



Universidad de la República
Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

*Políticas de Salud Mental en situación de privación de libertad:
una mirada desde la bioética y los derechos humanos*

Autora: Br. Ma. Noelia Pérez Perdomo

C.I.: 4292494

Tutora: Prof. Adj. Mag. María Ana Folle

Montevideo, Febrero 2015

Índice:

| | |
|---|-----------|
| Resumen..... | 3 |
| Fundamentación..... | 3 |
| Antecedentes..... | 5 |
| Marco Teórico..... | 7 |
| 1) <i>Bases Filosóficas para pensar la concepción de Salud.....</i> | 8 |
| 2) <i>Principios bioéticos y su articulación con los principios del SNIS.....</i> | 10 |
| 3) <i>El encierro y sus características.....</i> | 11 |
| Problema y preguntas de investigación..... | 13 |
| Objetivos..... | 13 |
| Diseño metodológico..... | 14 |
| Consideraciones éticas..... | 16 |
| Cronograma de ejecución..... | 16 |
| Resultados esperados..... | 17 |
| Referencias Bibliográficas..... | 19 |

Resumen

El presente trabajo es un ante-proyecto de investigación que se enmarca como Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. Teniendo en cuenta que el acceso a la salud es un derecho de todos los habitantes de nuestro país, y no se pierde aunque se esté en situación de privación de libertad, el proyecto se propone profundizar sobre las Políticas de Salud Mental que se implementan en el contexto de encierro, particularmente en la Unidad 6 “Punta de Rieles”.

Tiene como propósito investigar, desde una perspectiva bioética y de derechos humanos, la competencia de las Políticas de Salud Mental que se desarrollan en la Unidad 6 “Punta de Rieles”, en relación a los principios que postula el Sistema Nacional Integrado de Salud. Para abordar esta temática, se proponen tres objetivos específicos: analizar el concepto de Salud Mental que sustenta la creación de Políticas Públicas de Salud Mental; analizar las Políticas de Salud Mental en la Unidad 6 “Punta de Rieles” en relación al cumplimiento de los derechos de las personas privadas de libertad; determinar las praxis en función de los niveles de atención en salud planteados en el SNIS.

El diseño metodológico es de tipo cualitativo, prospectivo y descriptivo, y se utilizará como herramientas la observación participante, entrevistas en profundidad semi-dirigidas y análisis de documentos.

La presente investigación pretende contribuir a esclarecer la situación de los derechos de las personas privadas de libertad en relación al acceso, participación y gestión de su salud mental. Además se propone aportar visibilidad a la temática de salud mental de personas privadas de libertad, generando nuevos insumos como material de producción para el ámbito académico.

Palabras claves: Políticas de Salud Mental -Sistema Nacional Integrado de Salud - Privación de Libertad

Fundamentación

El presente ante-proyecto de investigación se enmarca como Trabajo Final de Grado para la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. Ha sido motivado a partir de mi experiencia como pasante, en el año 2013, en la Unidad 6 “Punta de Rieles”, donde se realizó un proyecto de extensión que en líneas generales apuntó a la promoción de salud mental a través de diferentes recursos: promoción del

pensamiento crítico reflexivo, empoderamiento, autonomía y autogestión, con un grupo de internos de la unidad.

A partir de esa experiencia tuve la posibilidad de presenciar y participar, directa o indirectamente, de los cambios que se estaban gestando en nuestro país, de dos instituciones que confluyen en un espacio habitado por individuos en situación de privación de libertad.

La Unidad 6 “Punta de Rieles” forma parte actualmente del proceso de Reforma Carcelaria impulsado por la Ley Presupuestal N° 18.719 (Uruguay, Poder Legislativo, 2010) que suprimió la Dirección Nacional de Cárceles y unificó al sistema penitenciario, a través de la creación del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR). El citado Instituto, que apunta a contener todas las unidades penitenciarias del país, opera bajo tres ejes de actuación definidos: *seguridad, tratamiento y gestión*.

“Punta de Rieles”, bajo la nueva dirección del INR, se presenta entonces como un nuevo modelo de cárcel, incorporando personal civil en diferentes áreas antes ocupadas por miembros de la policía, tales como la dirección de la institución, el surgimiento de operadores penitenciarios, de equipos técnicos, etc.

Uno de los puntos a destacar en relación al cambio de paradigma que plantea el INR es en relación a los Servicios de Salud Carcelaria. A través del Servicio de Asistencia en Salud del Estado (MSP) se ha dotado a las enfermerías con elementos básicos para la atención primaria en salud y se ha reforzado la asignación de recursos humanos de naturaleza técnica para ser afectados al *tratamiento* de los privados de libertad. Además propone clasificar a todas las personas privadas de libertad e individualizar y proporcionar un Tratamiento Integral (salud general, salud mental, educación, trabajo, deporte, cultura y recreación).

En cuanto al ámbito de la salud, a partir de la Ley N°18.211 (Uruguay, Poder Legislativo, 2008) de la Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se cambia de paradigma y se comienza a ejecutar lo que se conoce como Atención Primaria en Salud (APS). La APS es una estrategia que surge a partir de la Declaración de Alma Ata (1978), que tiene como cometido la mejor calidad en salud bajo los principios de equidad, igualdad social, responsabilidad pública, participación social y universalidad de acceso. A su vez, esta estrategia se divide en tres Niveles de Atención, destacando el Primer Nivel que proporciona la posibilidad de promover la salud y prevenir las enfermedades en contacto directo con la comunidad.

Los cambios mencionados anteriormente repercuten en los sujetos privados de libertad que viven en las instalaciones de la Unidad 6 y que acceden al Sistema de Salud a través de Políticas Públicas. Tanto en la Declaración de Alma Ata (1978), como en la Ley N° 18.211 (2008), se entiende a la salud como un derecho humano

fundamental por cuyo efectivo ejercicio el Estado debe responsabilizarse, creando condiciones para que todos los individuos residentes en el país tengan acceso a servicios integrales de salud. La población accede a las prestaciones de salud a través de Políticas Públicas, que de alguna manera regulan y organizan al personal, a los recursos y marcan los objetivos a los que apuntarán.

En consecuencia, y reconociendo el corto plazo en que se vienen ejecutando los cambios paradigmáticos anteriormente mencionados (Reforma Carcelaria -2010-, Reforma SNIS -2008-), es que se propone investigar acerca de la competencia de las Políticas Públicas de Salud Mental en relación a los principios que plantea el SNIS, en la situación particular de las personas privadas de libertad que habitan la Unidad 6 "Punta de Rieles". Desde una perspectiva bioética y partiendo del principio de equidad, se analizará si los principios que determinan las prácticas en el área de Salud Mental de la Unidad 6 dan cuenta de los principios promovidos por la reforma del SNIS.

Antecedentes:

Como primer antecedente sobre estudios desde la perspectiva social de las políticas de salud mental, Guedes (2012) hace un abordaje desde un análisis histórico de dos temas fundamentales: 1) la concepción de salud desde el binomio salud-enfermedad mental, 2) Políticas de Salud Mental en Uruguay

En relación al primer tema, Guedes citando a Emiliano Galende (1990) expresa que los problemas comprendidos en el campo de la salud mental pertenecen a la producción y circulación de valores en las relaciones humanas. Continuando con esa línea se adhiere Amico (2005) que afirma que "la concepción de salud como de enfermedad mental son construcciones sociales que varían históricamente. Ambos conceptos son difíciles de definir ya que su contenido involucra un carácter valorativo, por su condición de ser representaciones sociales."(Guedes, 2012, p.7)

Además resalta el advenimiento del capitalismo como principal causa de la visión normal/anormal, relacionada con el orden social de valores impuestos por los burgueses. Es de esta manera que el enfermo deja de estar relacionado a lo demoníaco y peligroso (característica de sociedades clásicas) y pasa a ser un "disturbio social". Al igual que el criminal, el loco debe ser encerrado y aislado para no romper con el orden social y la productividad, con la justificación de recibir tratamiento. El manicomio, será entonces, el lugar donde se ejerce la autoridad médica-burguesa para el "disciplinamiento de los locos".

En Uruguay se hizo eco de lo que sucedía en Europa, y llevó adelante políticas de asilo a enfermos mentales y a las consideradas patologías sociales (relacionadas a

condiciones de vulnerabilidad social, marginación, situación de extrema pobreza). El modelo asilar fue el ofrecido por el estado uruguayo como única alternativa durante más de un siglo, para luego ser cuestionado por corrientes antipsiquiátricas europeas en la década de los 60', que generaron cambios en la estructura asilar en nuestro país posterior a la apertura democrática. Imbuido por este movimiento surge el primer Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) en el año 1986, el cual promulgó una tendencia a la prevención en salud en el primer nivel de atención, y además estimuló a que los enfermos mentales pudiesen recibir atención en hospitales generales con la intervención de equipos interdisciplinarios para su mejora.

Siguiendo con la temática de Políticas Públicas en Salud Mental, Bentancour (2013) aborda tres grandes líneas de análisis: Políticas Públicas de Salud Mental (sistema de protección social, SNIS y PNSM), Salud- enfermedad y Rehabilitación. Su enfoque, al igual que en el trabajo anterior, es sobre centros manicomiales, y aunque el escenario no sea el mismo que el del presente proyecto presenta una mirada compleja y cuestionadora de las Políticas Públicas en el Uruguay. Bentancour propone tres líneas de análisis a partir de entrevistas realizadas a tres integrantes del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (CNRP). Las líneas fueron: Concepto de rehabilitación del CNRP; Rehabilitación: Importancia de la sociedad; Actividades del centro en relación al concepto de rehabilitación

Si bien la complejidad del concepto de rehabilitación queda plasmada en el discurso de las tres entrevistadas, existe un lazo en común que tiene que ver con las estrategias que plantea el centro. El CNRP les da a los usuarios un espacio de diálogo y escucha, de interacción consigo mismo y con los demás usuarios, lo que abre un abanico de relaciones de suma importancia en torno al "criterio de realidad" y la participación. Fomentar la participación y la ciudadanía de personas que padecen enfermedades mentales a través de espacios de intercambio de adentro (institución, usuarios, familia) con el afuera (sociedad, políticas públicas de inserción) es aún uno de los deberes de nuestro sistema de salud.

Como tercer antecedente a nivel regional en relación a Políticas de Salud Mental en situación de privación de libertad se encuentra el "Plan estratégico de salud en cárceles federales de Argentina"¹ de la Doctora en Derecho Penal Daniela Arcuri (2010). En dicho artículo Arcuri explora los cambios en materia de salud que fueron desarrollados por la División de Asistencia Médica del Servicio Penitenciario Federal (SPF). El objetivo principal de dichos cambios era mejorar la atención primaria de la salud, generando así que las políticas de salud fueran aplicadas con criterios

1 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202010000200003&lang=es

heterogéneos respecto de los establecidos por el Ministerio de Salud de la Nación.

Dichos cambios están ligados a un proceso de reforma en materia penitenciaria, que representa una modificación en la dirección que el Estado Argentino tomó para garantizar el efectivo cumplimiento de los derechos humanos de las personas privadas de su libertad.

Si bien existe un cambio radical en relación al trabajo interdisciplinario, (creándose más cargos para diferentes especialidades, crece el número de médicos por paciente, lo cual hablaría de un mayor interés por la salud de los privados de libertad), la mirada en temas de salud mental queda relegada a políticas de prevención de suicidio, programas relacionados con las adicciones, y en el caso de las mujeres con hijos se realizan talleres para reforzar el vínculo madre-hijo. Además en algunos centros se realizan talleres de capacitación sobre detección de síntomas a los operadores penitenciarios, ya que al ser ellos quienes están en constante trato con los privados de libertad pueden ayudar en términos de prevención.

Desde una perspectiva más alejada de la situación regional, encontramos una experiencia realizada en el contexto penitenciario español. El artículo “Diseño participativo de una Guía para la Promoción de la Salud Mental en el medio penitenciario”² describe los contenidos y el proceso participativo de construcción de una guía para promover la salud mental en el medio penitenciario a través de actividades grupales. Se logra la elaboración de esa guía con participación de actores implicados y teniendo en cuenta la opinión de la población penitenciaria. Contiene seis módulos y diecinueve sesiones sobre: “salud y motivación”; “autoestima”; “salud y emociones”; “más activos (recursos) para ganar salud”: relajación, pensar en positivo, mantener la calma, comunicación y resolver problemas; “avanzar es posible”: “resiliencia” y “ser protagonista de mi cambio”.

Dentro de los aspectos más destacables de esta guía es la propuesta de abordar de manera integral la promoción de salud mental en población adulta y en una situación especial, la privación de libertad.

Marco teórico

El proyecto se abordará a partir de tres instancias de trabajo, que estarán pensadas desde lo general a lo particular. En una primera etapa se pensará la problemática de la concepción de salud, con un enfoque desde la complejidad, la Antropología de la Salud y la Epistemología de las Ciencias de la Salud. Luego se propone abordar la cuestión de las prácticas de salud desde el enfoque de la Bioética y su encuentro con los principios del SNIS. En la última etapa se propone pensar estas

2 Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/332/754>

cuestiones (concepción de salud y prácticas de salud) en el escenario de la privación de libertad, a partir de dos visiones clásicas del encierro.

Primera etapa: bases filosóficas para pensar la concepción de Salud

Edgar Morin, padre de una de las corrientes filosóficas del pensamiento contemporáneo, propone en su libro "Introducción al pensamiento complejo" (1990) un nuevo paradigma para pensar a la Ciencia en la actualidad. Relativizando el alcance de la construcción del conocimiento basado en el método positivista inspirado en el paradigma reduccionista cartesiano propone un enfoque desde la complejidad, con una mirada multidimensional a partir de principios básicos. Dichos principios tienen una mirada hermenéutica y, en contraposición con el paradigma tradicional de la disyunción, el pensamiento complejo une, reúne, relaciona y aborda los procesos en su constante dinamismo y cambio.

En el artículo "Siete saberes necesarios para la educación del futuro" (UNESCO, 1999), hay un capítulo relacionado a enseñar la condición humana, entendida como la posibilidad de indagar la situación del humano en el mundo, situándolo en el universo en vez de separarlo de él, contextualizándolo y concibiéndolo como una unidad compleja. Promueve la enseñanza del bucle *individuo-sociedad-especie*. Para Morin, los individuos son el producto del proceso reproductor de la especie humana, pero este mismo proceso debe ser producido por los individuos. Las interacciones entre individuos producen la sociedad y ésta, que certifica el surgimiento de la cultura, tiene un efecto retroactivo sobre los individuos por la misma cultura. La complejidad humana no se comprendería separada de estos elementos que la constituyen: "todo desarrollo verdaderamente humano significa desarrollo conjunto de sus autonomías individuales, de las participaciones comunitarias y del sentido de pertenencia con la especie humana" (Morin, 1999, p.27)

Didier Fassin (2004) propone un nuevo enfoque complejo sobre temas del proceso salud-enfermedad. Define al "biopoder" (Foucault) como una manera política y tecnológica de gobernar la vida de una sociedad. Citando a Paul Rainbow plantea que los acelerados avances en las tecnologías médicas han llevado a que el cuerpo por un lado, y la población por el otro, sean rearticulados en una racionalidad posdisciplinaria.

A partir de la idea de *gouvernementalité* definida como "el encuentro entre las técnicas de dominación ejercidas sobre los otros y las técnicas de cada uno" (Foucault), Fassin afirma que cuando obra en el cuerpo la "gobierno-mentalidad", la misma se expresa tanto en las tecnologías médicas como en las políticas. La salud no constituye un problema ideológico, sino que integra una lógica social más amplia. Por un lado, el desarrollo de las nuevas tecnologías médicas y, por otro, la puesta en

práctica de políticas estatales sobre seguridad social, condicionan el acceso a los servicios de salud, reflejando las relaciones de poder que pesan en el gobierno de la vida y la enfermedad.

Es así que, agrupando dichas trivialidades, Fassin propone el siguiente concepto de salud: "Relación del ser físico y psíquico, por un lado, y del mundo social y político por otro." (Fassin, 2004)

A su vez plantea tres principios para una Antropología de la Salud:

- i) Lo viviente humano, tal como lo aprehendemos, resulta de un juego entre naturaleza y cultura
- ii) La salud es una producción social, pues la sociedad define lo que posee salud, o más bien da una expresión sanitaria a ciertas realidades en lugar de a otras
- iii) El trabajo de objetivación contribuye a esta producción y entonces se vuelve inseparable de una operación de subjetivación

El estudio de los fenómenos de salud debe evitar tanto la traba del *positivismo*, que supondría que la salud preexiste y que el trabajo del conocimiento, ya sea médico o biológico, no tiene otro objetivo que reconocer lo que ya es; y el peligro del *relativismo*, que reduciría a la salud a un simple efecto de convención entre agentes que convienen decir lo que resulta de ella, independientemente de toda realidad material.

Juan Samaja (2004) nos introduce en el campo de la Epistemología de las Ciencias de la Salud. Para eso define lo que serían las *prácticas de salud* y las *ciencias de la salud*. Las primeras serían las prácticas destinadas a la preservación de la salud de los seres sanos y la curación y recuperación de los seres enfermos; mientras que las ciencias serían el conjunto de los sistemas de saberes teóricos y prácticos que han ido siendo adoptados en la historia para la curación de los seres enfermos o para preservar la salud de los sanos.

Plantea las nociones nucleares de las ciencias de la salud a partir de cuatro conceptos: i) Salud (normalidad), ii) Enfermedad (patología), iii) Curación (terapéutica), iv) Preservación (prevención). Todas suponen la salud como un *Bien*, a la enfermedad como negación del estado deseable, a la curación como movilizaciones tendientes a negar enfermedad y recuperar la salud, y por último la importancia de que la pérdida de la salud deba ser prevenida.

Sostiene que es posible un debate científico en torno al resultado de un experimento en particular sobre determinado proceso natural. Pero esa "cientificidad" se enrarece o se esfuma cuando se trata de determinar el *sentido* de esos fenómenos

como patologías, y las orientaciones de la curación. En ese nuevo contexto (en el que *lo que es*, pasa a ser evaluado conforme a *lo que debe ser*) termina el clima científico y se instala el clima filosófico, religioso o incluso, estético.

La capacidad de representar y comunicar lingüísticamente las diferencias entre lo normal y lo patológico; lo correcto y lo incorrecto, y finalmente, entre el bien y el mal, es lo que constituye la condición fundante de la cultura. Ahí es donde guarda un gran desafío para quien se proponga hacer una Epistemología de la Salud, ya que se debatirá con la complejidad de la reflexión epistemológica sobre los conceptos nucleares de las Ciencias de la Salud:

“Está en juego la atribución o no, a la Razón y a la Ciencia, de la capacidad de distinguir en el objeto entre lo correcto y lo incorrecto; entre lo normal y lo patológico; entre lo sano y lo enfermo... con todo lo que ello significa para la posibilidad de una sociedad equitativa, democrática, pacífica y sana” (Samaja, 2009, p.42)

Segunda etapa: Principios bioéticos y su articulación con los Principios del SNIS

La dignidad humana es un concepto controversial que ha generado muchos debates a lo largo de la historia. Como tal, es un objetivo a alcanzar desde la Declaración los Derechos Humanos hasta la Constitución de nuestro país. Desde una concepción kantiana la dignidad es concebida como un valor intrínseco de la persona moral, ya que en cuanto ser dotado de razón y voluntad libre, el ser humano es un fin en sí mismo que a su vez puede proponerse fines. En consecuencia, la Autonomía moral es el concepto central con que Kant caracteriza al ser humano y constituye el fundamento de la dignidad humana.

En base a esta concepción de dignidad es que nacen los Principios de la Bioética, una disciplina que sirve como puente entre dos culturas: la científica, en torno a la vida y al medio ambiente, y la humanista centrada en la ética.

Principios de la Bioética:

- 1) Respeto por la Autonomía: se refiere a respetar, tanto en acciones como en actitudes, la capacidad y el derecho que poseen las personas para decidir entre las opciones que a su juicio son las mejores, entre las diferentes posibilidades de las que les haya informado, conforme a sus valores, creencias y planes de vida.
- 2) Beneficencia: este principio considera la necesidad de evaluar las ventajas y las desventajas, los riesgos y los beneficios de los tratamientos propuestos, o de los procedimientos de investigación con el objetivo de maximizar los beneficios y disminuir los riesgos. Implica el deber inquebrantable de llevar a

cabo acciones específicas encaminadas a procurar el bienestar de las personas, defender sus derechos, entre otras.

- 3) No maleficencia: no se debe infligir daño o hacer mal. Obliga a evitar el daño físico o emocional y el perjuicio en la aplicación de procedimientos o de intervenciones.
- 4) Justicia: por medio de este principio se pretende que la distribución de los beneficios, riesgos y costos de la atención sanitaria o en la investigación, se realicen de forma justa y equitativa.

Si bien la Bioética es una disciplina que abarca muchos aspectos en relación con la vida tanto humana, animal como vegetal, se plantea que estos principios son excepcionalmente más amplios que sus cortas definiciones. Retomando lo expuesto en el apartado anterior, Samaja expresa que en definitiva es la cultura la encargada de catalogar las diferencias entre el bien y el mal, lo normal de lo patológico, entre otras dicotomías. Por lo tanto cada punto de estos principios puede ser cuestionado desde las diferentes subjetividades de una cultura.

Sin embargo en nuestro país la ley 18.211 (Uruguay, Poder Legislativo, 2008) tiene en cuenta estos principios en la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, y en uno de ellos manifiesta lo siguiente:

“f) La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.” (Ley 18.211, Cap.1, Art.3, p.1)

Estos principios permitirán tener una base fundamentada para pensar si las políticas de salud mental que se implementa en situación de privación de libertad responden o no a los derechos que tienen los sujetos en el marco del sistema de salud de nuestro país.

Tercera etapa: El encierro y sus características

A lo largo de la historia ha habido diferentes maneras de castigar a quienes incumplan con las leyes establecidas en una sociedad. El Uruguay, como tantos países de nuestra región, ha heredado modelos provenientes de nuestros colonizadores, generando efectos característicos en nuestra cultura. No compete aquí profundizar en dichos efectos, pero sí saber que en la medida que se desarrolle la investigación se hará un relevamiento bibliográfico que nos permita tener una visión más abarcativa de la situación en Uruguay.

En esta etapa se utilizarán dos perspectivas clásicas acerca de las características de las instituciones de encierro, en particular de la cárcel. Michel Foucault (1975) hace un recorrido sobre el castigo y su correlato en la sociedad.

Desde el suplicio de la Edad Media hasta las sociedades disciplinarias contemporáneas, han quedado manifiestos como una huella imborrable los cambios de los Dispositivos de Poder. Agamben (2007) retoma una definición que da Foucault sobre lo que es un dispositivo:

“Un conjunto resueltamente heterogéneo que incluye discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones científicas, morales, filantrópicas, brevemente, lo dicho y también lo no dicho, éstos son los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que se establece entre los elementos” (Foucault en Dits et écrits, 3, 299) (G. Agamben, 2007, p.1).

Este concepto reconoce de qué manera la noción de dispositivo queda en las relaciones entre los elementos que componen una sociedad, que determinan las dinámicas propias de la misma. Como consecuencia de esa transformación de los dispositivos es que surge la *prisión* como modalidad de castigo.

La prisión, junto con los hospitales, cuarteles y escuelas, surge como una nueva forma de control sobre el sujeto, apuntando no tanto al castigo físico sino a la redención del alma. A través del disciplinamiento, como dispositivo de poder, se pueden formar cuerpos y almas útiles para una sociedad industrial, donde a través de una rutina marcada de trabajo, descanso, y vigilia el sujeto no tenga tiempo para pensar en “*corromperse*” sino en “*rehabilitarse*”.

Las prisiones no solo se limitan a la privación de libertad. No son sólo instrumentos represivos, sino que deben ser herramientas que contengan todo tipo de disciplina (reflexión, trabajo, educación, etc.) que sea acorde para el fin: transformación de los criminales a individuos correctos que no reincidan. Esta institución carcelaria trae varios efectos, y los principales son: por un lado el reclutamiento de criminales, que en contrapartida con el fin de transformación para la no reincidencia muchas veces genera lo contrario. En segundo lugar, las instituciones penitenciarias vuelven natural y legítimo el poder de sancionar. Tienen reglamentos que reproducen leyes, sanciones que imitan veredictos y penas. Por último el sistema carcelario es el instrumento de castigo que va más acorde con la nueva economía de poder. El panóptico pasa a ser la herramienta más aplicable, simple y necesaria que sirve para llevar adelante la actividad de examen y control del comportamiento humano.

Otra perspectiva es la planteada por Goffman (2001), quien considera a las prisiones como Instituciones Totales, ya que absorben de sus miembros parte del tiempo y del interés y les proporcionan un mundo propio. La prisión estaría clasificada

dentro del grupo de las instituciones organizadas para “proteger a la sociedad de quienes constituyen intencionalmente un peligro para ellas, no se propone como finalidad inmediata el bien de los reclusos” (Goffman 2001, p18)

El hecho clave de las instituciones totales es que se manejan muchas necesidades humanas mediante la organización burocrática de conglomerados humanos, indivisibles. Existe una escisión de base entre un gran grupo manejado, coherentemente llamados “internos”, con el exterior, con la vida en el afuera. A diferencia del personal, que sólo cumple una jornada laboral y lleva una vida personal aparte de la institución, el interno se ve privado de la capacidad de construir un mundo interno o social por fuera de las paredes y trabas institucionales.

Una característica del “mundo interno” es que se podría llegar a generar un proceso de “desculturización” en casos de una estadía prolongada. Puede ocurrir un desentrenamiento que incapacite al sujeto temporalmente para encarar ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior. Para Goffman, las Instituciones Totales pueden agredir de manera elemental y directa al yo del sujeto, y afirma que existen varias formas de desfiguración y contaminación a través de las cuales, el significado simbólico de los hechos que ocurren en la presencia inmediata del interno refuta dramáticamente su autoconcepción del yo.

Problema y preguntas de investigación:

Teniendo en cuenta que las personas privadas de libertad no pierden el derecho del acceso a la salud por su condición legal y además considerando que una de las principales vías que tienen las personas para acceder a los servicios de salud es a través de la ejecución de las Políticas Públicas, es que surgen las siguientes interrogantes:

- ¿Las Políticas de Salud Mental que se implementan en la Unidad 6 “Punta de Rieles”, contienen/sostienen los derechos de las personas privadas de libertad?
- Dichas políticas, ¿responden a los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud?

Objetivos:

Objetivo General:

- Determinar la competencia de las Políticas de Salud Mental que se implementan en la Unidad 6 “Punta de Rieles”, en relación a los principios del Sistema Nacional Integrado de Salud, desde una perspectiva bioética y de derechos de los sujetos privados de libertad.

Objetivos Específicos:

- Analizar el concepto de Salud Mental que sustenta la creación de Políticas Públicas de Salud Mental.
- Analizar las Políticas de Salud Mental en la Unidad 6 “Punta de Rieles” en relación al cumplimiento de los derechos de las personas privadas de libertad.
- Determinar la praxis en función de los Niveles de Atención en Salud planteados en el SNIS.

Diseño metodológico:

Se propone una estrategia metodológica de tipo cualitativo, que se refiere a la “*investigación que produce datos descriptivos, las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable*” (Taylor y Bogan, 1986, p.20). La elección de dicha estrategia procura comprender, desde una perspectiva holística, si los derechos de las personas privadas de libertad son comprendidos en la elaboración y las prácticas de las Políticas de Salud Mental que se ejecutan en la Unidad 6 “Punta de Rieles”.

En consecuencia, se pensará desde una perspectiva *Interaccionista Simbólica*, entendiendo que la misma atribuye una importancia primordial a los *significados sociales* que las personas asignan al mundo que los rodea.

Método, técnicas y participantes:

| Objetivos Específicos | Técnicas | Participantes | Criterio de selección |
|--|---|---|--|
| Analizar el concepto de Salud Mental que sustenta la creación de políticas públicas de salud mental | Análisis documental: Documentación legal que determine el concepto de Salud Mental | | |
| Analizar las Políticas de Salud Mental en la Unidad 6 "Punta de Rieles" en relación al cumplimiento de los derechos de las personas Privadas de Libertad | Análisis documental: Documentación legal que disponga la creación de las Políticas de Salud Mental. Documentación acerca de los derechos de las personas privadas de libertad. | | |
| | Entrevistas en profundidad semidirigidas | Profesionales relacionados a la Salud Mental que ejerzan en la Unidad 6 Internos de la Unidad 6 que participen en las Políticas Públicas | Sujetos que estén involucrados en las Políticas de Salud Mental de la Unidad 6 |
| | Observación participante: en el ámbito donde se ejecutan las Políticas de Salud Mental en la Unidad 6 | | |
| Determinar las praxis en función a los Niveles de Atención en Salud planteados en el Sistema Nacional Integrado de Salud | Análisis Documental: Documentación sobre Niveles de Atención en Salud en el SNIS. | | |
| | Entrevistas en profundidad semidirigidas | Profesionales de Salud Mental que ejerzan en la Unidad 6 Internos de la Unidad 6 | Sujetos que estén involucrados en las Políticas de Salud Mental en la Unidad 6 |
| | Observación participante: en el ámbito donde se ejecutan las Políticas de Salud Mental en la Unidad 6 | | |

Técnicas de recolección de información:

Observación participante:

Según Valles (1999) se suele entender por técnicas de "observación" a los procedimientos en los que el investigador presencia en directo el fenómeno que estudia. En este caso permitirá al investigador vivenciar la manera en que se ponen en práctica las Políticas y las particularidades que surjan en la cotidianidad del encuentro, teniendo en cuenta que la presencia de un observador modifica la pureza del acto. Además, según Taylor y Bogdan (1986) la OP es la investigación que involucra la *interacción social* entre el investigador y los informantes en el escenario de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo.

Entrevistas en profundidad semidirigidas:

En palabras de Ruiz (2009) la entrevista en profundidad "no es otra cosa que una técnica de obtener información, mediante una conversación profesional con una o varias personas para un estudio analítico de investigación o para contribuir a los

diagnósticos o tratamientos sociales" (Ruiz, 2009, p. 165). A lo cual se le suma, según Taylor y Bogdan (1986), que los encuentros están dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan sus propias palabras. En este contexto las entrevistas se realizarán de manera individual, utilizando un grabador de audio digital para registrar las mismas, para luego ser desgrabadas literalmente.

i) Muestra:

Se seleccionarán dos grupos para ser entrevistados como se aclara en el cuadro anterior. Por un lado el equipo de profesionales que ejercen las Políticas de Salud Mental en la Unidad 6, un mínimo de cinco participantes y un máximo de diez. El criterio de inclusión es que tengan un mínimo de antigüedad de seis meses trabajando con los internos de la Unidad.

El segundo grupo estará conformado por las personas privadas de libertad que vivan en la Unidad 6 y hagan uso de las Políticas de Salud Mental de las que dispone el centro. Se propone que sean entre 8 y 10 participantes que por su voluntad quieran participar de la investigación.

Análisis de documentos

Esta etapa se considera fundamental en el desarrollo de la investigación. Valles (1999) plantea que la pretensión principal no es de exhaustividad, ni de sistematización, sino de ilustración. Se utiliza para ganar la atención del lector y, de paso, compartir un universo de referencia que facilitará la reflexión teórica posterior.

Se utilizarán documentos relacionados con cada objetivo específico, como se muestra en el cuadro superior. Entre ellos se encuentra la documentación legal (leyes, reglamentos, programas) y también artículos de periódicos que contextualicen la información.

Consideraciones éticas:

Una vez confirmada la autorización por parte de la directiva de la Unidad 6 y del equipo técnico de salud mental del centro para acceder a la población a ser entrevistada, se procederá a informar a los participantes seleccionados acerca de los objetivos del proyecto de investigación. En coordinación con el centro se seleccionará a los participantes, quienes serán entrevistados por el investigador y tendrán como criterio de inclusión su acceso y contacto con las Políticas de Salud Mental. Su participación será de forma voluntaria y consentida, y para que quede registro que ampare la confidencialidad y protección de la identidad de los participantes se procederá a firmar el consentimiento informado. La autorización permitirá que su

discurso sea grabado, desgrabado sin identificación personal y la información recabada será utilizada con fines académicos de investigación.

Teniendo en cuenta las características de la población privada de libertad se aclarará a los participantes que el estudio no afectará en las decisiones sobre su proceso judicial.

Considerando los criterios establecidos en el Decreto CM 515 del Poder Ejecutivo 4/08/2008 de Investigación con Seres Humanos se dará cuenta de los criterios señalados en el Capítulo V “Protocolo de investigación” y en el Capítulo II “Aspectos éticos de la investigación que involucra seres humanos” al momento de ser realizada la presente investigación.

Cronograma de ejecución:

| Meses/ Actividades | Primer mes | Segundo mes | Tercer mes | Cuarto mes | Quinto mes | Sexto mes | Séptimo mes | Octavo mes | Noveno mes | Décimo mes | Décimo primer mes | Décimo segundo mes |
|-------------------------------------|---------------|----------------|---------------|---------------|---------------|--------------|----------------|---------------|---------------|---------------|-------------------------|--------------------------|
| Revisión bibliográfica y documental | | | | | | | | | | | | |
| Coordinación con el centro | | | | | | | | | | | | |
| Contacto con participantes | | | | | | | | | | | | |
| Observaciones participativas | | | | | | | | | | | | |
| Diseño guión de entrevistas | | | | | | | | | | | | |
| Realización de entrevistas | | | | | | | | | | | | |
| Procesamiento de datos | | | | | | | | | | | | |
| Análisis de datos | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de informe | | | | | | | | | | | | |
| Actividad de difusión | | | | | | | | | | | | |

Resultados esperados:

La presente investigación pretende contribuir a esclarecer la situación de los derechos de las personas privadas de libertad en relación al acceso, participación y gestión de su salud mental. Además se propone aportar visibilidad a la temática de

salud mental de personas privadas de libertad, generando nuevos insumos como material de producción para el ámbito académico.

Se espera que lo expuesto permita conceptualizar sobre las distintas dimensiones que tiene el abordaje de las Políticas de Salud Mental en el sistema carcelario, desde perspectivas académicas y profesionales, como vivenciales de quienes habitan, participan y utilizan dichas políticas.

Referencias Bibliográficas:

- Agamben, G. (2007). *¿Qué es un dispositivo?*. Recuperado de: <http://www.revistasociologica.com.mx/pdf/7310.pdf>
- Arcuri, D.(2010) *Plan estratégico de salud en cárceles federales de Argentina*. Recuperado de:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202010000200003&lang=es
- Bentancour, N. (2013) *Doble apuesta. Problemática en el abordaje de una intervención múltiple en salud mental*. Monografía de grado de Licenciatura en Trabajo Social (Udelar)
- Bustamante, R. (2013). *Diseño participativo de una Guía para la Promoción de la Salud Mental en el medio penitenciario*. Recuperado de: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/332/754>
- Declaración de Alma Ata (1978). Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf
- Decreto CM/515 (2008). Investigación con Seres Humanos. <http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/page/2010/02/decreto-investigacion-con-seres-humanos.pdf> Poder Ejecutivo
- Fassin, D. (2004) *Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud*. Revista Colombiana de Antropología, vol. 40, enero-diciembre 2004
- Foucault, M. (1975-2008) *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Buenos Aires. Editorial Siglo XXI
- Goffman, E. (1961-2004). *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guedes, N. (2012) *Políticas en Salud Mental. ¿Omisión del estado uruguayo?* Monografía de grado de Licenciatura en Trabajo Social (Udelar)
- Informe Belmont, *Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación*. Recuperado de: http://medicina.unmsm.edu.pe/investigacion/etica/documentos/5.%20belmont_report.pdf
- Kant, Immanuel. 1996. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, México: Porrúa.

- Ley presupuestal N° 18.719. Artículo 221. Recuperado de:<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18719&Anchor=>
- Ley N° 18.211. Recuperado de:
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>
- Ministerio del Interior (2011) *Informe sobre buenas prácticas en materia penitenciaria en la República Oriental del Uruguay*. Recuperado de:
http://medios.presidencia.gub.uy/jm_portal/2011/noticias/NO_A828/informecarc eles.pdf
- Morin, E. (1999). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Recuperado de:
http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/humanas/mtria_edu/2021082/und1/anexos/sietesaberes.pdf
- Morin, E. (2007) *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona. Editorial Gedisa
- Ruiz, J, I, (2009). *La entrevista. En Metodología de la investigación cualitativa* (pp.165-189). Bilbao: Universidad de Deusto
- Samaja, J.(2009) *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires. Editorial Lugar
- Taylor, J., Bodgan (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires, Editorial Paidós
- Valles, M. (1999) *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Vázquez Sixto, Félix. (1996). *El análisis de contenido temático. Objetivos y medios en la investigación psicosocial*. (Documento de trabajo). Universitat Autònoma de Barcelona