

INCLUSIÓN MENTAL HACIA LA DEMOCRATIZACIÓN DE SABERES

**A 10 AÑOS DE LA SANCIÓN DE LA LEY 26.657
VOLUMEN II**

YAGO DI NELLA (ED.)

Yago Di Nella, Benedetto Saraceno, Daniel Navarro, Roxana Amendolaro, Virginia Buscaglia, Virginia López Casariego, Alfredo Kraut, Nicolás Diana, Mariana Sabina Baresi, Ana Cecilia Garzón, Celeste Romero, Javier Ignacio Frías, Silvio Oscar Angelini, Anahí Larrieu, Soledad Abella, Lucrecia Cabrea, Gabriela Franco, Sergio Sosa, Romina Urios, Dulce María Pallero, Daniela Alvarez, Valeria Dimitroff, Elena García, Alejandra Parisse, Mariana Figueiras Gamarra

TOMO II

COLECCIÓN
TEXTOS UNIVERSITARIOS

13

OO COPALQUI
OO EDITORIAL

Di Nella, Yago (Ed.) (2021): *Inclusión mental. Hacia la democratización de saberes*. Colección: Textos Universitarios. Volumen II, Tomo II. Número 13, Barcelona. Copalqui Editorial.

CDU: 001, Ciencia y conocimiento en general. Divulgación de la ciencia. 159.9, Psicología. 003, Ciencias sociales en general. 17, Ética. Moral.

I. Psicología. II. Salud Mental. III. Inclusión social.



Ilustración de la tapa: Daniel Walter Vasiloff
www.danilovasiloff.com.ar

Diseño y maquetación: Pablo Casals

ISBN: 978-84-939783-1-0

Edición: 1a Ed. 2021

Cantidad de ejemplares (impresión promocional): 90

© Yago Di Nella

© Copalqui Editorial, 2021.

Carrer Rabassa 27 2n 1era, 08024 Barcelona, Espanya

www.copalqui.org

Obra bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0.Unported license. Licencia Completa y permisos más allá de la cobertura indicada pueden consultarse en:
www.copalqui.org

Impreso en: Associació d'Acció Social i Cultural Adalquí



 COPALQUI
EDITORIAL



ÍNDICE

TOMO I

Dedicatoria	1
Presentación del Volumen II	3
Un Prólogo implicado	
La discusión final sobre la LEY en primera persona. La salud mental y sus destinos en el Senado de la nación	9
<i>Yago Di Nella</i>	
A modo de Introducción	
Discurso del Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud en el Congreso de la Nación Argentina	21
<i>Benedetto Saraceno</i>	
Notas	36

PRIMERA PARTE. PREHISTORIA DE LA NORMA

CAPÍTULO 1. Encuentro del Movimiento Social Antimanicomial y Robert Castel	39
<i>Daniel Navarro</i>	
1. Introducción	39
2. Robert Castel	41
3. Las raíces del pensamiento de Castel	42
4. El trabajo de Castel	44
5. Castel y Foucault	46
6. La metamorfosis de la cuestión social	48
Epílogo	49
Encuentro del Movimiento Social Antimanicomial y Robert Castel. 27 de septiembre de 2002, Centro de Estudios Franco Argentino.	50
Palabras de apertura por parte de Daniel Navarro	50
Palabras del Profesor Robert Castel	50

Preguntas de los asistentes	54
Notas	63
Bibliografía	64
CAPÍTULO 2. El enfoque de derechos en lo mental de la salud (comunitaria): planteos pretéritos a la sancion de la ley nacional como aporte a las políticas públicas	65
<i>Yago Di Nella</i>	
1. Introducción: El derecho a la salud	65
2. La salud mental como derecho: La APS como eje en la necesidad de adecuación de las políticas públicas en un mundo convulsionado	67
3. Algunas ideas generales para una propuesta de política pública en lo mental de la salud	74
3.1. Para una estrategia sanitaria coherente con nuestra constitución nacional	75
3.2. Principios generales para una política salubrista y con enfoque de derechos en lo mental de la salud	77
4. El auxilio ético del enfoque de derechos en las políticas públicas de salud comunitaria con énfasis en lo mental	80
Anexo normativo	83
Notas	87
CAPÍTULO 3. Medicina y Derechos Humanos	91
<i>Daniel Navarro</i>	
Notas	110
CAPÍTULO 4. Ley 26.657: caracterización de una norma amparada en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos	111
<i>Yago Di Nella</i>	
1. Antecedentes: el contexto del texto	112
2. Instrumentos normativos de salud mental	117
2.1. Normativa internacional	117
2.2. Normativa nacional	124
3. La jurisprudencia internacional y nacional en salud mental	125
3.1. La jurisprudencia internacional	126

3.2. Precedentes jurisprudenciales del derecho nacional	136
4. Experiencias previas en la materia	138
4.1. Occidente	139
4.2. La experiencia en Argentina	141
5. El debate al momento de su sanción. argumentos, apoyos y reticencias a la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657	144
Notas	149
Bibliografía consultada	152

SEGUNDA PARTE. UNA NUEVA LEGALIDAD. DEL ENFOQUE DE DERECHOS Y SUS CONSECUENCIAS

CAPÍTULO 5. La ley nacional de salud mental y los desafíos del cambio de paradigma 155

Roxana Amendolaro - Virginia Buscaglia - Virginia López Casariego

1. Prólogo	158
2. Desafíos y alcances de la Ley de salud mental y derechos humanos	158
Haciendo un poco de historia	158
Historia más cercana: la convención, un cambio de paradigma	159
¿Un cambio de paradigma?	160
Por un paradigma de igualdad y no discriminación	161
Situación actual: en diciembre hemos parido la Ley	161
Funciones del estado: los alcances de la Ley	162
Posibles respuestas, transitorias y parciales, a la cuestión del respeto a la voluntad de las personas usuarias de los servicios de salud mental	164
3. Cómo trabajamos en INADI la temática de la salud mental: la perspectiva de igualdad y no discriminación	166
Notas	169

CAPÍTULO 6. Salud mental, concepciones y paradigmas: derechos retóricos a derechos eficaces. hacia un cambio de modelo 173

Alfredo J. Kraut y Nicolás Diana

1. Introducción	173
2. Un primer paso	177

3. Un bloque de derechos y obligaciones	180
3.1. Los principios, Caracas y Brasilia...	180
3.2. Contexto de la legislación de salud mental	183
4. Alcance de la reforma	188
5. Diálogo de fuentes en salud mental	191
6. Objetivos, principios y ámbito de validez y eficacia de la ISM	193
7. Autoridad de aplicación. Órgano de revisión	197
7.1. Autoridad de aplicación	197
7.2. Órgano de revisión	199
8. El CCCN, internación y capacidad	203
9. A modo de colofón	211
Notas	216

CAPÍTULO 7. Algunos ejes estratégicos para una política pública en salud mental en el marco de la Ley Nacional 26.657

Yago Di Nella

1. Introducción	236
2. Enfoque de derechos	237
3. Red nacional, jurisdiccional y local de atención	239
4. La Ley y su sujeto. la capacidad como presunción	241
5. Inclusión sanitaria de lo mental	243
6. Intersectorialidad	245
7. Atención post-manicomial de la salud (salud mental y adicciones)	248
Notas	252

TOMO II

TERCERA PARTE. LA INTERDISCIPLINARIEDAD COMO EJE CENTRAL

CAPÍTULO 8. La interdisciplinariedad en el marco de la ley de salud mental 26.657: la democratización de los saberes	257
<i>Yago Di Nella</i>	

1. Interdisciplina como espacio democrático	258
2. Modelos fallidos de interdisciplina	259
2.1. (pseudo) Interdisciplina confusional	259
2.2. (pseudo) Interdisciplina esquizoide	260
2.3. (pseudo) Interdisciplina autoritaria	262
3. Algunas pautas para un equipo interdisciplinario eficaz	263
4. Asistir o atender / tutela o inclusión: diversas formas de entender lo interdisciplinario: el caso extremo del llamado “paciente social”	266
5. Abordaje del problema de la accesibilidad a los servicios: la brecha de atención desde la estrategia de una interdisciplinariedad ampliada	270
6. La interdisciplinariedad es intervencionista: más sobre lo mental en la salud pública.	271
7. Interdisciplinariedad circular: el saber horizontalizado	274
7.1. Apuntes sobre el concepto de equipo	275
7.2. El principio de la circularidad interdisciplinaria	276
7.3. Emergentes grupales en el quehacer del equipo interdisciplinario	281
Notas	285

CAPÍTULO 9. ¿Quién tiene derecho a los derechos? Aportes para la valoración de apoyos para el ejercicio de derechos

Mariana Sabina Baresi - Ana Cecilia Garzón

1. Introducción	289
2. Contexto de la experiencia	290
3. ¿Por qué problematizar las restricciones a la capacidad jurídica?	292
4. Dimensión legal de la capacidad jurídica y prácticas que contextualizan la tarea del equipo de evaluaciones interdisciplinarias de la DNSMyA	294
4.1. Aportes de la LNSM para la valoración de apoyos para el ejercicio de derechos	295
4.2. El soporte de la CDPD para la valoración de apoyos para el ejercicio de derechos	296
4.3. Experiencias de referencia para la valoración de apoyos para el ejercicio de derechos	298

5. La propuesta metodológica de trabajo del equipo de la DNSMyA	300
6. Propuestas para la elaboración del sistema de apoyos	303
7. Novedades legislativas en el país y la región vinculados a la capacidad jurídica	306
7.1. Reglas generales en torno a la capacidad jurídica del actual código civil y comercial	306
7.2. Avances legislativos en la región	310
8. Desmontando la normalización y sus las lógicas opresivas	312
9. Conclusiones	314
Notas	316
Bibliografía	320
Anexo: Instrumento de relevamiento para la elaboración del sistema de apoyos para la toma de decisiones. Instructivo	324

CAPÍTULO 10. Algunas consecuencias psicosociales psicojurídicas de la ley 26.657 (impacto en las buenas prácticas)

Yago Di Nella

1. Algunas reflexiones psicosociales en torno a la Ley 26.657	329
2. Algunas reflexiones psicojurídicas sobre el rol de la administración de justicia en torno a la Ley	336
3. Las transformaciones que introduce la Ley 26657 en la dimensión psicojurídica de los dispositivos institucionales (consecuencias del enfoque de derechos)	340
4. Algunas inquietudes sobre el problema de la fiscalización	349
5. Algunas consecuencias psicopolíticas: importancia de la sociedad civil en el paradigma de salud mental comunitaria	351

CAPÍTULO 11. Consideraciones sobre el riesgo cierto e inminente. A diez años de la ley de salud mental

Celeste Romero - Javier Ignacio Frías

1. Introducción	359
2. Riesgo como categoría superadora	360
3. Riesgo como categoría clínica	360
4. Riesgo como categoría situacional	361

5. Riesgo como categoría individual	361
6. Riesgo de daño, cierto e inminente	362
7. Conclusión: hay riesgos y riesgos...	363
Notas	364

CAPÍTULO 12: Consideraciones sobre los conceptos de peligrosidad y de riesgo cierto e inminente. Implicaciones para las medidas de seguridad

Silvio Oscar Angelini - Anahí Larrieu

Resumen	365
1. ¡Es un peligro!	366
2. Tomando riesgos	368
3. Tomando medidas	369
4. Final con riesgos	370
5. Referencias bibliográficas	373
6. Leyes, decretos y fallos	373

CUARTA PARTE. EXPERIENCIANDO LA LEY: 10 AÑOS DE UNA LUCHA QUE CONTINUA

CAPÍTULO 13: Pateando puertas, abriendo ventanas, tendiendo puentes. La ley nacional de salud mental y los diversos ámbitos de aplicación.

Soledad Abella – Lucrecia Cabrea - Gabriela Franco – Sergio Sosa

1. Primeros embates (2010-2015): labor parlamentaria, el proyecto llega al congreso	378
2. Capacitaciones y sensibilizaciones	384
3. Informes sobre condiciones de internación	387
4. Prisma (programa interministerial de salud mental argentino)	389
5. Salud mental, reparación de víctimas de terrorismo de estado	393
6. Una experiencia en terreno: equipo móvil de salud mental comunitaria (concepción del Uruguay, entre ríos)	397
7. Nuevos embates contra la LNSM (2016-2020)	400
7.1. Derogación de la resolución 2015	400
7.2. Intento de reforma de la reglamentación de la Ley	401
Notas	408

CAPÍTULO 14: “Proyecto Revinculación”. Restitución del derecho a vivir en comunidad para personas con padecimiento mental en situación de internación prolongada **411**

Romina Urios –Dulce María Pallero – Daniela Alvarez – Yago Di Nella

1. Planteamiento del problema	411
2. Acerca de la problemática	412
3. Acerca de la obligación del estado	413
4. Los destinatarios	414
5. Objetivos	416
5.1. Objetivos generales	416
5.2. Objetivos específicos	416
A. Etapa diagnóstica	416
B. Etapa de intervención	417
C. Etapa de egreso del dispositivo	417
6. Metodología	418
6.1. Acciones clave para el cumplimiento de los objetivos	418
6.2. Dispositivos	419
7. Conclusiones, recomendaciones y discusión	423
7.1. Síntesis cronológica de las tareas desarrolladas	423
7.2. Implementación de los tiempos y dificultades encontradas	424
7.3. Logros	425
7.4. Análisis de los resultados e impacto	426
7.5. Equipos	428
8. Puntuaciones finales	429
9. Post Scriptum (Sobre la Cátedra Libre Marie Langer de Salud Mental y DD.HH.)	430
Notas	433
Bibliografía	436

**CAPÍTULO 15: Centro de Salud Mental Comunitaria
"Dr. Franco Basaglia" (Servicio de externación.
Hospital Interzonal Especializado en Agudos y
Crónicos "Dr. Alejandro Korn", provincia de Buenos Aires)** **439**
Dimitroff Valeria - García Elena - Parisse Alejandra

1. Introducción	439
2. Historia	440
3. Nuevas prácticas en salud mental	441
4. Proyecto revinculación	442
5. Metodología de trabajo	445
6. Encuadre desde el cual se trabaja	447
7. Estadística	449
8. Funcionamiento en contexto de pandemia	450
9. Reflexiones finales	451
Notas	452

**CAPÍTULO 16. "Honrar las Vidas". Experiencia de
adaptación a la Ley 26657 en un Hospital General Nacional** **453**
Mariana Figueiras Gamarra

1. Introducción	453
2. Diagnóstico situacional	455
3. Realización del proyecto	457
4. De los dispositivos	458
4.1. La guardia interdisciplinaria: un sueño que se hacía realidad	458
4.2. El dispositivo de consultorios ambulatorios intensivos	461
4.3. El grupo de optimización de la autonomía	461
4.4. Otros dispositivos	462
5. La resistencia: un relato personal	463
6. Conclusiones inconclusas	466

CAPÍTULO 17. Prisma: una experiencia instituyente **469**
Mercedes Rattagan

1. De donde partimos	469
2. Una propuesta posible: programa interministerial de salud mental argentino (prisma)	472

3. La realidad	474
4. Manos a la obra	478
4.1. Dispositivo de crisis	479
4.2. Dispositivo de tratamiento psico comunitario:	480
4.3. Dispositivo de integración socio cultural:	481
5. Capacitacion	482
6. Dificultades y obstáculos	483
7. Para finalizar	484
8. Últimas reflexiones	485
CAPÍTULO 18. La adecuación de las universidades a la Ley nacional de salud mental	487
<i>Roxana Amendolaro</i>	
1. Introducción: Contexto general que plantea la Ley nacional de salud mental N° 26.657.	489
2. Recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, art. 33.	491
3. El nuevo plan de estudios de la licenciatura en enfermería de la universidad nacional del Comahue.	493
4. Cuidados enfermeros en salud psicosocial.	496
5. El dispositivo que dispone: el dispositivo de cátedra y lo que dicen las/os estudiantes	499
Notas	503
EPÍLOGO	
CARTA ABIERTA: Un recorrido personal por el problema de la democratización de los saberes (la implementación efectiva del enfoque de derechos para la inclusión mental)	507
<i>Yago Di Nella</i>	
ANEXO DOCUMENTAL AL VOLUMEN II	
Consenso de Panamá	525



CAPITULO 17

PRISMA

UNA EXPERIENCIA INSTITUYENTE

Mercedes Rattagan

*“Y al fin y al cabo, actuar sobre la realidad
y cambiarla un poquito es la única manera
de probar que la realidad es transformable”*

Eduardo Galeano

1. De donde partimos

Sabemos que la locura y la criminalidad no son genéticas; nadie nace loco ni criminal, sino que se va construyendo a lo largo de un proceso social histórico. Es a partir de nuestros contextos que se va tejiendo la interioridad de nuestras vidas.

La sociedad capitalista genera un sistema productivo que tanto en lo material como en lo simbólico reproduce el clivaje entre incluidos y excluidos, integra o excluye a sus miembros en función de que estos se adapten o no a su sistema. Por lo tanto, el “loco” como el “criminal” son el resultado del control social ejercido por el sistema sobre aquellos “inadaptados”. La sociedad hace, construye, sus locos y sus delincuentes y responde a todas estas problemáticas con la

“institucionalización”. Condenados al destierro, los exilia de su vida, los desapega de todo lo que configuraba su realidad, los separa de sus grupos identificatorios, de sus lazos afectivos, de toda realidad que confería consistencia a su ser, en un mortal proceso de desterritorialización.

La etiqueta clasificatoria que circula en estos “lugares de concentración” contribuye a despojarlos de su ser, quedando reducidos a un diagnóstico estigmatizante que los empuja a una mayor exclusión, vulnerabilidad y fragilización.

La cárcel y el manicomio son instituciones totales, lugares privilegiados legitimados socialmente. Cuentan con una batería de técnicas disciplinarias con las que proponen “solucionar” los desvíos a la norma, “enderezar al torcido”, reeducar, readaptar, normalizar, normatizar. Surgen como instrumento de control social cuyo mecanismo operatorio primordial es la marginación, el encierro, aislamiento y masificación.

Verdaderos invernaderos de des-culturización y des-subjetivación, auténticos semilleros de violencia. Instituciones de conglomerados humanos que en nada se diferencian de los campos de concentración, compartiendo entre otras semejanzas la lógica de domesticación, doblegamiento, obediencia y sometimiento general. Son eficaces máquinas de desentrenamiento que incapacita e invalida a quienes pasan por estos lugares. Levantan una barrera entre el “adentro” y el mundo exterior, hábiles en desbaratar la autonomía y libertad de acción que caracteriza al adulto mediante un progresivo y sistemático proceso de infantilización (permiso para ir al baño, para hablar por teléfono, para encender un cigarrillo, etc.).

Los sujetos quedan de esta forma aislados, con historias naturalizadas, sin lograr ser historizados, comprendidos dentro de un contexto familiar, educativo, social en el que esa persona está inmersa y mucho menos pensada como efecto de esa historia. Es un progresivo proceso de esclavitud -en el sentido con que Aristóteles describía al esclavo-, como aquél que no tiene vínculos, que esta fuera de su lugar y por lo tanto puede ser utilizado como objeto.

Esta maquinaria punitiva disciplinar está muy lejos del propósito de poder evaluar las condiciones generadoras de la vulnerabilidad y de todos los derechos que les fueron privados. Jamás podrá ser explicado ni limitado a la responsabilidad individual, lo que requerirá repensar el conflicto social que hace carne en cada sujeto, desde una mirada diacrónica, historizada, enclavada en el contexto general, sumando al Estado como actor responsable.

De esta manera, se puede afirmar que estas instituciones totales tienen como propósito expropiar la historia de vida de los

sujetos, cuya consecuencia lógica es una progresiva despersonalización iatrogénica. Este proceso trae aparejado un incremento de los niveles de vulnerabilidad, sometiendo una vez más a los sujetos, presos de esta política, a una cadena de alienaciones que los desenraiza nuevamente de su vida en un espiral violento que no parece tener fin. **ESTA ES LA VERDADERA CONDENA.**

Las instituciones totales como la cárcel y el manicomio, no fueron pensadas como dispositivos educacionales ni sanitarios, ni restitutivos de derechos, no son generadores de saber ni de salud, no permiten el desarrollo de conciencia crítica sobre el accionar, ni tampoco promueven el progresivo aumento de autonomía y libertad, ni siquiera restituyen derechos arrebatados. Más bien es un dispositivo de depósito, un pensado sistema de “reeducación”, una perfecta máquina de aniquilación de subjetividad. Por ende, son generadoras de mayor enfermedad y mayor riesgo criminógeno.

El tratamiento que se propone en estas instituciones está profundamente anclado en el positivismo, reducido a domesticar, quebrar, vulnerar, con una marcada concepción de sujeto, avalado por el discurso científico, que es el de sujeto racional cartesiano. La concepción dominante - un interesante resabio del derecho inquisitorial- considera que la persona debe ser castigada por haber violado la ley y su castigo es el destierro y la deshumanización.

Castigo, dolor, privación, será su medicina disciplinaria, de manera que no vuelva a infligir la ley por rechazo a estas medidas, no porque se haya producido algún cambio en su subjetividad ni mucho menos la restitución de sus derechos violados.

Es imposible pensar que un sujeto se responsabilice de sus actos mediante el castigo; el miedo y la obediencia, que producen efectos que distan mucho del desarrollo de una conciencia crítica. La ideología del castigo individual no permite que advenga el sujeto para poder implicarlo en su acto, ni tampoco sumar a la comunidad, historia, instituciones, para enmarcar el acto en un contexto de corresponsabilidad social.

Si las instituciones sentencian que “los obedientes” son los “rehabilitados”, no se piensa en operar sobre la singularidad histórica del sujeto, más aun, no se piensa en un “sujeto” y mucho menos en un sujeto complejo. Al respecto Hegel decía que cuando eliminamos la subjetividad del ser humano, es al ser humano mismo a quien eliminamos, por lo que nos lleva a pensar que esas instituciones insisten como lo traumático, en la construcción de un sujeto objetalizado, colonizado para responder a las necesidades de los modelos societarios.

Cuando escuchamos en los discursos dominantes mencionar

la “rehabilitación” carcelaria, sanitaria, se está haciendo referencia a la introyección del miedo, del castigo y del exilio por quienes transitaron esos lugares.

Esta posición se contrapone al concepto de inclusión e integración comunitaria, que comulga con la comprensión de que quienes requieren esta supuesta “rehabilitación” son justamente aquellos carentes históricos de habilitaciones afectivas, sociales, comunitarias, inclusiones, afiliaciones y alojamientos, aquellos con quienes la sociedad está en deuda.

La pérdida de autonomía que producen estas instituciones va generando un vínculo de dependencia, en el cual la Institución empieza a reemplazar las funciones vitales que la persona antes desarrollaba por sí.

De esta manera la Institución Total tiende a controlar a la población pasivisándola con la pérdida de auto valimiento y la ayuda de psicofármacos. El aislamiento vincular es un recurso de castigo, tanto como el llamado “buzón” en Justicia Penal y en Psiquiatría con las conocidas “salas de aislamiento”.

Por lo tanto, esta idea del sostenimiento del control a través de la pasivización produce este efecto de pérdida de proyecto de vida que la Institución Total necesita para mantener a la persona ahí. Le expropián el pasado y el futuro.

Estas estructuras de poder producen siempre saberes que las justifican. Los cuerpos teóricos legitiman las prácticas de encierro, respondiendo “científicamente” al disciplinamiento y control social. El discurso científico legitima la práctica de privación de libertad, reforzando la idea de que el castigo educa y que la “desviación” se trata con aislamiento.

Tratan cuestiones complejas reduciéndolas a lo “natural” a lo “biológico”, grandes negadores de la historia y cómplices de los reductos del poder. Su misión es des responsabilizar a actores que fueron paridores de estas problemáticas. En este marco, el diagnóstico legaliza la segregación y la necesidad de encierro. Se prescribe: “Medicación, control y disciplina”.

2. Una propuesta posible: Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA)

Una mañana de julio del año 2011, a poco de ser sancionada la Ley de Salud Mental 26.657, el que fuera en su momento Director Nacional de Salud Mental, Licenciado Yago Di Nella, me llamó muy serio y cerró la puerta de su despacho. Solo ese gesto fue muy

preocupante, ya que su Dirección se caracterizaba por ser de “puertas abiertas”. Me miro fijo y me dijo “vamos a bajar los cuadros de los genocidas”.

Lo observé atentamente pensando que debía tener una locura pasajera por estrés, aunque luego pude entender la dimensión de su propuesta. ¡¡¡¡¡Un inmenso desafío de transformación dentro de la política penitenciaria de nuestro país!!!!

Este desafío se llamó PRISMA que, aunque tuvo corta vida, permitió demostrar que era posible otra justicia, que se podía restituir derechos a quienes históricamente la exclusión e inequidades sociales se los habían arrebatado.

El Programa Interministerial (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y Ministerio de Salud de Nación) de Salud Mental Argentino (PRISMA) respondía a una política pública con perspectiva de derechos humanos y el cuidado de la Salud Mental de personas privadas de su libertad en el ámbito del Servicio Penitenciario Federal, con la presencia del Estado en sectores históricamente vulnerados, llevando adelante una política de restitución de los derechos fundamentales de la sociedad.

Es de público conocimiento el progresivo deterioro subjetivo que se produce en cualquier marco de encierro institucional, en este caso agravado por una institución carcelaria de máxima seguridad. El Programa PRISMA, surge para dar respuesta a esta problemática preocupante de violación sistemática de los derechos que se dan en estas instituciones.

Los objetivos del PRISMA están enmarcados en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, a fin de garantizar la mejor atención posible a las personas con sufrimiento psíquico alojadas en la cárcel.

La citada ley en su artículo 1º expresa el derecho de las personas con padecimiento mental a ser protegidos en su salud y al pleno goce de los derechos humanos. En su artículo 7º el Estado reconoce los derechos de las personas con padecimiento mental, entre ellos:

- Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;
- Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
- Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.

- Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
- Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;
- Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación.
- Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.

Asimismo, el tratamiento de los usuarios debe desarrollarse con el cumplimiento de lo establecido en el articulado de la Ley 24.660 de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad, resaltando con interés lo establecido en el Principio de Reinserción Social, establecido por dicha norma, que dispone: “La ejecución de la pena privativa de libertad, en todas sus modalidades, tiene por finalidad lograr que el condenado adquiera la capacidad de comprender y respetar la ley procurando su adecuada reinserción social, promoviendo la comprensión y el apoyo de la sociedad”.

Fui en aquel momento designada por el director de Salud Mental, para hacerme cargo de la coordinación del dispositivo de tratamiento de las personas con sufrimiento mental en contexto de encierro, para llevar adelante las transformaciones necesarias acordes a los objetivos propuestos por el PRISMA. Uno de los más importantes era lograr avanzar y profundizar en las condiciones que garantizaran la restitución de sus derechos como condición de su mejoramiento de la salud mental, aplicando los principios de las leyes 26.657 y 24.660, comprendidas en dicho programa. Esto requería la integración de los equipos de ambos Ministerios para ir adaptando las prácticas actuales conformes a las normativas mencionadas.

3. La realidad

Cuando llegamos al lugar nos dimos cuenta de que las condiciones materiales en que se encontraban, tanto edilicias como programáticas, distaban de la letra escrita en el programa del PRISMA. Nos enfrentamos no solo con una institución total, el manicomio, sino con dos, una subsumida en la otra, CARCEL DE MAXIMA SEGURIDAD Y MANICOMIO JUNTOS.

A esta realidad se le sumaba la presencia de un equipo de

salud mental con concepciones hegemónicas, biologizantes, estigmatizantes, etiquetantes donde ese “loco” era doblemente “peligroso”, definidos -tal como me lo menciono una profesional de allí- “por una subjetividad criminal”.

La modalidad de atención era clínica, individual, fragmentada, sesgada y de bajísimo impacto. Se observaba ausencia de mirada comunitaria y de acciones proactivas y de contacto. No se existían dispositivos terapéuticos inclusivos y los pocos que funcionaban estaban coordinados por saberes disciplinares aislados entre sí.

El sector enfermería, que permanece en mayor contacto con los destinatarios del programa por estar las 24 horas con ellos, se sentía desconocido en su práctica. La historia clínica era propiedad de algunos profesionales, ya que no figuran las actuaciones de ningún profesional de los talleres, educación formal e informal, enfermería, como parte estratégica en el abordaje de la recuperación/inclusión de las personas allí aisladas.

Los pases de guardia estaban a cargo solamente de los profesionales entrantes y salientes, (psiquiatras y psicólogos) sin sumar al conjunto de profesionales ni siquiera a quienes están a cargo de los usuarios y en contacto las 24 horas del día como ser el sector de enfermería y celaduría. Las guardias se establecieron de 30 horas seguidas cuando es sabido que es imposible lograr una buena atención estando tanto tiempo sin descanso, lo que conducía a limitarse al aumento de medicación y atención de baja calidad.

Los abogados tenían una presencia poco activa, por lo que los trabajadores sociales terminan asumiendo funciones jurídicas que más allá de su buena voluntad, muchas veces terminaban confundiendo a los propios pacientes, por carecer del conocimiento específico para cumplimentar tales tareas satisfactoriamente.

Los lugares donde permanecen gran parte del día habitaciones/celdas, son frías, hay poca ventilación, muchas horas de luz artificial y permanecen mucho tiempo en espacios cerrados sin siquiera un reloj que marque el paso del tiempo, un lugar sin tiempo ni días y noches que acarrea perjuicios para su orientación temporal y alteraciones metabólicas.

No les permiten la circulación por falta de personal de seguridad ni mesas y sillas que les permitan reunirse grupalmente, toda la lógica institucional orientada al individuo solo, aislado, desocializado, deshumanizado. Gran dependencia del celador hasta para poder prenderse un cigarrillo, reforzando situaciones de dependencia infantil.

Como estas, infinidad de situaciones donde se establece la primacía del principio penitenciario sobre el sanitario, visualizado por

ejemplo en tener que “pedir permiso” todo el tiempo y para todo, tanto profesionales como usuarios.

No tienen donde secar y colgar la ropa, los televisores del espacio común no funcionan por falta de conexión, no fue pensado nada para compartir, para estar con otros, para fortalecer lazos, para acompañarse, para la mínima humanidad.

La seguridad es incierta ya que no hay llave única y en caso de accidente al trabarse muchas cerraduras no podrían abrirse, no tienen DVD, ni televisores. Las bocas de incendio no tienen mangueras, según refieren, por razones de seguridad, la puerta de emergencia solo se abre del lado de afuera. No tienen un plan de evacuación realizado por personal idóneo. Las condiciones de higiene y seguridad son pésimas, se duchan con agua fría y están todo el tiempo desconocidos como sujetos de derecho.

Muchos de los usuarios no poseen DNI ni se iniciaron los trámites para conseguirlos, por lo que están sistemáticamente descuidados.

A esto se le suma que desconocen su diagnóstico, medicación, diferentes opciones de tratamientos, y todo transcurre sin siquiera haber firmado el consentimiento informado tal como lo exigen las normativas vigentes.

Están privados de una atención en el marco de los derechos humanos y ajustados a su problemática, ya que en estos lugares no son sujetos de derechos, sino castigados por infringir las normativas sociales, y cuando requieren de la atención de algún especialista se los traslada esposados.

Todo indica a leer que son para el sistema PRESOS, no sujetos que padecen una problemática que la institución debería poner todos los recursos para su resolución. Más aun, a aquellos que se encuentran en fase aguda, se los aísla, prohibiendo el contacto con compañeros y con familiares que ayudarían a su contención y recuperación.

Es impensable una recuperación sin incluir a la comunidad de pertenencia, es sabido que el aislamiento es el peor de los riesgos psíquicos, se producen condiciones extremadamente desventajosas, e irónicamente pareciera que en “este tratamiento” se prescribe un aumento de la “dosis de la medicina” que lo condujo a esa situación por las que llegaron allí.

Están mucho tiempo encerrados bajo llave en la habitación/celda, lo que confirma su situación carcelaria y mencionan estar “engomados” en lugar de sentirse bajo tratamiento a cargo de un equipo de salud.

Desconocen su situación jurídica y los que cuentan con asistencia letrada del ministerio público, se quejan de la poca atención

que reciben de sus defensores y manifiestan que en muchas ocasiones llamaron a los abogados y/o juzgados intervinientes en sus causas sin recibir respuestas e incluso muchas veces maltratados.

La comida es mala y escasa, pasando muchas horas sin comer, no les proveen de líquidos ni pan durante la comida ni durante todo el día, no tienen dónde calentar agua para alguna infusión lo que remarca su situación de vulneración de derechos y maltratos sostenidos. Al no poder realizar actividades de aseo, alimentación, limpieza, se encuentran en situación de gran pasividad.

Se les obstaculiza el contacto social, se prohíben visitas mixtas, por lo que se imposibilita que la familia se junte, limitando el abordaje de los conflictos vinculares, fortalecimiento de lazos, integración familiar, que sabemos que es muy importante para la recuperación.

Asimismo, no se permite visitas masculinas el fin de semana por lo que los padres no tienen accesos a sus hijos y en muchos casos era la única visita que disponían. Tienen pocas horas al día para comunicarse telefónicamente, y esto lo pueden hacer aquellos que tienen tarjetas, los que no pudieron conseguirla no pueden comunicarse con los familiares, y en igual situación están los que tienen sus familiares lejos, en otras provincias u otros países, tampoco tienen teléfono para recibir llamadas mostrando un serio problema comunicacional inclusive de los familiares con los profesionales a cargo.

Todos los procedimientos no son conformes a derecho, se les imparten actividades en talleres sin siquiera consultarles si desean realizarlos. Carecen de talleres de idioma, informática o capacitación laboral que les facilitaría su externación, una inclusión social laboral para poner fin a la “puerta giratoria”.

“Cuando salga de acá vuelvo a la calle, de allí a drogarme para tener valor para robar y comer, y esta es una historia sin fin” (palabras de un usuario). La palabra de los usuarios no tiene valor, son profundamente objetualizados y manejados por lógicas carcelarias, disciplinarias, violatorias de derechos.

Pero nosotrxs empezamos a escuchar su angustia: ***“antes estábamos en un hospital, ahora estamos en la cárcel” ... “yo no quiero que vengan a visitarme acá porque no me gustaría que me vean presa” ... “antes estaba en un hospital y la requisa era distinta, no quiero que mi familia pase por esa situación que es humillante” “antes trabajábamos todo lo que queríamos y cuantas más horas trabajas más cobras, ahora hay un solo lugar para todo así que el día de visita no podemos trabajar” ... “yo quiero que me lleven a un hospital para cuando venga mi hijo a visitarme porque no quiero que me vea en la cárcel, las otras veces que vino yo estaba en el hospital”.*** Ellos mismos sienten una situación de mayor

vulnerabilidad, manifiestan que: “esto lo viví sólo en Caseros en la época de los militares” “los celadores me dijeron que estaba en un Hospital psiquiátrico custodiado por el Sistema Penitenciario, esto es una cárcel”. “Los forenses me decían: ¿¿¿vos no estás en una cárcel estas en el Hospital Psiquiátrico custodiado por el sistema penitenciario...y ahora??? ¿¿Que me van a decir?? ¡iiii¡¡SI ESTOY EN LA CARCEL!!!!!!

El abordaje terapéutico en este contexto se limita a la clínica individual y disciplinar, con ausencia de integración socio cultural, con serias dificultades de comprensión de situaciones a la luz del contexto histórico social y económico que les dieron origen. Si se visualiza al paciente como un delincuente, cuya situación es inmodificable y se lo responsabiliza individualmente de su estado, se seguirá pensando en el encierro y la privación de todos los derechos como castigo y consecuencia de sus actos, por lo que se les retirará toda autonomía, responsabilidad y libertad.

Como toda institución total, todas las condiciones violatorias de derechos que sufren los usuarios, también se hacen sentir en el conjunto de quienes participan de la institución. Las condiciones de trabajo de los miembros de todos los sectores están con dificultades por la falta de movilidad.

Al personal del SPF no se les paga las horas extras por falta de personal, refieren estar recargados de trabajo, tampoco tienen comodidades para permanecer toda la noche, ya que carecen de un lugar cómodo para descansar y asearse Tienen prohibido agremiarse y reclamar por sus derechos. No cuentan con un espacio de comedor ni de comida, ni lugar donde colocar sus pertenencias. Están muchas horas con luz artificial y al estar muy lejos de sus domicilios se les suma a las horas de trabajo las del traslado. Es una cadena de maltratos donde siempre recae con más fuerza en el eslabón más débil, en este caso el usuario privado de libertad y de salud.

4. Manos a la obra

Frente a este escenario de violación de derechos e incumplimiento de normativas vigentes, el equipo denominado “abordaje comunitario” dentro del dispositivo de Tratamiento del PRISMA, comenzó a trabajar en diferentes líneas para restituir derechos fundamentales de quienes se encontraban allí alojados.

Se definió como estrategia el objetivo de lograr un pasaje del paradigma que sostenía las prácticas actuales de los profesionales, clínico individual, asistencialista y ahistórico por un cambio de modelo

que lograra un abordaje integral, inclusivo, comunitario con eje en la interdisciplina, intersectorialidad y la participación protagónica.

Este cambio paradigmático se inicia con la creación de tres dispositivos: Crisis, Tratamiento psicocomunitario, e Integración socio cultural, coordinados por un miembro del Ministerio de Justicia y otro del Ministerio de Salud. Su conformación fue debatida con todos los profesionales, enfermeros y personal del Servicio Penitenciario, de manera que la elección de los nuevos coordinadores fuera una propuesta participativa y democrática.

La apuesta siempre estuvo direccionada a un trabajo mancomunado (celadores, profesionales, talleristas, usuarios), orientado a integrar los equipos de ambos Ministerios, ajustando las prácticas a los nuevos paradigmas, quebrando la lógica de cosmovisión disciplinar procurando la plena inclusión social de los usuarios.

4.1. Dispositivo de Crisis

Se necesitaba modificar la lógica imperante en el equipo de guardia y ajustarla a la demanda interna del Programa Prisma.

En primer lugar, resolvimos abrir el Pase de Guardia a todo el equipo, sumando enfermería y celaduría con la participación del Jefe de turno del SPF (antes solo se hacía con el equipo entrante y saliente). Se resolvió registrar el Pase en el libro de asambleas, como así también las estrategias de abordaje que surgieran de la misma, hacer la recorrida junto a los enfermeros para la entrega de la medicación a cada uno de los usuarios (antes solo lo hacían los enfermeros).

Se confeccionó un protocolo de funcionamiento con la incorporación del consentimiento informado y decisiones anticipadas. Con anterioridad a la confección de dicho protocolo, desde la Dirección de Salud Mental se redactó un Protocolo de Actuación, donde se definieron las nuevas funciones del equipo. Dos puntos centrales de esta propuesta fueron: la articulación con el Equipo de Evaluación del PRISMA para el ingreso de un paciente en el Programa, y la concentración de las funciones para los pacientes del PRISMA, evitando de esta manera la sobredemanda por parte de otras Unidades Penitenciarias del Complejo de Ezeiza.

Asimismo, se conformó el dispositivo de cierre, espacio compartido de integración entre celadores, profesionales de salud mental y enfermería, para evaluar la cotidianidad de los usuarios durante el día desde diferentes miradas y lograr a su vez incorporar la voz de actores que eran silenciados (celadores, enfermería).

Se comenzó a trabajar sobre la necesaria reducción de la guardia a 12 horas, como también enriquecer las historias clínicas con la

trayectoria educativa y laboral de usuarios. Se logró la integración de los pacientes que se encontraban en fase aguda, a todas las actividades, y el contacto con sus familias.

Planteamos la imperiosa necesidad de revisión de esquemas psicofarmacológicos de todos los usuarios para velar por el uso racional de psicofármacos cumpliendo con los estándares internacionales. Este fue un tema muy resistido.

4.2. Dispositivo de tratamiento psico comunitario

Esta herramienta transversal se articula con los equipos de Evaluación e Inclusión social, como con otros dispositivos del Programa. Sus funciones se centran en el fortalecimiento de abordajes interdisciplinarios evitando la mirada sesgada y fragmentada de sujetos de atención, desnaturalizando su situación y recuperando su historicidad. Orientado en una clínica proactiva, de contacto sostenido con usuarios y comunicación de sus derechos y situación jurídica, sacándolos del lugar de objetos de prácticas disciplinarias y punitivas. Se propone revertir la lógica instalada de atención por demanda y construir dispositivos inclusivos, grupales, en el marco del modelo de Salud Mental Comunitaria, tal como lo establece la Ley 26.657.

La primera acción de este Dispositivo fue lograr la apertura de lugares de encierro y el encuentro entre los que se encontraban en esa situación, integrando ambas plantas, abriendo celdas, con mayor cantidad de horas en el espacio común. En esta dirección se abrieron desayunos comunitarios diarios, fortaleciendo los lazos vinculares, promoviendo la autonomía de los usuarios en la organización de sus tareas diarias, realizando asambleas de convivencia con la presencia de profesionales, personal penitenciario, usuarios y enfermería, con Registro en Libro de Actas; asimismo, almuerzos comunitarios, con los usuarios de ambas plantas, junto a los profesionales, personal de enfermería y del SPF. Se logró la visita masculina de fines de semana, procurando la re-vinculación de algunos usuarios con sus familiares.

Se mejoró la ración de comida y se incorporó pan en su menú, consiguiendo además la instalación de televisores y codificadores. Se proveyeron más sillas para los pabellones y mejoras edilicias lográndose abrir una ventana en el espacio de arte. Esta mejora en las condiciones también se extendió a los celadores a quienes se les instaló un comedor.

Se sumaron a los abordajes terapéuticos la realización de dispositivos clínicos grupales, uno para adultos y otro para jóvenes, como así también el dispositivo de Mate Debate, para la reflexión conjunta sobre distintas temáticas con los usuarios. Se abrieron dos

consultorios más y también se pusieron en funcionamiento Asambleas Generales con participación de todos los participantes (sistema penitenciario, pacientes, profesionales).

Se proyectó, aunque no tuvimos tiempo de concretarlo, la realización de Asambleas Multifamiliares mixtas, con pacientes, familiares y profesionales, con asistencia de profesionales para el fortalecimiento de los lazos familiares, conformando un equipo para la evaluación de las actuales historias clínicas, de manera que cada una de ellas logre reflejar la historia integral del usuario y el armado de estrategias para su inclusión social.

4.3. Dispositivo de integración socio cultural

Se convocó a todos los equipos de profesionales que llevaban adelante talleres en la materia, pertenecientes al Ministerio de Justicia y DDHH y/o al Servicio Penitenciario, para desarrollar acciones organizados en cuatro modalidades: Educación Formal, Educación Informal, Espacio Recreativo y Formación Laboral.

Esta estrategia se apoya en la necesidad de generar vínculos libres de rótulos con los usuarios, conocer de cerca su realidad, intereses, motivaciones, generando relaciones horizontales donde todas y cada una de las voces adquiriesen la misma importancia.

Se incorpora a los propios usuarios como formadores de oficios de sus propios compañeros, pudiendo ubicarse en lugar de protagonistas, dadores de experiencias, democratizando y socializando sus saberes.

Esta propuesta se suma también al dispositivo del área laboral, articulado con el Ente Cooperativo Penitenciario (ENCOPE) para un mejor aprovechamiento de los recursos que este ofrece, potenciando nuevos espacios de actividad y formación laboral, fortaleciendo la diversidad y adquisición de herramientas.

Se trabajó en Asamblea con todos los actores en un protocolo de funcionamiento para instalar una cultura de trabajo. Los celadores plantearon que, si no trabajaban no les pagaban, por lo tanto, quienes fueran allí tendrían que estar sujetos a las mismas lógicas para valorar su trabajo, sistematizarlo y darle continuidad. A su vez, se planificaron talleres de cocina, música, videos, reciclado, habilidades sociales, peluquería, idiomas, jardinería y computación.

Se integraron algunos usuarios al sistema de trabajo remunerado y otros a actividades laborales como la fajina del pabellón, lavadero y biblioteca.

Se instaló una pileta en el baño para el lavado de ropa, y se proveyeron desde la Dirección de Salud Mental Nacional elementos

de comunicación, materiales para la actividad deportiva, talleres y desayunos de usuarios.

5. Capacitación

Somos conscientes de que una parte importante de todo proceso de cambio requiere de una sostenida capacitación de todos los profesionales que participen, a fin de lograr el desarrollo del pensamiento crítico, la incorporación de conceptos vinculados a los nuevos paradigmas en el área de la Salud Mental, deconstruyendo viejas prácticas, objetivo que implica sumar a todos los actores en juego.

La multiplicidad de trayectorias formativas y el mismo contexto institucional dificultan la implementación de un proceso de transformación como el que se proponía el PRISMA. Esta resistencia se expresa constantemente desde un paradigma hegemónico en el campo de la salud mental, positivista, de abordaje individual, multidisciplinar y fragmentario, donde prima una mirada determinista, de peligrosidad siempre ligada a la situación jurídica y el delito.

Este paradigma se enfrenta necesariamente con la propuesta de abordaje del PRISMA, donde prima la mirada de la vulnerabilidad del usuario, sus trayectorias educativas, laborales y sus potencialidades para la externación e inclusión social, la necesidad de fortalecer lazos y modificar formas de vinculación. De allí que se privilegien los dispositivos grupales, comunitarios, los espacios de reflexión crítica e interpelación, los abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, sumando a su grupo socio afectivo, promoviendo el protagonismo en el convencimiento que el usuario deberá ser un actor clave en su recuperación.

Son justamente estos ejes sobre los que nos proponíamos desarrollar la capacitación, debido a que los profesionales que trabajaban allí con anterioridad a nuestra llegada refieren no estar formados para llevar adelante dichos dispositivos ni comprender su fundamento ideológico ni epistemológico.

Esto nos lleva a la necesidad de organizar varias capacitaciones tendientes a desnaturalizar viejas concepciones y lograr una diferente comprensión de la realidad que condujera a la modificación de prácticas, tanto de los profesionales como todos aquellos que forman parte del sistema penitenciario.

Es así que fueron surgiendo varias propuestas a tal fin, como una capacitación para todos los celadores en operadores socio-terapéuticos, capacitación para los profesionales en el marco de la Ley 26.657, en las concepciones que la sostienen, el enfoque de derechos y la atención primaria como estrategia en salud, ateneos con la

participación de todos los actores intervinientes en el proceso de recuperación / inclusión, dispositivos grupales y comunitarios, espacios de discusión sobre clínica comunitaria. Apertura de un espacio de danza terapia comunitaria, tanto para los profesionales como para los usuarios.

6. Dificultades y obstáculos

Desarrollar y poner en práctica un nuevo paradigma en el abordaje de los problemas de Salud Mental conforme a normativas enmarcadas en los Derechos Humanos dentro del Programa Prisma, generó dificultades y no pocos obstáculos, no solo en relación a la capacitación de los profesionales del área sino también en cuánto se ponía en crisis el modelo vigente en el servicio penitenciario y la necesidad de un profundo cambio.

El Programa Prisma funcionó en instalaciones y dependencias del Complejo Penitenciario Federal de Ezeiza, establecimiento carcelario de máxima seguridad, lo que dificulta enormemente todo abordaje comunitario dado que se da siempre prioridad a los temas de seguridad sobre los de la salud y de por si son instituciones marcadas por una ideología disciplinar y punitiva, chocando fuertemente con las leyes con enfoque de derechos humanos.

Como se ha sostenido en este informe, los sujetos “internos” son considerados “peligrosos” y deberán recibir “castigo” para aprender y reeducarse, por lo que todo acercamiento personal debe atravesar muchos requisitos formales que entorpecen y a veces impiden desarrollar las actividades propuestas por el Programa PRISMA.

Según palabras de un celador: **“No los enderezó la familia, no los enderezó la escuela, llegan aquí como árbol torcido, y nosotros debemos usar métodos para enderezarlos”.**

Los usuarios bajo este Programa no están sujetos al régimen de progresividad lo que lleva a una doble discriminación, tampoco tienen derechos a visitas íntimas. Las visitas de los familiares, que sabemos importantes para la recuperación y reconexión con su mundo socio afectivo, también son foco de violencia institucional, con mucha espera y requisas maltratadoras, lo que impidió que muchos de ellos dejaran de concurrir privando al usuario del encuentro con sus seres queridos.

Al estar el Programa Prisma desarrollándose en una cárcel de máxima seguridad todos los abordajes necesarios para su recuperación e inclusión como el fortalecimiento de su situación de vulnerabilidad, la inclusión, fortalecimiento de lazos, armado de redes, capacitación laboral, desarrollo gradiente de autonomía, responsabilización

de sus actos, modificación de la forma de vinculación, etc., se vieron impedidos por estar bajo la lógica del “preso peligroso que debe ser custodiado”.

7. Para finalizar

No fue tarea fácil implementar los cambios de acuerdo a lo establecido en la Resolución Conjunta 1075/2011 y 1128/2011 del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y Ministerio de Salud de la Nación (Programa Prisma). A pesar de ser conscientes de que mientras los sujetos estén bajo el régimen carcelario, que prioriza la seguridad sobre la salud y la necesidad de lograr un profundo cambio en las concepciones que mantienen de pie a estas instituciones, teniendo en cuenta el POQUISIMO tiempo de desarrollo del Programa Prisma, ya que fueron escasos meses, se comprobó el gran avance logrado en la restitución de derechos, y sobre todo, el haber podido demostrar que no todo está perdido, que se pueden lograr cambios aunque sea desde la dimensión singular, que produzcan como efecto mariposa transformaciones más profundas.

Hemos puesto en evidencia la necesidad de evaluar las condiciones generadoras de la vulnerabilidad y los responsables de esta situación como también la necesidad de una imperiosa presencia del Estado y de una fuerte decisión política para revertir esta situación.

Como sociedad debemos tomar este compromiso, que nos exige implicarnos en conjunto saliendo del lugar de “colaboradores expectantes y pasivos”, para lograr concretar estrategias que promuevan construcciones colectivas sumadas a esta transformación, teniendo presente la gran deuda social que no debemos dejar a la intemperie.

Y para finalizar recordaremos a Basaglia, psiquiatra italiano que impulsó en Trieste la reforma en salud mental cerrando los manicomios, quién en una oportunidad expresó: “Podrán volver a abrir el día de mañana los manicomios, pero de algo estoy seguro, es que nosotros demostramos que se puede vivir sin ellos”.

De alguna manera fue lo que expresaron los destinatarios del programa cuando el Ministerio de Salud se retiró del dispositivo de tratamiento que se llevaba a cabo en el complejo penitenciario: **“Podríamos reconocerlos, aunque no lleven puesto el guardapolvo blanco como sí lo llevan los de justicia, ustedes. son diferentes y aunque estuvieron poco tiempo con nosotros nos mostraron que hay otra manera de hacer las cosas”.**

8. Últimas reflexiones

La aplicación de la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, se enfrenta con los fundamentos epistemológicos que impregnan nuestras ciencias, nuestra formación y todo nuestro quehacer profesional. Esta tensión entre una ley del siglo XXI, sustentada en conceptos de un nuevo paradigma cuya complejidad tropieza con la formación de profesionales que responde a concepciones del siglo XVI, dificultando la plena comprensión de los principales postulados de la misma.

Sin ir más lejos, nos detendremos en su Capítulo II, art. 3º, donde se reconoce a la salud mental como un proceso multi causado (componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos, psicológicos), centrado en un fuerte enfoque en los derechos humanos.

Por lo tanto, partimos de un sujeto de derecho, abandonando las concepciones ahistóricas, reduccionistas, positivistas, incorporando los determinantes sociales como causa del malestar de nuestra comunidad.

Esta realidad, que es leída epifenoménicamente, pasa a ser entendida desde las condiciones que la generan, lo que nos convoca a aplicar esta mirada a quienes estaban privados de salud y libertad, entendiendo que su situación era el efecto de un sistema que al haberlos privado de sus derechos los condujo a la situación donde hoy se encuentran.

Sabemos que a lo largo de la historia todos los movimientos instituyentes fueron muy molestos para el orden establecido, ocasionaron mucho ruido y despertaron el sistema inmune social al mismo tiempo que fueron liberadores, develaron aquello impensado, invisibilizado por los poderes hegemónicos, generando las condiciones que posibilitaron luego los cambios necesarios. Quedará entonces esta experiencia como antecedente a ser retomado, para producir la transformación que necesita nuestro sistema carcelario.