenación inadvertida; b) enajenación advertida pero no apreciada como causa de inimputabilidad y c) enajenación sobrevenida. También establece que los factores que están determinando el incremento de pacientes que llegan a las cárceles tienen que ver con una concatenación de circunstancias: 1) *situaciones previas al delito*, entre las que destaca: comportamiento socialmente inaceptado, aislamiento familiar, ausencia de estructuras de tutela de los enfermos mentales, que impide la representación y la atención a los intereses de los enfermos infractores, y les deja en una posición de franca inseguridad jurídica y de desprotección efectiva de sus derechos constitucionales; 2) *Itinerario del paciente detenido* entre las que acentúa: falta de atención en salud mental en comisaría, corrientes de opinión que han ido ganando terreno en la psiquiatría acerca de la pertinencia de que los enfermos mentales sean declarados responsables (imputables) de sus conductas delictivas, rechazo de estos pacientes por los hospitales públicos; y, 3) *Tras la excarcelación*, donde destaca la falta de programas de atención ambulatoria y de rehabilitación psicossocial.

10 El programa fue creado el 27 de julio de 2011 por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y Ministerio de Salud, Resolución Conjunta 1075/2011-

La implementación del dispositivo de salud mental en las cárceles de Santa Fe. El historial

El título de un artículo periodístico “Un lugar donde las márgenes se unen” (Diario *El Ciudadano*, 2003) resulta indicado para introducir la problemática acaecida en la provincia de Santa Fe y con ello encuadrar el análisis del *evento* (Breiger, 2000) que debieron afrontar los actores implicados en el proceso de des/ institucionalización en la Colonia Oliveros para evitar, por un lado, la instalación de un dispositivo de control social duro en espacios que habían sido concebidos, a partir de la reforma en salud mental, como alternativos o sustitutivos del orden psiquiátrico tradicional. Pero por otro lado, para instituir, a partir de esa situación, una nueva estrategia de abordaje en salud mental para población privada de libertad.

Con el proceso iniciado a fines de la década de 1990 en la Colonia Oliveros se había logrado la externación de casi 1.000 usuarios de los servicios de salud mental, quedando internados, al momento del trabajo de campo, unos 320 usuarios. En ese contexto, en 2003, el gobierno provincial, a través del Ministerio de Gobierno, Justicia y Culto y del Ministerio de Salud, implementó un acuerdo para el uso de espacios dentro de la Colonia, particularmente de dos pabellones que se suponían subutilizados¹¹, con el objeto de construir allí una unidad penal para “menores adictos en conflicto con la ley”¹² (Ministerio de Gobierno, Justicia y Culto de Santa Fe, 2003).

Esta situación, además, se enmarcó en un momento histórico en que, si bien el área de salud mental implementaba una política tendiente a la des/institucionalización, en otras áreas del gobierno provincial se reafirmaba una política de secuestro institucional que involucraba la necesidad, cada vez más, de espacios físicos destinados al encierro.

En ese contexto, considerado de emergencia carcelaria, tuvo lugar el tratamiento de adolescentes y jóvenes privados de libertad; sobre esta población, y en especial sobre jóvenes ligados a consumo problemáticos de drogas, se asentó una formación discursiva para instituir nuevas modalidades custodiales en el predio de la Colonia Oliveros. Esta situación fue resistida en primer lugar por la conducción y trabajadores de la Colonia, pero también por el incipiente Movimiento de Trabajadores de Salud Mental, instituciones gremiales, comunitarias y de derechos humanos¹³.

11 Este proyecto había sido presentado en 1996 y analizado nuevamente en 2000 con la idea de aprovechar la infraestructura existente para abaratar costos, ya que así no se demandaban nuevas inversiones y el tiempo de reparación podía ser reducido (Diario *El Ciudadano*, 2003: 13).

12 Estudios de Lamb y de Pepper, citados por Rotelli, De Leonardis y Mauri (1987), plantean que este grupo etéreo (*young adult chronic patients*) que acumulan problemas diversos (sociales, económicos, de salud, psicológicos) y que en muchos casos alteran el orden público, son los nuevos crónicos en los procesos de internamiento en diferentes dispositivos actuales.

13 El diario *La Capital* titulaba en un artículo que “Unas veinte ONG rechazaron el plan de Carranza para Oliveros” y continuaba en el copete “Dicen que el ministro desconoce cómo es la realidad en la colonia psiquiátrica” (Diario *La Capital*, 2003: 30).

Tamar Pitch (1996) aborda dos categorías centrales para pensar este evento. Las categorías de: *abandono* y *peligrosidad social*. Para este autor, la noción de *peligrosidad social* puede ser repensada como una categoría residual que establece una relación directa entre *rehabilitación* y *peligrosidad social*: lo que no es rehabilitable es por ello peligroso. Estas categorías están presentes en el comunicado de prensa que hiciera el Ministerio de Gobierno, Justicia y Culto en el momento en que se produce la irrupción de la cárcel al interior del manicomio:

[la construcción de la unidad penal] ayudará a devolver a la Colonia su perfecta utilidad, a pesar de los años y de los cambios que no todos alcanzan a advertir, quizás anclados en un discurso demasiado conservador (Ministerio de Gobierno, Justicia y Culto, 2003).

En el sentido aquí expresado se viabiliza, no un sistema de bifurcación¹⁴ sino, una dinámica de circuito (Pitch, 1996) productor de transinstitucionalización. Pitch plantea que esta metáfora del circuito acentúa no solo la interdependencia entre ambos espacios institucionales (en nuestro caso la cárcel y el manicomio), sino también el continuo intercambio entre los sistemas penal y asistencial. Desde esta lectura se puede entender que la propuesta que debió afrontar el colectivo des/institucionalizador, recoló a la institución asistencial en un nuevo plano de control social. Se observó una re-apropiación, por parte de instancias gubernamentales, de lógicas que reproducen la antigua relación entre *psiquiatría* y *justicia penal* (Foucault, 1990a, 1990b, 2008; Castel, 1980; Döring, 1985; Sozzo, 1999). En un documento de ese momento se expresaba:

Pretendemos aprovechar mejor los espacios instalados en el Ministerio de Salud para atender precisamente enfermos [...]. No se trata de mezclar presos, locos y prostitutas [...]. Los tiempos de crisis y la emergencia pública requieren medidas y soluciones ciertamente excepcionales y quizás novedosas [...] (Ministerio de Gobierno, Justicia y Culto, 2003).

Muchas de estas cuestiones convertidas en peligrosidad social emergen como abandono, pero a la vez muchas situaciones de abandono pueden, luego, ser leídas desde la peligrosidad (De Leonardis, 1988; Pitch, 1996; Cohen, 2006). De hecho, proyectar establecer una cárcel en el predio donde se estaba llevando a cabo un proceso des/institucionalizador en salud mental, responde a una concepción que considera a ese espacio en términos de abandono. Para Pitch, esta categoría indica el fracaso del sistema, de no gobernabilidad de los problemas, y también de resistencia a la intervención institucional (Pitch, 1996).

En el caso que estamos analizando, esta construcción social quedó al descubierto en una nota periodística en la que el entonces Ministro de Gobierno Justicia y Culto

14 Para Pitch la metáfora de la bifurcación imputa a lo penal la producción de procesos que, en realidad, tienen su matriz en otro lado. Acentuando la separación entre sistemas productores de control (Pitch, 1996).

provincial esbozó que el consumo problemático de drogas se pone de relieve, no por el sufrimiento que causa a un sujeto en el marco de un proceso de encierro carcelario, sino por la *peligrosidad* que tiene ese sujeto al interior del dispositivo carcelario. Es decir que desde lo discursivo daba cuenta de un sujeto *no gobernable* en el dispositivo de control institucional bajo su gobierno. Dijo, refiriéndose al proyecto de trasladar a jóvenes con consumo problemático y en conflicto con la ley a una unidad penal en el predio de Oliveros, que “Nació en 1990, porque en los últimos motines hemos advertido una gran cantidad de adictos” (Diario *El Litoral*, 2003).

El proceso de construcción de la unidad penal requirió poner en juego las categorías que se acaban de enunciar. Se debieron confrontar las agencias productoras de control social, ya que si no se problematiza esta situación se instituye una nueva (vieja) lógica que tiende a continuar la misma justificación problematizada. Es decir, re-colocar en el espacio que culturalmente constituía un lugar de encierro, un nuevo territorio donde se dirime reiteradamente el encierro.

Así la resistencia a la instalación del penal en la Colonia Oliveros consolidó la defensa a un proyecto que incorporaba la des/ institucionalización en todas sus dimensiones, pero particularmente en la que se cuestionaba la idea de que la respuesta adecuada (Daroqui, 2002) para estas problemáticas era el secuestro en espacios separados de la sociedad (Pavarini, 1995). La Colonia fue protegida de una re-territorialización propicia para continuar y ampliar los espacios de secuestro y control (Bergalli, 1996).

El Inicio

Tal como se ha introducido la lucha por la defensa de la Colonia, además, fortaleció al grupo de gestión de salud mental, consolidado luego con la creación de Dirección Provincial de Salud Mental, e hizo posible un desplazamiento hacia la *asistencia al padecimiento psíquico* en el tejido de otros dispositivos de encierro institucional diferenciados del hospital psiquiátrico, tal como lo había establecido el artículo 23 de la Ley 10.772¹⁵. En ese momento, fue posible ubicar en la arena política sanitaria la puesta en vigencia del derecho a la asistencia en salud mental de la población privada de libertad. En una nota periodística publicada en 2003, el entonces director de la Colonia de Oliveros reflejaba esta situación:

15 Art. 23: “El Ministerio de Gobierno, Justicia y Culto creará, en un plazo máximo de veinticuatro (24) meses, a partir de la promulgación de la presente Ley, Departamentos de Salud Mental en el ámbito penitenciario, para la asistencia integral de personas con trastornos o alteraciones en su salud que se encuentren condenadas o detenidas bajo proceso penal. Para permitir una integración conceptual asistencial, el personal profesional y no profesional tendrá dependencia programática y administrativa del Ministerio de salud y Medio Ambiente”.

[...] se pide que se cumpla la ley que explícitamente menciona que debe haber departamentos de salud mental en las cárceles y que deben depender técnicamente de salud provincial, para que sea coherente con un criterio clínico y no meramente correccional. Nada de todo esto se cumple. Estamos en una situación anómala porque el Estado no cumple con la ley y esto dificulta tremendamente el abordaje serio de los problemas en las cárceles (Diario *La Capital*, 2003).

Así, en los primeros días de noviembre de 2003 se estableció un espacio de trabajo intersectorial con el objeto de organizar una innovadora estrategia de abordaje dirigida a sujetos privados de libertad. Sin embargo, la institucionalización de este dispositivo tuvo un comienzo por demás problemático. Según el relato de un entrevistado:

No teníamos presupuesto, tal es así que en 2005, cuando se produjo la catástrofe de Coronda, las catorce muertes, lo que conseguimos fue que pagaran los contratos de los psicólogos, no el Ministerio de Salud, porque no teníamos presupuesto, lo pagó el Servicio Penitenciario, lo que después fue toda una lucha para que eso pasara al Ministerio de Salud. La construcción de un sujeto político, me gusta decirle a mí, o la construcción de un agente social que inscriba en la agenda del Estado este problema, no pasó más que por este grupo de activistas que veníamos trabajando en una construcción colectiva desde Oliveros y que nos fuimos encontrando con otros compañeros, desde otros lugares, y que fuimos arrancándole al Estado en sus diversas agencias, determinadas decisiones que primero las firmaban y después era necesario alguna muerte, algún incendio, como en el caso del Corralito, ya con otra gestión, para que termináramos efectivizándolo (Autoridad política).

Según los testimonios recabados en el trabajo de campo, “las muertes de Coronda”¹⁶ fueron el punto de inflexión para la institucionalización del dispositivo de Salud Mental en Cárceles, ya que luego de ese suceso surgió su efectiva institucionalización.

Sustitución de lógicas manicomiales como encuadre estratégico

En el marco de la reforma planteada a nivel provincial lo que organizó las nuevas prácticas asistenciales fue la contraposición a la significación de la *desasistencia*, en-

16 Se refiere al evento conocido como “tragedia o masacre de Coronda”, ocurrida el 11 de abril de 2005 cuando un motín provocado por presos santafesinos tuvo como víctimas a 14 internos oriundos de Rosario que se alojaban en los pabellones 1 y 11 (Diario *Clarín*, 2005). El motín concluyó sin ningún tipo de petitorio, ni reclamo. Según la Justicia se trató de una secuencia de crímenes selectivos, previamente organizados. Los primeros 10 asesinatos se consumaron en un lapso de entre 5 y 8 minutos. Todo se inició con una protesta de los presos del pabellón 7 que avanzaron hacia los dos sectores donde vivían sus víctimas (Diario *Uno*, 2008). Tiempo después se supo que dos guardiacárceles y el director participaron de forma directa en el evento (Diario *La Capital*, 2008).

tendida como una lógica manicomial (Faraone, 2013). A diferencia de otras experiencias nacionales e internacionales, el grupo de profesionales que asumió la Dirección de Salud Mental, en la provincia de Santa Fe en 2004, no solo debía instituir nuevos procesos des/ institucionalizadores sino que, además, debía refundar las experiencias deshospitalizadoras (enunciadas como desmanicomializadoras) que se habían organizado durante los primeros años de la década de 1990.

En este contexto la sustitución de lógicas manicomiales emergió por la necesidad de plantear una *identidad* (Visacovsky, 2002: 28) que denotara una filiación ideológica posicionada en el antagonismo de los procesos que venían desarrollándose en la provincia, pero que además ponderaran ciertos valores políticos morales que distinguen las prácticas y las perspectivas que los integrantes del colegiado de gestión venían instituyendo. Una narrativa daba cuenta de esto:

Para nosotros era necesario encontrar las palabras que nombraran nuestro intento de transformación y que no era la noción de desmanicomialización que ya conocíamos. Era necesario fundar una experiencia, nuestra invención, desde una enunciación nueva. Necesitábamos diferenciarnos de los otros intentos porque no coincidíamos ideológicamente (Autoridad política).

La cuestión de inscribir el concepto de sustitución de las lógicas manicomiales respondía a poner en escena que el manicomio no empieza y termina en sus muros, sino que son múltiples las causas que lo sostienen, con múltiples agentes de reproducción. Para el colegiado de gestión el desafío era pensar ese espacio como un dispositivo que debía ser sustituido. Sin embargo, también se debía madurar acerca de la construcción de una trayectoria a recorrer hasta lograr las condiciones del cierre, y esto implicaba abordar un proceso intramuros (manicomio) de transformación, así como la intervención en otras instituciones de encierro.

La noción que el colegiado de gestión le otorgó a la práctica, en el sentido *clínica-política*, puede ser el punto de partida de la descripción de las innovaciones realizadas, y de la inclusión de la cárcel como institución en la cual se debía intervenir desde la Dirección de Salud Mental. En este sentido, un miembro del colegiado de gestión, sintetizó el concepto de clínica:

Entendemos una práctica, no total, no una síntesis, no la reducción a un discurso. La problemática de la locura es un problema demasiado complejo para dejarlo liberado al discurso médico, o psicológico, o político, o ideológico, o jurídico, o psicoanalítico. Como problema de la cultura nos plantea la necesidad del abordaje múltiple de la realidad que nos toca labrar (Autoridad política).

El colegiado de gestión le otorgó a la clínica un sentido de *clínica ampliada*; es decir, tal como se plantea en un artículo coproducido entre investigadores brasileros y alguno de sus integrantes del colegiado de gestión, como una clínica que permitiera “es-

tirar los bordes de esa clínica más allá del paradigma biomédico hegemónico vigente. Incluir cierto análisis de la vulnerabilidad, traer la dimensión de la escucha que sirva de aporte a proyectos negociados, compartidos con usuarios y comunidades” (Onocko Campos *et. al.*, 2008: 182).

Fue esta construcción de diversos maletines tecnológicos lo que permitió, en la micropolítica de los procesos de trabajo (Merhy, 2006), la construcción del modelo des/institucionalizador que se introdujeron en las diferentes instituciones penitenciarias dejando algunas huellas en el sistema de control social duro.

La emergencia del dispositivo de salud mental en cárceles.

Avances y obstáculos

En agosto de 2004 desde el Ministerio de Salud y coordinado por la Dirección de Salud Mental se creó el *Programa de Salud Mental para Ciudadanos Detenidos o Bajo Medidas de Seguridad*, y en ese marco se inscribió el *dispositivo de salud mental en cárceles*. Este dispositivo tenía entre sus funciones la asistencia en salud mental para ciudadanos detenidos en unidades penales, alcaldías, seccionales, comisarías y otros lugares de detención dependientes de la policía de la provincia.

La decisión de instituir un dispositivo de salud mental en cárceles consolidó una estrategia des/institucionalizadora que cuestionaba la opresión y la ausencia del derecho a la asistencia en salud mental en población privada de libertad. Una narrativa daba cuenta que este suceso constituía “una decisión política muy fuerte, una ideología muy marcada” (Integrante del equipo de cárceles).

Como se señaló anteriormente este dispositivo constituía un elemento innovador, ya que sus gestores eran externos al sistema penitenciario, lo que generaba por un lado espacios diferenciados de este, pero por otro, resistencias permanente a su implementación. En las entrevistas realizadas se pusieron de manifiesto sus desafíos:

Es interesante el proceso porque los profesionales que forman los equipos no deben rendir cuenta al Servicio Penitenciario porque están destinados a la producción de salud, a crear espacios donde los internos puedan hablar de sí mismos protegidos por el secreto profesional de la clínica (Autoridad política).

La mayoría [de los equipos] tenemos formación psicoanalítica, aunque no todos, pero creo que lo que hemos tenido en común es la posibilidad de un lugar con las características de encierro, que es la cárcel, donde todo lo ponen bajo candado, el objetivo entonces era comenzar a liberar la palabra (Integrante del equipo de cárceles).

El ingreso al dispositivo no está pensado en la lógica de la cárcel, donde todo lo accedes en función de la lógica de premios y castigos, sino que tiene que ver con que es una restitución de derechos (Integrante del equipo de cárceles).

En el comienzo se constituyeron equipos conformados prioritariamente por psicólogos (más de 30) y con apoyo de otros profesionales (psiquiatras, abogados y trabajadores sociales) que desarrollaron tareas en las cárceles de Coronda, Las Flores, la Unidad de Mujeres de Santa Fe, la Redonda (U3) de Rosario y la Sala Penitenciaria del Hospital Cullen. Más tarde, luego de su construcción, se agregó la Unidad 11 (Penal Piñero), de máxima seguridad.

El abordaje en el espacio penitenciario fue referido por los entrevistados como un dispositivo difícil de sostener, tanto en el tiempo, en el lugar, como con los propios internos. Esto llevaba permanentemente a la necesidad de innovar estrategias, lo que era problematizado entre los distintos equipos.

Hay muchas cosas que empezaron y tuvieron su tiempo, que después cayeron. Entendemos que esto es parte de la lógica institucional, de la dinámica con la que tenemos que trabajar, pero haciendo un poco de resistencia (Integrante del equipo de cárceles).

Desde la perspectiva de sustitución de las lógicas manicomiales, el objetivo del trabajo en cárceles trasciende la asistencia en el marco de la institución penal, para ubicar el problema en su dimensión intra-extramuros. Una narrativa daba cuenta de la complejidad de la implementación de estas estrategias:

Me impresionó mucho la historia de las mujeres detenidas¹⁷, si la familia está afuera también tenemos que atravesar ese muro con las estrategias que podemos. Una vez que la ansiedad respecto de qué está pasando con su familia esté contenida, probablemente podamos tener a estas mujeres en el taller. Entonces nuestra intervención, más que pensar talleres, sea como involucramos con quienes afuera están trabajando con su familia. Porque lo que me impresionó mucho es la vulnerabilidad que instala la detención de un miembro de la familia, y sobre todo si ese miembro es mujer. Ese tipo de material lo tenemos que estar trabajando en los centros de salud que tienen a su alrededor, todas las familias (Autoridad política).

Esta articulación entre el adentro y el afuera es una marca distintiva de las estrategias de salud mental a desarrollar en las cárceles. Es un camino creador, difícil, pero desafiante para los gestores de la sustitución de las lógicas manicomiales. Este testimonio da cuenta de la dificultad, pero también de la potencia (Merhy, 1995) de la des/institucionalización cuando se pone en juego toda su dimensión.

17 En esta parte de la entrevista se hace referencia a historias de mujeres detenidas (procesadas o condenadas) y al registro por parte de los trabajadores de salud mental que intervienen en el dispositivo de dicha unidad penal. En las intervenciones se relata que las mujeres hacen principal referencia a la angustia producto de haber dejado sus hijos mientras ellas están detenidas.

A modo de cierre. Hacia una construcción identitaria en Salud Mental

El recorrido aquí desplegado permite establecer, en el caso estudiado, la institucionalización de la asistencia en salud mental a población privada de libertad como una estrategia necesaria en los procesos des/institucionalizadores en salud mental. Los testimonios de los entrevistados sobre la construcción de una unidad penal para jóvenes con consumo problemático de drogas y en conflicto con la ley, recolocaron la relación carcel-manicomio y, por lo tanto, la importancia de este problema. La resistencia a este evento no sólo retrotrajo la medida impuesta, sino, por el contrario, fortaleció un proyecto clínico-político de sustitución de las lógicas manicomiales hacia espacios de control social duro diferenciados del manicomio.

El análisis muestra lo insuficiente que resulta centrar los procesos des/institucionalizadores en el marco restringido de la institución manicomial y problematiza sus instancias diferenciadas. La organización de dispositivos asistenciales vinculados a otros procesos de encierro en el marco de la Dirección Provincial de Salud Mental constituyó un aspecto por demás novedoso y sin precedente en la Argentina. El dispositivo de salud mental instituido en las unidades penales de la provincia de Santa Fe generó instancias, no poco conflictivas, de trabajo con población privada de libertad en dos sentidos particularmente interesantes: el vinculado a la asistencia en el espacio de encierro –trabajos grupales, proyectos productivos, abordajes individuales– y la problematización sobre la necesidad de un abordaje extramurales con grupos sociales vinculados con quien está privado de libertad (hijos, padres, etcétera).

La consolidación de equipos de trabajo fue el eje del proceso des/institucionalizador que incluyó el dispositivo de asistencia a población privada de libertad. Sin embargo, hubo un permanente desmembramiento y recambio de sus integrantes debido particularmente a las condiciones adversas a las que debían enfrentarse en el abordaje cotidiano. Ocupar un rol activo y central en la motorización de dispositivos alternativos al interior de la institución penal implicó posicionarse en la confrontación con los procesos instituidos, así como con los actores que puján por mantenerlos. Esto ubicó a los equipos en una situación percibida por sus integrantes como de fragilidad. Así el alcance de cierta continuidad en un trayecto puntuado por una sumatoria de obstáculos e incertidumbres, otorgaron al proceso de trabajo al interior del sistema carcelario situaciones de avances y retrocesos permanentes en la implementación de acciones asistenciales por parte de los equipos de salud mental.

La construcción de un dispositivo externo pero que se introduce en el sistema penal, el trabajo en su interior, el abordaje terapéutico a las personas con sufrimiento psíquico privadas de libertad no es de fácil resolución, sin embargo el incipiente trabajo de los equipos permite ir constituyeron mojones problematizadores en la producción de una subjetivación colectiva des/institucionalizadora.

Bibliografía

- Arroyo Cobo, J.:** “El grupo de trabajo sobre salud mental en prisiones (GSMP). Actividades y funcionamiento”, *Revista Norte de Salud Mental*, 2005, núm. 7, 86-91. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Bergalli, R.:** “El sistema penal contemporáneo: una forma violenta de control social”, *Revista Delito y sociedad*, 1996, núm. 8, 103-118. Buenos Aires: UNL-UBA.
- Breiger, R.:** “Control social y redes sociales: Un modelo a partir e Georg Simmel”, *Revista Política y sociedad*, 2000, núm. 33, pp. 57-72. Madrid: Universidad Complutense.
- Castel, R.: *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*, Madrid, La Piqueta, 1980.
- CELS.:** *Derechos humanos en la Argentina. Informe 2009*. Siglo XXI, Buenos Aires, 2009.
- CELS.:** *Derechos humanos en la Argentina. Informe 2010*. Siglo XXI, Buenos Aires, 2010.
- CELS.:** *Derechos humanos en la Argentina. Informe 2011*. Siglo XXI, Buenos Aires, 2011.
- CELS.:** *Derechos humanos en la Argentina. Informe 2012*. Siglo XXI, Buenos Aires, 2012.
- CELS-MDRI.:** *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos de la Argentina*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2008.
- Cohen, C.:** “Medida de segurança”, en C. Cohen, F. Ferraz y M. Segre (org.): *Saúde mental, crime e justiça*, EDUSP, São Paulo, 2006, 123-129.
- Dammert, L. y Zúñiga, L.:** *La cárcel: problemas y desafíos para las Américas*, Flacso, Santiago de Chile, 2008.
- Daroqui, A.:** “La cárcel del presente, su ‘sentido’ como práctica de secuestro institucional”, en S. Gayol y G. Kessel (comp.): *Violencias, delitos y justicias en la Argentina*, Manantial-Universidad de General Sarmiento, Buenos Aires, 2002, 191-204.
- De Leonardis, O.:** “Statuto e figure della pericolosità sociale tra psichiatria riformata e giustizia penale: note sociologiche”, en O. De Leonardis y otros (org.), *Curare e punire. Problemi e innovazioni nei rapporti tra psichiatria e giustizia penale*, Unicopli, Milano, 1988, 45-70.
- Diario La Capital.:** “Unas veinte ONGs rechazaron el plan de Carranza para Oliveros”. Sección La Región, 31 de octubre. Rosario, 2003.
- Diario La Capital.:** “Piden exonerar a procesados por la masacre de Coronda”. Sección Policiales, 3 de julio.
- Diario El Ciudadano.:** “Polémica: proyectan juntar presos y locos”. Sección Policiales, 23 de octubre. Rosario, 2003.
- Diario El Litoral.:** “El debate por el destino de Oliveros se ideologizó”. Primera sección, 6 de noviembre, 2003.
- Döring, M. T.:** *Contra el manicomio*, Colección ensayos, UNAM, 1985.
- Faraone, S.:** “La conformación de un colectivo en salud mental. De la Experiencia Oliveros a la Dirección de Salud Mental”, en Faraone, S y Valero, V (comp.): *Dilemas en Salud Mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*. Editorial Madres de Plaza de Mayo. Buenos Aires, 2013.
- Foucault, M.:** “*Historia de la locura en la época clásica*” T. I, Fondo de la Cultura Económica, Buenos Aires, 1990^a.
- Foucault, M.:** “*Historia de la locura en la época clásica*” T. II, Fondo de la Cultura Económica, Buenos Aires, 1990b.
- Foucault, M.:** “*Los anormales*”, Fondo de la Cultura Económica, Buenos Aires, 2008.
- Ley 10.772, Argentina. Santa Fe. Salud Mental. Disponible en <http://gobierno.santafe.gov.ar>, 1991.

Ley 26.657, Argentina. Salud Mental y Derechos Humanos. <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=175977>, 2010.

Martínez, L.: “RELATORIA: La Salud Mental en contexto de encierro”, 2014, Encuentro PPN.

Merhy, E.: “La planificación como tecnología de gestión”, *Cuadernos de posgrado*, 1995, núm. 4, Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Merhy, E.: “*Salud: cartografía del trabajo vivo*”, 2006, Buenos Aires, Lugar.

Ministerio de Gobierno, Justicia y Culto de Santa Fe: “Comunicado de prensa”, 29 de octubre, 2003.

Murillo, S.: “Naturalización de la pobreza y la desigualdad. Efectos políticos y subjetivos de las estrategias del Banco Mundial”, *La revista del CCC*, 2007, núm. 1, septiembre-diciembre.

Onocko Campos, R. y otros: “Salud Colectiva y psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes”, *Salud Colectiva*, 2008, vol. 4, núm. 2, 173-185, Buenos Aires, UNLa.

Pavarini, M.: “Cárcel e indefensión social. Recursos jurídicos y sociales”, Barcelona, Bosch, 1995.

Pérez Martínez, E.: “Atención a la salud mental en el medio penitenciario”, Desviat, M y A. Moreno Pérez (eds.) *Acciones de salud mental en la comunidad*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios / 47, Madrid, 2012.

Pérez Martínez, E.: “¿Psiquiatría penitenciaria?”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2004, núm. 6, 97-101.

Pitch, T.: “¿Qué es el control social?”, *Delito y Sociedad*, 1996, núm. 8. Buenos Aires, CBC, UBA.

Procuración Penitenciaria de la Nación (2014): Recomendaciones al SPF sobre salud mental en las cárceles federales. Disponible en: http://ppn.gov.ar/?q=Recomendacion_de_PPN_al_SPF_sobre_Salud_Mental_en_la_carcel

Rodríguez Gómez, G.; J. Gil Flores y E. García Jiménez: *Metodología de la investigación cualitativa*, Ediciones Aljibe, España, 1996.

Rotelli, F., O. De Leonardis y D. Mauri: “Desinstitucionalización, otra vía. La reforma psiquiátrica italiana en el contexto de Europa Occidental y de los países avanzados”, *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1987, vol. VII, núm. 21, pp. 165-187.

Sozzo, M.: “Cuestiones de responsabilidad entre dispositivo penal y dispositivo psiquiátrico”, *Delito y Sociedad*, 1999, núm. 13, 162-181.

Valero, A. y Faraone, S.: “Lo punitivo y lo terapéutico. Una experiencia de desinstitucionalizadora en salud mental en el ámbito penitenciario de la provincia de Santa Fe (Argentina)”, *Delito y Sociedad*, 2011, Año 20, número 31- UBA.

Valero, A.: “Las transformaciones y sus resonancias. La experiencia de juntas especiales”, en Visacovsky, S. (comp.): “*El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*”, Alianza, Buenos Aires, 2013.