

Responsabilidad, peligrosidad y simulación: prácticas judiciales en una institución psiquiátrica de la provincia de Santa Fe

*Responsability, endangerment, simulation:
judicial practices in a psychiatric hospital, Santa Fe*

Agustina Barukel · Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina*
agustinabarukel@gmail.com

ORCID: 0000-0002-6352-8668

Resumen

El artículo presenta los avances de una investigación desarrollada en una institución pública de internación psiquiátrica de Santa Fe, que tiene como objetivo general indagar de qué modo se ejerce el gobierno de la locura a través del análisis de las prácticas y políticas de salud mental en contextos de encierro. Se hace hincapié particularmente en las prácticas que revelan la yuxtaposición entre intervenciones asistenciales del área salud y las custodiales del sistema penitenciario. Se describe la normativa, políticas y programas que encuadran la dinámica cotidiana de personas en conflicto con la ley penal internadas en instituciones psiquiátricas. Se analizan tres tipos de prácticas judiciales de las que son objeto: la evaluación de responsabilidad, la evaluación de peligrosidad, y la evaluación de simulación. Se concluye que la yuxtaposición entre dispositivo penal y dispositivo asistencial, lejos de constituirse en un antagonismo simple, se articula de modo que las funciones pueden verse invertidas entre uno y otro. Además, la presencia de pacientes en conflicto con la ley penal provoca modificaciones en el paisaje hospitalario, que refuerzan rasgos y tareas custodiales.

Palabras clave · Prácticas judiciales /
Responsabilidad / Peligrosidad / Simulación

Abstract

The article presents the advances of a research developed in a public institution of psychiatric hospitalization of Santa Fe, whose general objective is to investigate how the government of madness take place through the analysis of mental health practices and policies in confinement contexts. Particular emphasis is placed on practices that reveal the juxtaposition between healthcare and custodial interventions. It describes the regulations, policies and programs that frame the daily dynamics of people in conflict with the criminal law interned in psychiatric institutions. Three types of judicial practices are analyzed: the evaluation of responsibility, the assessment of endangerment, and the evaluation of simulation. It is concluded that the juxtaposition between the penal device and the assistance device, far from constituting a simplistic antagonism, is articulated in such a way that the functions can be inverted between one and other. In addition, the presence of patients in conflict with the criminal law causes modifications in the hospital landscape, which reinforce custodial features and tasks.

Keywords · Judicial Practices /
Responsibility / Dangerousness / Simulation

* Agradezco a Florencia Serra por la lectura atenta, los comentarios y las sugerencias realizadas a una versión previa del artículo que aquí se presenta.



Introducción: locura y delito en el hospital psiquiátrico

En agosto de 2019 se han dado a conocer los resultados del Censo nacional de personas internadas por motivos de Salud Mental en Argentina. Según los datos relevados, hoy se puede afirmar que existen en nuestro país 12.035 personas internadas en 162 instituciones monovalentes, entre las cuales 41 son públicas. Estos datos corresponden a 21 jurisdicciones, ya que en otras tres no existen instituciones de este tipo, tanto públicas o privadas (DNSMyA, 2019).

Aunque los datos relevados en el Censo podrían ayudar a figurarse un mapa de la cuestión que nos ocupa, no es errado decir que hay una parte de la población afectada por problemáticas en su salud mental que aún permanece oculta. Existen varias razones para pensarlo: el escaso desarrollo de la epidemiología en salud mental, la presencia de instituciones que bajo otros nombres cumplen la función asilar pero no son parte de las estadísticas del sector, la falta de control sobre el sistema público así como la discrecionalidad con que se maneja el ámbito privado, entre otras (Barukel y Stolkiner, 2018).

Cuando se trata de personas que, además, presentan una internación bajo los parámetros de la ley penal, tener un número aproximado que dé cuenta del impacto de esta problemática en la actualidad es aún más difícil. Asimismo, las personas que, privadas de su libertad, cumplen una pena o aguardan una condena en las instituciones del sistema penitenciario y además presentan padecimiento mental, conforman un universo paralelo del que no se tienen relevamientos estadísticos sólidos.

Lo que se presenta a continuación forma parte de los avances de investigación¹ de un trabajo desarrollado en una institución pública de internación psiquiátrica de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, que tiene como objetivo general indagar de qué modo se ejerce el gobierno de la locura a través del análisis de las prácticas de atención y políticas vigentes en salud mental en contextos de encierro. Para dar cuenta de ello, una dimensión particular de este estudio refiere al conjunto de prácticas en las que se revela la yuxtaposición entre intervenciones asistenciales propias del área salud y las custodiales del sistema penitenciario.

En las próximas páginas, el objeto de estudio son las prácticas judiciales penales² como aquel conjunto de técnicas, acciones, modalidades en que se expresa la presencia de una lógica, un discurso, o un encuadre del tipo jurídico en el gobierno de la vida cotidiana de las personas internadas en un hospital psiquiátrico. En *La verdad y las formas jurídicas*, Foucault define las prácticas judiciales como la manera en que

1 Se trata de la tesis doctoral para optar por el título de Doctora en Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires financiada por CONICET con Beca Doctoral.

2 Esto quiere decir que se excluyen las civiles, es decir, aquellas prácticas que implican medidas de protección de personas, o en las que interviene un Juzgado de Familia u otra instancia judicial civil.

(...) se arbitran los daños y las responsabilidades, el modo en que, en la historia de occidente, se concibió y definió la manera que podían ser juzgados los hombres en función de los errores que habían cometido, la manera en que se impone a determinados individuos la reparación de alguna de sus acciones y el castigo de otras (...) (Foucault, 1991: 17).

El estudio de las prácticas judiciales permite realizar una aproximación a las características que adquiere el cruce entre el dispositivo penal y el dispositivo asistencial en los hospitales psiquiátricos en la actualidad. Esta relación es de carácter histórico, y se revela como co-constitutiva de los campos penal y psiquiátrico.

En este trabajo damos cuenta de tres tipos de prácticas judiciales: la evaluación de responsabilidad, la evaluación de peligrosidad, y la evaluación de simulación. Los discursos, el corpus teórico y las leyes y códigos conformados desde mediados del Siglo XIX en torno a la problemática combinación entre locura y delito dan cuenta de estas tres categorías como nudos fundamentales para el estudio de las prácticas judiciales en el ámbito de la salud mental.

Materiales y método de trabajo

La perspectiva metodológica con la que se trabaja se inscribe en la corriente de investigación cualitativa en salud que se orienta al análisis de los actores y las instituciones de salud al respecto de «(a) valores culturales y representaciones sobre su historia y temas específicos; (b) relaciones entre individuos, instituciones y movimientos sociales; (c) procesos históricos, sociales y de implementación de políticas públicas y sociales» (Souza Minayo, 1997: 12).

Se trata de un estudio de caso (Neiman y Quaranta, 2009) que adopta la perspectiva etnográfica (Hammersley y Atkinson, 1994) para la recolección/construcción de datos, priorizando la utilización de tres técnicas: las entrevistas en profundidad a profesionales y pacientes de la institución, la observación participante y su sistematización en notas de campo, y el trabajo documental de revisión de historias clínicas. Todo el trabajo se desarrolló en el período mayo 2016 - mayo 2018.

La identidad de las personas se resguarda en todos los casos; a la hora de remitirse a los profesionales, se indica su profesión entre paréntesis (PSC psicólogos; PSQ psiquiatras; TS trabajador social; ENF enfermeros). Las notas del diario de campo son indicadas con la referencia (DC) y los registros de historias clínicas con (HC). Para las entrevistas ha sido utilizado el consentimiento informado; ya que no se trata de una investigación con aspectos clínicos, su uso es un requisito fundamentalmente ético (Garbuset. *al.*, 2009), anclado en la perspectiva de defensa de los derechos de las personas con padecimiento mental.

Normativa, políticas y programas

El marco normativo que encuadra los abordajes en salud para las personas en conflicto con la ley penal son, por un lado el artículo 34 del Código Penal, y por otro, la Ley Nacional 24660 de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad del año 1996. El art. 34 refiere a los casos en que se considera la inimputabilidad de quien comete un delito. En el inciso 1° abarca los casos referidos a la locura, y señala que no serán punibles aquellas personas que, en el momento de cometer el hecho, no tengan capacidad de comprender la criminalidad de éste, «ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia». Establece que en el caso de comprobarse dichas condiciones, la persona debe ser recluida en un manicomio, del que no saldrá salvo que se compruebe la desaparición del peligro.

De aquí se puede desprender el hecho de que, aunque no hay responsabilidad penal, sí hay sentencia, y a diferencia de una condena con un tiempo establecido, la reclusión (*sic*) en las instituciones psiquiátricas no tiene tiempo de finalización preestablecido. Su final, además, es dictado por el Juez a cargo de la causa, y no por el equipo de salud que esté llevando adelante el tratamiento.

Por su parte, la Ley 24660 de Ejecución Penal que regula las condiciones de cumplimiento de las penas con privación de la libertad, establece en el capítulo IX el derecho a la asistencia médica y regula la atención en salud para las personas y establecimientos que abarca la ley. Entre otras, señala que los internos de las dependencias penitenciarias tienen derecho a la salud y a la asistencia médica integral sin costos (art. 143). En lo referido a salud mental, estipula el derecho al traslado a un establecimiento especializado para su atención en caso de que se requiera, ya sea del ámbito penitenciario o del medio libre, con previa autorización del Juez (art. 147). Entre los tipos de establecimientos que enumera para la correcta aplicación de la Ley, se mencionan a los «establecimientos especiales de carácter asistencial médico y psiquiátrico» (art. 176). Además, éstos deben ser dirigidos por personal médico, no penitenciario (art. 183). Por último, en el art. 186 establece que si durante el cumplimiento de la pena, el interno se vuelve «loco»³, mientras subsista el cuadro psiquiátrico o se presentara un cuadro de enfermedad mental crónica, debe producirse el traslado a instituciones especializadas.

Por lo tanto, a partir del encuadre normativo, los establecimientos autorizados para brindar asistencia de salud mental a personas en conflicto con la ley penal pueden estar tanto en la órbita del sistema penitenciario —instituciones psiquiátrico-penitenciarias o segmentos dentro de instituciones penitenciarias—, como en la de salud —instituciones sanitarias o segmentos dentro de instituciones sanitarias—. En cualquiera de

3 Esta es la expresión utilizada en el art. 25 del Código Penal argentino, que señala: «Si durante la condena el penado se volviere loco, el tiempo de la locura se computará para el cumplimiento de la pena (...).»

los casos, el conflicto que genera la convivencia de lógicas y objetivos diferentes obliga al ajuste y revisión de la política. En su desenvolvimiento, los problemas vuelven a configurarse y las soluciones también cobran sentidos distintos, o inversos.

En la provincia de Santa Fe, en 1985 se crea la Unidad Psiquiátrica Penitenciaria en la cárcel de Coronda, bautizada más tarde como «El Corralito». Hasta entonces, las instituciones que albergaban pacientes penales eran los monovalentes públicos provinciales: el Hospital Mira y López de Santa Fe, la Colonia Psiquiátrica de Oliveros y el Hospital Agudo Ávila de Rosario. Una situación contingente resolvió la construcción del «Corralito»: un conflicto que tuvo como protagonistas a pacientes penales internados en el Mira y López obligó a la intervención violenta de personal del hospital que luego se negó a que estas personas permanecieran en la institución. Desarrollaron una campaña con el slogan «enfermos sí, presos no» (Sozzo, 1999a: 169), y en poco tiempo lograron el convenio entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Gobierno que dio creación al «Corralito», con capacidad para 20 personas, aunque hubo oportunidades en que llegó a duplicar esa cifra.

La Sala Psiquiátrica es un experimento institucional. No respondió a un programa de política penitenciario ni de política de salud mental coherente con un código teórico con respecto a estos objetos. Es el resultado de una decisión política con respecto a una problemática contingente. Pero tras esta decisión política se instala una racionalidad que es constitutiva de este espacio institucional, que hace a su existencia y funcionamiento. (Sozzo, *ibídem*: 196).

La conflictividad política que toma cuerpo en estos espacios se reformula en el contexto de la Dirección Provincial de Salud Mental refundada para los años 2000 en Santa Fe. Hacia 2005 comenzaron a trabajar en el pabellón psiquiátrico de Coronda los equipos interdisciplinarios de dicha Dirección en respuesta a denuncias que venían efectuando diversos organismos de Derechos Humanos sobre las condiciones violatorias de derechos de las personas alojadas/detenidas allí (Faraone y Valero, 2013). Además, otra vez, un hecho no previsto aceleró y facilitó el acuerdo para ese trabajo: la denominada «Masacre de Coronda» del año 2005, fruto de un enfrentamiento entre bandas de internos que terminó con catorce presos brutalmente asesinados, e incendios en uno de los pabellones.⁴ Por la localización del Corralito —en un ala separada del edificio central a la que sólo se accede atravesando varias zonas y postas de con-

4 Inmediatamente después de los hechos, la principal hipótesis de las razones que desataron la Masacre fue la del enfrentamiento entre presos santafesinos y presos rosarinos. La investigación y el juicio por los crímenes sucedidos determinó que se trató de un plan diseñado para vengar «las actitudes de los internos que atacaban a las visitas» y que con ello rompían un «código carcelario». Al respecto ver «Una venganza originó la masacre en la cárcel de Coronda», *Diario Clarín* 12/04/2005; «La masacre de Coronda se desató para vengar la ruptura de códigos», *Diario La Capital* 1/07/2008.

tro— se advirtió que, ante hechos de ese estilo, los internos allí alojados y el personal destinado al área quedaban literalmente acorralados sin vías de evacuación.

El cierre definitivo se logró casi cuatro años después, hacia fines del año 2008, momento en el cuál había 22 personas reclusas allí, 14 de las cuales habían sido declaradas inimputables (Faraone y Valero, 2013: 116). Los pacientes fueron trasladados a las instituciones de salud mental de la provincia.⁵

Este contexto fue aprovechado para poner en marcha dos dispositivos que ya habían sido incluidos en la Ley santafesina de Salud Mental N°10772 de 1992: los equipos interdisciplinarios de asistencia en salud mental en cárceles, y las Juntas Especiales de Salud Mental.

Con respecto a los primeros, el art. 23 de la normativa insta a la creación de 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 (...)» (Ley 10772/1992). Dentro de las diez unidades penales provinciales⁶ pueden identificarse diferentes dispositivos dedicados a la atención en salud/salud mental, algunos en la órbita del Ministerio de Salud, y otros en la del Servicio Penitenciario provincial. De los primeros, se deben mencionar los Dispositivos Interdisciplinarios en Salud-DIS de la Dirección Provincial de Salud Mental, que funcionan en todas las cárceles con excepción de la Unidad Penal 10. Si en los papeles se trata de equipos interdisciplinarios, en la práctica la composición es desigual y varía entre una cárcel y otra.

Por su parte, el Servicio Penitenciario cuenta en cada unidad con un servicio de atención médica que funciona de modo similar a una guardia. Se compone de médicos, enfermeros y un psiquiatra. Por último, existen los Equipos de Acompañamiento para la Reinserción Social-EARS, que se conforman con trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales.

La relación entre los espacios fluctúa y depende del clima político que marca el pulso de la relación entre el Ministerio de Salud y el de Seguridad. Los abordajes de cada dispositivo también varían; algunos se proponen un trabajo de tipo clínico-terapéutico, otros de tipo medicamentoso o farmacológico, y con supervisión cercana de los juzgados de ejecución de la pena, con cierta propensión a la judicialización de los procesos de atención en salud.

En cuanto a las Juntas Especiales, el art. 22 de la ley provincial las define como las instancias que, dependientes de la Dirección de Salud Mental, tienen como funciones «Recibir los Oficios y pedidos judiciales; Dictaminar sobre el lugar más adecuado y

5 En la reconstrucción de este proceso, queda un vacío en las investigaciones disponibles mencionadas respecto de la población femenina: no hay datos sobre qué pasó con las mujeres declaradas inimputables —si las hubo—, así como con aquellas presas en las unidades penitenciarias provinciales que requirieran atención de su salud mental.

6 Unidad Penal 1 (Coronda), Unidad Penal 2 y 4 (Santa Fe), Unidad Penal 3, 5, 6 y 16 (Rosario), Unidad Penal 9 (Recreo), Unidad Penal 10 (Vera), y Unidad Penal 11 (Piñero).

aconsejable para el desarrollo del tratamiento (...); Dictaminar acerca de la presunta inimputabilidad e incapacidad para actuar en procesos penales, y acerca de la cesación de medidas de seguridad» (Ley 10772/1992).

De conjunto, las diversas instancias mencionadas presentan una yuxtaposición entre los ámbitos penal y de salud mental, y son diversas y heterogéneas. Las tensiones y dilemas que conllevan les son constitutivos, y se actualizan todo el tiempo.

Locos delincuentes y delincuentes locos en el hospital psiquiátrico

En el hospital, existen dos tipos de figuras que se erigen en sujetos-objeto de las intervenciones judiciales: el loco-delincuente y el delincuente loco (Sozzo, 1995 y 2015). El primero es el declarado inimputable (art. 34 Código Penal), y el segundo es aquel que habiendo cometido un crimen y aguardando o cumpliendo la condena por el mismo en alguna repartición del sistema penitenciario, requiere de asistencia en su salud mental y es derivado a una institución sanitaria para tal efecto. En la institución estudiada, son los llamados «pacientes penales».

La muestra elaborada para la investigación se realizó sobre un total de 54 casos de pacientes internados.⁷ Sobre ese total, tres han sido declarados inimputables según el art. 34/CP. Por su parte, siete de ellos tienen una causa penal en curso o condena efectiva, y están en el hospital fruto de una derivación ordenada por el Juez que instruye en sus causas. Todos ellos son varones y les está destinado un sector de la planta alta de uno de los pabellones de internación. Lo que diferencia a los «pacientes penales» de los inimputables es que, durante el tiempo por el que se prolongue la internación, los primeros permanecen a cargo de dos custodios penitenciarios asignados a la tarea de seguridad y vigilancia las 24hs del día.

En general, las estadías de las personas que provienen de las instituciones del sistema penitenciario son breves. El trabajo clínico apunta a la estabilización de su cuadro para facilitar la vuelta al lugar de detención lo antes posible. Algunos se van de alta, otros consiguen el beneficio de la prisión domiciliaria; el pasaje por el hospital se supone que facilita esos pedidos de la defensa ante el Juez.

Se trata en todos los casos de varones jóvenes —rondan entre los 20 y los 35 años, salvo «el viejo», que tiene 59— que en casi todos los casos no han terminado los estudios secundarios. Las causas penales son variadas: robo simple o calificado, homicidio, tentativa de homicidio, violencia de género. Los diagnósticos también: po-

⁷ La cantidad de pacientes alojados en el sector de Internación del Hospital fue variando —con tendencia a la baja— a lo largo del período en que se extendió el trabajo de campo. A los fines de la presentación de la información, he establecido el corte en el total de cincuenta y cuatro pacientes, correspondiente al número total de personas internadas al momento de realización del muestreo de colección completa para la revisión documental de historias clínicas. El total de camas para ese mismo período es de cincuenta y seis, según información provista por la oficina de Estadística de la institución.

liconsumo de sustancias, depresión, psicosis, esquizofrenia. Uno de ellos ha sido diagnosticado con un cuadro de retraso madurativo, y está en proceso de evaluación de la imputabilidad.

Las historias clínicas son escuetas, y contienen algunos documentos que el registro de los pacientes «comunes» no tiene: fundamentalmente, fotos del torso y rostro, de frente y perfil, con señalamiento de marcas, tatuajes o cicatrices. Es información que produce el Cuerpo Médico Forense de los Tribunales Provinciales o el Departamento de Sanidad del Sistema Penitenciario y que se anexan a la historia clínica con que se trabaja en el Hospital. En casi todas las historias clínicas de estos pacientes hay notas judiciales, partes del expediente de su causa penal y registros de acontecimientos que tienen lugar en la cárcel y pueden ser explicativos del pasaje por el hospital: intentos de suicidio, enfrentamientos con otros internos, o descompensación de un cuadro depresivo.

Cuando van al baño, cuando van al comedor, cuando permanecen en el patio, los pacientes son custodiados, más de cerca, más de lejos, por el policía que está a su cargo. El perímetro del área de Internación es todo el espacio en que tienen permitido circular: no hay permiso de salida para participar de actividades de ningún tipo. Tampoco cuentan con acompañamiento terapéutico u otras alternativas o apoyos durante la internación, porque la intervención se limita a la estabilización. «Son pacientes que están de paso, se compensa y vuelve de donde vino» (PSC). A diferencia de la cárcel, sí cuentan con el beneficio de recibir visitas todos los días.

El grado de conflictividad que genera la presencia de estos pacientes en el hospital varía en función de la cantidad: no es lo mismo cuando hay dos, que cuando son siete u ocho. En estos momentos, afloran los malestares: no falta el «paciente ‘tumbero’ con intención de comandar el pabellón» (TS) y alterar al resto de los pacientes, o los que son señalados como aquellos que organizan los pequeños actos delictivos cotidianos que tienen lugar. Pero fundamentalmente el problema se debe a que se multiplica la presencia policial: con siete pacientes, hay catorce custodios, número que supera la cantidad de profesionales que componen los equipos interdisciplinarios de internación. A diferencia de estos últimos, además, los penitenciarios permanecen en el hospital las 24hs del día.

Intervenciones judiciales-asistenciales

En el medio de los conflictos cotidianos de convivencia, los equipos asisten a estos pacientes en su salud. Entre su responsabilidad legal, los procedimientos institucionales que deben cumplirse, la intención genuina de ayudar a sus pacientes y los recursos disponibles para hacerlo, las intervenciones se van moldeando más en el caso por caso, de modo que no admiten afirmaciones generalizables. Para abordar las características de las prácticas que tienen lugar, se identifican tres categorías que emergen de

la información recabada en el campo: responsabilidad, peligrosidad y simulación. La criminología positivista en el campo del pensamiento penal, y el alienismo o medicina mental en el campo de la psiquiatría propiciaron ambas, desde la segunda mitad del siglo XIX, encuentros particulares entre locura y crimen dando por resultado un corpus teórico que tiene esos conceptos entre sus pilares. Tal es así que ordenan parte de los debates hasta nuestros días.

Responsabilidad

La categoría de responsabilidad refiere tanto a una cualidad, como a una obligación, como a la circunstancia de ser culpable de algo. En el derecho penal, se la plantea en relación al presupuesto de libertad y razón que guía la acción de las personas: en tanto sujeto libre y dotado de inteligencia, cada sujeto es responsable de sus actos. Si desaparece alguna de esas dos condiciones —libertad y razón— cesa la responsabilidad. Bajo ese parámetro general, los primeros códigos y legislaciones modernas sobre delitos y penas van a tomar en consideración el principio de responsabilidad así como las justificaciones, excusas y atenuaciones que puedan existir en su cumplimiento (Sozzo, 2015). La locura es una de ellas, y por tanto, la recurrencia al saber psiquiátrico se hace fundamental para deliberar en torno a las causas que despiertan la comisión de un crimen y determinar los derechos y los deberes de los ciudadanos que los protagonizan (Vezzetti, 1985).

La pericia para determinar la responsabilidad penal se erige como tecnología de gobierno tempranamente, y coloca al médico psiquiatra en el centro de la escena con una función que es casi la del juez: en tanto tiene el poder de determinar el estado mental de una persona a la hora de cometer un delito, recorta los límites sobre los cuáles ésta comparece ante la ley. No es exagerado afirmar entonces que «toda la historia de la intersección entre dispositivo penal y dispositivo psiquiátrico puede interrogarse a partir del prisma de las cuestiones de responsabilidad» (Sozzo, 1999b: 163).

Como se dijo más arriba, el artículo 34 del Código Penal argentino estipula que la locura es justificación para la desresponsabilización subjetiva (Sozzo, 1999b) ante un delito cometido: no es punible aquel que no comprende la criminalidad de su acto. Al mismo tiempo, su formulación contiene una responsabilización objetiva (Sozzo, *ibídem*) en tanto y en cuanto la persona es recluida en una institución por tiempo indeterminado. En los hechos, existe una condena y lugares especiales para cumplirla.

Ello conduce a establecer algunas puntualizaciones respecto de lo que sucede entre responsabilidad-inimputabilidad-subjetivación en el hospital psiquiátrico. El caso de F, paciente del hospital, sirve para ilustrar el trabajo en torno a este problema que llevan adelante los equipos interdisciplinarios. Preso por robo calificado, internado en el Hospital Mira y López, en la sala penitenciaria del Hospital Cullen, en la enfermería de la cárcel de Las Flores (todas instituciones de la ciudad de Santa Fe), fue luego

declarado inimputable por homicidio, detenido-internado en el «Corralito» de la cárcel de Coronda hasta que a comienzos del 2009 fue trasladado al hospital psiquiátrico de Rosario. De la lectura de su historia clínica puede decirse que, entre la doble identidad de loco y de delincuente, por momentos iguala su condición de inimputable a una declaración de inocencia, y por momentos iguala su internación a una condena de tipo penal que debe cumplir, en vez de en la cárcel, en el hospital. Eso le otorga ciertos márgenes de acción: fugas casi diarias, venta y consumo de sustancias psicoactivas. Además, los enfrentamientos con otros pacientes, con enfermeros, con los profesionales que lo atienden componen las hojas de su expediente.

F. sigue como en la cárcel. Toma el hospital como un «alojamiento residencial», no hace lugar a un tratamiento posible (HC).

No hay responsabilidad ni conciencia del marco judicial del caso de F. por su parte (HC).

En su caso, puede constatarse cierta imposibilidad de desarrollo de un proceso de responsabilización subjetiva. El equipo interviniente entiende entonces que para hacer posible un abordaje terapéutico que permita el alta y evite una internación indefinida, se debe poner el foco en un trabajo de responsabilización terapéutica, desplazando así la desresponsabilización penal que tiene lugar en la Justicia. La estrategia tomada con F. es buscar que la Jueza que instruye en su causa levante la medida de seguridad curativa que resolvió cuando lo declaró inimputable, de modo que ello habilite un trabajo de toma de responsabilidad sobre sus actos.

F. me dice en entrevista que «hace 6 años y 2 meses la jueza me niega la condicional por buena conducta». Plantea que quisiera cumplir la condena y pagar por lo que hizo, así quedaría en libertad (HC. PSC).

El proceso de reformas democratizantes de las prácticas en salud mental que tuvieron lugar desde la segunda mitad del siglo XX (Galende, 1992), propició que la idea misma de la pericia para evaluar la responsabilidad fuera puesta en duda, y la declaración de inimputabilidad cuestionada en sus efectos desresponsabilizantes. Como afirma Tamar Pitch, que mira de cerca la experiencia de la Psiquiatría Democrática italiana, la psiquiatría contemporánea abre paso a dos ideas: «una, que es casi imposible verificar la incapacidad de entender y querer para evaluar los actos de las personas; y que al contrario, tiene efectos terapéuticos importantes trabajar inscribiendo un proceso de imputación de responsabilidad» (1999: 114). La responsabilidad es más el producto de un proceso de interacción que un atributo de la persona, y además un elemento clave del proceso terapéutico.

PSC: (...) es complicado porque se trata de definir si hay algo de un problema de salud mental y si lo hubiere, o habiéndolo definir cómo responsabilizar a un sujeto, como impli-

carlo en un trabajo subjetivo que dé un movimiento y permita otro tipo de lazo con la vida, no es nada sencillo. Y en algunos casos te diría que tampoco... lleva tiempo. No te voy a decir que es imposible, pero va a llevar tiempo.

La asunción de responsabilidad por parte de la persona implicada puede cambiar diametralmente el abordaje clínico posible con los pacientes en conflicto con la ley penal. Cuando, a criterio del equipo, existe responsabilización subjetiva, para los profesionales de la salud destrabar el problema en clave terapéutica resulta sencillo, y el abordaje no queda trabado en el terreno gris de quién debe hacerse cargo del asunto; es decir, si se trata de una cuestión de salud, o si se inscribe en el universo penitenciario.

[Conversando sobre la situación de un paciente que viene de una Comisaría con custodia policial]

PSC: Se apeló desde la Defensoría que el paciente no tenía que estar acá. Se informó, y bueno, ahora cuando se levante la feria, y empiecen a trabajar, calculamos que se va a ir en unos días. Muy consciente él, en realidad fue una situación donde él había consumido alcohol. Si reconoce que consumió varias veces alcohol con pastillas, pero «está consciente de su situación, pidió disculpas, se laburó desde ese discurso, se informó que el paciente se hace responsable de eso...» Porque, a ver, también en estas situaciones así, hay que evaluar que acá hay pacientes complicados desde la psicosis, desde situaciones más estructurales, entonces es más iatrogénico que esté alguien que está bien compartiendo el espacio con alguien que no está bien.

Desde el ámbito del derecho, y contemporánea a las transformaciones experimentadas en la práctica psiquiátrica que tienen lugar a partir de los años 50, avanza y se consolida una corriente de criminología radical que busca hacerle frente al punitivismo, con el objetivo de disminuir el dolor que produce el crimen, y que sea respetuosa de los derechos humanos (Zaffaroni, 2011). En ese contexto de fortalecimiento del paradigma de derechos y de marcos jurídicos que regulan el debido proceso en perspectiva garantista, el discurso judicial también se interroga sobre las implicancias de la responsabilidad/irresponsabilidad jurídica en los casos de personas con discapacidad o problemáticas en su salud mental (Iglesias, 2018). De allí se desprenden una serie de herramientas –tratados con rango constitucional, acuerdos, convenciones, sistema internacional de protección de derechos- que ponen la capacidad por encima de la dificultad (Monasterolo, 2016).

En este sentido, por ejemplo, a contramano de lo señalado en el art. 34 del Código Penal, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad CDPD, prescribe la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, es decir, el derecho a ser considerados personas ante la ley (CDPD y Protocolo Facultativo, Asamblea General de la ONU, 2006). Desde esta perspectiva, la declaración de inimputabilidad, lejos de ser una garantía de derechos para los sujetos eximidos de cumplir una condena

por un crimen, estaría al contrario enajenándolos del pleno ejercicio de sus derechos, además de patologizando su conducta. Así, responsabilidad terapéutica y responsabilidad jurídica se refuerzan o se anulan mutuamente.

PSC: si el paciente tuviera un problema de salud mental, si aun teniéndolo, cómo implicarlo en las consecuencias de su acto, bueno, depende de la gravedad de su problema, depende de las circunstancias que atraviesa en ese problema, pero sí, es difícil, es complejo, y no hay una norma, no hay una norma. Sí hay principios, y cuando digo principios: se implica en el trabajo de cura, se responsabiliza, hay deseo. Pero si esas cosas están ausentes, tiene que haber otro tipo de intervención, «porque si no es terapeutizar lo que no se puede terapeutizar». No hay transferencia, no hay deseos... Tiene derechos.

Según este paradigma, la responsabilidad terapéutica como resultado de un trabajo clínico es posible en el marco de que el derecho habilite un encuadre jurídico que acompañe esa elaboración. En este sentido, la inimputabilidad y su efecto de eximir responsabilidad penal atenta contra dicho objetivo (Monasterolo, 2016). Para que la responsabilidad jurídica sea acorde al delito, y no se recorte a una perspectiva represiva punitiva, debe estar basada en una reconsideración del estatus del sujeto hoy considerado enfermo mental, por lo tanto incapaz de ejercer sus derechos y obligaciones (Selmini, 1999).

Volviendo al caso de F., cuando ya llevaba casi cinco años de internación, y durante más de dos años, el equipo habilitó permisos de salida diarios con horario restringido y previa autorización de la Jueza. Fueron más de dos años de envío de notas judiciales cotidianas, audiencias e informes detallados sobre la evolución del paciente, hasta que finalmente se logró que el Juzgado a cargo levantara la medida de seguridad curativa. A partir de allí, los permisos fueron extendidos desde la mañana temprano hasta la noche, para luego pasar a alquilar una habitación de hotel y continuar el proceso de externación definitiva. Recapitulando su caso, las modificaciones y desplazamientos en el propio proceso de responsabilización se potenciaron cuando la intervención judicial cedió ante la terapéutica.

Puede verse entonces cómo las prácticas desplegadas en torno al asunto de la responsabilidad implican tanto la esfera asistencial como la del derecho. En cada una y en sus cruces, no existe una postura monolítica sobre las intervenciones posibles, ni siquiera de las convenientes. Como consecuencia, más que en los marcos teóricos o normativos, los abordajes se dirimen en el caso por caso (Pitch, 1999): la gravedad del delito, la historia del imputado, su diagnóstico, comportamiento y el grado de apego/desapego con las normas de la institución en que se aloje, la existencia o no de otros dispositivos para llevar adelante un abordaje, cambian las formas en las que se resuelve el cruce entre lo penal y lo asistencial.

Peligrosidad

Si el rol de la psiquiatría en el campo penal fue en primer lugar definir la responsabilidad ante un delito cometido, progresivamente avanzó acentuando un papel ocupado en atender a la personalidad del criminal. Dejó de esperar a ser convocada por la justicia para llevar adelante la tarea pericial y pasó a sostenerse por sus propios medios y con sus propios instrumentos en esa función (Vezzetti, 1985). La noción de peligrosidad es la llave que le habilitó este papel.

En esta conjunción alienismo/pensamiento penal, la psiquiatría desarrolla y consolida su capacidad de efectuar una doble codificación de la locura, como enfermedad pero también como peligro.

El concepto de peligrosidad instala el criterio por el cual los individuos pasan a ser juzgados, más que por lo que hicieron, por lo que «podrían llegar a hacer». Esa capacidad de previsión sobre los actos y conductas la aporta especialmente el saber médico psiquiátrico. Estudiando los rasgos de la personalidad, puede advertir la potencialidad del peligro que se aloja en un conjunto de personas al reunir una serie de características o comportarse de cierta manera.

Toda la penalidad del siglo XIX pasa a ser un control, no tanto sobre si lo que hacen los individuos está de acuerdo o no con la ley sino más bien al nivel de lo que pueden hacer, están dispuestos a hacer, o están a punto de hacer.

(...) La noción de peligrosidad significa que el individuo debe ser considerado por la sociedad al nivel de «sus virtualidades y no de sus actos»; no al nivel de las infracciones efectivas a una ley también efectiva sino de las virtualidades de comportamiento que ellas representan (Foucault, 1991: 92. El destacado es mío).

La noción de peligrosidad es un principio de la teoría penal que permeó desde entonces toda la práctica de la medicina mental, presente en los mecanismos de castigo ideados y del sentido conferido a cada uno de ellos (Foucault, 2008: 166). La escuela del positivismo jurídico y sus corrientes, ocupadas en estudiar la personalidad del delincuente y determinar su grado de temibilidad, adquirieron una fuerza gravitante en el campo del pensamiento penal desde finales del SXIX (Sozzo, 2005; Vezzetti, 1985) con efectos duraderos sobre el campo de las enfermedades mentales.

En Argentina, el criterio de peligrosidad ha sido el principio médico-legal por el cual se decidieron las internaciones psiquiátricas, podría decirse, hasta nuestros días, aunque la legislación nacional vigente impulsa un paradigma que pretende desterrarlo, en consonancia con instrumentos internacionales que bregan por la reestructuración de los principios que rigen la atención psiquiátrica.⁸

8 Me refiero aquí a instrumentos como la Declaración de Caracas (1990), o Principios de Naciones Unidas para la protección de los Enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de salud mental

Al respecto, hay que señalar que la ley 22914 de 1983 para la regulación de las internaciones de personas en establecimientos de salud mental establecía en uno de sus artículos que en la historia clínica de los internados debía constar el «índice de peligrosidad que se le atribuya» (art. 7). La peligrosidad se define a través del criterio de riesgo para sí o para terceros, que significa que los profesionales que evalúan al paciente deben considerar las posibilidades de que éste pueda dañarse a sí mismo o a otras personas.

En la evaluación del peligro se combinan múltiples factores: desde el tiempo que se lleva trabajando con el paciente y cuánto se conoce de su historia personal, el papel que juega la familia, hasta si hay disponibilidad de camas en la institución. El resultado es una variabilidad grande en las evaluaciones, que van desde las consideraciones de subestimación a la sobreestimación del riesgo. Eso da cuenta de que no existe criterio científico certero ni debidamente fundado para determinar si una persona es peligrosa (Mantilla, 2010).

La legislación actual, además de derogar la ley 22914 (art. 44, Ley de Salud Mental 26657), adjetiva el riesgo a evaluar como «cierto e inminente», al que define como «aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros» (art. 20, Decreto Reglamentario 603/2013). El riesgo cierto e inminente es la única razón por la cual pueden realizarse internaciones que vayan en contra de la voluntad de la persona. En su definición puede advertirse el rechazo a la idea de que existen personas que, por un padecimiento mental, se han vuelto potencialmente peligrosas, y en cambio resalta el carácter de inminencia e indubitabilidad de hechos que puedan provocarle un daño a sí mismo o a otros.

Ese intento de cambio de la modalidad del trabajo no permea, sin embargo, el ámbito del poder judicial, y las prácticas judiciales que expresan el cruce con el sistema de salud quedan entrampadas, o a medio camino entre su inutilidad teórica y su consideración real. Es que, más allá de que la evaluación de peligrosidad así formulada no aparezca explícitamente en las evaluaciones interdisciplinarias, la locura asociada al peligro se deja ver en algunas normas de funcionamiento institucionales y en las intervenciones destinadas a reducir el riesgo que se corre dentro del Hospital al lidiar con pacientes de salud mental. Consultorios con doble puerta en la guardia para contar con una vía de salida alternativa, entrevistas que se hacen con la puerta abierta o en presencia de personal de seguridad, contenciones físicas, utilización de medicación de depósito, pueden contarse entre las intervenciones terapéuticas que apuntan a reducir el riesgo potencial por la cuota de imprevisibilidad que se le adjudica a la locura.

(1991). En la jurisprudencia nacional, vale mencionar el Fallo Gramajo emitido por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el año 2006, que establece la inconstitucionalidad de la peligrosidad como criterio para la aplicación de una pena.

El caso de locos-delinquentes y delinquentes-locos internados en el hospital guarda algunos contenidos específicos respecto de las prácticas vinculadas a la peligrosidad. La categoría misma, y la caracterización del paciente como peligroso aparecen como el criterio gravitante en la evaluación y como referencia a la hora de tomar definiciones sobre el abordaje correspondiente en las instancias judiciales: si hay traslado, en qué condiciones, cómo debe trabajar la custodia, entre otras cuestiones. Se refuerza el carácter de virtualidad del peligro, cobra centralidad como paraguas legal en el endurecimiento de las intervenciones o la premura por lograr la derivación/externación.

En el caso de los pacientes que tienen causas penales en curso, y que están detenidos en la cárcel o en una comisaría, la derivación al hospital se hace por resolución del Juez que, para dictaminarlo, solicita primero la pericia psiquiátrica al cuerpo de Medicina Forense.

Urgente Evaluación Psiquiátrica.

Sr. Médico Forense en turno:

(...) el Juez de Urgencias [nombre del magistrado a cargo], respecto del Sr. [nombre del paciente] ha dispuesto su urgente traslado para su evaluación psiquiátrica, a fin de que se evalúe el estado médico psiquiátrico del imputado, si comprende la criminalidad de sus actos y si puede estar presente en un proceso penal, «si es peligroso para sí mismo o para terceros» (...). (Nota Judicial anexada a la HC. El destacado es mío).

En todas las historias clínicas relevadas de estos casos (7 en total), cuatro tenían anexado el informe de esta evaluación. Los cuatro afirman sin eufemismos: «es peligroso», determinación necesaria para que se dictamine el traslado y la internación.

Sr. Juez:

A vuestra solicitud, evaluamos al Sr [nombre del paciente].

(...)

Los presentes hallazgos orientan claramente hacia una psicosis descompensada, alteración mental severa que le impide comprender la criminalidad de sus actos. «Es peligroso», y debe ser internado en (...) (Examen Psiquiátrico de Consultorio Médico Forense anexado a la HC. El destacado es mío).

Hay casos en los que, mientras el informe pericial señala que hay peligro y se requiere internación, el equipo interdisciplinario del Hospital evalúa que no existe criterio —es decir, riesgo cierto e inminente— para admitir al paciente en la institución.

Por último, las internaciones de los «penales» acarrear además una carga moral, y cierto contenido estigmatizante. «El paciente detenido genera resistencia en todos los lugares, es así. Más allá del trabajo de los compañeros, etc., etc., etc., siempre genera rispideces» (PSC).

En general, la asociación lineal entre delito-drogas-peligro suele ser el registro en el que se habla y se piensa en torno a estas personas, construyendo un discurso ins-

titucional que bordea la psicopatologización de la delincuencia y su vínculo con el consumo. Como reverso, en la cárcel sucede lo mismo, pero al revés: es el padecimiento subjetivo lo que aparece con contenido de peligrosidad y que, dependiendo de los modos en que se evalúe, puede impactar en la negativa al acceso de beneficios para las personas que cumplen una pena, como las salidas transitorias, o la libertad condicional.

Simulación

Por último, vale la pena reseñar el contexto de emergencia de una problemática teorizada entre finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, y que aparece en las prácticas terapéutico-judiciales actuales más bien asociada a representaciones y mitos casi caricaturescos en torno al vínculo crimen-locura. Me refiero a la simulación de la locura.

Es José Ingenieros, exponente del higienismo argentino, quien le dedica un estudio extenso al problema de la simulación de los estados patológicos, elaborando una clasificación que fue leída por sus colegas contemporáneos en Europa, y tomada como crítica y aporte al desarrollo de los discursos sobre el problema del progreso social y la administración de las desviaciones (Lakoff, 2005). En esas páginas escritas en 1903, define al problema de la simulación de la locura como parte de la lucha que libra todo individuo por su existencia, como un medio para lograr una mejor adaptación que le permita sobrevivir (Ingenieros, 2003).

Como parte de la clasificación que elabora, distingue la simulación de la locura como modo de mejor adaptación a las condiciones de lucha contra el ambiente jurídico: es la simulación llevada a cabo por los delincuentes.

[Los delincuentes], en general, figuran entre los individuos más simuladores. La razón es sencilla: los delincuentes no son sujetos «indiferentes» en la sociedad, sino «característicos», es decir, cuentan entre aquellos individuos en quienes la lucha por la vida es intensa; y según nuestro principio general, quien más lucha intensifica más sus medios de lucha, figurando la simulación entre los medios fraudulentos (Ingenieros, 2003: 37).

Este tipo de engaño se presenta en tanto y en cuanto —como ya se señaló— la legislación penal exige de responsabilidad de los actos delictivos a quienes son declarados locos. En su clasificación y descripción, amplía el terreno de despliegue del saber psiquiátrico en el ámbito de la justicia penal: el alienista es aquel que tiene herramientas para no ser engañado. En su figura «se aúnan la ciencia y la astucia» (Vezzetti, 1985: 139). Por eso Ingenieros reúne una serie de casos en que describe y relata situaciones de simulación de personas que han montado un engaño para eludir la pena, intentando arribar a descripciones, incidencias y estadísticas como herramientas para el entrenamiento de la astucia de los nuevos médicos destinados a darle solución a este problema.

En el Hospital, el problema de la simulación aparece directamente ligado a la presencia de los pacientes penales. Si a principios de siglo ello era estudiado como vía para eludir la responsabilidad penal, en el contexto actual se interpreta como una forma de «zafar» de la cárcel, aunque sea por un período de tiempo. Simulando un estado de crisis, el preso podría conseguir una derivación al Hospital, donde las condiciones de internamiento serían menos hostiles que las de la cárcel, e incluso ofrecería posibilidades de intentar una fuga.

PSC: las personas detenidas también han vislumbrado una forma de ablandar su reclusión presentando, y esto, José Ingenieros lo tendría... Es un tema del S. XIX, que es la simulación. La simulación del loco, del delincuente loco, del loco delincuente. Han encontrado una forma de morigerar las condiciones -que son muy duras- de detención, en un hospital, que son muchísimo más blandas y más llevaderas. Entonces vos escuchas, por parte de estas personas detenidas, que han armado una escena donde han logrado que el sistema judicial los alojara acá.

- ¿entonces los casos de simulación serían estos que vienen sin criterio de salud?

PSC: Claro, en general, coinciden con los que no tienen criterio. Porque vos tenés los jueces, los peritos judiciales tienen una visión bastante superficial de la patología, y tampoco se interesan mucho. Pero cuando vos a ese caso se lo presentás a un equipo interdisciplinario, que trabaja específicamente en el tema desde hace muchísimos años, ahí el criterio cambia. Entonces ahí, además porque los muchachos te dicen «sí, mirá, yo quería zafar». Eso no quiere decir que no tengan algún tipo de padecimiento, pero no lo tienen en el grado de requerir una internación, ¿sí? se podría haber solucionado con un esquema de medicación, la posibilidad de poder conversar con alguien más sistemáticamente...

La simulación suele ser asociada a los casos de internación en las que el equipo interdisciplinario del Hospital evalúa que no existe criterio para la internación. Sin embargo, es útil distinguir que no se trata de lo mismo: la consideración del criterio no es una evaluación de si hay padecimiento, sino de si hay necesidad de internación (por existencia de riesgo cierto e inminente). La simulación negaría la existencia de padecimiento; señala una situación ficticia, inventada, donde las consideraciones sobre la manifestación del sufrimiento son puestas a prueba en un sentido de «veracidad», casi como una prueba criminológico-pericial más que clínico-terapéutica.

Esa distinción permite explicar el rechazo del uso de la categoría simulación por parte de algunos profesionales, en tanto, como sucede con la peligrosidad, no hay criterio clínico que garantice exactitud ni científicidad en la detección de los supuestos engaños para que eso cobre estatuto médico-legal e incida en la resolución de casos: si se deriva al paciente al hospital, si se lo traslada dentro de la cárcel, si se considera que un intento de suicidio fue genuino y hay que tomar medidas al respecto.

Cien años atrás, Ingenieros apuntaba, por ejemplo, que

(...) muchos autores han señalado cuán frecuente es la simulación del suicidio en la cárcel: en ciertos casos se pretende apiadar, con ese recurso, a los encargados de ejercer sobre los delincuentes su severa custodia; otras veces preténdese demostrar que un profundo arrepentimiento ha invadido su mente, enmudecida a los dictados de todo sentimiento moral. En ambos casos el delincuente emplea un medio astuto para atenuar la reacción defensiva de su ambiente jurídico-penal. El hecho es común (2003: 37).

Pero hace tan sólo ocho años, el Decreto de creación del Programa de atención de salud mental de la cárcel de Ezeiza, establece una serie de criterios por los cuales deben rechazarse las admisiones de internos en este dispositivo, y puntualiza:

No deben ser ingresados:

I- Las personas con el solo diagnóstico de ideación suicida o ideación de muerte, siempre que no presenten planes o tentativas de suicidio. En caso de duda se «deberá aplicar una batería diagnóstica que evalúe potencial simulación» (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Ministerio de Salud, Resolución Conjunta 1075/2011 y 1128/2011. El destacado es mío).

Por lo tanto, lejos de tratarse de cuestiones perimidas, son criterios que sobrevuelan las prácticas, en la cárcel y en el hospital. El equipo que conforma el DIS —dispositivo dependiente de la Dirección Provincial de Salud Mental y que interviene en las cárceles santafesinas— no trabaja con protocolos ni procedimientos diagnósticos que evalúen potencial simulación de locura.

- ¿ustedes tienen alguna especie de protocolo o procedimiento preestablecido para descartar casos de simulación?

- PSC DIS: [risas] es muy gracioso, muy gracioso y muy tumbero. Muy de película. Suponer que alguien se hace el loco, o para fugarse de un hospital de Salud Mental, es más de película. (...) Primero no, no tenemos ningún protocolo obviamente [risas]. «Está haciendo la caidita» se dice. En términos tumberos es «hago la caidita, me hago el loco, y me voy». Primero, para que el servicio penitenciario considere que vos estás loco, tenés que estar loco. Y quien se haría el loco para, cumpliendo con los requisitos que el servicio penitenciario tiene para estos casos, si lo hace, realmente estaría loco: su simulación sería un acto de locura. Entonces, no, uno maneja los criterios clínicos de salud para ese tipo de cuestiones. Lo hemos hablado mucho, y uno se puede equivocar, y no tener razón, pero si entendemos que es necesaria una derivación a un efector monovalente de salud mental, es porque consideramos que el paciente está en crisis. Si no, no lo hacemos. Hay distintas miradas, que son justamente lo que constituye la diferencia entre a quiénes están cuidando ellos, y a quiénes estamos atendiendo nosotros.

La última afirmación permitiría concluir que la diatriba respecto de la validez y recurrencia al problema de la simulación se encontraría entre quienes hacen el trabajo de cuidado de la salud y quienes hacen el trabajo de custodia y seguridad; en la práctica, la división no es tan clara. Ello explica que el enfermero ocupado de atender a los pacientes judicializados afirme que los presos «son atentos e inteligentes, ven a los otros pacientes y aprenden a imitarlos, a copiarlos en algunos comportamientos para simular síntomas» (DC). Al contrario, los custodios del servicio penitenciario que vigilan al paciente las 24hs afirman que, si bien los presos están mejor en el hospital «porque la cárcel es jodida y acá están más tranquilos», no creen que necesiten fingir nada, porque efectivamente, la cárcel los vuelve locos, «los altera». Que hay muchos que «estando ahí se enloquecen, los llevan al hospital, los tranquilizan, y cuando los vuelven a la cárcel, se vuelven a “flipar”» (DC).

Una vez más, a través de la emergencia de prácticas judiciales que recortan la intervención psiquiátrica en una clave pericial, puede verse cómo circulan tecnologías de gobierno dentro del hospital que terminan incorporándose como propias de la institución. La sospecha sobre lo genuino del padecimiento y su relación con el universo de lo penal habilitan tipos de prácticas y abordajes que se resuelven en marcos no estrictamente clínico-terapéuticos, evidenciando la superposición de perspectivas heterogéneas. Considerar que los pacientes penales son propensos a construir escenas ficticias de padecimiento y obtener beneficios a través del engaño, por lo demás, es explicativa del rechazo institucional a absorber una demanda de atención en salud mental de la población en conflicto con la ley penal.

Conclusiones

A través del estudio de las prácticas judiciales penales que tienen lugar en el contexto hospitalario, puede observarse cómo hay parte de las tecnologías desplegadas en la cotidianeidad del hospital psiquiátrico que dan cuenta de la colisión de lógicas y perspectivas de abordaje heterogéneas, que surten efectos particulares sobre las subjetividades que son blanco de las intervenciones.

Aquí se reseñaron los marcos normativos que rigen esas prácticas, las orientaciones de la política que emana desde las autoridades de Salud y del servicio penitenciario de la provincia de Santa Fe, y las intervenciones que se articulan a partir de tecnologías como las evaluaciones de responsabilidad —objetiva y subjetiva—, la de peligrosidad, y la de simulación. En ellas, la yuxtaposición entre dispositivo penal y dispositivo asistencial, lejos de constituirse en un antagonismo simplista —«la mirada clínica que busca la cura, y la penal que sólo quiere el castigo»— se articula de modo que las funciones pueden verse invertidas entre uno y otro.

Por último, considerando las modificaciones que generan en el paisaje, que refuerzan rasgos y tareas custodiales, los modos restrictivos de circular y habitar el espacio, y los tipos de intervenciones asistenciales breves, puede decirse que lo que se presenta

actualmente en el hospital es un proceso de penitenciarización en sus lógicas de funcionamiento y abordajes. Ello es así fundamentalmente porque una parte importante de la dinámica cotidiana del Hospital se fija y ordena a partir de la presencia de pacientes que tienen un vínculo problemático con la ley penal. En las prácticas judiciales-asistenciales que tienen lugar se revela uno de los principales dilemas en torno a la persistencia del modelo asilar asistencial: el hospital cumple una función de relevo en la tarea custodial de cierto segmento de la población.

En general, los abordajes de los «pacientes penales» tienen una doble inscripción, la de la atención de su salud, y la de su vigilancia. Su doble identidad —la de loco y la de delincuente—, una doble construcción del problema —desde la perspectiva de la salud, y desde la del derecho—, y respuestas también divididas —clínico-terapéuticas unas, y punitivas otras—, hace que las prácticas cotidianas se resuelvan siempre en un terreno gris, donde lo característico son los vaivenes, —en las posturas y en las políticas—. Puede afirmarse que, si bien existen consensos críticos en torno a la necesidad de no volver a modelos de segregación de las personas con padecimiento mental que además están en conflicto con la ley penal —tanto dentro de las reparticiones del servicio penitenciario como de las de salud—, los abordajes disponibles pendulan en la tensión permanente de esa doble inscripción.

Por último, es indiscutible que la presencia de personal penitenciario en números que en muchas ocasiones superan a los del personal de salud, los casos en que se esposan los pacientes a la cama, o que las custodias permanecen en el consultorio o box durante las entrevistas con el equipo interdisciplinario, entre otras escenas relevadas en el Hospital, hablan de la colonización de la lógica penitenciaria de un espacio que debiera ser de cuidado y asistencia de la salud.

Referencias bibliográficas

- Barukel, A., y Stolkiner, A. (2018).** El problema del diagnóstico en salud mental: clasificaciones y noción de enfermedad. *Revista Saúde em Debate*, 646-656.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones DNSMyA, Argentina. (2019).** *Primer Censo Nacional de personas internadas por motivos de salud mental*. Buenos Aires.: Ministerio de Salud y Desarrollo Social.
- Faraone, S., y Valero, A. (2013).** *Dilemas en Salud Mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Foucault, M. (1991).** *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.
- Foucault, M. (2008).** *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Caronte Ensayos.
- Galende, E. (1992).** *Psicoanálisis y Salud Mental*. . Buenos Aires: Paidós Editorial.
- Garbus, P., Solitario, R., y Stolkiner, A. (2012).** Aspectos éticos en investigaciones no clínicas en el campo de la salud. Algunas consideraciones acerca del consentimiento informado en personas declaradas incapaces. (U. Facultad de Psicología, Ed.) *Anuario de Investigaciones*, 16, 329-338.

- Gerlero, S. y. (2012).** *La salud mental en Argentina: avances, tensiones y desafíos*. Rosario: Laborde Libros.
- Hamserley, M., & Atkinson, P. (1994).** *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Iglesias, M. G. (2018).** Crimen y Locura ¿cómo juzgar? *Revista Salud Mental y Comunidad*, 133-143.
- Ingenieros, J. (2003).** *Simulación de la Locura*. Biblioteca Virtual Universal.
- Lakoff, A. (2005).** The simulation of madness: Buenos Aires, 1903. *Critical Inquiry*, 848-873.
- Mantilla, M. J. (2010).** *De persona a paciente. Las prácticas y los saberes psiquiátricos y psicoanalíticos en un hospital de la ciudad de Buenos Aires*. (Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales). FSOC, UBA. Buenos Aires.
- Monasterolo, N. (2016).** Inimputabilidad y anti-subjetividad. Posibles desencuentros entre derecho penal y salud mental en el marco del ordenamiento jurídico argentino. *Revista Argumentos*, 53-73.
- Neiman, G. y. (2006).** Los estudios de caso en al investigación sociológica. En I. Vasilachis de Gialdino, *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 213-238). Barcelona: Gedisa.
- Pitch, T. (1999).** Responsabilidad penal y enfermedad mental. Justicia penal y psiquiatría reformada en Italia. *Revista Delito y Sociedad*, 8(13), 111-138.
- Selmini, R. (1999).** El origen, el desarrollo y los resultados del proceso de responsabilización de los enfermos mentales autores de delitos. *Revista Delito y Sociedad*, 8(13), 139-162.
- Souza Minayo, C. (1997).** *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Souza Minayo, C. (2017).** Origen de los argumentos científicos que fundamentan la investigación cualitativa. *Revista Salud Colectiva*, 13(4), 561-575.
- Sozzo, M. (1995).** Sistema de justicia penal, selectividad y loco-criminal en la ciudad de Santa Fe. *Revista Delito y Sociedad*, 4(6/7), 143-164.
- Sozzo, M. (1999a).** Derechos humanos en la intersección institucional psiquiatría-justicia penal. Informe sobre la sala psiquiátrica de la Unidad Penitenciaria n°1 de la provincia de Santa Fe. En C. d. CELS, *Informe anual 1996* (pp. 167-200). Buenos Aires: CELS.
- Sozzo, M. (1999b).** Cuestiones de responsabilidad entre dispositivo penal y dispositivo psiquiátrico. Materiales para el debate desde Argentina. *Revista Delito y Sociedad*, 8(13), 163-182.
- Sozzo, M. (2015).** *Locura y crimen. Nacimiento de la intersección entre los dispositivos penal y psiquiátrico*. Buenos Aires: Didot.
- Vezzetti, H. (1985).** *La Locura en Argentina*. Buenos Aires: Paidós.
- Zaffaroni, R. E. (2011).** Criminología y Psiquiatría. El trauma del primer encuentro. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 25-38.

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Barukel, A. (2019) Responsabilidad, peligrosidad y simulación: prácticas judiciales en una institución psiquiátrica de la provincia de Santa Fe. *Delito y Sociedad. Revista de Ciencias Sociales*. 28(47), 118-138.