

Territorios psiquiátricos de la prisión: los servicios de salud mental en cárceles federales desde una perspectiva etnográfica

ANDREA N. LOMBRAÑA
IDAES - UNSAM - CONICET

Resumen:

La salud mental de la población encarcelada ha sido objeto de preocupación para los investigadores dedicados al estudio del castigo penal, en particular desde que la psiquiatría de principios de siglo XX nutrió al derecho de todo un bagaje de conocimientos referidos a enfermedades mentales para legitimar sus técnicas de identificación, clasificación e intervención sobre un sector del tejido social. También los funcionarios y operadores del ámbito jurídico-penal suelen interesarse en estas problemáticas a partir del ineludible proceso de deterioro subjetivo propio de todo marco de encierro institucional. El presente trabajo reconstruye desde una perspectiva etnográfica las principales características de los servicios psiquiátricos de las prisiones federales del Área Metropolitana de Buenos Aires y la vida dentro de estos penales en distintos momentos y contextos, como resultado de un trabajo de campo que ha combinado distintas técnicas de producción de datos: la del archivo, la observación participante y la entrevista semiestructurada.

Palabras clave:

Salud mental, servicios psiquiátricos, cárceles federales, perspectiva etnográfica, lectura antropológica de fuentes documentales.

Abstract:

The mental health of the prison population has been of concern for researchers who study criminal punishment, particularly since the psychiatry of the early twentieth century drew to the right of a whole body of knowledge related to mental illness to legitimize their identification, classification and intervention techniques in a sector of the social fabric. Also officials and operators of legal-criminal matters are often interested in these issues from the inevitable process of their own subjective deterioration of any framework of institutional confinement. This paper reconstructs, from an ethnographic perspective, the main features of psychiatric services from federal prisons in the Metropolitan Area of Buenos Aires and life in these prisons at different times and contexts, as a result of field work that has combined various data production techniques: from the files, participant observations and semi-structured interviews.

Keywords:

Mental health, psychiatric services, federal prisons, ethnographic perspective, anthropological reading of documentary sources.

Nº 3 (Julio-Diciembre 2016), pp. 35-52

www.revistadeprisiones.com

Recibido: 30-6-2016

Aceptado: 1-9-2016

REVISTA DE HISTORIA DE LAS PRISIONES

ISSN: 2451-6473

LOS SERVICIOS PSIQUIÁTRICOS PARA *LOCOS/AS DELINCUENTES*:

Los primeros datos registrados sobre la existencia de servicios psiquiátricos para personas en conflicto con la ley en el ámbito federal, se vinculan a un proyecto de reforma para el Hospicio de las Mercedes (actual Hospital José Tiburcio Borda) durante la gestión del médico psiquiatra Lucio Meléndez (quien ocupó el puesto de director entre 1876 y 1892). Su propuesta estaba basada en la convicción de que era imperiosa la reorganización de la población del hospital y su distribución en alojamientos diferenciales según su condición clínica (Ingenieros, 1957).

El siguiente director del Hospicio, Dr. Domingo Cabred (1893-1918), continuó con las reformas iniciadas en la gestión anterior dejando entrever en sus decisiones un pensamiento adelantado para la época: “Los alienados llamados delincuentes deben ser asistidos en los asilos comunes y no en secciones especiales de las cárceles”, según afirmó en el Congreso Nacional de Antropología Criminal, celebrado en Ginebra en 1896. Para esta población en particular, había comenzado a construirse un edificio especial que demandó siete años de trabajo y fue inaugurado en 1899, con el nombre de Pabellón Lucio Meléndez.

El Pabellón quedó a cargo del hospital neuro-psiquiátrico hasta el año 1962, cuando debido a una huelga general del personal de Salud Pública, la dirección del mismo (a cargo del Dr. Omar Ipar) solicitó la colaboración de la Dirección Nacional de Institutos Penales para asegurar la atención y custodia de la población en el Pabellón Meléndez. Dicho organismo resolvió entonces enviar cuatro enfermeros pertenecientes al Instituto de Clasificación, un oficial del cuerpo general y dos subayudantes que revistaban en la Prisión de la Capital Federal (Unidad N°16).

En 1967 los detenidos en el Instituto de Clasificación en la Cárcel de Encausados que padecían algún tipo de “enfermedad mental” fueron derivados al pabellón Lucio Meléndez, debido a la falta de alojamiento adecuado para darles tratamiento. A partir de este evento, se sucedieron una serie de acciones mancomunadas entre las autoridades del hospital (en manos de una gestión que consideraba ahora un problema a la población de *locos delincuentes*, para el desarrollo de su trabajo asistencial) y las autoridades penitenciarias, tendientes a que toda la población alojada en el hospital y en conflicto con la ley penal estuviese a cargo del servicio penitenciario.

Así, el día 31 de mayo de 1968 se celebró un convenio (ratificado por Decreto N° 1962/69), entre la Secretaría del Estado de Salud Pública y el Instituto Nacional de Salud Mental del Ministerio de Bienestar Social por un lado, y la Secretaría del Estado de Justicia y la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario Federal (SPF) del Ministerio de Justicia por el otro, que transfirió el edificio, las instalaciones y los bienes muebles de los pabellones Lucio Meléndez y Chiarugi a la órbita de la Dirección Nacional del SPF. Este convenio fue ampliado en 1979 (a través del Decreto 648/80), e incorporó la transferencia del pabellón Servicio Trece. A partir de entonces se resolvió denominar a la unidad así conformada, como Servicio Psiquiátrico Central De Varones Unidad N°20, y alojar allí a internos-pacientes con enfermedades mentales de larga duración y/o crónicas.

En ese mismo decreto, se estableció la cesión provisoria del Pabellón Estévez Balado del Hospital Nacional Braulio Moyano a la órbita de la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario Federal. Quedando conformado como unidad diferenciada, recién en 1980, el Servicio Psiquiátrico Central de Mujeres Unidad N° 27. En este caso no se trató de una transferencia, como sí sucedió en el caso del servicio de varones, sino de una concesión provisoria del edificio, situación por la cual su estructura edilicia no podría ser reformada ni modificada. Dicho servicio se creaba con la finalidad de alojar procesadas y condenadas:

“con indicios de enajenación mental (...) sobreesidas por la Justicia Penal Nacional por aplicación del artículo 34, inciso 1° del Código Penal [inimputables] (...) que se encuentren afectadas en forma de alienación mental de larga duración y crónicas (...) que padezcan afecciones mentales agudas de corta evolución (...) con personalidad psicopática (...)”

(Boletín Público N°1345/80).

Ambos servicios se erigieron como las únicas unidades federales destinadas por ese entonces a la población penal con problemáticas vinculadas a la salud mental. Con su puesta en funcionamiento la primera población que acogieron estuvo conformada por todas aquellas personas ya internadas en los hospitales Borda y Moyano, que “por su alta peligrosidad no (...) [podían] convivir con otros/as internos/as en las restantes dependencias del hospital” (GESPyDH, PPN y CCT/CPM, 2013, pp. 382). Cada servicio tenía diferente capacidad de alojamiento; mientras que el de varones estaba en condiciones de asilar aproximadamente a ochenta y siete (87) personas, el de mujeres sólo podía hacerlo con veinte (20).

ALGUNAS PRECISIONES METODOLÓGICAS:

En varias de sus obras Foucault señala la importancia de analizar “el derecho” a partir de los procedimientos de sometimiento que pone en marcha, privilegiando el análisis del funcionamiento de las instituciones y las prácticas de los agentes involucrados directamente en su desarrollo (Foucault, 1992). El artículo ofrece una mirada de este tipo sobre el problema a abordar. Presenta en los apartados que siguen, la reconstrucción de las principales características de los servicios de salud mental bajo estudio y la vida dentro de ellos en distintos momentos y contextos, valiéndose del enfoque etnográfico como perspectiva metodológica general. Entendiendo ésta última como una concepción y una práctica de conocimiento que busca describir/interpretar un medio cultural determinado para hacerlo inteligible ante quienes no pertenecen a él (Guber, 2012), asume que es posible producir conocimiento etnográfico desde una *perspectiva periférica* (Maldonado Aranda, 2013) como se explica a continuación.

Las descripciones que hacen referencia a la situación anterior a las reformas del año 2007 y 2011, han sido elaboradas principalmente a partir de la *lectura antropológica* (Lorandi y Nacuzzi, 2007;

Lucaioli y Nacuzzi, 2011) de diversas fuentes escritas, informes - producidos tanto por organismos gubernamentales como no gubernamentales - y documentos relevados durante el trabajo de campo (legajos penitenciarios, resoluciones, protocolos, leyes, decisiones judiciales, procedimientos administrativos, registros, formularios, normativas internas, entre otros). Se considera que, por sus aspectos teóricos y metodológicos, la antropología es una de las disciplinas sociales privilegiadas para identificar, relevar, registrar y dar a conocer los diferentes significados, contenidos simbólicos y valencias políticas implicadas en las múltiples posiciones dentro del sistema de justicia penal (Kalinsky, 2013).

Ahora bien, convertir estos artefactos gráficos en construcciones analíticas y transformarlos en campo de indagación, implicó una serie de tareas que Muzzopappa y Villalta (2012) describen con precisión. Siguiendo las sugerencias de las autoras, el primer paso fue situar los documentos encontrados en su contexto de producción, conservación y clasificación para evitar las operaciones de lecturas literales. En segundo término, se examinó el modo en el cual se elaboraban en cada caso las realidades a las cuales los documentos hacían referencia; prestando especial atención a cómo cada uno de los actores interpretaba el conflicto en cuestión y de qué manera se arrogaba la capacidad de intervenir. Finalmente, Muzzopappa y Villalta señalan la necesidad de utilizar fuentes complementarias, como la observación participante en instituciones que intervienen en la producción de dichos documentos o a través de las cuales éstos circulan, y la realización de entrevistas con agentes que se desempeñan o se han desempeñado en las mismas, lo cual también se realizó durante mi estadía allí.

Por su parte, los datos producidos en relación a la situación a partir del año 2011, se obtuvieron a través de un trabajo de campo intensivo (Rockwell, 2008) realizado mayormente dentro de los servicios psiquiátricos de varones y mujeres del Servicio Penitenciario Federal en el período comprendido entre abril de 2011 y octubre de 2013, donde lo que predominó fue la técnica de la observación participante (Stocking, 1993) y el desarrollo de entrevistas antropológicas (Agar, 1980) en los espacios específicos de tratamiento terapéutico-penitenciario.

LA UNIDAD 20: EL SERVICIO DE VARONES:

El servicio de psiquiátrico de varones estuvo emplazado, hasta el año 2011, en uno de los sectores más alejados de la puerta de entrada principal al Hospital Borda. Rodeando el edificio se levantaba un cerco perimetral de aproximadamente tres metros de alto que terminaba en un alambrado de púas, y dejaba a este servicio separado del resto del centro asistencial. Los agentes de seguridad externa custodiaban estos límites desde tres puestos de control, armados con escopetas y pistolas a la vista de cualquier visitante.

La Unidad 20 estaba organizada en tres sectores. El primero de ellos ubicado en la planta baja del edificio, se trataba de un pabellón abierto donde se alojaban los internos considerados “adaptables” por el SPF: drogadependientes y personas con trastornos de la personalidad. Esta población contaba con la posibilidad de desarrollar algunas tareas laborales (de limpieza o cocina) y ciertas actividades

educativas dentro del penal. En la misma planta estaban dispuestas las tres Salas Individuales de Tratamiento (SIT) (*buzones* o *leonerías*): una serie de habitaciones diminutas de dos metros por un metro y medio, que solían ser utilizadas para aislar a internos por razones disciplinarias o bien alojar a los recién llegados hasta decidir dónde ubicarlos. En el relevamiento de los legajos que realicé en el trabajo de campo, he podido identificar el registro regular de estas prácticas en los distintos casos; por ejemplo en uno de ellos puede leerse:

“Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de informar que en la fecha el interno (...) fue sancionado y alojado en celda individual de tratamiento por transgredir normas disciplinarias (pasar pastillas psicofármacos a un igual). Según informe psiquiátrico el causante se halla en condiciones psíquicas de ser alojado en forma individual. Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte” (Parte enviado desde la Oficina de Judiciales de la Unidad a los Juzgados Intervinientes, en junio de 1989).

Allí pasaban diez o más días, algunos de ellos sin ropa y fuertemente medicados, sin luz natural, sin ventilación suficiente, sin agua corriente ni instalaciones sanitarias. Según algunos informes, a quienes eran detenidos allí, se les daba una botella de plástico cortada para comer y otra para orinar. En uno de esos documentos, un ex detenido en la unidad dice acerca de las celdas de aislamiento: “Ahí te volvé un animal. Algunos parecen fieras ensañadas contra sí mismos. Pero en *buzones* es imposible que te autoagredas. Porque hasta esa posibilidad te sacan” (Caime, 2013, pp. 94).

En la planta alta estaban las seis celdas comunes destinadas al alojamiento de la población con enfermedades mentales graves, en su mayoría con diagnóstico de psicosis o patologías orgánicas cerebrales. Cada celda tenía una capacidad máxima de seis (6) personas, pero eran regularmente ocupadas por hasta once (11) internos; de forma que varios de ellos no tenían otra opción que dormir en el suelo sobre colchones ubicados uno junto a otro (Amendolaro *ét. al*, 2005). Una reja separaba a cada una de estas celdas de un corredor angosto, cuyas ventanas ofrecían la luz y ventilación a toda la planta. El único baño era compartido,¹ y su uso era permitido sólo durante el día cuando las rejas estaban abiertas. La mayoría de las personas que pasaron por allí - en condición de detenidos, trabajadores penitenciarios o profesionales- recuerdan particularmente el olor nauseabundo del lugar, la falta de oxígeno y las cucarachas que caminaban por todos lados.

La unidad contaba finalmente con algunos espacios comunes: una sala de estar (usada como dormitorio por falta de espacio), un patio (donde funcionaban los talleres de trabajo) y un par de habitaciones más destinadas al sector de educación (la dirección, un aula y una biblioteca).

Los informes revelan que en junio de 2004 la unidad albergaba a ciento cincuenta y ocho (158) internos, en junio de 2005 a ciento veintiocho (128), en septiembre de 2006 a ciento catorce (114) y en junio de 2007 a ciento veintiuno (121) (CELS y MDRI, 2008). Es decir que el servicio sufrió de manera constante situaciones de severa sobrepoblación, que fluctuaba entre el 50% y el 30% según el año en cuestión.

1. Algunos relatos refieren la presencia de letrinas sin puertas dentro de ciertas celdas, pero las recuerdan rotas y fuera de funcionamiento.

Los internos alojados allí tenían una procedencia diversa. La primera vía de ingreso a la unidad era la derivación directa desde comisarías; situación que se daba “cuando una persona cometía un delito y era apresado en el momento, y las circunstancias daban para pensar que padecía algún desequilibrio psiquiátrico”, según lo expresara un alto funcionario penitenciario entrevistado. Otro modo de recibir internos era por orden de los juzgados; en estos casos eran derivados con un diagnóstico especificado por los médicos forenses que habían participado del proceso judicial y habían aconsejado al juez su internación. Incluso llegaban allí internos de otras provincias cuyo alojamiento en la unidad era indicado por jueces de aquellas jurisdicciones, arguyendo que no contaban con establecimientos adecuados en sus territorios. La unidad también recibía internos de otros penales (algunos ya con sentencia firme y otros procesados) que “en un momento dado se desequilibraban”, comentaba el mismo funcionario. La falta de atención psiquiátrico-psicológica en las unidades penitenciarias comunes del servicio federal, dado los escasos recursos humanos y terapéuticos disponibles para afrontar casos de este tipo, explicaban las derivaciones. Durante este período, también ingresaban al penal personas con afecciones mentales que no habían cometido delito alguno y que eran remitidas a la Unidad 20 por la justicia civil (GESPyDH, PPN y CCT/CPM, 2013) con distintos argumentos (muchos de ellos, por ejemplo, provenían de derivaciones del Borda en los casos de internos con comportamientos violentos incontrolables para el personal del hospital).

Así es que los diagnósticos² y las situaciones procesales de los internos de la Unidad 20 daban cuenta de la heterogeneidad de esa población; lo cual, según los dichos de los propios profesionales, dificultaba la posibilidad de establecer un marco coherente para llevar adelante un tratamiento. Debido a esta cuestión y a la falta de personal calificado, las actividades recreativas y terapéuticas eran escasas y la inactividad de los internos era generalizada. Era común observarlos acostados sobre sus camas o en el piso por largos períodos de tiempo, con escasos o nulos estímulos de movimiento (CELS y MDRI, 2008). Si bien es cierto que el penal ofrecía educación en distintos niveles y tareas laborales de huerta y carpintería - así como también esporádicos talleres de cerámica, alfarería, marroquinería y reciclaje - la participación en los mismos era optativa y dependía de la voluntad del personal de seguridad el desplazamiento de los internos hasta los lugares comunes donde se realizaban estas actividades.

Entre junio de 2004 y diciembre de 2005, en el marco de una investigación regional sobre Derechos Humanos y Salud Mental impulsada por el Mental Disability Rights International (MDRI) y Human Rights Watch acompañada a nivel local por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), se hicieron públicas una notable cantidad y variedad de prácticas médico-penitenciarias abusivas y cruentas, que tenían lugar tanto en el servicio psiquiátrico de varones como en su par de mujeres, que vulneraban los derechos humanos más básicos de los internos allí alojados y que determinaban

2. Algunos informes relevados indican que hasta el año 2007, las prácticas de diagnóstico en la unidad eran escasas; y que en aquellos casos en los que sí se realizaban no resultaban precisos, y en menos casos aún eran volcados de forma acabada en las historias clínicas de los internos (Amendolaro *ét. al.*, 2005).

condiciones de encierro que los investigadores definieron como de “incalificable horror” (Amendolaro et al, óp Cit., pp. 214).

Como producto de dicho trabajo, se publicó un informe exhaustivo y de gran divulgación en el año 2007, bajo el título “Vidas Arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental en la Argentina”. Allí se describen distintos casos de agresiones físicas a los detenidos por parte del personal, evidencias de ultrajes sexuales y carencias graves de atención médica. La administración de medicaciones psicofarmacológicas sin consentimiento, fue otra de las intervenciones altamente cuestionada en el informe. Un detenido le informó a los investigadores que como “castigo por ofensas menores, se le administraban fuertes tranquilizantes que lo dejaban inmovilizado por días” (CELS y MDRI, 2008, pp. 89). Finalmente la situación de la estructura edilicia en general y las condiciones de limpieza e higiene del lugar, fue otro de los ejes identificados como problemáticos. La investigación concluía que:

“[la] vida en este lugar no tendría nada que envidiarle a un centro clandestino de detención. Tal vez la única diferencia es que el nombre de los detenidos existe registrado en algún lugar de alguna oficina del Estado, un lugar que no suele interesarle a casi nadie” (Amendolaro et al, óp Cit, pp. 5).

Por la misma época, a mediados del año 2007, la Procuración Penitenciaria recibió una carta en la que familiares de los internos de la Sala 2 de la Unidad 20 (aquellos alojados en el primer piso del penal) denunciaban diversos malos tratos por parte del SPF a sus seres queridos. En particular, describía como habituales el empleo de golpes o el sometimiento a duchas frías por más de media hora a los internos que se negaban a tomar la medicación, y agresiones verbales, maltrato psicológico y actitud de *verdugueo*³ constante para con la totalidad de los detenidos. Como resultado, se interpuso un *habeas corpus* correctivo a favor de todos los internos en ese momento alojados en el Servicio Psiquiátrico Central de Varones “por agravamiento ilegítimo de las condiciones de detención”.

A partir de estos dos hechos, la difusión del informe del MDRI/CELS y la intervención de la Procuración Penitenciaria, la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario decidió emprender una importante reforma en la Unidad 20 a través de la implementación del Programa Nacional de Atención al Interno con Enfermedad Mental Grave. La modificación más importante que aportó el nuevo programa fue la inserción de un equipo civil de profesionales de la salud para el tratamiento dentro la unidad. Dicho equipo, una vez conformado, resultó interdisciplinario -estaba compuesto por psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales- y extenso -llegó a tener cerca de sesenta (60) profesionales en sus filas que trabajaban en distinto turnos. El programa preveía además la creación del puesto de Coordinador Médico Civil -nombrado y supervisado directamente por la Dirección Nacional del

3. Se trata de un término de origen lunfardo, utilizado en el lenguaje coloquial en la zona del Río de la Plata, que alude a la acción de infligir tormentos, humillaciones o vejámenes a alguien. Su uso es bastante extendido para referir al trato que las fuerzas de seguridad ejercen sobre sus propios subalternos en la fase de entrenamiento y orden cerrado, como forma de disciplinamiento y fortalecimiento de jerarquías. A su vez, dicho término es utilizado con frecuencia en el habla cotidiana para referirse a ciertas prácticas ejercidas por las fuerzas de seguridad sobre la población en general.

SPF- quien sería el encargado de la articulación de los equipos de salud y el seguimiento de los casos, y contaría con un rango de autoridad similar, en términos formales, al del Director Penitenciario (quien en adelante sólo debía encargarse de organizar la seguridad dentro del penal). Así, la reforma significó todo un cambio cultural a nivel institucional, y gran parte de los esfuerzos de la nueva coordinación médica estuvieron enfocados en transformar el penal en un hospital psiquiátrico, con una modalidad de trabajo similar a la de la *residencia*⁴ y donde el interno ahora se transformaba en paciente.

De la mano del programa (que contó con presupuesto proveniente del Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente - ILANUD) también realizaron una serie de modificaciones edilicias: se retiraron las puertas enrejadas de las celdas (aunque se mantuvieron las que ofrecían acceso a los pabellones), se modificaron las celdas de aislamiento en sus dimensiones⁵ y se mejoraron los servicios sanitarios en general.

A su vez se confeccionó un programa de formación, perfeccionamiento y actualización de los profesionales médicos, no médicos y penitenciarios a los fines de capacitarlos sobre las problemáticas específicas de salud mental.

Finalmente, el programa desarrolló un Servicio de Observación y Evaluación Psiquiátrica (SOEP) a fin de organizar la admisión a la unidad. Dicho servicio estipulaba que todas las evaluaciones de ingreso debían contar con la presencia de al menos dos médicos psiquiatras, un neuropsicólogo y un trabajador social; quienes luego de 72 horas como máximo de observación, debían explicitar un diagnóstico, el riesgo de auto o heteroagresión del paciente y el motivo de admisión o no admisión en base a criterios previamente determinados:⁶

“El SOEP no es un lugar físico únicamente, esta estructura constituye el núcleo de diagnóstico y admisión a esta unidad psicoasistencial. Dicho dispositivo constituye la puerta de entrada a la Unidad N° 20 del Servicio Penitenciario Federal (en reemplazo de los antiguos sectores individuales de tratamiento), una unidad destinada a la atención del paciente psiquiátrico prisionizado (...) En resumen, cuando hablamos de SOEP, hablamos de un lugar de evaluación, de un tiempo de estabilización, psiquiátrico, emocional, familiar, social...” (Ohman ét. al, 2001, pp. 207).

Se creó a su vez, a fin de alojar a todos aquellos que quedaran por fuera de los criterios de admisión al programa pero que aun así no estuvieran en condiciones de ser alojados en unidades comunes, el Anexo Unidad N° 20 dentro del Complejo Penitenciario de Ezeiza (situado en los pabellones C, D, E y F del Módulo 6). Este anexo admitía pacientes con trastornos de personalidad, retrasos mentales,

4. El foco estaba puesto en el trabajo intensivo sobre el grupo de profesionales (organización de “clínicas”, asambleas abiertas para la discusión de los casos, su diagnóstico y metodología de trabajo, etc.) y no tanto sobre el paciente o sus requerimientos.
5. Si bien las SITs dejaron de utilizarse para alojar a los recién llegados, las prácticas de aislamiento continuaron siendo un recurso válido para la gestión de la población de la unidad, y aún incluían regularmente la privación sensorial con restricción total o parcial de estímulos de uno o más sentidos (Caime, 2013).
6. Establecidos en las “Normas Mínimas para el Ingreso, Egreso y Tratamiento en la Sala de Observación y Evaluación Penitenciaria” y los “Criterios de Admisión al SOEP”, ambas aprobadas mediante la Resolución N° 4974/2007 de la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario de la Nación.

síntomas cerebrales orgánicos de cualquier origen incluidos demencia y epilepsias, trastornos por abuso de sustancias o antecedentes de adicciones, autolesionados o con diagnóstico de ideación suicida o ideación de muerte. Tenía, y aún conserva, una capacidad de cuarenta y cuatro (44) plazas. Allí se desarrollaba por aquel entonces el Programa Terapéutico Integral Multidisciplinario (PROTIM), llevado adelante por el personal profesional del cuerpo penitenciario desplazado con la reforma de la Unidad 20, destinado a tratar a la población carcelaria con uso problemático y abuso de drogas a través de una dinámica de comunidad terapéutica.⁷

La Unidad 20 tampoco aceptaría en adelante ingresos ordenados por la justicia civil ni se mantendría dentro de la misma a los internos bajo la órbita de dicha competencia. Luego de una serie de idas y vueltas en torno a esta cuestión,⁸ finalmente el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación determinó que los servicios psiquiátricos bajo su órbita alojarían solamente a personas “cuya internación haya sido dispuesta por Magistrados del Fuero Penal (...) reconociendo las funciones del Servicio Penitenciario Federal y lo establecido por los artículos 16 y 18 de la Constitución Nacional, en relación con los principios de juicio previo y juez natural” (Resolución N°1230/2006).

Simultáneamente, la Defensoría General de la Nación creó la Comisión de Seguimiento del Tratamiento Institucional Psiquiátrico “con el objetivo de coordinar las tareas tendientes a verificar las condiciones generales de internación de pacientes psiquiátricos” y a la cual se le otorgaba la competencia en materia de control de legalidad de las mismas (Resolución DGN N° 1421/07). Dicha comisión debe velar por las condiciones generales de alojamiento de esta población y arbitrar los medios necesarios para evitar cualquier tipo de coerción que restrinja el ejercicio de sus derechos (sobre todo a la libertad), promoviendo la desinstitucionalización de los pacientes y su reinserción social.

Si bien la implementación de la reforma implicó ciertas mejoras en las condiciones de vida de las personas alojadas en la Unidad 20, y un mayor respeto a las normativas nacionales e internacionales tanto en relación a los derechos de las personas privadas de la libertad como en materia de salud mental, dejó relativamente intacto el dispositivo jurídico-penitenciario que avalaba y sostenía las prácticas de encierro aquí analizadas. Esto fue muy evidente, por ejemplo, en la decisión de mantener el alojamiento en celdas de aislamiento como modo de gestionar las situaciones conflictivas o en el sostenimiento de un grupo de profesionales (en su mayoría trabajadores sociales) pertenecientes al cuerpo mismo del SPF en el tratamiento de la población.

7. Así se daba cumplimiento a la legislación nacional en materia de atención a la población penal con problemáticas de adicciones, antes entonces omitida: la Ley de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes (art. 19) y la Ley de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad (art. 185).
8. Desde el año 1983 (Resolución M.J. No 248/83) se encontraba autorizada la internación de personas dispuesta por Jueces Nacionales en lo Civil en los servicios psiquiátricos del SPF. Posteriormente, en el año 2003 (Resolución M.J.S. y D.H. No 067/03) se revocó dicha autorización y sólo continuarían recibiendo internaciones dispuestas por jueces civiles cuando se tratara de personas sobreesididas en razón de su inimputabilidad.

LA UNIDAD 27: EL SERVICIO DE MUJERES:

El servicio psiquiátrico penitenciario de mujeres, por su parte, estuvo emplazado hasta el año 2011, en la planta alta de uno de los edificios del Hospital Moyano. Es importante notar, antes de avanzar, que el acceso a información sobre el lugar y las referencias a él en los informes y documentos producidos por distintos organismos estatales y no estatales, es escasa y considerablemente menor al caso del servicio de varones. La descripción que se ofrece en este caso ha sido reconstruida, en su mayoría, a partir de la apelación a los recuerdos de algunos profesionales y agentes penitenciarios que fueron entrevistados durante el trabajo de campo; y por ende, carece de la precisión y la exactitud de los datos vertidos en el caso del servicio de varones.

La Unidad 27, al igual que la 20, estaba organizada en tres sectores principales. En el primer piso del edificio funcionaban dos pabellones, donde las mujeres eran alojadas diferencialmente por el SPF según criterios ligados exclusivamente a la seguridad. En ambos pabellones el alojamiento era compartido, al igual que los baños y las duchas. Al fondo de un corredor, una reja y un puesto de control impedían a las mujeres el acceso al resto del edificio. Contaban con algunas pocas ventanas, bastante pequeñas, también enrejadas.

En el entrepiso del mismo edificio, estaban ubicadas las tres o cuatro (la cantidad varía en los relatos) celdas de aislamiento; salas individuales muy pequeñas, sin ventilación ni luz natural. El acceso a los servicios sanitarios en este caso no era libre, sino que requería que el personal penitenciario lo habilitara. Respecto al uso de estas celdas, la investigación llevada adelante por el MDRI y el CELS, denunció que si bien

“el personal informó que se utilizaban durante dos días como máximo (...) durante la visita se pudo constatar que había dos mujeres detenidas en estas celdas —una había estado allí durante un año por orden judicial porque se consideraba que era un peligro para sí misma. La otra había estado detenida allí un año y medio por las dificultades en el trato con las otras personas” (CELS y MDRI 2008: 69).

En la misma planta se ubicaba un consultorio donde el personal profesional del SPF realizaba sus tareas de atención, y la farmacia donde se desempeñaban los enfermeros. Había además, por ese entonces, una sala de estar o salón de usos múltiples donde se realizaban los talleres y demás actividades colectivas.

La población allí alojada estaba compuesta en primer lugar por aquellas mujeres declaradas inimputables con medida de seguridad, que en ningún caso solían superar el número de ocho (8) internas. También se recibían mujeres derivadas directamente de otros servicios del hospital Moyano que eran alojadas sin ningún tipo de orden judicial debido a su comportamiento problemático dentro del sistema sanitario. Un psiquiatra que trabajó allí por el año 1990, recuerda: “Lo que pasa es que en esa época existían convenios con el hospital (...) de que las pacientes que se fugaban mucho las mandaban también para ahí”. Finalmente, la mayor parte de la población provenía de traslados internos del SPF desde distintas unidades, sin derivación médica alguna: “no había una derivación clínica (...) a

alguien que hinchaba mucho las bolas en una unidad lo cargaban en el camión y llegaban ocho a las cuatro de la mañana”; según los dichos de una de las psicólogas entrevistadas. Así, estos traslados eran utilizados como instancias posteriores, que se sumaban luego de las agresiones físicas o a las sanciones aplicadas por personal penitenciario. En este tipo de prácticas subyacía, además, cierta concepción misógina respecto a la construcción de los géneros, que asociaba todo episodio conflictivo en el que participaba una mujer (ya sea con pares o agentes penitenciarios), con algún tipo de trastorno psíquico o emocional (GESPyDH, PPN y CCT/CPM, 2013).

Así es que si bien el lugar tenía una capacidad de alojamiento de veinticinco (25) personas, solían transitar por allí un número considerablemente mayor de mujeres. Sólo en el año 2007, fueron trasladadas a la unidad veinticuatro (24) detenidas producto de las prácticas penitenciarias descriptas. Este tipo de situaciones no puede ser separado del significado simbólico que representaba para estas mujeres, ser llevadas a un establecimiento psiquiátrico y los impactos en la subjetividad de este acontecimiento: ya no sólo presas, sino también locas.

La vida en el servicio estaba signada por el procedimiento carcelario, con horarios establecidos para todo, requisas y prácticas arbitrarias. El único personal que allí se desempeñaba pertenecía de hecho al SPF, incluso el destinado al abordaje terapéutico de las internas. No contaba con profesionales de guardia ni espacio físico adecuado para desarrollar la observación inicial y la evaluación de las recién llegadas. Una psicóloga que transitó por allí sostiene:

“las personas que estaban alojadas en realidad no tenían un tratamiento en salud mental, era un tratamiento penitenciario, la salud mental estaba asociada al castigo (...); en ese lugar los psicofármacos, la medicina, la psiquiatría, la psicología estaban al servicio de la tranquilidad de los celadores, que no jodan el fin de semana, que no molesten. Por otro lado, también se usaban métodos de castigo (...) con la creencia de que alguien que está alucinando hay que aislarlo, se los tenía aislados durante un tiempo indeterminado, hemos encontrado pacientes unos años aislados”.

El proceso de reforma descrito en el apartado anterior en el servicio de varones en 2007, no incluyó intervención alguna en el espacio de mujeres. Nunca se las incluyó en el programa de abordaje civil, ni contaron con la inserción de un equipo interdisciplinario, ni con psiquiatra de guardia; tampoco se desarrolló una sala de observación, por lo cual nunca se dejaron de utilizar las salas individuales de tratamiento como alojamiento para las recién llegadas, ni se limitaron el tiempo y las condiciones de la evaluación inicial de las pacientes. Es cierto que algunas de estas falencias intentaron ser cubiertas solicitando la colaboración del equipo de tratamiento recientemente ingresado a la Unidad 20 o la de los profesionales de las distintas especialidades médicas del Hospital Moyano; quienes eran usualmente requeridos para asistir las contingencias que acontecían en el horario nocturno.

LA REFORMA DE 2011 Y LA MUDANZA A LOS COMPLEJOS PENITENCIARIOS DE EZEIZA:

El 31 de mayo de 2011 se produjo un importante incendio dentro de una de las celdas de aislamiento de la Unidad 20. En el hecho murieron dos de las tres personas que se encontraban alojadas

ese día en el sector: un joven de veintidós años por las quemaduras del fuego que se había iniciado en su celda (por razones que aún se están investigando) y otro de diecinueve años producto de la inhalación prolongada de humo. Sin embargo estas muertes no fueron las únicas que tuvieron lugar en la unidad por aquellos días, en los últimos quince meses habían fallecido seis internos, de los cuales tres lo habían hecho la semana anterior al incendio. Estos acontecimientos aceleraron la concreción de un proyecto que la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario Federal venía planificando en relación a sus servicios psiquiátricos: una profunda reforma que acogiera no sólo los preceptos de la nueva normativa nacional vigente sobre salud mental,⁹ sino los principios ideológicos que orientaban la nueva gestión de la dirección.¹⁰

Así, el 6 de julio del mismo año se decidió crear una comisión de desguace que se ocupara de “desafectar el uso penitenciario de los inmuebles del ex Servicio Psiquiátrico Central” (Resolución N°1335/11 de la Dirección Nacional del SPF); y el 13 de julio se concretó la mudanza de ambas unidades a los complejos penitenciarios federales ubicados en la localidad de Ezeiza: la Unidad 20 hacia el Ala Norte del Hospital Penitenciario Central (HPC) del Complejo Penitenciario Federal I (CPF I) y la Unidad 27 al Módulo 6 del Complejo Penitenciario Federal IV (CPF IV).

El CPF I está emplazado en un predio muy extenso, de unas cincuenta hectáreas, ubicado a la vera de la ruta nacional 205. Su capacidad original estaba prevista para alojar a mil seiscientos veinte (1620) personas, pero paulatinamente fue ampliando su estructura edilicia hasta albergar dos mil sesenta y una (2061) internos. El complejo está organizado en seis unidades residenciales independientes de forma triangular, cada uno posee un alambrado perimetral. Hay además otros edificios destinados al módulo de ingreso (URI), sector administrativo central, un hospital polivalente de

9. La Ley 26.657 de Salud Mental fue promulgada el 2 de diciembre de 2010, siendo la primera en su tipo a nivel federal. La ley en cuestión, a nivel general, entiende la salud mental como una problemática multideterminada por factores económicos, sociales, culturales, biológicos, psicológicos e incluso históricos (y no simplemente en términos de enfermedad); e identifica al paciente mental como una persona en situación de alta vulnerabilidad psicosocial, que precisa acciones concretas del estado. Asimismo, discute con la noción de (in)capacidad jurídica, al tiempo que desarrolla una postura crítica acerca del derecho normativo apegado al modelo psiquiátrico forense. Desde esta perspectiva identifica los derechos fundamentales de las *personas usuarias* de servicios de salud mental; entre los cuales resultan sobresalientes: el derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni de tratamientos experimentales y la prohibición del suministro de medicación como castigo; a recibir intervenciones terapéuticas lo menos invasivas posible y tratamientos preferentes basados en la comunidad (de requerir internación, a recibirla en un hospital general como otros tipos de padecimiento); a ser reconocidas como titulares de derechos pero también como agentes capaces de ejercerlos por sí mismos; a la participación política en asociaciones de usuarios y familiares con incidencia en el desarrollo de los programas que los afectan; entre otros.
10. Entre abril de 2011 y agosto de 2013, la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario Federal estuvo a cargo del Dr. Víctor Hortel. Su gestión significó una fuerte disrupción hacía el interior del servicio, al establecer lineamientos de trabajo orientados a la ampliación de derechos en contextos de encierro, la protección y la promoción de los derechos humanos de los detenidos y sus familiares, y la inclusión social integral de esta población. Algunas de las acciones llevadas adelante durante este período fueron, por ejemplo: el retiro de los servicios de defensa a los agentes penitenciarios denunciados por torturas y el reconocimiento de esta problemática dentro de las cárceles federales; la apertura de los espacios educativos, culturales y universitarios a la sociedad civil; la creación de nuevos centros universitarios en distintas unidades del país; la libertad de trabajo dentro de los predios carcelarios para los organismos de control; entre otras. La democratización de la fuerza penitenciaria y las diversas denuncias por corrupción, fueron tareas que quedaron trunca debido a la abrupta interrupción de la gestión, como resultado de la fuga de trece presos del Complejo Penitenciario Federal I de Ezeiza, en condiciones sospechosas y cuyas circunstancias no se han esclarecido completamente.

mediana complejidad (con capacidad de ciento veinte (120) camas), una cocina/depósito, un amplio salón de usos múltiples, un área destinada a deportes, un centro universitario, una biblioteca y naves especiales para talleres industriales de aprendizaje de oficios. Cada una de estas estructuras está separada de las demás por amplios espacios verdes al aire libre, además de calles y veredas internas que los conectan entre sí por donde transitan vehículos y peatones de forma constante. Al tratarse de un complejo de máxima seguridad, todo el predio está dotado con un doble alambrado perimetral y cuenta con distintas tecnologías de control (sensores de movimiento, circuito cerrado de cámaras de video, etc.)

El servicio psiquiátrico de varones fue ubicado dentro del edificio del hospital del complejo, en un sector construido especialmente para ser utilizado como centro asistencial. Si bien el servicio posee una entrada independiente, también es posible ingresar a él desde el interior del hospital (previo paso por un punto de control). El ala destinada a la atención psiquiátrica se trata de un espacio rectangular de dos pisos. En la planta baja se ubican las oficinas destinadas a la administración del lugar (oficina de coordinación, dos oficinas para los profesionales civiles, una para el personal profesional penitenciario, la enfermería/farmacia, la celaduría, dos oficinas para la jefatura de seguridad, un salón de usos múltiples, una sala destinada a los talleres de trabajo y otra para educación), la Sala de Evaluación, Diagnóstico y Estabilización (SEDE),¹¹ la cocina, la lavandería, un patio, una huerta y un pabellón con seis (6) salas individuales de alojamiento de observación permanente (con cámaras de monitoreo¹²), quince (15) salas individuales, tres (3) de alojamiento compartido (con capacidad para albergar a tres internos cada una) y un pequeño salón de estar (que cuenta con algunas sillas de plástico, mesas y un televisor; allí los internos se reúnen para comer). A la planta alta se accede por una escalera interna, allí se despliega un segundo pabellón exactamente igual al de la planta baja. Hay también una escalera externa por donde puede accederse al patio sin necesidad de atravesar el pabellón inferior.¹³ Todas las habitaciones cuentan con luz natural y las instalaciones sanitarias son compartidas. Los internos pueden transitar libremente por el pabellón pero sólo pueden acceder a los espacios comunes ubicados fuera del pabellón (que son bastante escasos en relación a los que había en el predio del Borda) en los horarios estipulados por los agentes penitenciarios.

Por su parte, el CPF IV (ex Instituto Correccional de Mujeres Unidad 3) es el establecimiento penitenciario más antiguo destinado a mujeres en el ámbito federal. Está emplazado a muy corta distancia del complejo de varones, sobre la misma ruta, en un predio de unas diecisiete hectáreas. Tiene una capacidad total de cuatrocientas noventa y seis (496) plazas distribuidas en cuatro módulos de

11. Dichas salas no estaban previstas en la estructura original del servicio, sino que fueron incorporadas durante el año 2012.

12. Estas salas de observación fueron diseñadas para alojar a quienes presentan riesgos ciertos e inminentes de agresión o autoagresión; a los fines de ejercer sobre ellos un seguimiento constante de su evolución terapéutica. Lo cierto es que las pantallas de monitoreo son controladas sólo por el servicio penitenciario y no por los equipos de tratamiento de salud; restando efectividad al procedimiento.

13. La puerta de acceso a dicho patio debería permanecer abierta durante el día permitiendo el tránsito libre de los internos; sin embargo, durante el trabajo de campo, he constatado que en varias oportunidades se encontraba cerrada.

alojamiento pabellonados, un centro de rehabilitación de drogadependientes y un conjunto de casas de pre-egreso para internas que se encuentran en la última etapa del tratamiento. También cuenta con un edificio destinado al sector administrativo central y un centro médico. Las distancias entre las distintas edificaciones son bastante menores comparadas con las del complejo I, pero los espacios verdes al aire libre son por el contrario mucho más extensos. Al tratarse de un complejo de máxima a mediana seguridad, el predio tiene igualmente un riguroso alambrado perimetral.

El servicio psiquiátrico de mujeres fue ubicado en uno de los módulos más cercanos a la entrada al predio, pegado a uno de las unidades residenciales. Hasta pocos días antes de la mudanza, el espacio había estado ocupado por otro servicio que fue trasladado a un edificio diferente. Por esa razón las modificaciones estructurales requeridas por la nueva población recién comenzaron estando ya en el edificio las internas provenientes de la Unidad 27. La construcción tiene la forma de un peine de cuatro dientes; están agrupados de a dos y separados por completo uno de otro. En el pabellón B, funcionaba inicialmente el servicio psiquiátrico. Allí hay dos habitaciones individuales con cámara de monitoreo y diez salas individuales de alojamiento; que en todo los casos son bastante pequeñas, oscuras y con escasa ventilación. Los servicios sanitarios son compartidos y el acceso a los mismos es restringido durante la noche. Hay un comedor y un salón de usos múltiples donde se realizan las visitas, algunas reuniones y distintos talleres. Si bien la comida proviene de la cocina central del complejo (ya cortada y entregada en recipientes plásticos), el pabellón tiene un microondas para recalentar lo que llegue frío y un dispenser de agua. Hay un servicio de enfermería (donde funciona una farmacia), celaduría y oficinas destinadas a los trabajadores civiles y penitenciarios. El edificio tiene calefacción central y algunos artefactos de aire acondicionado. Es llamativa la presencia de cámaras en todos los espacios comunes y pasillos de tránsito, y la ausencia de un centro de observación y evaluación para ingresantes (para lo cual se utiliza el SEDE ubicado en el servicio de varones).

Ahora bien, no todas/os las/los internas/os de las unidades del Borda y del Moyano fueron trasladados a estos lugares. Previo a la mudanza, se produjeron algunas derivaciones: en los casos en que la situación procesal de las internas e internos lo permitía, fueron trasladados a ámbitos de internación civil; otros, que reunían determinados criterios clínicos, regresaron a sus unidades de alojamiento original. Por otra parte, los varones con diagnósticos vinculados a modalidades psicopáticas que a pesar de las modificaciones en los procesos de admisión a la ex Unidad 20 aún se alojaban dentro del servicio psiquiátrico, fueron derivados al Anexo que ya se encontraba funcionando dentro del complejo. Para las mujeres en la misma condición, se creó de forma simultánea a la mudanza un servicio específico, que fue emplazado dentro del mismo módulo previsto para el resto de las internas recién mudadas de la ex Unidad 27, pero en el pabellón A. En dicho anexo, al igual que en su par de varones, el personal que se desempeñaba pertenecía exclusivamente al SPF y formalmente sólo alojaba internas con trastornos de personalidad, autolesionadas o con ideación suicida. Sin embargo, en la práctica, ambos anexos -20 y 27- funcionaban como lugares para alojar la población "conflictiva" del resto de las unidades (en general de forma transitoria); al ser espacios sin control de personal civil, los requisitos de admisión y los criterios médicos resultaban maleables.

Con todo, los servicios psiquiátricos en cuestión dejaron de ser parte de la estructura hospitalaria de los neuropsiquiátricos para convertirse en módulos insertos en complejos penitenciarios de máxima seguridad. En este sentido, una de las pérdidas más importantes fue la autonomía administrativa y operativa de las diversas áreas que hacen al funcionamiento de los establecimientos psiquiátricos: Judiciales, Ingreso, Salud y Visita, dependen en la actualidad de los complejos penitenciarios de los que forman parte. Los familiares, por ejemplo, deben pasar por la requisa del complejo y el trato hacia los mismos dista mucho del ofrecido en los emplazamientos anteriores; razón por la cual, muchos visitantes dejaron de concurrir con asiduidad (esto sumado a la distancia que supone trasladarse hasta la zona de Ezeiza y el incremento del costo del viaje). Las condiciones de detención se vieron agravadas también con la pérdida de los amplios espacios comunes y de recreo que había en los predios hospitalarios. Si bien en la actualidad hay salones de usos múltiples internos en cada pabellón y un patio externo compartido, sus dimensiones son bien reducidas y carecen del mobiliario adecuado.

El cambio de emplazamiento de los servicios psiquiátricos fue acompañado por la creación e implementación del Programa Interministerial de Salud Mental Argentino PRISMA (Resolución conjunta 1075/2011-MJDH y 1128/2011-MS); a través del cual el Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación junto su par de Salud, sustituyeron al anterior. Este programa se diseñó con el objetivo de “tratar la problemática de aquellas mujeres y hombres alojados tanto en las instalaciones de los establecimientos penitenciarios especializados en materia psiquiátrica del SPF como en otras Unidades del Servicio que cumplan con los criterios de admisión establecidos para el programa”, según se explicita en el cuadernillo de presentación. Como fundamento de su creación y marco general se alude a la ley de salud mental. Inclusive previendo la incorporación de profesionales del ámbito jurídico para el seguimiento judicial de los casos y el asesoramiento específico en estos temas para los profesionales de la salud. Por todo ésto, y según los dichos de sus propios integrantes, la formulación del programa realmente establecía parámetros de vanguardia a nivel mundial y proponía “un cambio (...) copernicano en el abordaje integral de las personas con padecimientos mentales en el contexto jurídico-penal” (exposición pública, ex-coordinadora PRISMA dispositivo de tratamiento, en noviembre de 2012).

Por su parte, entre el año 2012 y 2013,¹⁴ el servicio penitenciario también emprendió un cambio en la organización de los servicios psiquiátricos a su cargo. En primer lugar creó el Programa de Tratamiento Interdisciplinario, Individualizado e Integral PROTIN (Resolución N° 467/12 de la Dirección Nacional del SPF); que supuso la reformulación y ampliación del anterior PROTIM. La intención era acoger los principios de la nueva ley de salud mental, pero sobre todo integrar y articular con los procedimientos del PRISMA y de otros programas ya existentes destinados a los detenidos con padecimientos de este tipo, evitando superposiciones y conflictos de intereses.

A partir de estas medidas quedó conformado el Servicio Psiquiátrico Para Varones (SPPV) y el Ser-

14. El PROTIN varones comenzó a ser implementado en agosto del año 2012, por su parte en mujeres se puso en funcionamiento recién en junio del año 2013.

vicio Psiquiátrico Para Mujeres (SPPM), a cargo de la asistencia integral con modalidad ambulatoria, de internación (individual o grupal) y de urgencias de la población penal con padecimiento mental alojada en la totalidad de las unidades residenciales de los complejos de Ezeiza; organizado en sus distintas instancias: PRISMA varones, PROTIN varones (Anexo U20), PRISMA mujeres, PROTIN mujeres (Anexo U27 sector B¹⁵) y demás programas destinados a la atención de estas problemáticas con desarrollo en ambos complejos (Programa de Asistencia Grupal para Adictos AGA, Programa de Prevención de Suicidios PPS, Programa para Internos Condenados por Delitos de Agresión Sexual CAS y Centros de Rehabilitación de Drogadependientes CRD). Se creó el cargo de Director Asociado de los Servicios Psiquiátricos dependiente de la jefatura de cada uno de los complejos, como en el caso del resto de los servicios asistenciales. Por último, también se estableció un protocolo de procedimiento a fin de instituir el circuito de admisiones y circulación de la población tratada.

REFLEXIONES FINALES:

Los servicios bajo análisis conforman una diversidad de espacios, que podrían considerarse como verdaderos *territorios psiquiátricos* (PPN, 2013): funcionarios, discursos y prácticas que establecen regímenes de vida y modalidades de tratamiento muy heterogéneas, pero que encuentran su articulación en el sistema penitenciario de gobierno de las poblaciones encarceladas.

El carácter conflictivo que adquiere el tratamiento burocrático-penal y asistencial dentro de los servicios psiquiátricos analizados, fortalece el establecimiento de una estructura punitiva que trabaja sobre subjetividades precarizadas y atomizadas. Con todo, es esperable que la implementación de estas *bio-lógicas* (Fassin, 2004) tengan como efecto la ruptura de las redes sociocomunitarias, la descomposición del tejido social y por ende, márgenes muy reducidos de procesos de transformación para contrarrestar la situación de vulnerabilidad, inequidad y violencia que estas personas transitan.

BIBLIOGRAFÍA:

Agar, M. H. (1980). *The Professional Stranger: An Informal Introduction to Ethnography*. San Diego: Academic Press.

Caime, L. (2013). *Los pibes*. Buenos Aires, Editorial Eduvin.

Fassin, D. (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología

15. A mediados de 2013, con la puesta en funcionamiento del PROTIN, el PRISMA mujeres fue trasladado a otro edificio dentro del mismo complejo, el módulo 5, que comparte con el Centro de Rehabilitación para internos Drogodependientes (CRD). El sector desalojado por el PRISMA (sector A del módulo 6) fue destinado al desarrollo de un servicio de Urgencias Psiquiátricas que recibe mujeres descompensadas de otras unidades transitoriamente a fin de estabilizarlas y/o evaluar su derivación; el sector B es utilizado por el PROTIN.

- de la salud. *Revista Colombiana de Antropología*, Vol.40, pp. 283-318.
- Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Guber, R. (2012). *La etnografía: Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Guilis, G.; Amendolaro, R. y Del Do, A. (2006). El encierro dentro del encierro. La situación actual en la Unidad Psiquiátrica Penal Nro. 20 del Hospital Municipal "J. T. Borda" de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XVII, Nro.65.
- Ingenieros, J. (1957). La locura en la Argentina. En: INGENIEROS, J., *Obras Completas*, Vol.12. Buenos Aires: Elmer Editor.
- Kalinsky, B. (2013). Condiciones del cumplimiento de la libertad condicional en Argentina. Un período de transición. *Revista de Derecho*, Vol. XXV, Nro. 2, pp. 33-58
- Lorandi, A. y Nacuzzi, L. (2007). Trayectorias de la etnohistoria en la Argentina (1936-2006). *Relaciones de la Sociedad Argentina de Antropología XXXII*, Nro. 32, Buenos Aires.
- Lucaioli, C. y Nacuzzi, L. (2011). El trabajo de campo en el archivo: campo de reflexión para las ciencias sociales. *Publicar en Antropología*, Año IX No X.
- Maldonado Aranda, S. (2013). Desafíos etnográficos en el estudio de la violencia: Experiencias de una investigación. *Revista Avá* Nro. 22, Posadas.
- Muzzopappa, E. y Villalta, C., (2011). Los documentos como campo. Reflexiones teórico-metodológicas sobre un enfoque etnográfico de archivos y documentos estatales. *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. 47 (1), pp. 13-42.
- Ohman, L.; Alberio, A.; Bertone, M. y Márquez, E. (2001). Vicisitudes en el ingreso y la emergencia en un hospital psiquiátrico penitenciario. *Vertex*. Vol. XXII, pp. 205-214.
- Rockwell, E.. (2008) Del campo al texto: dilemas del trabajo etnográfico. En: JOCILES, Ma. I. y A. Franzé (Eds.) *¿Es la escuela el problema? Perspectivas socio-antropológicas de etnografía y educación*. Madrid: Editorial Trotta.
- Stocking, G. (1993). La magia del etnógrafo: el trabajo de campo en la antropología británica desde Tylor a Malinowski. En: VELASCO MAILLO, H. *Lecturas de antropología para educadores*. Madrid: Trotta.

INFORMES

- Amendolaro, R.; Conte, L.; Del Do, A. (2005). Violencia y abandono en la Unidad Psiquiátrica Penal Nro. 20 del Hospital Borda. CELS, *Informe Anual 2004-2005*.

American Psychiatric Association (APA) (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2013). *Derechos humanos en Argentina: Informe 2013*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y CMDRI (2008). *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en asilos psiquiátricos argentinos*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Ministerio Público de la Defensa de la Nación y Procuración Penitenciaria de la Nación (PPN) (2011). *Mujeres en prisión: los alcances del castigo*. Buenos Aires: Siglo XXI.

GESPyDH (Grupo de Estudios sobre Sistema Penal y Derechos Humanos), PPN (Procuración Penitenciaria de la Nación) y CCT/CPM (Comisión Provincial de la Memoria/Comité contra la Tortura) (2012). *Registro nacional de casos de tortura y/o malos tratos. Informe Anual 2012*.

Procuración Penitenciaria de la Nación (PPN) (2009). *Informe anual 2009, Área Salud Mental*.