

# Lo punitivo y lo terapéutico. Una experiencia desinstitucionalizadora en salud mental en el ámbito penitenciario de la provincia de Santa Fe (Argentina)<sup>1</sup>

---

Ana Valero<sup>2</sup> y Silvia Faraone.  
Universidad de Buenos Aires

## El pabellón psiquiátrico dentro de la cárcel

Desde fines de 1960, la transformación del espacio manicomial abrió un profundo debate sobre las modalidades de atención de los padecimientos en el campo de la salud mental que aún hoy está sin saldar. En nuestro país, el regreso a la democracia (1983) implicó el establecimiento de espacios de transformación institucional junto a la elaboración de políticas y prácticas desinstitucionalizadoras. Los años 90 significaron un punto de inflexión a partir de la mercantilización de la salud y la modificación en los mecanismos de control social (duro y blando). En el contexto actual, con la reciente introducción de la ley nacional de Protección de la Salud Mental 26.657/2010, conviven prácticas sustitutivas al encierro manicomial y prácticas deshos-

pitalizadoras, junto con la persistencia de prácticas asilares.

Este trabajo se propone explorar la relación entre el ámbito penitenciario y el ámbito de salud frente a personas con padecimientos psíquicos procesadas o bajo proceso penal que se encuentran detenidas en unidades penitenciarias.

A los fines propuestos, en este trabajo se tomará como analizador la experiencia del complejo proceso de cierre del pabellón psiquiátrico ubicado en la Unidad Penitenciaria N° 1 de la ciudad de Coronda (U.P. N°1), Provincia de Santa Fe (Argentina), en el período que se extiende entre los años 2005 y 2008. Se tomó como jurisdicción de referencia a la provincia de Santa Fe, en virtud de que

<sup>1</sup> Este trabajo fue realizado en el marco de una investigación de mayor amplitud -proyectos de investigación UBACYT, desarrollados bajo la dirección de Mag. Silvia Faraone, períodos 2008- 2010 y 2010- 2012, Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Además de las autoras de este trabajo, colaboró con este las correcciones de este trabajo la Lic. Analía

Latorre e integraron el equipo de investigación: Cecilia Tamburrino, Ernestina Rosendo y Eugenia Bianchi..

<sup>2</sup> Para este trabajo la autora contó con el apoyo de una Beca de Perfeccionamiento en la Investigación 'Ramón Carrillo – Arturo Oñativía' (2009-2010), Comisión Nacional de Salud Ciencia y Tecnología, Ministerio de Salud de la Nación.

ésta viene desarrollando desde el año 1996 un sostenido proceso de transformación institucional, acompañado por la ley provincial de Salud Mental 10.772/1991 (sancionada en el año 1991, aunque reglamentada recién en septiembre del año 2007).

Esta legislación obliga al cumplimiento de los derechos de las personas con padecimiento psíquico enmarcados en sus artículos 1, 2 y 13<sup>3</sup>: derecho a solicitar y recibir tratamiento, así como, rehusarse a recibir tratamiento o a interrumpirlo (excepto disposición judicial); derecho a ser escuchado, informado (sobre el tratamiento a realizar, sus características, condiciones de desarrollo y posibilidades de recuperación); derecho a su intimidad, a ser preservado de actos que mortifiquen sus sentimientos o hieran sus convicciones; derecho a visita, comunicación, salida y trabajo, entre otros.

<sup>3</sup> Ley Provincial De Salud Mental N° 10.772/91.-

**Art. 1.** - Derecho al tratamiento. Condiciones.

Toda persona que padeciera sufrimiento por, o en su salud mental tiene derecho a solicitar y recibir tratamiento. El mismo deberá ser prescripto y conducido por profesionales de la salud mental legalmente habilitados, y estará orientado hacia la curación, la recuperación y rehabilitación.

Entre las alternativas más idóneas, se evitarán aquellas que pudieran ocasionar algún daño a la salud, privilegiándose las que menos restrinjan la libertad y alejen del núcleo familiar y social. Las personas tienen derecho a rehusarse a recibir tratamiento o a interrumpirlo, salvo los casos en que así lo disponga la autoridad judicial en la forma prevista en la Ley.

**Art. 2** - Derecho a ser escuchado, informado y a su intimidad -

La persona que padeciere sufrimiento por, o en su salud mental, y esté en tratamiento, deberá ser escuchada y tenida en cuenta en sus opiniones.

Deberá ser informada a su vez, por el profesional, sobre el tipo de tratamiento a realizar, sus características, condiciones de desarrollo y posibilidades de recuperación. Asimismo será preservada de actos que mortifiquen sus sentimientos o hieran sus convicciones, de la divulgación de su conducta y de la revelación de los

Esta legislación, además de garantista de derechos, es innovadora en la promoción de abordajes alternativos al orden manicomial, otorgando la primacía a las estrategias que menos restrinjan la libertad de los sujetos con padecimiento psíquico y ubicando a las internaciones sólo como tratamiento orientado a la recuperación y egreso en el marco del resguardo por la integridad psíquica y física de las personas, su dignidad y su libertad.

En su artículo 18<sup>4</sup>, la ley además prevé que el Estado arbitre los medios y promueva la implementación de medidas asistenciales alternativas, tales como servicios de salud mental en hospitales generales -con o sin internación-; atención domiciliaria en salud mental en la comunidad; servicios de emergencia en salud mental; centros de salud mental en la comunidad; hospitales de día, casas de medio camino, talleres protegidos, entre otros.

sufrimientos que padece, resguardándose su intimidad de toda intromisión innecesaria.

**Art. 13.** - Derechos de visita, comunicación, salida y trabajo -

El Director del establecimiento deberá permitir y facilitar las visitas y comunicación del internado con personas ajenas al mismo: las del representante no podrán sufrir limitación irrazonable. A su vez, promoverá y facilitará los paseos y salidas terapéuticas, así como el trabajo voluntario de los internados, que se regirá por las leyes correspondientes.-

<sup>4</sup> Art. 18.- Transformación de establecimientos de internación -

Se establece un plazo máximo de tres (3) años a partir de la promulgación de la presente Ley, para la transformación de los establecimientos de internación en salud mental, según lo establece la presente Ley. El Estado arbitrará los medios conducentes al objetivo fijado y promoverá la implementación de medidas asistenciales alternativas, entre ellas, servicios de salud mental en hospitales generales, con, sin internación, atención domiciliaria en salud mental en la comunidad, servicios de emergencia en salud mental, centros de salud mental en la comunidad, hospitales de día, casas de medio camino, talleres protegidos, etc.

Deberá asimismo reconocer como propuestas válidas los recursos propios de la comunidad.-

Si bien la ley nacional de Protección de la Salud Mental, se sanciona con posterioridad a la experiencia aquí analizada, año 2010, el desarrollo del cierre del pabellón psiquiátrico de la U.P. Nº1 problematiza, nutre y dimensiona los procesos desinstitucionalizadores propuestos por esta. Por tal motivo, en este trabajo, nos interesa centrarnos particularmente en las instituciones de control social duro o *hard control*. Ubicamos en esta categoría aquellas instituciones que implementan acciones de máxima coerción, en las cuales “las instancias de control duro de tipo custodial se justifica por la emergencia de seguridad diferenciada –entre un mínimo y un máximo- en la políticas de control social” (Pavarini, 1994: 9).

La experiencia desarrollada en el pabellón psiquiátrico de la U. P. Nº 1 –Coronda, Santa Fe-, conocido también como “el corralito”, fue impulsada por la Dirección de Salud Mental de la provincia de Santa Fe 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.

La experiencia considerada constituye un contexto de singular interés para la investigación social en el campo de la salud mental en tanto su abordaje supone la aproximación al nudo teórico conceptual problemático que tiene lugar en la intersección entre los dispositivos de ‘cura y sanción’ (Pavarini y Betti, 1984: 99), entre ‘enfermedad mental y peligrosidad social’ (Pitch, 1989: 112), entre el dispositivo psiquiátrico y dispositivo penal (Sozzo, 1999b:164). Es también un contexto de relevancia en el cual es posible reconocer que el ámbito institucional penal penitenciario contiene la posibilidad de realizar una confrontación necesaria con los hechos brutos de la dominación en tanto se desenvuelven en instituciones que, si bien en parte veladamente, constituyen rasgos de nuestro paisaje cultural y político (Rhodes, 2001:77).

Tomamos entonces como punto de partida que no es posible realizar un análisis de las transformaciones institucionales consideradas sin tener en cuenta la centralidad de la relevancia del contexto penal y las dinámicas que afectan al sistema de salud mental, en la medida en que “el corralito” fue creado como resultado del rechazo a la asistencia de los “locos peligrosos”, debiendo por otro lado su singularidad a la convergencia de dos conjuntos sociales específicos diferenciados: los “locos-delinquentes” y los “delinquentes-locos” (Sozzo, 1999a: 4).

El trabajo se focalizará en el análisis del conjunto de sentidos, valoraciones y prácticas socialmente construidas respecto de la salud mental, su cuidado y asistencia en el contexto del proceso de cierre del pabellón psiquiátrico.

Para ello se ahondará en el período extendido entre los años 2005 y 2008. Las instancias posteriores a octubre de 2008 en que tiene lugar el cierre definitivo del pabellón, comprenden los procesos decisorios y las trayectorias de las personas alojadas en él (incluyendo derivaciones hacia los contextos de pertenencia, dispositivos alternativos como casas de medio camino, diversos efectores del sistema de salud y sistema penitenciario) y requieren de una problematización específica que excede los alcances y fines de este trabajo.

La temática planteada coloca en el centro de la reflexión el concepto de violencia institucional a la vez que habilita y alienta la valoración de su potencial como herramienta conceptual.

De lo anterior se desprende que es posible observar en la temática planteada un interjuego entre el sistema de salud y el sistema penal penitenciario que se expresa en acciones terapéuticas o punitivas con base en motivaciones o intencionalidades cuya direccionalidad es necesario establecer.

## Metodología

El trabajo se basó en un diseño de investigación cualitativo, cuya unidad de estudio es el cierre del pabellón psiquiátrico de la Unidad Penitenciaria N°1 (“Cárcel de Coronda”), ciudad de Coronda, Provincia de Santa Fe en el período que se extiende entre los años 2005 y 2008.

Se trabajó con informantes clave, utilizando la técnica de entrevistas en profundidad a trabajadores de salud mental que estuvieron involucrados en la experiencia del cierre del “corralito”<sup>5</sup>.

Se realizaron entrevistas a siete trabajadores de la salud mental con diferente formación profesional, función y grado de involucramiento en la experiencia considerada, siendo en su totalidad, integrantes de los equipos profesionales intervinientes y pertenecientes a la Dirección Provincial de Salud Mental. Del total de personas entrevistadas, cinco de las entrevistas fueron de tipo individual, dos de las cuales fueron realizadas a autoridades políticas, y las tres restantes a dos psicólogas y un abogado. Se realizó asimismo una entrevista de tipo grupo focal a dos enfermeros.

Las entrevistas individuales se utilizaron para 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 (aspectos biomédicos, psicosociales y jurídicos). El grupo focal apuntó a registrar

acuerdos, tensiones y perspectivas entre los enfermeros que llevaban a diario la tarea de transformación al interior del propio penal.

A cada entrevistado se le explicaron los motivos de la investigación, garantizándose el anonimato, voluntariedad, confidencialidad y seguridad de la información recolectada, con realización de consentimiento informado por escrito.

Las referencias a los relatos de los entrevistados (excluyendo a las dos autoridades políticas entrevistadas cuyos nombres sí se explicitan) fueron individualizadas mediante uso de letras mayúsculas especificándose la formación profesional según cada caso: A: abogado; B: psicólogo social; C: enfermero; D: enfermero; E: psicóloga; F: psicóloga.

Para el análisis se utilizaron técnicas de registro, grillado y sistematización de datos, organizándose temporalmente las entrevistas, de acuerdo a la seriación de eventos tanto a nivel macro (políticas), como a nivel micro (intervención).

A los fines de este trabajo, se utilizará en adelante la expresión “cierre del corralito” para hacer referencia al proceso complejo que abarca el período que va desde el inicio de la intervención del equipo de la Dirección de Salud Mental en el año 2005 hasta el cierre definitivo en octubre de 2008.

### *Engranajes conceptuales*

El “corralito” constituyó un espacio diferenciado dentro del contexto carcelario (Daroqui, 2002) y, en tanto tal, presentó características afines al mismo. A las condiciones de haci-

namiento por superpoblación carcelaria, se suman otros rasgos que enmarcan el deterioro de las condiciones de existencia que se evidencian en déficits (CELS/MDRI. 2008) en

<sup>5</sup> En el presente trabajo no se incluyeron para el análisis entrevistas a integrantes del personal del Servicio Penitenciario.

las áreas de: higiene, salud, esparcimiento, educación y deportes<sup>6</sup>.

En un trabajo que nos antecede escrito por Sozzo, se plantea que la creación de la Sala Psiquiátrica en la U.P. N°1 de Coronda se origina dentro del marco del dispositivo psiquiátrico de la provincia, así el dispositivo penitenciario sólo se abre para receptor un proceso originado más allá de sus fronteras. El autor, sin embargo, expone que esta apertura transfigura el proceso mismo de forma que: "Si el problema estaba delimitado originalmente por un sector de internos judiciales de la institución psiquiátrica, los 'locos delincuentes', la solución escogida lo recomprende en términos más amplios, lo transfigura, agregando los procesados y condenados que presentan 'alguna de las formas de alienación mental' o 'afección mental', que sin implicar alienación, sea de tal gravedad o índole que perturbe la tranquilidad de sus iguales, los 'delincuentes locos'" (Sozzo, 1999a:4).

Como punto de partida de nuestro trabajo tomamos como supuesto de base que el "corralito" compartió con la cárcel su lógica institucional representada por una 'calculada técnica de circulaciones' (Foucault: 1976): de personas, medicamentos, castigos y sanciones, y de todo tipo de bienes. Es decir que, como en todo contexto penitenciario, se hacen allí presentes un sinnúmero de sanciones y mecanismos de circulación infrapenales, que se expresan a nivel de las prácticas concretas sin respaldo en los marcos legales ni en las reglamentaciones carcelarias. (Foucault, 2002: 277).

La obra de Foucault ofrece múltiples anclajes al campo de estudio que hemos considerado para este trabajo. Precisamente,

quisiéramos detenernos en la definición de "dispositivo de poder disciplinario", ya que nos resulta de gran utilidad para avanzar en un análisis como el que aquí proponemos. Un "dispositivo de poder disciplinario" puede definirse como un conjunto heterogéneo de discursos y prácticas extradiscursivas (pudiendo comprender entonces discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, reglamentos, leyes u otras medidas administrativas, enunciados de carácter científico, filosófico, moral o filantrópico), que acontecen en un "espacio cerrado, recortado, vigilado, en todos sus puntos, en el que los individuos están insertos en un lugar fijo, en el que los menores movimientos se hallan controlados, en el que todos los acontecimientos están registrados, en el que un trabajo ininterrumpido de escritura une el centro con la periferia, en el que el poder se ejerce por entero, de acuerdo con una figura jerárquica continua, en el que cada individuo está constantemente localizado, examinado y distribuido entre los vivos, los enfermos y los muertos". (Foucault, 2002: 201) La utilidad de este concepto reside en la centralidad que otorga a las prácticas para pensar las relaciones sociales que se despliegan al interior del dispositivo penal / psiquiátrico.

Asimismo, consideramos que las prácticas infrapenales pueden pensarse como inscriptas dentro del ámbito de violencia institucional y es por ello que efectuamos a continuación un breve recorrido en torno a este concepto.

En principio, reconocemos *violencia*, cuando tiene lugar un lazo social que se basa en la fuerza y ese lazo es a la vez jerárquico y desigual (Izaguirre, 1998:7). Puede presentarse como un encuentro entre sujetos con fuerzas desiguales en términos materiales y de cono-

<sup>6</sup> Un hecho de relevancia para nuestro estudio en la historia reciente de la cárcel está dado por la denominada 'masacre de Coronda', hecho ocurrido en el año 2005, que arrojó 14 muertos como resultado de enfrentamientos entre internos (rosarinos vs. santafesinos) con

la posible participación del Servicio Penitenciario, según lo sugerido por las fuentes consultadas, ya sea por razones de negligencia, omisión o complicidad (CTC, 2005).

cimiento. Es allí donde se realiza lo esencial del vínculo violento: el sometimiento de una de las partes (Izaguirre, 1998:7). Pero como veremos más adelante, el contexto en que se desarrolla la experiencia que analizaremos en este trabajo es un tipo de violencia particular, la *violencia institucional*. Esta consiste en una forma de violencia que es permanente, porque se manifiesta a través de rutinas y costumbres, pero que no se ve<sup>7</sup>, en tanto dichas rutinas forman parte constitutiva de las pautas culturales del mundo institucional. Son las relaciones sociales involucradas las que en última instancia resultan no visibles por estar naturalizadas.

Con respecto a la singularidad del ámbito penal, J. Martínez (2002:261) afirma que la violencia institucional debe ser analizada como un elemento que forma parte de las pautas culturales del mundo penal, que no resulta ni ajena ni extraña a sus agentes, que forma parte de su lógica de acción y

que estructura muchas de las prácticas de las agencias del sistema penal. La violencia institucional entonces, lejos de constituir un hecho extraño o excepcional, es un elemento propio del ámbito penal.

Por tratarse de actos de violencia institucional, los mismos se encuentran sumergidos dentro de las rutinas diarias, que desarrollan los diversos conjuntos sociales que en el caso del ámbito específico de lo penal penitenciario se encuentra representado por el entramado compuesto por el personal penitenciario, los detenidos, los detenidos con padecimiento psíquico entre ellos y los administrativos<sup>8</sup>. Dichos actos de violencia institucional, la mayor parte de las veces, “se encuentran hurgando en el trajinar acostumbrado y diario de las burocracias y sus hábitos, en las redes de sociabilidad que sus agentes tejen hacia adentro y hacia fuera de las instituciones” (Tiscornia, 2004:8).

### “Lo peor de lo peor”

En el marco de la Dirección de Salud Mental de la provincia de Santa Fe se define a “*la producción de salud mental íntimamente relacionada con la democratización de las instituciones*”, impulsándose, desde la recreación de la dirección en 2004, acciones en el sentido de la “*sustitución de las lógicas manicomiales*”.

Este colectivo de gestión (2003-2011) a cargo de la Dirección mencionada, reproblematisa el concepto de “*desinstitucionalización*” (Mauri et. al., 1987; Cohen, 1994; Faraone, 2005) a la luz de los procesos neoliberales

que impactan en el sector salud en la década de los noventa (Iriart et al., 1995; Iriart, 1997), ubicando el foco de la tensión entre los componentes desmanicomializadores y deshospitalizadores (Mauri et al 1997; Faraone, 2005).

En este sentido expresa una de las auto-ridades políticas entrevistadas, el Dr. Gustavo Castaño, director de Salud Mental en el período mencionado: “*En plena década de los noventa, con la tremenda avanzada anti-estatal, era necesario sostenerse en una afirmación propositiva, que incluya la ne-*

<sup>7</sup> Es permanente pero que no se ve, en tanto comprende situaciones de poder que naturalizan la desigualdad y banalizan la impunidad (Izaguirre, 1998).

<sup>8</sup> Para nuestro caso de análisis los detenidos con padecimiento psíquico estarían incluidos en el conjunto de los detenidos.

*gación en su interior (antimanicomio), pero [subraya] la mera abolición de fragmentos de lo público-estatal, su desaparición, no traía ni traería consigo nada saludable. Porque eso era lo que venía sucediendo y nos entregaba llanamente a la ferocidad inhumana de los juegos de mercado. ‘La desasistencia es una de las lógicas manicomiales’”.*

Sobre esta base conceptual y amparado en el cumplimiento de la ley 10.772/1991, la Dirección Provincial de Salud Mental impulsa desde el año 2003 una profundización de los procesos de *sustitución de “lógicas manicomiales”* con un importante impacto en dos de las instituciones totales de la provincia: una de ellas con un proceso ya iniciado años antes, la Colonia Psiquiátrica ‘Dr. Abelardo I. Freyre’ de la localidad de Oliveros, la otra, el pabellón psiquiátrico “corralito” de la U.P. N°1 de Coronda.

El pabellón psiquiátrico “corralito”, se encontraba ubicado en el interior de la U.P. N°1 de la ciudad de Coronda<sup>9</sup>. La cárcel de Coronda fue fundada en 1933 y a partir de 1971 se la denomina “Instituto Correccional Modelo - Unidad 1”, con el nombre “César Raúl Tabares”. La población estimada para años recientes, se eleva a unos 1.000 presos y 500 empleados (policías, guardia cárceles, etc.) según información brindada por personal de Alcaldía (La Opinión Rafaela: 2008) siendo, más del 50 % de su población, detenidos procesados sin sentencia (CTC, 2005).

El pabellón psiquiátrico se instala en la cárcel de Coronda en pleno proceso democrático, en el año 1985, y es definido por varios de los entrevistados como “*lo peor de lo peor*”. Alojaba a personas con padecimiento psíquico, con un promedio de 24 personas (1996- 1998) y cuyo número había alcanzado

las 30 personas en 1996, siendo su capacidad máxima de 20 personas (Sozzo, 1999a:8). De las personas alojadas, un conjunto lo constituían personas con padecimiento psíquico en cumplimiento de una pena, un conjunto se hallaba detenida con proceso penal en curso, y un conjunto lo integraban personas con padecimientos psíquicos en cuyos procesos habían sido hallados inimputables. Las proporciones de cada uno de estos conjuntos fue muy variable a lo largo del período de 23 años en que se extendió la existencia del pabellón: 1985- 2008, llegando con frecuencia a más de mitad la proporción del conjunto de personas halladas inimputables con respecto al total. Para el año 2008, en que se produce el cierre definitivo, de las 22 personas alojadas, 14 pertenecían al conjunto señalado. El personal de salud a cargo (un psiquiatra y enfermeros) dependía administrativamente del Ministerio de Salud.

A partir del año 2005, la Dirección de Salud Mental comenzó a trabajar dentro del “corralito” con un equipo integrado por psicólogos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales y abogados. Dicha intervención tuvo por objetivo externar a las personas allí alojadas hacia espacios asistenciales de carácter no penitenciario. En el año 2008, se produce el cierre definitivo del mismo.

Es el ámbito penal penitenciario dado por la cárcel de Coronda, lo que describimos como un contexto de violencia institucional naturalizada. La particularidad de dicho contexto, implica que el mismo no pueda, en consecuencia, ser abordado en su complejidad, sin tener en cuenta las características del Servicio Penitenciario como actor y contexto clave para el análisis. Pero por otro lado, el origen del “corralito” no puede ser analizado dejando

<sup>9</sup> Coronda, ciudad cabecera del departamento San Jerónimo, perteneciente a la Región Sanitaria Nudo Santa Fe. Posee una población de 20.000 habitantes aprox.

fuera de consideración al sector de salud, y en forma específica, el Área de Salud Mental, del cual resultó ser un emergente.

La historia del cierre del “corralito” puede entonces trazarse en relación con el interjuego de dos dimensiones de análisis fundamentales: por un lado, la relevancia de la singularidad del sistema penal penitenciario como contexto donde se desarrolla la experiencia a examinar; por otro lado, la configuración de las relaciones entre el ámbito penal penitenciario y el ámbito de salud. De la combinación de las dos dimensiones descriptas, surge en nuestro análisis la distinción de tres diferentes momentos que muestran el juego de intencionalidades institucionales diversas de los conjuntos sociales conductores de las intervenciones institucionales: el Equipo de Salud Mental dependiente del Servicio Penitenciario y Equipo de Salud Mental dependiente de la Dirección de Salud Mental, Ministerio de Salud de la Provincia. La resultante de la diversidad de intencionalidades en juego, las terapéuticas impulsadas desde el ámbito de salud, y punitivas desde lo penitenciario, junto con intencionalidades mixtas, estuvo representada por la incursión del sistema de salud en el espacio penal y su producto fue la puesta en tensión de la lógica institucional dominante dentro del contexto carcelario.

Así, en el proceso de transformación de la práctica manicomial al interior del dispositivo penitenciario es posible identificar tres momentos diferenciados según las combinaciones de las fuerzas de los conjuntos sociales intervinientes. Sin embargo, a pesar de las particularidades de cada uno de los momentos que aquí se describirán, la centralidad de la lógica institucional penitenciaria está presente

en cada uno de los momentos constituyendo siempre el telón de fondo.

Los tres momentos identificados fueron: *momento cero*, la creación del “corralito”; *primer momento*, la cárcel dentro de la cárcel; y *segundo momento*, lo terapéutico y lo punitivo, lo no manicomial y lo manicomial.

Es así que lo que denominamos *momento cero* del “corralito” corresponde a la instancia de creación del mismo, en respuesta a una necesidad del Sistema de Salud Mental provincial de buscar un nuevo dispositivo específico para los ‘locos peligrosos’, lo cual supuso su expulsión del Sistema de prestaciones en Salud Mental, a instancias de pedidos del personal de salud.

La etapa siguiente o *primer momento* corresponde al estado de situación dado por el “corralito” bajo la intervención exclusiva de un médico psiquiatra y dos enfermeros, todos ellos dependientes del Sistema Penitenciario. Esta etapa se extiende desde la creación del “corralito” en 1985 hasta la incursión en el año 2005 del Equipo de Salud Mental, con posterioridad a la reapertura de la Dirección de Salud Mental en el año 2004.

Dicho momento fue seguido a continuación por un *segundo momento*, que se extiende entre el año 2005 y 2008, caracterizado por la inserción en el “corralito” del Equipo de Salud Mental dependiente de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud y la coexistencia del mismo con el personal del equipo dependiente del Servicio Penitenciario.

Para mayor claridad, sistematizamos a continuación, la periodicidad propuesta:



<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1933 Apertura de la U.P N°1 de Coronda (Santa Fe)</li> <li>• 1985 Creación del pabellón psiquiátrico “corralito”</li> </ul>	} <b>Momento Cero</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1998 Cierre administrativo del pabellón psiquiátrico</li> <li>• 2003 (Re) creación de la Dirección de Salud Mental</li> <li>• 2005 (abril) ‘Masacre de Coronda’</li> </ul>	} <b>Primer Momento</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2005 Incursión de Equipo de Salud Mental en el pabellón psiquiátrico “corralito”</li> <li>• 2008 (octubre) Cierre del pabellón psiquiátrico “corralito”</li> </ul>	} <b>Segundo Momento</b>

## Los tres momentos

### *Momento cero: la creación*

La creación del “corralito” guarda estrecha relación con las dinámicas y tensiones que suscita entre los equipos profesionales, desde sus espacios institucionales particulares, la persona con padecimiento psíquico pero que se encuentra atravesando un proceso penal: el denominado “loco peligroso”, también “loco criminal” (Pitch, 1989: 112) y también el juego “loco-delincuente” y “delincuente-loco” (Sozzo, 1999a:4).

El proceso de diferenciación que conduce a la identificación del “loco peligroso” dista mucho de ser novedoso, y ha sido largamente considerado, entre otros, particularmente a lo largo de la obra acerca de los *Anormales* de Michel Foucault (1999). Los preconceptos, sentimientos y emociones ligados a la situación de las personas con padecimiento psíquico, ya sea se encuentren transitando un proceso penal o ya hayan sido condenadas, han estado tradicionalmente vinculados a la asociación de la peligrosidad al padecimiento psíquico.

La distinción entre unas y otras personas con padecimiento psíquico, las que se encuentran transitando un proceso penal o hayan sido condenadas y las que no, parece asumir una dimensión sustantiva, en la medida en que moviliza acciones y reclamos específicos de los trabajadores de la salud mental que, en el caso concreto del “corralito”, resultan en la expulsión institucional de estos conjuntos sociales hacia otros espacios institucionales.

*A: El “corralito” no existe porque sí, no lo inventó Mandrake. Lo inventamos nosotros, las instituciones... Suipacha, nosotros... Todo lo que rechazamos nosotros. (Abogado)*

El entrevistado hace referencia allí al hecho de que la creación del pabellón psiquiátrico en la cárcel es resultado de un intento de solución novedosa para dar respuesta a lo que era visto como problemático por los profesionales de los espacios asistenciales convencionales no penitenciarios.

En especial se hace referencia al conflicto desencadenado en el año 1985 en uno de los hospitales especializados, el Mira y López de la ciudad de Santa Fe<sup>10</sup> que se encontraba en ese momento transitando un proceso, iniciado en 1984, de transformación desde un modelo tradicional asilar hacia una modalidad de puertas abiertas. El corralito entonces, se trata de una invención que de por sí conlleva la exclusión y rechazo del espacio asistencial de las personas con padecimiento psíquico que estuvieran transitando un proceso penal y que antes eran asistidos en espacios terapéuticos fuera de la esfera penitenciaria.

*E: Lo excluido de lo excluido, lo segregado de lo segregado, y nosotros pensamos bueno que hablamos de lógicas manicomiales que ponen en juego eso de la segregación y nos referimos a algunos de los sectores monovalentes, bueno eso sería lo segregado. El máximo exponente. Y de los procesos de penalización, porque también era lo segregado de las unidades penitenciarias, de varios sistemas. Yo lo pondría en relación con eso, las dificultades de realmente sostener una práctica en lugares así en donde lógicas tan perversas. (Psicóloga).*

### *Primer momento: el manicomio dentro de la cárcel.*

Este “primer momento”, se inicia a partir de la creación del “corralito” en 1985<sup>11</sup> y se extiende hasta el año 2005, cuando se introducen en el espacio del mismo los equipos profesionales provenientes de la Dirección de Salud Mental. En el lapso considerado,

Es una transformación que prioriza los intereses de algunos conjuntos de trabajadores de la salud mental específicos y tiene por resultado la restricción de las posibilidades terapéuticas y maximización de las dimensiones punitivas.

*B: Todo esto [el “corralito”] se creó en el año ‘85, por una crisis que hubo en el hospital... Mira y López (de Santa Fe), a partir de que había internados pacientes penalizados y había habido un episodio de violencia y el personal empezó a... bueno, a organizarse y a reclamar que... no podían estar los presos... no podían convivir con los pacientes psiquiátricos. Y se armó toda una movida que llegan a un acuerdo interministerial entre... Salud y el Ministerio de Gobierno... de ese momento... donde crean este engendro. (Psicólogo social).*

La creación del pabellón psiquiátrico “corralito” dentro de la cárcel tiene lugar en el año 1985, producto de un Convenio entre Ministerio de Gobierno y el Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de la Provincia de Santa Fe. Dicho acuerdo funda y legitima desde entonces su existencia.

el pabellón psiquiátrico de la cárcel presenta características singulares. Las condiciones se describen como de desposesión extrema:

*C: [las condiciones del “corralito” son] Las más horrendas que a vos se te ocurran. ... era un lugar...*

<sup>10</sup> El conflicto mencionado se desarrolla como resultado de una contienda de los profesionales del Hospital Psiquiátrico Mira y López, conocido también como Suipacha, de Santa Fe donde el personal presionó a sus autoridades exigiendo la finalización de las internaciones en ese dispositivo asistencial de personas con padecimiento psíquico que tuvieran causas penales.

<sup>11</sup> El 11/01/1985 se dispuso la creación de la Sala psiquiátrica en la Unidad Penitenciaria N° 1 de Coronda, destinada a aquellas personas que “padezcan afecciones en su salud mental”, que sean imputables o inimputables penalmente, “calificados de graves o peligrosos, no contenibles dentro del régimen ordinario de las instituciones penitenciarias u hospitales psiquiátricos comunes”.

*era una cárcel dentro de la cárcel. Era... un lugar... digamos, imagínate lo que es... un lugar... digamos, una cárcel en las peores condiciones que se pueden imaginar en la cárcel...* (Enfermero)

Cabe destacar el emplazamiento del pabellón dentro de la cárcel. La ubicación es descripta como el lugar más al fondo de un largo pasillo, con tres puestos o “nudos” donde se disponían los controles penitenciarios intermedios. Dichos controles suponían barreras en el caso de necesidad de evacuación en caso de producirse emergencias como también, como veremos más adelante, barreras que debían ser atravesadas por el personal que fuera a desempeñar sus tareas en el pabellón psiquiátrico. En virtud de su ubicación, el lugar contaba con la posición más desventajosa de todo el penal en caso de producirse una emergencia ya fuera producto de un motín, de un accidente, etc.

Por otro lado, las condiciones del pabellón también reflejaban, con fluctuaciones, situaciones de hacinamiento extremas.

*E: pero bueno, también es cierto que atravesamos momentos en donde el lugar, bueno, ustedes saben que estaba preparado como para alojar más o menos 20 pacientes, esto es una ficción porque no estaba preparado para alojar a nadie, pero bueno en los hechos hubo momentos en donde había 40 pacientes, o sea las condiciones de hacinamiento eran (...) es muy difícil ponerle palabras.* (Psicóloga).

Un informe provisto por Coordinadora de Trabajo Carcelario (2005) realiza una descripción de las condiciones físicas correspondientes a este primer momento, año 1995, considerando que: “*La estructura del mismo de por sí es ofensiva, es un pasillo convertido en pabellón, está más deteriorado que el resto del penal, en los dormitorios la distancia entre cama y cama no guarda ninguna regla mínima, de tal forma que deben turnarse*

*para bajar los pies de la misma, porque dos al mismo tiempo no caben*” (CTC, 2005). La disponibilidad de espacio interno dentro del “corralito” se plantea entonces como extremadamente limitada; este rasgo resulta semejante a la situación de hacinamiento general que se describe para el resto de la cárcel.

Sin embargo, en referencia, por ejemplo, a la temperatura y a la vinculación con fuentes de luz natural, las condiciones del “corralito” parecerían ser de mayor deterioro que en el resto del penal, de acuerdo a las referencias por nosotros recabadas:

*C: Mirá de... de sensaciones... eh... cinco grados menos de temperatura... cuando entraba ahí... invierno o verano eran cinco grados menos...* (Enfermero)

*D: El sol no entra en ningún lado ahí.* (Enfermero)

*C: Era un encierro total... te van encerrando...* (Enfermero)

*D: Era el fondo... de la cárcel, o sea que si había algún motín... si no te avisaban quedabas enganchado en el medio del motín...* (Enfermero)

A lo largo de todo el primer momento, la organización del “corralito” funcionó bajo la supervisión, además del personal penitenciario de seguridad común a todo el penal, de un equipo específico integrado por un jefe médico psiquiatra y dos enfermeros. Todas estas posiciones correspondían en lo laboral a cargos dependientes del Servicio Penitenciario.

*B: ponele, hasta que el primer equipo nuestro empezó a laburar en el “corralito”... había... el personal del “corralito” era... un grupo de enfermeros... que dependía del servicio penitenciario y un psiquiatra que dependía del servicio penitenciario. Que el psiquiatra no iba nunca.* (Psicólogo social)

En ese contexto, las condiciones asistenciales en salud mental en el “corralito” contaban en este primer momento con un desarrollo

nulo y presentaban, en todas sus dimensiones, rasgos propios de la práctica penitenciaria, que se manifestaban en: la ausencia del control sistemático de los expedientes e historias clínicas de los pacientes, la distribución de la medicación a cargo del personal penitenciario general, la dosificación de la medicación como castigo, la ubicación de los internos en ese espacio diferenciado dentro del penal como castigo.

*C: Por ejemplo, pacientes... que no existía ningún motivo... que estaban perdidos, digamos... ¿viste?, cuando [están] perdidos de los registros burocráticos... o sea, presos que estaban ahí y que no tenían que estar ahí, por ejemplo... Había un paciente que estaba ahí... que no había motivos... cuando empiezan a ver los papeles los compañeros... ¿Y éste por qué está acá? Nadie sabía... se había un expediente y el tipo había quedado ahí... por ejemplo... esas cosas. (Enfermero)*

Fuentes diversas señalan, para este primer momento, la cuestión del uso de la medicación como castigo o recurso exacerbado para el control social de las personas allí alojadas (CTC, 2005). De acuerdo a las personas entrevistadas, el potencial terapéutico del espacio estaba en ese momento reducido al mínimo.

*C: Y los pacientes estaban reontra medicados... en condiciones... que era... un mix... de lo peor del manicomio más lo peor de la cárcel. Eso era el “corralito”...o sea... eh... extremado encierro, ninguna... posibilidad de nada en el orden de lo recreativo... y el encierro en las peores condiciones... O sea, los pacientes tirados... reontra medicados, planchados... (Enfermero)*

Por otro lado, el “corralito” se encontraba unido al resto del penal por una ‘frontera permeable’ por la cual personas detenidas por fuera del pabellón psiquiátrico que no presentaban patologías psiquiátricas, eran lle-

vados a este espacio a los efectos de reforzar sobre ellos el ejercicio del control social. Por todo ello, dentro de la cárcel de Coronada, el “corralito” constituía un espacio diferenciado de castigo.

*D: Donde terminó siendo... su funcionamiento fue ser el mayor grado de... castigo para los internos, digamos, ¿no? Eh... que muchas veces combinaban ahí... internos, digamos, más revoltosos, por llamarlo de alguna manera... y bueno, eran medicados... con Halopidol®... (Enfermero)*

Estas prácticas internas de castigo dieron origen a numerosos reclamos protagonizados por diversos organismos de derechos humanos en el campo judicial, entre otros: Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (APDH) y la Coordinadora de Trabajo Carcelario (CTC, 2005).

*D: El personal penitenciario. Decían: “Bueno, tengo éste con esta situación” A nosotros nos ha pasado mucho de encontrar reclamos de los internos de los pabellones, que nos decían cuando íbamos... yo como organismo... ¿por qué no van a ver si no está en el “corralito”, Pepito?, que se lo llevaron hace cinco días... y si nadie reclamaba..., si no tenía familiares o los propios compañeros del pabellón... quedaba ahí... con... toda la vida. (Enfermero)*

Lo precedente, junto con la completa ausencia de toda actividad recreativa o laboral y la falta de planificación de acciones orientadas a la reinserción social, estuvo caracterizado en este primer momento, de acuerdo a nuestros entrevistados y a las fuentes consultadas, por la falta de desarrollo del potencial terapéutico que, como resultado, dejó el campo libre para la profundización de las prácticas punitivas.

Una situación paradójica que tiene lugar dentro de este primer momento, se desarrolla en 1995, cuando el Ministerio de Salud dispone el cierre formal del Pabellón Psiquiátrico, aun-

que dicha decisión no se concreta en la práctica y el “corralito” sigue en funcionamiento en una especie de “limbo institucional”. A

fin de 1998, con 24 personas alojadas en el pabellón, fue definido políticamente el cese de los ingresos en el mismo (Sozzo, 1999a:8).

*Segundo momento: lo terapéutico y lo punitivo.*

El desafío para el equipo de la Dirección de Salud Mental (perteneciente al Ministerio de Salud provincial) consistía en lograr establecer las coordenadas estratégicas necesarias para acompañar el proceso del cierre del corralito, sobre la base de la lógica institucional penitenciaria dominante en el contexto de intervención. Es así que, el que hemos designado como “proceso de cierre”, es considerado a lo largo de este trabajo como algo que no se produce en un acto puntual sino que se trata, en cambio, de un proceso complejo extendido en el tiempo que llevó tres años de duración. Caracterizaremos a continuación el denominado “segundo momento”, procurando establecer en el trayecto los aspectos que definen los puntos de contacto y diferenciación con respecto al “primer momento”.

Dichos aspectos son los siguientes: la decisión política del cierre; la composición del equipo, la interacción entre sistema Penitenciario y de Salud, las condiciones físicas, la intencionalidad y, finalmente, las prácticas.

El proceso de cierre del “corralito” surge como resultado de una decisión política, consecuencia por un lado, de múltiples intentos previos y de numerosos reclamos por parte de organismos de derechos humanos, y por otro, como producto de la resistencia a la instala-

ción de una cárcel en la colonia de Oliveros que se produce a lo largo del año 2004<sup>12</sup>.

*A: Mirá, hubo un momento que... eh... cuando asume... eh... Fernando Rosúa... en el año 2003, que ahí como... que fue que se empezó a conversar la posibilidad de este marco, que charlamos con Gustavo [Castaño, Director de Salud Mental de la provincia], que era de... o llevar... un pabellón..., la prisión a Oliveros... En ese movimiento que se hizo de resistencia... eh... como que se empezó a pensar la posibilidad de asistir en salud... o sea, juntar las personas privadas de la libertad y... ahí comienza algún movimiento de plantear... el cierre.*  
(Abogado)

En el año 2005, la intervención se inició con la conformación de un equipo multidisciplinario dependiente de la Dirección de Salud Mental. La composición del equipo incluía perfiles profesionales novedosos con respecto al equipo que había intervenido en el Primer Momento: estaba constituido por psicólogos, enfermeros y un abogado.

*B: Había un psiquiatra... No me acuerdo la cantidad, pero era: psiquiatra, psicólogo, abogado y enfermeros, que se sumaban a los enfermeros que ya estaban y al psiquiatra que ya estaba. Eh... varios*

<sup>12</sup> Si bien este proceso no es objeto de esta ponencia, no podemos dejar de mencionar que en el marco de la desinstitucionalización de la Colonia Olivero, el gobierno provincial impulsó la construcción de una cárcel en sus terrenos para alojar jóvenes con consumo indebido de sustancias en conflicto con la ley. Esto implicó momentos de tensión y lucha para desactivar

dicho proyecto. Así los trabajadores de la Colonia en conjunto con la población de tres pueblos de la zona, organismos de derechos humanos y diferentes organizaciones sociales y gremiales logran desplegar acciones que concluyen con la desactivación total de la instalación de una nueva cárcel.

*psicólogos...; un abogado...; un psiquiatra... y... dos enfermeros. (Psicólogo social).*

Por otro lado, los profesionales correspondientes al primer momento mantuvieron en sus cargos y perduraron con el nuevo equipo de trabajo. Más aún, el médico psiquiatra jefe del primer equipo continuó siendo formalmente la autoridad del área dentro del Penal. Es así que, con trayectorias profesionales, finalidades y expectativas de intervención diversas, ambos equipos, el dependiente del Servicio Penitenciario y el dependiente de la Dirección de Salud Mental, coexistieron con ciertas tensiones durante los tres años que duró esta etapa.

C: *A “Perez” [el médico psiquiatra a cargo de la Dirección del área]... lo que le pesaba... era un tipo muy inteligente, muy psiquiatra, pero... ‘Perez’ lo que le pesaba, porque estaba en duda, todavía si éramos importantes o unos taraditos... Pero era la chapa que llevábamos de la dirección (provincial) de salud mental... Nada más. Nosotros explotamos hasta donde pudimos eso.*

D: *Intentaba acordar... porque él iba los lunes, diez minutos. (Enfermero)*

La coexistencia tuvo, al parecer, un carácter que podríamos calificar de mutualista en la medida en que las dos partes se habrían visto beneficiadas de acuerdo al punto de vista ofrecido por nuestros informantes:

C: *Y si nos ubicamos dentro del lugar donde estábamos. Hoy nosotros acá sabemos que podemos poner límites de otro modo... Pero no podíamos ser ajenos a esto... a ir viendo que en lugar había un punto y un límite que él [Director] ponía que en algo servía... Nosotros explotábamos eso. (Enfermero)*

D: *Él nos usaba y nosotros lo usábamos de otra manera. (Enfermero)*

C: *Y sí... era un juego esto. (Enfermero)*

La dirección del pabellón, encabezada por el médico psiquiatra, disponía de la autoridad al interior del penal que los representantes de la Dirección de Salud Mental carecían.

El nuevo equipo se propuso trabajar con los pacientes allí alojados con una orientación terapéutica asistencial que suponía la sustitución de las lógicas punitivas - manicomiales allí imperantes.

E: *“...hubo un proceso con puntos de avance, puntos de retroceso, creo que sí se produjo un movimiento muy interesante que a nosotros en relación a los pacientes los que nos daba una buena posibilidad de intervenir era nuestra situación de exterioridad respecto de este lugar y esta posición bien clara de que no acordábamos con las lógicas que desarrollaban ahí. (Psicóloga).*

En un primer lugar, parte del trabajo se enfocó a la recopilación y sistematización de la información disponible sobre cada uno de los pacientes y la elaboración de historias clínicas que estaban hasta ese momento ausentes por completo.

En segundo lugar, se procedió a adecuar los abordajes farmacológicos. En esa instancia, se presentaron obstáculos propios de la lógica institucional del contexto de la cárcel. Esto se produjo fundamentalmente en dos sentidos, por un lado, porque las prácticas instauradas no tradicionales de castigo implicaban la ‘sedación’ de pacientes con y sin padecimiento psíquico y, por otro lado, porque existía un fluido comercio de fármacos del que participaban tanto los detenidos de ese y otros pabellones y también el personal penitenciario.

F: *Primero porque el corralito estaba dentro del penal, muy en el corazón del penal, en el centro del penal, ahí estaba el corralito entonces era un lugar donde se manejaba el tema de las drogas psiquiátricas entonces si había algún motivo, alguna situación el*

*primer lugar donde se atacaba era el corralito, ese era una. Otra, tenía que ver con esto de que como si bien estaban presos pero además eran enfermos, enfermos psiquiátricos y dependía esta cosa que no se entendía muy bien, no le daban ningún tipo de bolilla, una especie, una cosa de ignorancia total, hacemos como si no estuvieran o quedar atrapadas situaciones donde... (...)... y era un penal. (Psicóloga),*

Estas condiciones alteraban drásticamente el marco de observación, y obturaban la posibilidad de constituir en aquel contexto un espacio terapéutico asistencial.

*C: Y a nosotros nos preocupaba en el propio lugar, pero que era algo muy común dentro de la cárcel. Que se nos escapaba dentro de la cárcel... (...)... delito donde... un lugar donde legalizan la falta de ley... realmente... Eh... digamos, cuando vos vas hacer algo que... aunque lo químico para nosotros es un elemento más de laburo, nada más... y buscarle la vuelta con gente piola que pueda entenderlo de ese modo... eh... Buscar la vuelta, haber si esto, aquello, que si algún efecto indeseable... donde después el tráfico... y te daban cualquier cosa... O sea, no podías con ningún tipo de control... realmente, pero... mínimo... que pueda dar... un químico, una pastilla”.*

*D: “Te rompiste la cabeza viendo lo que te decía el paciente, lo que... escuchabas, los defectos indeseables que veías..., donde acotaba... Y este... si después el otro venía y le vendía una tableta de rivotril®, de (minetone) o de lo que te imagines. (Enfermero)*

En tercer lugar, la intención terapéutica que orientaba a las prácticas desarrolladas por el nuevo equipo tenía por fin último la externación y en ese sentido, y según la situación de cada paciente, se fueron planificando salidas hacia el afuera del ámbito penitenciario.

Con respecto a las deterioradas condiciones físicas del pabellón, el ingreso del nuevo equipo significó la llegada de recursos básicos como colchones, zapatillas, televisor y calefacción.

*C: Bueno y lo que nosotros hicimos por lo menos... de asentar eso... en el sentido de que... bueno, que hubiese calefacción, o sea, estufas..., televisor, colchones... Y laburar fuertemente... como uno de los ejes fuertes de la gestión... la construcción de un dispositivo alternativo... (...) ahí hubo una mejora porque bueno... digamos, que hubiese camas como la gente, que hubiese infraestructura dentro de ese lugar espantoso, pero... por lo menos dentro de lo espantoso, que los pacientes... que hubiera talleres, para que los pacientes laburen. (Enfermero).*

Otra de las dificultades con las que se enfrentó el equipo de la Dirección de Salud Mental era la inestabilidad de la permanencia de los integrantes que componían su equipo, es decir, la adversidad del contexto carcelario, en toda su complejidad, provocaba la permanente rotación de los profesionales comprometidos. Constituía ésta una fuerte limitación a la conformación y consolidación de equipos y la orientación de acciones.

*A: La experiencia de los compañeros que estuvieron laburando fue una picadora de carne... porque era insoportable para la gente que laburaba ahí. ¿Te imaginas para los pacientes, no? Eh... condiciones de mucho hacinamiento. (Abogado).*

*F: Sí, otros profesionales de por ejemplo de algunos centros de salud, o sea todo el que estuviera dispuesto a colaborar y a exponer el cuerpo ahí que no era sencillito, íbamos, yo iba dos veces por semana, cada uno armaba sus horarios de acuerdo a cómo podía. (Psicóloga).*

A la adversidad del contexto carcelario como factor condicionante de la inestabilidad de los equipos, se sumaba la confrontación de enfoques y perspectivas de los conjuntos de trabajadores que desarrollaban actividades en el pabellón: los trabajadores que pertenecían al espacio antes de la incursión en 2005 de los equipos de la Dirección Provincial de Salud Mental y los equipos y los trabajadores

pertenecientes de los equipos de salud mental de la Dirección Provincial.

F: *y después bueno allá había enfermeros, gente que hace muchos años que estaba trabajando, sigue trabajando en Coronda pero en otra cosa, que era también todo un laburo con ellos también, porque explicar esto del cierre del corralito por un lado planteaban que sí, que estaban de acuerdo pero por otro lado había muchísima resistencia.* (Psicóloga).

E: *El ingreso de un grupo de trabajadores en un primer momento tuvo este doble efecto de generar cambios, entró una especie de efecto al lugar con la apertura de espacio que hasta ese momento nunca se habían intentado sostener, talleres, ¿te acordás todo el laburo de Sabrina?...los pacientes, las pinturas, pintar las paredes, por una vía y por otra vía, generó bastante resistencia en muchos de los trabajadores que venían trabajando ahí desde hacía muchos años.* (Psicóloga).

Por otro lado, en virtud de la ubicación del pabellón en el fondo del penal era frecuente que el personal penitenciario realizara a los integrantes del equipo ‘mangueos’ o pedidos indirectos de diversos regalos.

D: *Eh... bueno, llevábamos un montón de cosas... porque caímos con zapatillas, bueno, un montón de cosas para los pacientes... De que... desde el primer control te manguaban... el servicio penitenciario, ¿viste?... “Yo calzo cuarenta y ocho...” o “Uy, la yerba...” Bueno... eh... (...) Nosotros pasábamos todas las puertas para llegar al lugar... Y eso era... “Uy, qué linda frazada para ir a la isla” o que lindo... que esto, que aquello.* (Enfermero).

Todos los rasgos descriptos hasta aquí, la dificultad de establecer una adecuada terapéutica y seguimiento farmacológico, las presiones propias del contexto representadas por ejemplo en el ‘manguero’ por parte del servicio penitenciario y la inestabilidad de los equipos de trabajo, confluyen en la conforma-

ción de obstáculos al desarrollo de prácticas terapéuticas del orden de lo no manicomial. En este sentido, los profesionales intervinientes destacan la orientación y la intencionalidad de las prácticas implementadas.

D: *Y... bueno, así es como empezamos a laburar como equipo. Después como equipo... hubo quizás deserciones, porque hubo profesionales que no se la bancaron y... Así que siempre teníamos problemas como equipo, teníamos problemas... si incorporaban un compañero nuevo y... era volver a repensar y a... a ver cómo seguíamos.* (Enfermero).

La sumatoria de obstáculos y la incertidumbre dada por la adversidad del contexto de intervención, otorgaban al proceso de cierre una dinámica de vaivén al estilo “juego de la oca” según el relato de los profesionales. Por ello, resultaba dudoso el efecto de las acciones desarrolladas:

D: *Y yo a veces le decía a una compañera, que parecía el juego de la oca, porque por ahí avanzábamos tres casilleros y una palabra de más... y sobre todo con los compañeros..., y retrocedía diez casilleros, ¿viste? Al final... se quería avanzar un poquito más y... encontrabas ahí la pared.* (Enfermero).

El tránsito del nuevo equipo por el Corralito puede ser caracterizado del modo precedente. Otra es la situación cuando se toma la decisión de concretar el cierre. En ese marco, el nuevo equipo deja de poder trabajar producto de las constantes resistencias que el penal realiza a sus acciones.

B: *Como hubo tantos intentos... eh... éste era un intento más de cerrarlo, no va a pasar nada. Entonces, no... cuando cayó la ficha que se les veía en cierre, lo empezaron a boicotear mal. A tal punto que tuvimos que dejar de ir.* (Enfermero)



Es así que desde la Dirección de Salud Mental se decide conformar un equipo de trabajo específico, constituido por una operadora de salud, una psicóloga y una abogada y conducido por un psicólogo social para efectivizar el cierre y la búsqueda de alternativas terapéuticas, desde ya no penitenciarias, más adecuadas para cada paciente.

## Conclusiones

A lo largo de los diversos apartados recorridos en este artículo, la intersección entre el ámbito penitenciario y el ámbito de salud mental nunca dejó de constituir el telón de fondo de todas las reflexiones que fueron aquí volcadas. El relato pretendió reflejar la dimensión histórica ineludible que está presente en todo proceso social de transformación, en este caso en un contexto institucional singular, del que fueron señalados tres momentos distintivos. El artículo centró su atención en el que fue denominado como 'segundo momento'. Se destacan tres aspectos de relevancia para la comprensión del mismo: procesos de conformación y aprendizaje de equipos de salud mental, políticas de salud mental y la complejidad de los procesos de transformación en salud mental, en especial en aquellos que conllevan intersecciones institucionales.

La descripción y análisis del proceso de cierre del pabellón psiquiátrico de la U.P. N°1 de Coronda constituyó un analizador que permitió identificar los factores intervinientes en el proceso: condiciones materiales específicas del pabellón, presencia de prácticas diferenciales en el penal respecto del pabellón (espacio de castigo para internos que no tuvieran criterio para estar alojados en él, uso de la medicación como castigo, los denominados 'mangueos'), relación entre trabajadores de la salud dependientes del Ministerio de Salud con intervención en el marco de la decisión

Ricardo, el último paciente en salir de Coronda, lo hizo a las tres y media de la madrugada, por temor del equipo interviniente a que (ya fueran miembros de enfermería del viejo equipo, el personal penitenciario o bien los mismos detenidos) realizaran un nuevo acto por obstaculizar el cierre.

del cierre del pabellón y trabajadores dependientes del Servicio Penitenciario Provincial, junto con estos factores, tuvo lugar también en los conjuntos intervinientes la coexistencia de modos de ver y actuar diferentes respecto de las personas con padecimiento psíquico. El trabajo desarrollado hizo posible por otro lado valorar el alcance de los factores mencionados en un marco dado por los procesos de transformación de los modelos de cuidado y atención en salud mental en desarrollo tanto a nivel provincial como de otras provincias tal como se refleja en políticas específicas del área como en cambios en marcos normativos (a nivel provincial y nacional).

A nivel conceptual, la noción de violencia institucional se ofrece como una lente con sensibilidad analítica para abordar la experiencia considerada, siendo capaz: siempre aprendida y socialmente construida, siempre encarnada en los cuerpos y siempre invisible. Esta noción permite dar la dimensión específica que los procesos desinstitucionalizadores tienen en la construcción de políticas y prácticas transformadoras del espacio en el cual la violencia institucional se produce y reproduce.

La experiencia considerada pretende entonces dar luz a otras prácticas que se encuentren en desarrollo como así también alentar el impulso de las mismas en pos de la revisión crítica del acoplamiento 'enfermedad mental- peligrosidad social' que configura la

base argumental para la exclusión del cuidado de la salud y salud mental de personas con padecimiento psíquico que atraviesan procesos penales.

Queda mucho por explorar, particularmente conocer las trayectorias de todos los conjuntos involucrados con posterioridad al cierre del

pabellón y sus condicionantes sociales, pero este es un desafío que nos impulsa a seguir trabajando en pos de experiencias que se funden en la garantía de los derechos humanos de los sujetos con padecimiento psíquico tal lo expresa la ley 26.657.

### *Bibliografía*

- CELS/MDRI** (2008). *Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos de la Argentina*, Siglo Veintiuno Editores, Buenos Aires.
- Cohen, H.** (1994). “El proceso de desmanicomialización en la provincia de Río Negro”, en *Políticas en salud mental*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Coordinadora de Trabajo Carcelario** (2005): “Cárcel de Coronda: La reconstrucción de los hechos”. Informe de la CTC. 20 de abril de 2005. Disponible en: <http://argentina.indymedia.org/news/2005/04/284171.php>
- Daroqui, A.** (2002). “La cárcel del presente, su sentido como práctica de secuestro institucional”. En: Gayol, S. y G. Kessler (comp.) *Violencias, delitos y justicias*, Ed. Manantial y Universidad Nacional de General Sarmiento, Buenos Aires.
- Diario La Opinión Rafaela** (2008): “Cárcel de Coronda: la población la acepta, aunque con reparos”. Sección *Policiales*. Domingo 18 de mayo de 2008. Edición Electrónica.
- Faraone S.** (2005). *Desinstitucionalización: un modelo alternativo para el abordaje en salud mental o una política de reducción administrativa*. Tesis de maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.
- Foucault, M.** (1999). *Los Anormales*, Fondo de Cultura Económica, Argentina.
- (2002). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la Prisión*. Fondo de Cultura Económica, Argentina.
- Iriart, C.** (1997). “La reforma del sector salud en Argentina”, en *Reforma en Salud: lo privado o lo solidario*. Centro de Estudios y Asesoría en Salud, Ecuador, pp. 127-150.
- (2008). “Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias”, en *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), pp. 1619-1626. Brasil.
- Iriart, C., Emerson, M. y Waitzkin, H.** (1999). *La Atención Gerenciada en América Latina. Su*

*papel en la reforma de los sistemas de salud*, Instituto de Estudios y Formación, Buenos Aires.

**Iriart, C., Leone, F. y Testa, M.** (1995). "Las políticas de salud en el marco de ajuste", en *Cuadernos Médico Sociales (Argentina)*, N° 71, pp. 5-21.

**Izaguire, I.** (1998). "Presentación. Reflexiones sobre la violencia", en Izaguire, I. (coord. y comp.) *Violencia social y derechos humanos*, Eudeba, Buenos Aires.

**Martínez, J.** (2002). "Las burocracias penales y su violencia naturalizada", en Gayol, S. y G. Kessler (comp.) *Violencias, delitos y justicias*, Ed. Manantial y Universidad Nacional de General Sarmiento, Buenos Aires.

**Mauri, D., Rotelli, F., y otros** (1987). "Desinstitucionalización, otra vía. La reforma psiquiátrica italiana en el contexto de Europa Occidental y de los países avanzados", en *Revista de Asociación de Neuropsiquiatría*, Volumen VII, No. 21, Buenos Aires.

**Pavarini, M. y Betti, M.** (1984). "La tutela social de la / a la locura. Notas teóricas sobre la ciencia y la práctica psiquiátricas frente a las nuevas estrategias de control social." En *Revista Delito y Sociedad*. Nro.13. 1999. Pp. 93-105. Publicación original en *Revista Dei Delitti e Delle Pene*, N° 1. 1984, pp. 162-183. Traducción de Máximo Sozzo.

**Pavarini, M.** (1994). "Estrategia disciplinaria y cultura de los Servicios Sociales", en *Revista Margen*, Nro. 6, pp 5-25.

**Pitch, T.** (1989). "Responsabilidad penal y enfermedad mental. Justicia penal y psiquiatría reformada en Italia". En *Revista Delito y Sociedad*. Nro. 13. 1999. Pp. 111-138. Publicación original en *Responsabilità limitate. Attori, Conflitti, Giustizia Penale*, Feltrinelli, Milano, 1989. Traducción de Laura Martín (Progetto Citta Sicure -Regione Emilia Romagna) y Máximo Sozzo (UNL-UBA).

**Rhodes, L.A.** (2001). "Toward an Anthropology of Prisons", *Annual Review of Anthropology*, vol. 30, pp. 65-83.

**Sozzo, M.** (1999a). "Derechos Humanos en la Intersección Institucional Psiquiatría Justicia Penal. El caso de la Sala Psiquiátrica de la Unidad Penitenciaria N°1 de la Provincia de Santa Fe", en: *CELS Informe sobre la situación de los Derechos Humanos en la Argentina- 1996*, CELS, pp.167-200, Versión aggiornada para Ministerio de Gobierno, Justicia y Culto de la Provincia de Santa Fe.

——— (1999b). "A manera de epílogo. Cuestiones de responsabilidad entre dispositivo penal y dispositivo psiquiátrico. Materiales para el debate desde Argentina", en *Delito y Sociedad*, Año 8, N° 13.

**Tiscornia, S.** (2004). "Introducción", en Tiscornia, S. (comp.) *Burocracias y violencia. Estudios de antropología jurídica*, Antropofagia y Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.