

Fecha de presentación: 10/05/2015

Fecha de publicación: 30/6/2015

Tratar al peligroso. Excepción y tratamiento en espacios penitenciarios.

María Belén Pepe

UBA-FFyL

Abstract: El artículo tiene como objetivo presentar algunas cuestiones relativas al tratamiento de la salud mental en contextos de encierro penitenciario que surgieron a lo largo del trabajo de campo realizado para escribir mi tesis de licenciatura. Para esto se analizó un programa estatal de carácter civil destinado a abordar las problemáticas de salud mental de las personas alojadas en los Servicios Psiquiátricos del Servicio Penitenciario Federal.

Los datos presentados son el producto de una estadía de campo etnográfica de dos meses de duración, la cual incluyó observación participante, entrevistas a profesionales que integran los distintos dispositivos, a agentes y autoridades penitenciarias y el relevamiento de documentos oficiales producidos por el programa.

Introducción

El derecho penal es aquella herramienta monopólica del estado que, de acuerdo a una selección de conductas valoradas de forma negativa, y por lo tanto pasibles de ser sancionadas, tiene por función proteger los bienes jurídicos de una comunidad y, al mismo tiempo, actúa como garantía y límite de su reacción ante aquel que comete un crimen.

Siguiendo a Irigoyen Testa (s.f), el sistema dualista que adopta el ordenamiento jurídico argentino hace una distinción entre dos tipos de sanciones. La pena es la respuesta jurídica prevista a un sujeto culpable por un delito. La medida de seguridad, por el contrario, se constituye como reacción a la ausencia de culpabilidad cuando se determina, a través de mecanismos que exceden a lo propiamente jurídico, que el sujeto que delinque es peligroso y por ende que es necesario defender a la sociedad de él. Este tipo de medidas constituyen un mecanismo asegurativo y no tienen por función *hacer sufrir*. Sin embargo, siempre implican la privación de la libertad y la restricción de

derechos. En nuestra legislación las medidas de seguridad no tienen una duración determinada, a diferencia de la pena porque

“a priori, no puede establecerse cuándo cesará la peligrosidad que debe combatirse en el sujeto pasivo. Entonces, la duración indefinida se relaciona estrechamente con el fin perseguido: la resocialización, enmienda o inocuización del delincuente a través de su eliminación social.” (op.cit.:7)

Este tipo de reacción penal fue por primera vez introducida en el derecho por Carl Stoops en el Anteproyecto del Código Penal suizo de 1893. El jurista tenía en mente a los delincuentes jóvenes, los alcoholizados, los vagos, los criminales habituales y a los anormales mentales cuando propuso que las medidas de seguridad debían ser en lo esencial distintas a la pena tanto en su fundamento como en su orientación. La idea que subyacía a su concepción era que estas medidas debían prevenir futuros crímenes que pudieran cometer estos sujetos virtualmente peligrosos.

En nuestro código penal están clasificadas en tres tipos distintos, de acuerdo al objetivo que persigan y al sujeto al que se apliquen: educativas y tutelares para los menores que delinquen y para las personas con tenencia de estupefacientes; de mejoramiento, impuestas a sujetos con multireincidencia¹ una vez cumplida la pena; y, las que son el objeto de este trabajo, curativas, previstas para aquellos que dependan física o psíquicamente de estupefacientes y para personas que cometen un acto típico y antijurídico pero que al ser hallados inimputables deben ser sobreseídas, no obstante lo cual, al ser considerados peligrosos para sí o para terceros, se entiende que deben estar separados del resto de la sociedad (Lombráña 2012). A pesar de esta diferenciación, las tres variedades comparten cierto componente tutelar y asistencial por parte del estado.

De acuerdo a la normativa, las personas que están sujetas al régimen de medidas de seguridad no pueden acceder a ciertos derechos que tienen los presos de régimen común. Como no cuentan con la posibilidad de ser calificados por concepto y por

¹ Según el artículo 50 del Código Penal, “Habrá reincidencia siempre que quien hubiera cumplido, total o parcialmente, pena privativa de libertad impuesta por un tribunal del país cometiere un nuevo delito punible también con esa clase de pena.”

conducta², no tienen acceso al sistema progresivo de la pena que estipula la ley 24.660, de ejecución de la pena privativa de la libertad³. Tampoco pueden concertar visitas conyugales⁴ y, además, el poder judicial se sirve de elementos extrajurídicos, específicamente del saber/poder psiquiátrico y su teoría de la peligrosidad tanto para dictaminar una medida de seguridad como para decidir su cese. Esto implica que las mismas no tienen una duración temporal específica, determinada, y que incluso pueden prolongarse aún más que la pena máxima prevista en el Código Penal conforme al tipo de delito cometido.

De acuerdo con Zaffaroni:

“El enajenado es sometido a reclusión, pues no saldrá del manicomio -es decir que permanecerá encerrado- hasta decisión judicial, o sea, por tiempo indeterminado, que puede ser el resto de su vida. En rigor es la única pena realmente perpetua que existe en el código, pues su término no depende de nada que pueda hacer la persona para ponerle fin. La idea rectora es que el enfermo mental requiere internación manicomial mientras sea peligroso y, siendo peligroso porque es enfermo, deberá permanecer en reclusión mientras continúe la enfermedad” (1987:885).

Foucault diría que estas personas constituyen una “personalidad jurídicamente indiscernible de la que la justicia penal, por consiguiente, de acuerdo a los términos mismos de sus leyes y sus textos está obligada a desligarse” (2008b:34). A pesar de haber incurrido en un hecho típico y antijurídico⁵, de acuerdo a nuestro código penal no son susceptibles de culpabilidad y por lo tanto tampoco son punibles (Hegglin 2006). Al reemplazar la culpabilidad por la peligrosidad, la justicia se pone frente a sí a alguien que ya no es más un sujeto jurídico sino un objeto que será tratado y tutelado por una

² Según lo dispuesto por el decreto 396/1999 del Poder Ejecutivo Nacional en su artículo 73, “Serán suspendidas las calificaciones de conducta y de concepto del interno alojado en un establecimiento penitenciario especializado de carácter psiquiátrico o en un centro similar y apropiado del medio libre.”

³ De acuerdo a su artículo 6, “El régimen penitenciario se basará en la progresividad, procurando limitar la permanencia del condenado en establecimientos cerrados y promoviendo en lo posible y conforme su evolución favorable su incorporación a instituciones semiabiertas o abiertas o a secciones separadas regidas por el principio de autodisciplina.

⁴ Según lo dispuesto por el decreto 1136/1997 del P. E. N. en su artículo 68, “No podrá recibir la visita de reunión conyugal el interno alojado en establecimientos o secciones especiales de carácter asistencial, médico, psiquiátrico o en los que se desarrollen regímenes terapéuticos especializados.”

⁵ De acuerdo a Zaffaroni: “Delito es una conducta humana individualizada mediante un dispositivo legal (tipo) que revela su prohibición (típica) que por no estar permitida por ningún precepto jurídico (causa de justificación) es contraria al orden jurídico (antijurídica), y que, por serle exigible al autor que actuase de otra manera, en esa circunstancia, le es reprochable (culpable)” (1996: 324)

tecnología y un saber cuya misión será repararlo y readaptarlo, cubriendo la falta que se supone lo constituye.

Siguiendo la genealogía que hace Foucault (2008a) de la construcción jurídica y social del concepto de peligrosidad, se puede afirmar que hasta fines del siglo XVIII el derecho penal se planteaba el tema de la locura sólo cuando ésta aparecía en forma de demencia, imbecilidad o furor. Era percibida en delitos menores y se solucionaba el problema internando al delincuente. Los inicios del siglo XIX traen consigo una serie de crímenes muy violentos, por lo general con detalles sórdidos, llevados a cabo en la esfera doméstica del criminal y que no son precedidos por la sintomatología de la locura conocida para la época; surge así la patología de lo monstruoso. Crímenes sin razón, sin interés, desmotivados. Sobre esto funda la nueva psiquiatría la noción de *asesinato monstruoso*, signo de la locura criminal. Locura paradójica, puesto que se manifiesta de repente, como un crimen, que tiene como síntoma al crimen mismo y que puede desaparecer tras su ejecución. “Se intentan detectar crímenes que tienen como razón, como autor y como responsable jurídico algo que en el sujeto está fuera de su responsabilidad” (op.cit:162). La psiquiatría crea así la categoría de *monomanía homicida* y en el contexto del gran crecimiento demográfico que vive Europa por aquellos años, se da a sí misma el lugar de la guardiana de la higiene pública, tomando a su cargo el peligro social que acechaba a la realidad biológica de la población.

La pregunta es, ¿por qué el poder penal, que hasta ese momento había sido capaz de tomar decisiones sin el auxilio de la psiquiatría, empieza a servirse del poder psiquiátrico para dictaminar sobre este tipo de crímenes? Porque lo que comienza a juzgarse es a la naturaleza del criminal y no la del crimen. El castigo se convierte en una manera de modificar a los individuos que delinquen e intenta adaptarse a la naturaleza del criminal; este es el campo de intervención de la psiquiatría: ella es la encargada de decir quién es el sujeto criminal, cuál es su naturaleza, a partir de qué aberración del carácter, de cuál degeneración, hizo lo que hizo y cuál es el tratamiento adecuado para devolver al sujeto a la normalidad. Para que la máquina punitiva pueda funcionar es necesario que pueda establecerse un nexo inteligible entre el acto y el autor. Ese vínculo causal es el motivo y los psiquiatras intervienen en el poder penal como los *especialistas del móvil*.

Ahora bien, lo que en verdad significó un quiebre en la forma en que lo penal lidiaba con la locura fue la transformación que se operó, indirectamente, a través del derecho civil. El peligro de la locura sólo pudo aparecer y ser codificado en sociedades que iban expandiéndose demográficamente al tiempo que descubrían y explotaban su faceta industrial. Es entonces cuando el derecho civil introduce una serie de modificaciones en el concepto de *responsabilidad* al empezar a utilizar palabras como *accidente* y, sobre todo, *riesgo*, para dar un marco jurídico a aquellas faltas típicas de las sociedades industriales, que se traducían en una *responsabilidad sin culpa*, que caía más del lado de la causa de la infracción que de la infracción misma. Al eliminar el elemento de culpa en el sistema de la responsabilidad, los civilistas introducen en el derecho la idea de *probabilidad causal*, posibilitando así el surgimiento de una sanción que tendría la función de defender a la sociedad de riesgos que, por mucho que pudieran ser minimizados, siempre serían inevitables. Es esta despenalización de la responsabilidad civil la que va a sentar las bases del derecho penal de los individuos peligrosos.

Dice el autor:

“En el fondo, ¿qué es un criminal nato, un degenerado, una personalidad criminal sino alguien que en razón de un encadenamiento causal, difícil de reconstruir, se convierte en portador de un índice particularmente elevado de probabilidad criminal al ser él mismo un riesgo delictivo?”
(op.cit:165)

De esta forma se termina de coagular el vínculo entre el acto cometido, aunque no haya ni culpa ni libertad ni conciencia, con el riesgo de criminalidad constituido por la propia personalidad del que lo comete. Es responsable porque su mera existencia es un riesgo. La función del castigo, entonces, es la de disminuir el riesgo excluyendo a ese sujeto del ordenamiento social.

El Programa Interministerial de Salud Mental Argentino

En julio del año 2011, a partir de una resolución conjunta entre el Ministerio de Salud (res. 1128/2011) y el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (res.

1075/2011) se crea el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino para abordar la gestión y el tratamiento de la salud mental de las personas alojadas en las distintas unidades del Servicio Penitenciario Federal (SPF) que cumplan con los requisitos detallados en el programa. Las instalaciones con las que cuenta el programa fueron construidas especialmente para este fin lo que implicó el cierre y la posterior mudanza de la ahora ex unidad 20 al Complejo Penitenciario Federal N°1 Ezeiza. Su objetivo principal es la restitución de derechos y el trabajo sobre el sufrimiento. Hacer de la cárcel “un lugar con condiciones que hagan vivible una vida” (PRISMA 2013:1). Para esto, el programa cuenta con tres instancias o dispositivos por los que debe pasar el interno: de evaluación, de tratamiento, - que es el que se analizará en este trabajo- y, por último, de inclusión. Los tres dispositivos están integrados por equipos civiles de profesionales pertenecientes a distintas disciplinas (psicología, psiquiatría, trabajo social y enfermería).

Al momento de realizar el trabajo de campo, participaban del programa aproximadamente treinta y cinco (35) internos-pacientes, en situaciones judiciales heterogéneas: por un lado, una gran mayoría cumpliendo una pena, con padecimientos mentales del orden del trastorno de la personalidad y por el otro, una minoría puestos bajo medida de seguridad y declarados inimputables hace muchos años, previo a la promulgación de la Ley de Salud Mental 26.657.

El otro actor social presente dentro del módulo es el Servicio Penitenciario Federal, que cuenta con personal administrativo propio, así como también un psiquiatra, dos médicos clínicos, dos trabajadoras sociales, el personal que se encarga de las áreas de educación y trabajo del servicio - las cuales están bajo la órbita del SPF -, y el jefe de seguridad interna con todo su personal a cargo. Tienen oficinas y espacios de trabajo separados de las del equipo civil. De acuerdo al diseño del programa, las tareas de los trabajadores penitenciarios conciernen exclusivamente a funciones de seguridad y no deberían tener incidencia real dentro del tratamiento destinado propiamente al padecimiento mental. Sin embargo, como veremos más adelante, algunas de las prácticas del SPF exceden las funciones estipuladas normativamente y pueden ser enmarcadas también dentro de un tipo de lógica terapéutica.

Formalmente, el dispositivo de tratamiento está dividido en tres subdispositivos: de atención a personas con episodios agudos, - pudiendo funcionar como Dispositivo de Internación; de atención a personas con trastornos mentales severos; y residencial para personas con declaración de inimputabilidad de acuerdo a lo establecido en el artículo 34 del código penal⁶. Cabe aclarar que los dos primeros subdispositivos tienen su emplazamiento físico en el SPF mientras que el último se implementaría fuera del ámbito carcelario. De acuerdo a un informe de la Procuración Penitenciaria de la Nación del año 2011 “se creará, próximamente, una locación para que residan las personas que se encuadran en esta situación”⁷ (Martínez 2011:2).

Tratar

De acuerdo a su operatoria y a la finalidad que se les adjudica el tratamiento de salud mental que ofrece el PRISMA puede ser dividido en dos. El primero, de naturaleza más bien colectiva, son los talleres de expresión y socio productivos que se desarrollan dentro del SUM o en el patio del pabellón. Están a cargo de su coordinación los mismos profesionales del dispositivo o talleristas contratados. En el programa se agrupan dentro de la denominada *área sociocultural* y se los entiende más como espacios orientados a la expresión y la socialización que la a cura. El otro es el que se considera el tratamiento propiamente dicho, que tiene que ver con una terapia de corte psicoanalítico clásico entre el paciente y su profesional tratante y tiene lugar en un consultorio.

El dispositivo para varones cuenta con talleres de música, circo, lectura de diarios y radio, de cine, taller de juegos, escritura de cartas, teatro, revista y de fotografía estenopeica. Todos apuntan a una “apertura de la subjetividad”. Se considera que los

⁶ Código Penal Nacional. ARTÍCULO 34. - No son punibles: 1º. El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconciencia, error o ignorancia de hecho no imputables, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones. En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás. En los demás casos en que se absolviera a un procesado por las causales del presente inciso, el tribunal ordenará la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comprobare la desaparición de las condiciones que le hicieren peligroso.

⁷ Al momento de la redacción de este trabajo, el dispositivo residencial no había sido creado.

talleres son “una parte complementaria del abordaje terapéutico integral del dispositivo de tratamiento (...) fundamental en lo que respecta a la reconstrucción del lazo social, al entrenamiento y fortalecimiento de habilidades que contribuyan al proceso de recuperación de la salud” (PRISMA 2013:45).

Por la manera en la que está planteado el programa en sus documentos oficiales, pareciera como si el servicio no tuviese lugar dentro de la ecuación del tratamiento. Hay una línea de separación formal en la que los profesionales distinguen dos lógicas distintas, una de tratamiento a cargo del personal civil y otra de seguridad que corresponde al personal penitenciario. Éstas se constituyen como “dos discursos relacionados pero a veces en conflicto (...), uno centrado en proyectos disciplinarios, basado en nociones de racionalidad y el otro en proyectos de rehabilitación apuntados a [adquirir] una subjetividad normal” (Rhodes 2004:11)⁸. Sin embargo la puesta en funcionamiento del PRISMA en la unidad, implicó para el SPF una serie de modificaciones en la forma en la cual llevan adelante sus prácticas, su formación y las representaciones que tienen de ellas, que en varios sentidos influyó en la manera de llevar adelante los tratamientos.

Contando con el apoyo del por entonces director nacional del servicio, el programa decidió cambiar los típicos uniformes grises de fajina, - más cómodos para moverse y desempeñar sus funciones, de acuerdo a lo referido por un oficial penitenciario -, por otro considerado más formal, compuesto por un pantalón de vestir azul, una camisa celeste y zapatos de vestir. La idea que subyace detrás de esto es que el uniforme de fajina produce violencia y rechazo en los internos-pacientes, quienes, según los diseñadores de PRISMA, lo asocian con la represión carcelaria y la tortura (Mouzo 2010). También se propuso que llevaran el nombre en el pecho del uniforme. Uno de los oficiales a los cuales entrevisté me comentó que esto hizo que los internos-pacientes “les perdieran el respeto”. El jefe de seguridad del módulo, por otro lado, refirió que el nuevo uniforme es incómodo para realizar maniobras de contención física, las cuales, en sus palabras, muchas veces terminaban en maltrato a los pacientes pero que, por otro

⁸ En inglés del original: “Two related but sometimes conflicting discourses meet at this juncture, one centered on projects of discipline founded in notions of rationality and the other on projects of restoration aimed toward normal subjectivity” (Traducción propia).

lado, desactiva las emociones de violencia que suscitaba el uniforme gris. En esta misma línea de trabajo sobre el SFP se implementaron cursos y talleres de capacitación en salud mental para el personal penitenciario. Se creó un protocolo de procedimiento para la sujeción física de los pacientes en estado de crisis, el cual debe ser dictado por el PRISMA pero ejecutado por el SPF, y que tiene una duración máxima de ocho horas durante las cuales el interno-paciente sujetado será vigilado por el equipo de crisis del personal civil.

Estas iniciativas terminaron por incluir de alguna manera a los oficiales dentro de las prácticas de tratamiento, quienes, a su vez, respondieron con propuestas propias desde el ámbito de la seguridad.

Además, no hay que dejar de notar que tanto la huerta como la escuela y el espacio de armado de broches y carpetas por el que los internos-pacientes reciben un sueldo, están a cargo del servicio. Estas tres actividades pueden ser comprendidas dentro del plan “reeducador” y “reformador” que se supone debería ser el de las cárceles y que compartía con toda una serie de instituciones (Foucault 2002, 2003; Goffman 2007; Mouzo 2010). Por lo tanto, los oficiales del SPF entienden estos espacios y actividades como los de una terapéutica. Para ellos, la base fundacional y la condición de posibilidad de todo tratamiento en salud mental son el trabajo y el hábito.

La patetización del tratamiento

Didier Fassin (1999) llama *patetización del mundo* al giro político que han tomado las acciones relativas las acciones de gobierno en materia de salud. Los siglos XVIII y XIX se caracterizaron, en términos de Hannah Arendt, por una *política de la piedad*. La desigualdad que surgía de la pobreza y la explotación se marcaba en los cuerpos físicos de las personas que en ese entonces no eran tanto personas como grupos indiferenciados y se constituían para los gobernantes y los diseñadores de políticas públicas en las *masas*, los *proletarios*, etc.

La actualidad señala esas desigualdades en otra parte. Ahora el padecimiento que afronta la gubernamentalidad es del orden de lo psíquico, concierne a la mente y a la

moral, y aquellos que sufren son individuos particulares, únicos, y por lo tanto debe buscarse la clave de su sufrimiento en sus historias de vida. Así, el *padecimiento psíquico* y el individuo como *ser sufriente*, ejes de esta “nueva cuestión social” (op.cit:36) son el blanco de esta nueva *política del sufrimiento*.

El tratamiento que ofrece el Programa Interministerial de Salud Argentino está planteado de manera tal que se aborde ese sufrimiento psíquico a través de la escucha en consultas individuales y el uso de medicación psiquiátrica. Se espera de los pacientes una apertura de su subjetividad a través de la valorización del uso de la palabra, vehículo privilegiado de la cura.

“El fin del dispositivo de salud mental es tratar el sufrimiento de alguien, no el tratamiento de las personas. (...) Determinar en qué consiste el sufrimiento mental de alguien, de qué se padece y cuáles son las líneas y las posibilidades de intervención, es también un punto de llegada. (...) La perspectiva del sufrimiento implica que se trabaja sobre un campo problemático cuyas condiciones de resolución serán inmanentes al problema mismo y, por lo tanto, los elementos y estrategias que apunten a su resolución deberán nacer de la necesidad impuesta por el problema y por ningún elemento exterior a él” (Bertolozzi y Vitalich 2013:18)

“En todos los casos y a lo largo del tratamiento se busca el alivio del sufrimiento, a través tanto de los recursos psicofarmacológicos como del trabajo desarrollado en las entrevistas” (PRISMA 2013:19)

El lugar de la escucha es el espacio privilegiado de la política del sufrimiento. El biopoder deja de ser ese aparato excesivo e inescapable del cual hablaba Foucault (2009a, 2009b, 2012) para convertirse en una máquina de la impotencia que *pacifica* percibiendo a los excluidos “como seres sufrientes a los cuales se debe escuchar y reconocer como humanos para restaurar su dignidad, no pudiendo proponerles un mejoramiento de sus condiciones objetivas de existencia” (Fassin op.cit:37). En esa escucha, que es también un gesto de compasión, se juega el tratamiento de las personas alojadas en el PRISMA.

Si bien el margen de acción de individuos particulares en este contexto es acotado, a veces los psiquiatras y psicólogos del dispositivo apelan a su creatividad cuando consideran que el padecimiento de un interno-paciente es inabordable desde la

terapéutica que propone la psiquiatría tradicional. Un profesional me contaba cómo había logrado que uno de sus pacientes tomara la medicación que necesitaba:

“Bueno, con él yo hice un pacto, le dije, ‘bueno yo le voy a traer, cada dos, tres semanas, nos vamos a comer una hamburguesa de McDonald’s’, los dos comíamos, le traía dos para él y una para mí, ‘pero usted toma la medicación y si hay algún problema me lo cuenta y lo vamos a resolver, pero usted toma la medicación’. Listo, le pareció bien y lo que paso a ser una cosa donde vos tenés que controlar si la tomaba, cuando me veía a mí [me decía]: ‘no, no, no, no la tomé hoy a la mañana porque...’, el me venía a contar porqué no la había tomado, entonces, gracias a que tomó la medicación, se estabilizó y se pudo ir.” (fragmento de entrevista con profesional de Tratamiento. Noviembre de 2013)

Otro de los profesionales, al notar que a un paciente “no mediatizado por la palabra” le gustaban mucho las fotos y verse en fotos, comenzó a llevar su teléfono celular al consultorio y lo retrataba con la cámara; más adelante empezó a grabarlo hasta que finalmente el paciente empezó a dictarle a su terapeuta y juntos escribieron una historia que quedó plasmada en *Historia verídica de Jackson*. PRISMA imprimió el escrito y lo hizo circular dentro de la unidad.

Por último, dentro del dispositivo de Tratamiento funciona lo que los profesionales crearon y nombraron como Equipo de *Mediación*, que también opera dentro de esta lógica del uso de la palabra como tecnología de cura y de pacificación. Tal vez sea ésta la instancia del programa que más trasluce el proyecto normalizador que es el PRISMA, al establecer una vía legítima de resolución de conflictos que sólo funciona dentro de sus propios márgenes de acción. Está compuesto por un equipo interdisciplinario de profesionales civiles los cuales entrevistan individualmente a cada una de las partes en conflicto para intentar llegar a un acuerdo y tiene el objetivo de

“generar un ámbito regulado normativamente en el cual las normas sean objeto de una discusión y tematización explícita y sistemática. Dicho objetivo se sostiene en el presupuesto a la vez conceptual y práctico de según el cuál el ejercicio de la reflexión sobre los códigos que ordenan, sea formal o informalmente, permite limitar las arbitrariedades y la violencia que podría operar en los distintos estratos institucionales” (PRISMA 2013:32)

HORIZONTES Y CONVERGENCIAS

Lecturas Históricas y Antropológicas sobre el Derecho

Publicación de investigaciones científicas de actualización continua

El programa está planteado como el intento por separar dos lógicas que, en la práctica, no son tan disímiles. La lógica de *seguridad*, la que vigila y normaliza a los pacientes dentro de un conjunto de reglas y valores, que tendría más que ver con el campo de lo punitivo, y la lógica de *tratamiento*, aquella que se encarga del sujeto en tanto ser sufriente y se dispone a escuchar ese sufrimiento. El dispositivo de mediación se creó entonces como una instancia institucional de resolución de los conflictos que pudieran surgir entre los internos-pacientes o entre los internos pacientes y los oficiales del servicio. Y esto sin recurrir a lo que los profesionales civiles entienden como los mecanismos propios del SPF, es decir, la violencia y la reubicación de los internos en alojamientos separados. Sin embargo, como hace notar Ojeda (2013) en su trabajo sobre los conflictos que pueden surgir en las relaciones afectivas al interior de un instituto correccional para mujeres, el personal del servicio (jefes de seguridad interna, jefes de turno, celadores) también utiliza el diálogo para evitar los conflictos dentro del pabellón y mantener el orden carcelario:

“Gritos en el pabellón podían ser el comienzo de una discusión de pareja que involucraba indefectiblemente la intervención del personal penitenciario. Cuando esto sucedía, las celadoras se acercaban y trataban de mediar entre las detenidas que estaban en conflicto. (...) Por eso las penitenciarias, más allá de sus discursos condenatorios sobre ciertas relaciones afectivas entre detenidas, prefieren officiar de mediadoras sentimentales y evitar los conflictos. Su intervención en este tipo de conflictos trae aparejado el resguardo del orden social carcelario.”
(op.cit:249-250)

Esto me fue confirmado en una entrevista con el jefe de seguridad interna del pabellón, en la cual me explicaba que el trabajador penitenciario sólo quiere poder desarrollar su jornada de trabajo en paz y terminar su turno sin complicaciones para poder irse a su casa porque su vida laboral debe ser la de “una implacable rutina que se busca, se desea y se demanda” (Mouzo 2010:168)

“el celador trata siempre de limar todo tipo de contrariedades con el detenido. (...) Lo que vos les pidas a ellos [los celadores], con tal de avanzar, suponiendo que ellos avanzan en algo con esto, ellos lo hacen, están bien, están contentos, juegan un poco ellos también con esto. Ellos los ven a los profesionales y juegan el mismo juego. Hablan mucho, observan se meten en el personaje, ¿viste? , medio de psicólogo, de

psiquiatra, escuchando, ¿no?” (fragmento de entrevista con jefe de seguridad SPF. Diciembre de 2013)

Sin embargo, dado el caso de no llegar a una resolución en la instancia de las entrevistas, intervienen conjuntamente la coordinadora general del programa y el jefe de seguridad de la unidad “bajando un poco de línea institucional, de decir ‘bueno, esto no se va a tolerar acá’” (fragmento de entrevista con profesional de Tratamiento. Diciembre de 2013) y separando a los internos. La supuesta separación entre las dos lógicas no parece tan clara.

Consideraciones finales

La *peligrosidad* es entendida en estos ámbitos en dos sentidos y, al mismo tiempo, no es ni uno ni el otro sino que en la práctica ambos se confunden y terminan conformando una especie de significativo vacío que se puede adaptar a cualquier situación. Por un lado, una peligrosidad como noción clínica, que debe ser determinada por un especialista y se deduce directamente de factores individuales del sujeto, de los cuales la enfermedad mental es el determinante.

Por el otro, una peligrosidad como noción jurídica o normativa, la cual pone el acento en la personalidad violenta del autor y en el hecho cometido.

Es esta idea de peligrosidad, a la cual ya no se alude como tal sino como “riesgo cierto e inminente para sí o para terceros”, la que permite que no sólo aquellos puestos bajo medida de seguridad si no también aquellos que están cumpliendo una pena sean protegidos (ante otros pero también de sí mismos) y tutelados dentro del Servicio psiquiátrico de varones y que queden fuera, entonces, de las garantías establecidas en la ley de ejecución penal.

Se interviene en las vidas de estos sujetos en nombre de lo que Didier Fassin (2010) llama biolegitimidad, el valor dado a la vida como bien supremo, a la vida biológica antes que a la política. La lógica humanitaria habilita así, en términos morales, pero sobre todo políticos, una intervención que termina confinando a estos cuerpos en un espacio de excepción en el que la ley permanece vigente pero sólo a partir de su suspensión. Es elocuente en este sentido que la ley nacional de salud mental 26.657

aclare que las personas con artículo 34 queden exceptuadas de las disposiciones relativas al cese de la internación, la cual debe ser decidida por un juez y no por un profesional de la salud mental.

El estado de excepción es el dispositivo original por el que el derecho se refiere a la vida humana y la incluye dentro de sí mediante su propia suspensión. Hay aquí una operación lógica que excluye/incluye a zoe (vida biológica) de bios (vida cualificada) fundando la biopolítica como cálculo del poder estatal sobre la nuda vida. Al incluir al viviente en tanto vida desnuda dentro del derecho a través de su exclusión, la política se transforma en biopolítica. En la medida en que alguien es ciudadano ya no es sólo vida biológica, pero para convertirse en ciudadano debe poner su vida nuda a disposición del poder político (Agamben 2010).

Siguiendo este mismo razonamiento de inclusión/exclusión, el estado de excepción es un umbral, un margen de indiferenciación en el que lo legal y lo ilegal pasan a ser indecibles porque la ley está suspendida pero permanece en vigor.

La intervención sobre estas vidas, hecha en nombre de la piedad y la compasión, arroja a estas personas a una situación jurídica excepcional, en la que el ordenamiento normal se suspende de hecho y en el cual, que se cometan atrocidades o no, no depende tanto del derecho como del sentido ético de la persona que esté actuando como soberana.

Bibliografía

- AGAMBEN, G. (2010) *Estado de excepción (Homo sacer II, 1)*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora.
- (2010) *Estado de excepción (Homo sacer II, 1)*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora.
- BERTOLOZZI, F. y VITALICH, P. (2013) “Tampoco son tan pobrecitos. Alternativas ético-políticas frente a la hegemonía del modelo asistencialista-peligrosista”, en *Revista Derecho Penal*, Año II, Nro. 5. Buenos Aires: Editorial Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, pp. 7-23.
- FASSIN, D. (1999) “La Patetización del Mundo: Ensayo de Antropología Política del Sufrimiento”, en: Viveros, M. y Garay, G. (comps.), *Cuerpo, diferencias y desigualdades*, pp. 31-41. Bogotá: Centro de Estudios Sociales, Universidad Nacional de Colombia.
- (2010) “El irresistible ascenso del derecho a la vida. Razón humanitaria y justicia

HORIZONTES Y CONVERGENCIAS

Lecturas Históricas y Antropológicas sobre el Derecho

Publicación de investigaciones científicas de actualización continua

- social”, en *Revista de Antropología Social*, Vol. 19, pp. 191-204.
- FOUCAULT, M. (2002) *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- (2003) “La inclusión forzada: el secuestro personal del cuerpo y del tiempo personal”, en *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.
- (2008a) *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Caronte ensayos.
- (2008b) *Los anormales. Curso en el Collège de France 1974-1975*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- (2009a) *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- (2009b) *Seguridad, territorio y población. Curso en el Collège de France 1977-1978*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- (2012) *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France: 1978-1979*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- GOFFMAN, E. (2007) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- HEGGLIN, F. (2006) *Los enfermos mentales en el derecho penal. Contradicciones y falencias del sistema de medidas de seguridad*. Buenos Aires: Editores del Puerto Colección Tesis Doctoral.
- IRIGOYEN TESTA, L. (s.f.) *Problemas constitucionales a partir de la indeterminación temporal en la medida de seguridad de reclusión manicomial prevista en el artículo 34 inciso 1° del Código Penal Argentino*. Disponible en <http://new.pensamientopenal.com.ar/sites/default/files/2011/07/04medidas.pdf>
- LOMBRAÑA, A. (2012) “El derecho penal del ‘peligroso’: medidas de seguridad y regímenes de excepción. Una lectura etnográfica.”, en: *Revista PUBLICAR - En Antropología y Ciencias Sociales. Revista del Colegio de Graduados en Antropología de la República Argentina* (en proceso de edición). ISSN impreso 0327-6627 - ISSN en línea 2250-7671.
- MARTÍNEZ, L. (2011) Desactivación de la U.20 y aplicación del programa Prisma a detenidos varones. Disponible en: <http://www.ppn.gov.ar/?q=node/1557>
- MOUZO, K. (2010) *Servicio Penitenciario Federal. Un estudio sobre los modos de objetivación y de subjetivación de los funcionarios penitenciarios en la Argentina actual*. Tesis doctoral en Ciencias Sociales. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- OJEDA, N. (2013) ““Cárcel de mujeres”. Una mirada etnográfica sobre las relaciones afectivas en un establecimiento carcelario de mediana seguridad en Argentina”, en *Revista Sociedad y Economía* Nro. 25, pp. 237-254.
- ZAFFARONI, E. (1987) *Tratado de Derecho Penal Parte General. Tomo V*. Buenos Aires: Ediar.
- (1996) *Manual de derecho penal. Parte general*. Buenos Aires: Ediar.