

Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales
Licenciatura en Trabajo Social

Trabajo Integrador Final

**Sujetes y Juntas Especiales de Salud Mental: en los intersticios de la salud
mental y lo penal**

Modalidad investigación

Estudiante: Gallegos Micaela micaelagallegos20@gmail.com

Directora: Osella Ma. Pilar osellapilar@hotmail.com

Febrero, 2026.

Agradecimientos

Las partes más lindas siempre son colectivas. Por eso mis agradecimientos

A mi familia por la confianza, los cuidados y los debates presentes desde siempre.

A mis docentes por el compromiso inquebrantable. A Pilar, por acompañarme con paciencia y claridad en esta tesina.

A mis amistades dentro y fuera de la Facultad. Por el humor, la complicidad y la compañía.

A mis coformadores de la intervención profesional supervisada, por saber transmitir la potencia de las intervenciones.

A la Universidad Pública y a aquellas personas que la defienden.

Índice

Introducción	5
Lenguaje no binario	8
Capítulo I	10
Juntas Especiales de Salud Mental entre el Campo de la Salud Mental y el Penal	10
Algunas aproximaciones necesarias para el abordaje del Campo de Salud Mental	11
Un modelo que se olvidó de le sujeto	12
Cambio de paradigma: tensiones en el abordaje de los tratamientos	15
Nuevas configuraciones a partir de la Ley de Salud Mental	17
La persistencia de la categoría de peligrosidad	22
El sistema penal en Santa Fe	24
Pobreza y padecimiento: La selectividad penal	25
Capítulo II	28
Juntas Especiales de Salud Mental: problematizaciones sobre el dispositivo	28
Dinámica de trabajo en los equipos de las Juntas Especiales	28
La apuesta interdisciplinaria: saberes en diálogo y tensión	31
Lo técnico-instrumental: objetividad y no neutralidad	33
Le entrevista en la evaluación interdisciplinar y la potencia de la escucha	34
Los informes como síntesis ética de la evaluación	35
El lugar de Trabajo Social en este dispositivo	37
Entre lo instituido y lo instituyente	39
Capítulo III	42
Trayectorias, soportes y caracterización de los sujetos de las Juntas Especiales de Salud Mental Rosario	42
Análisis de datos biográficos de los sujetos	43
Vidas biográficas de los sujetos de las Juntas Especiales de Salud Mental	58
Capítulo IV	62
Reflexiones para continuar pensando	62
Sujetos de sociedades fragmentadas	63

A nuevos problemas ¿mismas instituciones?	66
Referencias	69

Introducción

El presente escrito se enmarca en el Trabajo Integrador Final de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Rosario. Éste se centra en el análisis de la población de las Juntas Especiales de Salud Mental Rosario.

Las Juntas Especiales de Salud Mental refieren a un dispositivo de la Dirección Provincial de Salud Mental del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe. En este se relacionan fuertemente dos ámbitos clásicos de intervención del trabajo social, como son la salud y lo penal. En este espacio institucional se evalúa de forma interdisciplinaria si una persona procesada por un delito comprende o no la criminalidad de sus actos, entre otras funciones que se detallarán en el trabajo.

Tras la experiencia de pasaje en el marco de prácticas profesionales de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Rosario en el las Juntas Especiales de Salud Mental Rosario es que nos preguntamos sobre les sujetos evaluades allí. El hecho de comprender o no la criminalidad de sus actos es un vector perse que traza una línea analítica entre les sujetos. No obstante, pensamos que comprenderles solamente desde esta clave resulta escaso, apreciamos que les sujetos de las Juntas parecen tener ciertas cuestiones comunes. Es por este motivo que nos interesa problematizar sobre las personas que llegan a las Juntas, qué características tienen, sus inscripciones sociales y cómo se imbrican elementos del campo penal y la salud mental en la vida de les sujetos evaluades.

En esta línea de análisis Poblet Machado (2019) trabaja la problemática de salud mental en relación a las personas detenidas e introduce en el debate el concepto de “selectividad penal” como un estereotipo en el cual encajan a la perfección las personas

detenidas con problemáticas de salud mental: “pobres, proveniente de sectores marginales, generalmente jóvenes y de sexo masculino” (p. 13). A partir de observaciones en el proceso de práctica fueron emergiendo interrogantes sobre la población de la juntas, ubicando que la selección descrita por Poblet Machado parece tener resonancia con el conjunto de personas que son evaluadas por las Juntas. Por eso nos interesa mirar cómo son los procesos de vida de los sujetos y si aparecen cuestiones vinculadas a lo que se considera desafiliación social (Castel, 1995).

Profundizar en el estudio de los sujetos de intervención permite abonar al desarrollo de la política pública su función, su capacidad de responder y su legitimidad en el funcionamiento social conforme a la garantía de derechos. Las Juntas es un dispositivo que, además de ser poco estudiado, es un dispositivo estatal. En esta coyuntura de rechazo hacia lo público, consideramos que resulta fundamental poder realizar investigaciones que aborden lo público. Se pretende así fortalecer el análisis de un dispositivo público estatal desde una mirada crítica.

El objetivo general de este TIF fue describir y analizar a le sujeto de intervención de las Juntas Especiales de Salud Mental Rosario durante el año 2024. Partimos del posicionamiento de que la intervención implica necesariamente problematizar sobre los sujetos implicados en dichos procesos. Desde esta perspectiva, cobra relevancia indagar en las trayectorias de los sujetos de las Juntas, siendo éste un dispositivo reciente y con escasa producción teórica.

En esta investigación buscamos identificar características comunes en los sujetos de la intervención de las Juntas Especiales de Salud Mental, explicar la dinámica de funcionamiento de este dispositivo y caracterizar el aporte del Trabajo Social en el trabajo interdisciplinario. Este TIF pretende aportar a la profundización del debate actual sobre los

intersticios entre el campo penal y la salud mental, dos ámbitos clásicos de intervención que hoy confluyen y tensionan los abordajes institucionales. Asimismo, buscamos contribuir a las ciencias sociales -y al Trabajo Social en particular- mediante una caracterización situada de los sujetos con padecimientos subjetivos. Consideramos que este tipo de investigaciones resultan insumos indispensables para apuntalar intervenciones profesionales creativas, capaces de reconocer a los sujetos en la complejidad de sus trayectorias, contextos y singularidades.

Siguiendo esta línea, este TIF tiene carácter cualitativo ya que es pertinente en tanto nos proponemos investigar “la construcción social de significados, las perspectivas de los actores sociales, los condicionantes de la vida cotidiana o brindar una descripción detallada de la realidad” (Denzin y Lincoln, 1994 en Sautu p. 188). Entendemos que la decisión por la metodología conlleva una decisión política ya que el carácter cualitativo al menos anuncia, una manera de comprender la realidad como subjetiva y múltiple (Sautu, 2005). Siguiendo a la autora, en este tipo de metodología la persona que investiga no se encuentra escindida de lo que desea investigar, sino que se asume que la interacción y la mutua influencia son parte de la investigación. Por lo que, para Sautu, una característica importante a la hora de investigar es la reflexividad, es decir, asumir que nuestros valores forman parte del proceso de conocimiento y reflexionar acerca de ello.

Para abordar el objeto de investigación, trabajamos a partir de los informes realizados por uno de los equipos de las Juntas Especiales de Salud Mental Rosario durante el período en el que realizamos las prácticas profesionales, es decir, de abril a diciembre del año 2024. Sobre la información obtenida en dichos informes realizamos una triangulación de datos (Forni y de Grande, 2020) que articula la información empírica con el marco teórico con el objetivo de trabajarlos en conjunto. La construcción de los datos cruzó categorías de análisis

como género, rango etario, escolaridad, trabajo, políticas públicas, vínculos socio afectivos, consumos problemáticos, entre otras para conocer las trayectorias de vida de estos sujetos.

En el primer capítulo, titulado Juntas Especiales de Salud Mental entre el campo de la salud mental y el campo penal, nos proponemos indagar los intersticios donde convergen la órbita de la salud mental y penal. Partiendo de la noción de campo de Bourdieu (2005), buscamos conocer los campos de salud mental y penal, y su articulación.

En el segundo capítulo, Juntas Especiales de Salud Mental: dinámica y funcionamiento, buscamos profundizar sobre el trabajo de las Juntas Especiales de Salud Mental Rosario. A partir de categorías como la interdisciplina vemos el rol del Trabajo Social en ese dispositivo.

El tercer capítulo, Características de las población de las Juntas Especiales de Salud Mental, está centrado en el análisis de datos de los sujetos. Estos indicadores los conocemos a partir de trabajar con los informes del equipo uno de las Juntas Especiales de Salud Mental. Buscamos las regularidades entre los sujetos y construimos categorías que nos servirán de insumo para el análisis.

En el cuarto y último capítulo reflexionamos luego del recorrido por los capítulos anteriores. Pensamos sobre las instituciones, y la importancia que desde el Trabajo Social podamos participar del debate de nuevas instituciones que puedan abarcar los problemas sociales que en la actualidad hay factores -como el consumo problemático- que complejizan más la intervención.

Lenguaje no binario

Comprendemos que nuestra manera de hablar y de escribir es política puesto que las lenguas son constitutivas de nuestra forma de percibir el mundo e incluso de nuestras formas

de actuar (Calero, 1999). Por este motivo, la investigación estará escrita en lenguaje no binario. Para implementarlo, se utilizará como recurso el morfema -e (ej. sujetes) que es pronunciable y accesible para las personas con discapacidad visual (Sardi y Tosi, 2021).

Capítulo I

Juntas Especiales de Salud Mental entre el Campo de la Salud Mental y el Penal

En este primer capítulo buscamos conocer los intersticios entre la salud mental y lo penal, por lo que partimos del concepto campo y profundizaremos en cada una de estas órbitas para luego poder realizar un análisis sobre las Juntas Especiales de Salud Mental y su población.

El dispositivo de Juntas Especiales en Salud Mental forma parte de un entramado de instituciones que pueden ubicarse en la intersección entre el campo de salud mental y lo penal. Si bien la órbita de la salud mental y lo penal podrían ser objetos de análisis en sí mismos como espacios diferentes de actividad social, creemos que al interior del dispositivo del que es parte de este análisis, ambos espacios tienen injerencia. No cesando los efectos de los movimientos de cada espacio al interior de la Juntas.

Debido a que para comprender algunas cuestiones propias del dispositivo creemos fundamental primero aproximarnos a estos espacios sociales -salud mental y lo penal- es que pensamos que el campo es el elemento conceptual del cual partir nuestro análisis. Para eso vamos a trabajar con la noción de campo que desarrolla Bourdieu (2005) quien explica este concepto como un juego en el cual las relaciones están marcadas por el conflicto y la lucha de intereses de los participantes. En sus palabras, un campo

(...) puede ser definido como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su

situación presente y potencial (situs) en la estructura de distribución de especies del poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etcétera). (Bourdieu, 2005, p. 150)

Por lo que entendemos al campo como espacio de disputa entre agentes con diversa capacidad de agencia y, por lo tanto, distintas posibilidades de dominación, donde tanto los avances como los retrocesos son producto de estas disputas de poder (Bourdieu, 2005). Este concepto nos servirá durante este capítulo para poder analizar tanto el campo de la salud mental como el penal. Cabe aclarar que vamos a trabajar con mayor jerarquía la salud mental porque es el campo en donde se inserta las Juntas Especiales de Salud Mental.

Algunas aproximaciones necesarias para el abordaje del Campo de Salud Mental

En el campo de la salud mental existen diversos intereses y perspectivas en juego. Distintas maneras de concebir a los sujetos, de comprender la enfermedad y la salud, de pensar tratamientos adecuados. Si tenemos en cuenta ello, podemos decir que en este campo se vienen disputando modelos de abordaje. En el caso argentino, como se desarrollará más adelante, esta tensión comienza a vislumbrarse a mediados del siglo pasado.

Ya que trabajamos desde el enfoque de campo, debemos historizar el surgimiento del campo de la salud mental, las concepciones que se utilizan, los debates y las luchas que protagonizan los actores inscriptos en él.

Para acercarnos a este campo tomaremos como referencia a Amarante (2009) quien lo plantea como polisémico y plural, en tanto se trata del estado mental de sujetos y

colectividades que se presentan como condiciones altamente complejas. El autor explica que “cualquier especie de categorización está acompañada del riesgo de un reduccionismo y de un aplastamiento de las posibilidades de la existencia humana y social” (p.21), por ello, no debemos caer en las simplificaciones, y pensar incesantemente los campos en general y este en particular, en tanto dinámicos y complejos.

El campo de la salud mental, como ya expresamos anteriormente, no es estático ni algo dado. A lo largo de los años ha sufrido cambios importantes que merecen ser estudiados para comprender el presente. Hoy hacemos referencia a sujetos, personas con padecimientos subjetivos, a redes complejas de saberes, poderes y relaciones, de sociedades y formas de convivencia, pero debemos tener en cuenta que no fue siempre así.

Para este trabajo de investigación vamos a realizar un breve recorrido del campo de la salud mental centrado en tres elementos a lo largo del tiempo: lugar de los sujetos, los tratamientos y la vinculación con lo penal.

Un modelo que se olvidó de le sujeto

La psiquiatría se funda en un contexto epistemológico en donde la realidad se presentaba como algo natural, capaz de ser aprehendida y revelada en su plenitud -ignorando la complejidad y la multicausalidad- y el saber se exponía de manera positiva, neutral y autónoma (Amarante, 2009). En este contexto es que se considera a la enfermedad como algo externo al hombre, centrándose en ella y no en los sujetos que la vivencian: se clasifican las enfermedades, se analizan los tipos, sus similitudes y distinciones. Es así, que los profesionales “(...) se ocuparon de las enfermedades y se olvidaron de los sujetos, que quedaron sólo como fondo de pantalla de las mismas” (Amarante, 2009, p.66). Siguiendo esta idea, las autoras Bovino y Rubio (2020) dirán que en este modelo se considera al

trastorno mental como una enfermedad, “prescindiendo del sujeto e ignora el conflicto que expresa el síntoma” (p.2).

Este modelo médico hegemónico, que parece haberse olvidado de le sujeto -no como un accidente, ni una equivocación- es caracterizado por un discurso de la psiquiatría positivista que primaba durante el siglo XVIII, que trataba de comprender la salud en base a un enfoque biologicista y médico-hegemónico. Este modelo se caracteriza por ser biologicista, individualista, con una mirada a-histórica, a-social, mercantilista, de autoritarismo y asimetría, en el cual primaba la participación pasiva y subordinada de los pacientes (Menendez, 1988). Es decir, los padecimientos subjetivos eran entendidos como problemas, como enfermedades individuales ajenas o disociados de lecturas sobre el contexto en el que las personas vivían. El saber estaba centrado en la figura del profesional -médico- mientras que los sujetos eran considerados pacientes.

El hospital se tornó un espacio de examen, de tratamiento, y de reproducción del saber médico, haciendo que el sistema hospitalario psiquiátrico se asemeje, en tanto funciones, a las instituciones carcelarias, correccionales, penitenciarias. Es decir, el lugar que tenía lo penal era crucial en este modelo. Como consecuencia emerge un sistema basado en la vigilancia, en el control, en la disciplina desde sus inicios (Amarante, 2009). Las internaciones, desde sus formas primitivas en el siglo XVI, funcionaron como un mecanismo social que se extendió desde las regulaciones mercantiles “hasta el gran sueño burgués de una ciudad donde reinara la síntesis autoritaria de la naturaleza y de la virtud” (Foucault, 1997. p. 68). El internado significó entonces la eliminación de los llamados "asociales". Este mecanismo social “designa una nueva reacción a la miseria, un nuevo patetismo, más generalmente otra relación del hombre con lo que puede haber de inhumano en su existencia. El pobre, el miserable, el hombre que no puede responder de su propia existencia” (Foucault, 1997. p. 48).

Siguiendo a Amarante (2009), diremos que, en la medida en que el hospital dejó de ser un espacio filantrópico y asistencialista, para transformarse en una institución basada en el tratamiento médico de “alienados”, pero institucionalizados, los llamados “locos” permanecieron en los “manicomios”, ya no por caridad o represión, sino por un imperativo terapéutico.

La respuesta a los padecimientos, en ese momento a la locura, que en este modelo médico hegemónico primaba era lógica asilar-manicomial, a partir de la cual, en el nombre de la ciencia, “se habilitaba la forma más radical de destitución subjetiva y construcción de un estado de excepción de derechos” (Stolkiner, 2012, p. 2). Las prácticas terapéuticas, de acuerdo con Galende (1990) eran prácticas represivas, puesto que desde este enfoque de la psiquiatría clásica no se posibilitaron tratamientos recuperadores de la salud.

Por el contrario, los métodos clásicos de tratamientos eran principalmente el electrochoque o la psicocirugía. El electrochoque, inventado en la década del 30, consiste en provocar un shock cerebral ocasionado con descargas eléctricas de alta intensidad. También en los años 30 se inauguraron los tratamientos quirúrgicos, como la lobotomía frontal o la leucotomía prefrontal transorbitaria (Galende, 1990). Estos “tratamientos” eran utilizados con los pacientes más difíciles de contener, y, con la llegada de psicofármacos han sido reemplazados. Lo que se destaca de estos es que lo que le daba sustento no era la mejoría o la cura sino que lo que se buscaba lograr era la anulación de los sujetos, de sus funciones psíquicas y corporales, ya que les hacían ser inmanejables (Galende, 1990, p. 104).

Ya alrededor de las primeras décadas del siglo XX, como nos traen Bovino y Rubio (2020), al calor de la emergencia de las corrientes de la antipsiquiatría en Inglaterra y la psiquiatría democrática en Italia, es que adquieren relevancia nociones, conceptos y categorías como la subjetividad, la cultura, la complejidad de los fenómenos, y la mirada situada de las realidades y sociedades, que van a ser imprescindibles para leer desde una

perspectiva más humana a la salud mental.

Cambio de paradigma: tensiones en el abordaje de los tratamientos

El campo de salud mental asistió a un movimiento signado por la disputa de un pasaje de un modelo asilar a las propuestas de desinstitucionalización y de desmanicomialización, identificadas como dispositivos alternativos a la lógica manicomial, que en los diversos territorios adquirieron particularidades específicas en cada uno de ellos.

Desde este nuevo paradigma se comprende a la persona con padecimientos subjetivos como personas, como sujetos de derecho. Se intenta dejar atrás esta visión paternalista que ve les sujetos como objetos, “insanos” o “locos”, para hablar de sujetos que tienen voz y derechos que se deben respetar. Para Croxatto (2012) este punto es importante ya que ver a las personas con padecimientos subjetivos como personas plenas de derecho es “el primer paso en el respeto de su dignidad e inclusión social plena” (p. 272). Este es uno de los grandes cambios en comparación con el modelo médico hegemónico que “olvidaba” a les sujetos.

Toman fuerza las ideas de “desmanicomialización” y “dispositivos de sustitución de lógicas manicomiales” que, tratan de poner en cuestión, repensar y desarmar la lógica manicomial vinculada estrechamente con la lógica asilar caracterizada por una organización del trabajo en la que se perpetúa una “tradición verticalista, burocrática, parcelada, repetitiva, a-reflexiva y rutinaria” (Rubio, Pino y Siri, 2022, p. 11). Por lo que se trata de un proceso social complejo que se destaca por su potencia provocadora de transformaciones en las relaciones de poder (Rubio y Bovino, 2020). Uno de los objetivos entonces era terminar con las internaciones prolongadas o indefinidas como el único o mejor tratamiento de salud

mental y comenzar así a pensar abordajes para las problemáticas psiquiátricas severas de manera ambulatoria, desde una perspectiva comunitaria (Stolkiner, 2012).

La antipsiquiatría planteaba que una de las ventajas de los modelos preventivos y comunitarios es que se abordan en conjunto los problemas y logran poder salirse de la dicotomía individuo-sociedad. “Lo patológico es pensable en la comunidad y en el individuo. El sujeto que se define en estas prácticas ya no es el individuo burgués aislado ni el sujeto de la ciencia, sino un sujeto político, es decir, social” (Galende, 1990, p. 197). Este nuevo paradigma disputa las ideas de encierro y aislamiento, con propuestas vinculadas al abordaje ambulatorio y comunitario, alejándose de la lógica asilar de control y vigilancia.

La salud mental es concebida entonces como un derecho humano y, por tanto, implica un abordaje integral, intersectorial, interjurisdiccional e interdisciplinario. “Esto conlleva a una visión de integralidad en salud y al reconocimiento del rol presente y rector del Estado junto al protagonismo participativo de la Sociedad Civil” (Plan Provincial de Salud Mental, 2023, p.16). Este paradigma que comprende a la Salud Mental desde un enfoque de derechos humanos, con la comunidad como partícipe necesario es el que se deja ver en la Ley Nacional de Salud Mental que se sancionó en el año 2010 en Argentina.

Adentrándonos en el caso argentino, a mediados del siglo pasado, durante el gobierno peronista, la creación del Ministerio de Salud en el año 1949 bajo la dirección de Ramón Carrillo significó un cambio del concepto de la función del Estado. En materia de Salud Mental, con el fin de evitar la cronificación de las personas internadas, se inició una reorganización de los establecimientos de internación. Con el golpe de Estado de 1955 comienza un periodo caracterizado por la inestabilidad política y la alternancia entre golpes militares y gobiernos elegidos - con la proscripción del peronismo-. Al mismo tiempo, tuvo lugar “una creciente organización popular de resistencia que influyó y se manifestó en todos los campos, entre ellos la salud mental” (Stolkiner, 2015, p 4). De este modo se consolidó una

generación con propuestas innovadoras, surgieron distintos movimientos de profesionales de la Salud Mental como la Federación Argentina de Psiquiatras, la Asociación Psicoanalítica Argentina y se configuró el Movimiento de Trabajadores de Salud Mental. Esta movilización será coartada por la amenaza y el terror que significó la dictadura cívico militar que tuvo lugar de 1976 a 1983. Sin embargo, este “impulso a las transformaciones en el campo resurge con el retorno a la democracia” (Stolkiner y Rosales, 2024. p21). Con estas experiencias, con estos avances y retrocesos, con estas tensiones que siguen presentes hasta el día de hoy es que nuestro país en el 2010 debatió y sancionó la Ley Nacional de Salud Mental.

Nuevas configuraciones a partir de la Ley de Salud Mental

Un cambio fundamental dentro de este campo fue la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que emerge en un contexto en el que se venían suscitando algunos acontecimientos que implicaron rupturas con el paradigma de la psiquiatría hegemónica, como los mencionados y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Protocolo de San Salvador, la Declaración de Alma-Ata, etc.

Sin embargo, previo a ello, podemos ubicar, como desarrolla Alberdi (2012) que desde la transición democrática, la provincia de Santa Fe había comenzado a ensayar una suerte de reforma en este campo, con programas de externación, reformas en los principales manicomios que contaban con equipos de profesionales que problematizaban los cambios culturales, sociales y políticos en torno a lo asistencial. Nuestra provincia es pionera de una Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772, sancionada en 1991 que vislumbraba ideas sanitaristas y de controlar las internaciones, junto con una serie de reformas en la Colonia, lo que generó “... una masa crítica de trabajadores comprometidos con los cambios políticos,

culturales y asistenciales” (Alberdi, 2012, p. 98). La creación de la Dirección de Salud Mental Provincial en 2003 institucionalizó el trabajo que se venía realizando por parte de equipos del Hospital de Salud Mental Agudo Ávila en Rosario y de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros (profesionales que impulsaron activamente la reglamentación de la ley local). Las nuevas prácticas alternativas y propuestas anti-manicomiales bajo este marco normativo provincial, romperían con “... cierto efecto “fundacionalista” que se le asigna a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657”. (Bovino y Rubio, 2020, p. 5). Esta norma instituye, en su artículo N° 22 la creación de las Juntas Especiales de Salud Mental. Sobre ese andamiaje vamos a precisar el capítulo siguiente.

Por su parte, la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, como explica Faraone (2012) “adquiere un aspecto de importancia central, como relación de fuerza, como interjuego de fuerzas históricas que se rigen por el azar de la lucha” (p. 49). En el debate antes de sancionar la ley se pudo observar la puja entre corporaciones profesionales - que si bien había varias mencionadas en el escrito, solo las asociaciones médicas y de psicología fueron invitadas a participar del debate - sobre diferentes puntos: quiénes podían dirigir un hospital monovalente, quiénes tenían el poder de internar a una persona -porque si, la internación se trata de una práctica de poder disciplinario- y, además se debatió en torno al concepto de padecimiento psíquico. Más allá de los distintos intereses en juego, en diciembre finalmente logró ser sancionada.

Un dato que no es menor y que debemos tener en cuenta, es que estos debates sobre los alcances y las limitaciones de cada disciplina no eran de interés general. Es decir, era un debate corporativo. A las personas que bregaban por esta Ley Nacional, a los diferentes colectivos como la Asamblea permanente de usuarios de los servicios de salud mental (APUSSAM), la RED FUV Red de Usuarios, familiares, voluntarios, estudiantes y profesionales y la Asociación de Ayuda a la Persona que padece esquizofrenia y su familia

(AFEP) les interesaba que la norma tenga una perspectiva de derechos humanos. Resulta interesante y necesario recuperar este tipo de experiencias en las que son las personas usuarias, sus familias o sus profesionales las que toman la palabra y se niegan a ser -a seguir siendo- pacientes pasivos. Todas estas grupalidades, por más heterogéneas que sean, “se proponen ser actores que aporten al conjunto social desde su especificidad [...] se postulan como activos en el proceso de cuidado, en el sentido amplio del término, del padecimiento subjetivo” (Stolkiner, 2012, p. 10).

Esta Ley Nacional, sentó las bases a nivel federal para entender y abordar la salud mental desde una mirada y estrategias diferentes a las empleadas hasta entonces; partiendo del objetivo de “... asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional...” (Ley 26.657, art.1). Se nombra a quienes transitan padecimientos subjetivos como sujetos de derechos, que no es menor si tenemos en cuenta los contextos anteriores desarrollados donde eran identificadas como “locos”. Junto con el derecho a la privacidad, a la libertad de comunicación, a la toma de decisiones en relación a sus tratamientos, al acompañamiento de los vínculos afectivos y de contención en el antes, durante y después de estos procesos, a la preservación de la identidad; esta ley reconoce a las personas con padecimiento mental desde una mirada más humana, instalando un quiebre en la lógica antecesora de Argentina en el nivel normativo.

En relación a esto, retomamos a Alberdi (2012) cuando plantea que la Ley de Salud Mental tuvo en nuestro país varias aristas para analizar. En principio, se destaca que esta ley es un avance en materia de derechos humanos puesto que, no sólo es sostenida por instrumentos internacionales de Derechos Humanos y Salud Mental, sino que principalmente no separa los derechos civiles, sociales y políticos del derecho a la asistencia y, a su vez, busca poner límites al modelo médico hegemónico presente en este campo. Siguiendo esta

idea, el autor aborda los distintos principios que tiene la ley como garantizar los estándares básicos de los derechos humanos además de exigir reformas a nivel Institucional, asimismo remarca la importancia de una atención sanitaria y social integral.

A pesar de lo mencionado, la implementación de la ley no se dió de manera unívoca, sino que se encuentra signada por contradicciones y desfases (Alberdi, 2012), entre lo propuesto por la normativa y las respuestas de la política social. Sobre esto es interesante lo mencionado por Cohen quien al momento de debatir la Ley tuvo una participación activa. Cohen (2025) reflexiona sobre la implementación de la norma luego de quince años de su sanción. Su análisis parte de que la dimensión más sensible, la que deja ver la decisión política es el presupuesto que se le asigna ya que afirma que “una ley que implica transformaciones y nace sin presupuesto, es una ley muerta” (Cohen, 2025). Y, denuncia que para el año 2013, es decir hace más de una década, debería, según el artículo 32 de la Ley, haberse destinado al menos el 10% del presupuesto nacional de Salud a salud mental. Esto no sólo no sucedió, sino que el presupuesto hasta el año 2024 no pasó de un 2% anual.

De igual manera, no es lo mismo que quienes trabajan en este campo tengan este instrumento a que no lo tengan, sobre todo en este contexto donde hay intereses que buscan un retroceso en materia de Derechos Humanos. Nos parece interesante lo que plantea Gorbacz (2011) sobre la ley como una herramienta que fue y es necesaria, pero no exclusiva, sino que se van a seguir requiriendo herramientas otras. De acuerdo con este autor, el momento en el que se sancionó la ley fue uno de convivencia de dos paradigmas, y por tanto, un momento oportuno ya que el cumplimiento, planteaba Gorbacz (2011), es posible porque “hay actores que pueden comprenderla y apropiársela, pero también necesario, porque la realidad aún no ha cambiado todo lo necesario” (p. 20). En este contexto entonces, es que se sanciona la Ley.

Si bien, como hemos visto, esta norma significa un gran avance, como plantea Gorbacz (2011) la reforma del artículo N° 34 del Código Penal forma parte de materias pendientes para poder avanzar y establecer el respeto a los derechos humanos en el Campo de la salud mental. La ley implica pensar capacidad y prepondera un modo de tratamiento que es el comunitario. Sin embargo, en el artículo N° 23 que trata sobre la externación o permisos de salidas de las personas internadas, hace una salvedad vinculada al artículo N° 34 del Código Penal que es lo que nos permite pensar cómo interactúa lo penal con la salud mental. Es a partir de este artículo del Código Penal que se declara no punible a:

El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconciencia, error o ignorancia de hecho no imputables, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones. En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás. (Código Penal, 1921)

Siguiendo con Machado (2019) existe una dificultad y es que este Código Penal fue sancionado hace más de un siglo, precisamente en el año 1921, basado en distintas concepciones de esa época en la que se pretendía, como ya se ha desarrollado anteriormente, que los Hospitales Psiquiátricos sean ese lugar de aislamiento y exclusión de la locura. Para Gorbacz (2011) este artículo merece una revisión “para que las declaraciones de inimputabilidad por razones de salud mental no se conviertan en una pena arbitraria disfrazada de "protección " o "tratamiento"”(p. 29).

La figura de inimputable es importante para pensar en el trabajo de las Juntas Especiales de Salud Mental ya que sus evaluaciones dirán si le sujeto comprende o no la

criminalidad de sus actos, es decir, si es o no es inimputable. Desde este dispositivo se busca comprender a los sujetos de derecho y capaces, por lo que se entiende que al declarar inimputable a alguien no se busca la des-responsabilización de los hechos por los cuales el sujeto está imputado ya que va en contra de todo proceso de subjetivación. Por lo tanto, con la declaración de inimputabilidad no se exime al sujeto de su responsabilidad. Cuando existe la responsabilización subjetiva, explica Barukel (2019) es más sencillo para el equipo tratante destrabar el problema en clave terapéutica. Entonces y siguiendo a esta autora “la declaración de inimputabilidad, lejos de ser una garantía de derechos para los sujetos eximidos de cumplir una condena por un crimen, estaría al contrario enajenándolos del pleno ejercicio de sus derechos, además de patologizando su conducta” (p, 128 y 129). Por eso, es parte del tratamiento, o debería serlo, la asunción de la responsabilidad.

La persistencia de la categoría de peligrosidad

Comprender la dinámica de las Juntas Especiales de Salud Mental implica analizar no solo el campo de la salud mental, ya que este dispositivo está intrínsecamente ligado al ámbito penal. Por lo que merece especial atención la parte penal. El mundo penitenciario nos interesa porque la mayoría de los sujetos que van a las Juntas están detenidos en distintas Unidades Penitenciarias, y gran parte de los procesos de evaluación se ven atravesados por situaciones de posibles comisiones de delitos. De este modo, la mayoría de las personas que llegan a las Juntas para ser evaluadas lo hacen con un estigma en relación a la idea de peligrosidad -que ha sido una categoría vertebradora en la lectura de los sujetos- que suele ser propio de las personas que transitan por las instituciones penales. Vale remarcar que la idea de peligrosidad ha sido extensiva también el modo de considerar a la locura, con vestigios de esto presente aún hoy en los nuevos modos de abordaje.

La categoría de peligrosidad, siguiendo a Barukel (2019) es un principio de la teoría penal que permeó la práctica de la medicina. De hecho, la psiquiatría desarrolla y consolida una doble codificación de la locura, al mismo tiempo como enfermedad pero también como peligro. La locura, entonces está relacionada al peligro, las personas además de ser juzgadas por lo que hicieron, son juzgadas por lo que podrían llegar a hacer.

En las Juntas Especiales de Salud Mental llegan los pedidos de evaluación para que, además de responder si una persona es inimputable o no lo es, se pueda escribir sobre su peligrosidad. Esta noción importa en la medida que se utiliza, como explica Barukel (2019), a modo de referencia para tomar ciertas definiciones sobre el abordaje de situaciones en las instancias judiciales. Depende así de la idea de peligrosidad que se endurezca las intervenciones o no.

En la provincia de Santa Fe se modificó la Ley de Ejecución Penal, siendo una de las primeras medidas que el nuevo gobierno provincial había tomado en diciembre de 2023. Entre otras cosas, esta modificación dispone en su Artículo N°48 que “La atención de la salud mental del interno se realizará dentro del ámbito penitenciario” (Ley de Ejecución Penal N°14243, 2023). Hay una jerarquía de lo judicial donde las evaluaciones de los equipos de salud -incluido los de las Juntas Especiales- no determinan el tratamiento, sino que sugieren cuestiones en relación al tratamiento pero la definición sobre una sentencia o tratamiento queda en manos de los jueces.

Los modos de tratamiento en salud mental en la población carcelaria fueron virando y fueron -o son- objeto de disputa. En Santa Fe tenemos como antecedente la experiencia del “Corralito”, la Unidad Psiquiátrica Penitenciaria en la cárcel de Coronda inaugurada en 1985 que derivó en el año 2005 en la llamada “Masacre de Coronda” que tuvo como resultado catorce presos asesinados e incendios en uno de los pabellones producto de un enfrentamiento entre bandas de internos (Barukel, 2019). Es por esto que el tratamiento de

salud mental en el ámbito penal es un punto de tensión ya que al mismo tiempo conviven tratamientos anclados en la idea de cuidado en un ámbito que es de castigo y control como lo es la cárcel.

El sistema penal en Santa Fe

Gran parte de los evaluados por el dispositivo, se encuentran en estado de detención Unidades Penitenciarias. A partir de la lectura del Informe Anual de la Provincia de Santa Fe 2024 del Sistema Nacional de Estadísticas Sobre Ejecución de la Pena (SNEEP) es que podemos analizar cuál es la población carcelaria en nuestra provincia. Un dato que nos llamó la atención es que durante este año por primera vez las cárceles están sobrepobladas: contando todas las unidades la capacidad es de 8.720 personas pero durante el 2024 estuvieron en situación de encierro 10.094, teniendo un 15,8% de sobrepoblación. De esas diez mil personas, solo el 12,57% pudieron acceder a la educación. Es decir que, si contamos las personas con primario incompleto o completo y secundario incompleto, podemos ver que este grupo de personas conforma el 87,43% de las personas en situación de encierro en nuestra provincia. Otro factor importante es que el 69% de la población carcelaria no tiene un trabajo remunerado (SNEEP, 2025).

Con estos datos nos podemos preguntar qué rol cumple la cárcel en nuestra sociedad hoy. Si en algún momento se pensó que las cárceles eran un lugar de rehabilitación, estos datos de nuestra provincia nos muestran más bien lo contrario. Nos dejan ver el carácter “ultraclasista” del sistema penitenciario (Rodríguez, 2015). En las sociedades neoliberales en las que vivimos, los marginales sobran, son considerados como descartables. Ya, como podemos ver con los datos, el Estado no aparece en forma de Escuela Pública sino como

violencia policial y cárcel. Es en esta institución total en la que son arrojados como residuos que deben ser encerrados en contenedores herméticos (Bauman, 2005).

Siguiendo a Bauman (2005) y a Rodríguez (2015) es que podemos pensar que las cárceles, estas instituciones totales que aíslan aún más a los marginados del resto de la sociedad, tildándoles de peligrosos, tienen como objetivo practicar la exclusión, el devenir disfuncional de los excluidos, “para el ex presidiario que goza de libertad condicional, el retorno a la sociedad es casi imposible y el regreso a la cárcel, casi seguro” (Bauman, 2005, p.114) puesto que toda persona considerada como residuo es potencialmente venenosa para el mantenimiento del orden apropiado de las cosas.

Es interesante traer el análisis que realiza Wacquant (2025), quien traza puentes entre el poder colonial y las sociedades contemporáneas. La experiencia de dominación colonial, la cual despliega esa triada penal -policía, tribunales y prisiones- nos muestra que el aparato punitivo cumple con el rol de perseguir aquellos cuerpos que están fuera de lugar. Es decir a todas esas personas y/o poblaciones que se salen del lugar que les fue asignado por su identidad o conducta. Al analizar desde esta perspectiva el presente, el autor pretende dar luz sobre algunas técnicas que son utilizadas para domesticar diferentes grupos sociales que se salen de ese lugar que deberían ocupar. Sobre esto podemos decir que parece que en nuestra provincia de Santa Fe se siguiera esta línea ya que podemos ubicar ese carácter ultraclassesista que describimos antes de las cárceles como lugar de exclusión, a donde van quienes sobran, quienes son descartables, quienes no ocupan, en términos del autor, su lugar.

Pobreza y padecimiento: La selectividad penal

La cárcel es una institución de dominación y control, sobre todo esta persecución corresponde al estereotipo específico dado por la selectividad penal: ser pobre, joven y del

sexo masculino (Machado, 2019). Sin embargo, en este trabajo nos preguntamos qué pasa con estas personas que además de estar atravesadas por lo penal, lo están por la locura. Es decir, que están en la interacción de estos dos campos. Que son signadas tanto por su condición de pobreza y su padecimiento. Si, como vimos en un principio, con el modelo asilar los hospitales psiquiátricos eran un lugar de encierro para las personas consideradas “locas” y las cárceles se tornaron instituciones de encierro habitadas mayormente por sujetos en condición de pobreza, las personas con padecimientos subjetivos y en situación de pobreza son el sujeto objeto -antes y ahora- de la persecución sistemática bajo la justificación de ser peligrosas.

Resulta importante recuperar aportes de Sozzo (2015) quien ubica que en los hospitales monovalentes de Salud Mental existe la figura de loco-delincuente la cual se trata de quienes al mismo tiempo que para el dispositivo penal son delincuentes, para el dispositivo de salud mental son locos, estas personas “configuran una subjetividad híbrida, son “locos” y “delincuentes” al mismo tiempo, son “locos-delincuentes” (Sozzo, 2015. p. 11). Les sujetos estigmatizados de esta forma se ubican, dice Sozzo (1993) entre los sectores marginalizados en la estructura social que está atravesada por relaciones de poder.

Para finalizar este capítulo en el que vimos apenas unas aproximaciones sobre la historia del campo de la salud mental y luego ponerlo en articulación con lo penal, nos parece pertinente poder reflexionar a partir de lo que afirma Dubet (2007) “todos saben también que el buen hospital no es solo el que cura mejor a los enfermos, sino el que los trata también como personas y no solo cuerpos enfermos” (p. 64). Por lo que, frente a estos sujetos doblemente signados por la locura y por lo penal, debería haber un compromiso ético de realizar intervenciones profesionales que tomen distancia de estas lógicas propias del campo penal y de lo manicomial. Sobre esto podemos pensar y destacar la importancia que tiene el modo de trabajo sobre lo otro, y específicamente, la forma de realizar la intervención

profesional sobre los sujetos. Las intervenciones profesionales en la intersección de estos campos pueden ser re-subjetivantes, emancipadora, o ser profundamente desubjetivante, despojando a los sujetos de la posibilidad y la responsabilidad de decidir, dejándoles a merced de lo que acontece.

Con estas ideas expuestas, en el próximo capítulo veremos cómo es la dinámica de trabajo en las Juntas Especiales de Salud Mental Rosario y nos proponemos analizar qué lugar ocupa el Trabajo Social en esta trama institucional.

Capítulo II

Juntas Especiales de Salud Mental: problematizaciones sobre el dispositivo

En este capítulo buscamos ahondar en la dinámica y funcionamiento propio de las Juntas Especiales de Salud Mental deteniéndonos en algunas categorías y ejes como la interdisciplina, lo técnico-instrumental y el lugar del Trabajo Social en este dispositivo. Es importante aclarar que nos adentramos específicamente en las Juntas Especiales de Salud Mental Rosario, ya que si bien hay otro dispositivo de Juntas Especiales en la ciudad de Santa Fe la presente investigación se enfoca y limita al dispositivo de la ciudad de Rosario.

Dinámica de trabajo en los equipos de las Juntas Especiales

Como fue mencionado en el capítulo anterior, es a partir del artículo N°22 de la Ley Provincial de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe que se crea el dispositivo de las Juntas Especiales de Salud Mental. Desde su creación se propone como un espacio integrado por la multiplicidad de saberes, el artículo ubica que el dispositivo “tendrá carácter interdisciplinario y estará integrada por profesionales de la salud mental y del derecho.” (Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772, 1991), aunque en la norma no se especifica cuáles son las disciplinas que integran los equipos. Actualmente los equipos evaluadores de las Juntas están compuestos por las disciplinas/profesiones del Derecho, Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social.

El artículo antes mencionado precisa además cuáles serán las tareas o principales funciones del dispositivo, detallándose la recepción de los Oficios y pedidos judiciales de evaluación sobre el lugar más adecuado y aconsejable para el tratamientos en salud mental, y también acerca de la presunta inimputabilidad e incapacidad para actuar en procesos penales. Las evaluaciones signadas por lo penal ocupan hoy un gran parte de la tarea de las Juntas Especiales. Este dispositivo tuvo inicio en el año 1998. En ese entonces, les profesionales comenzaron su “trabajo interviniendo en situaciones judicializadas en el marco de conflictos de familia, menores y declaraciones de insania, así como en la evaluación de pacientes alojados en instituciones psiquiátricas de la zona” (Martinez, 2014, p. 5).

En la actualidad, las Juntas están constituidas por dos equipos de las mismas cuatro disciplinas ya mencionadas. Al dispositivo llegan vía mail desde distintos organismos judiciales - como lo son el Ministerio Público de la Acusación, Oficina de Gestión Judicial y el Servicio Público Provincial de Defensa Penal - diferentes situaciones para ser evaluadas con preguntas específicas a responder versando mayormente sobre si la persona comprende o no la criminalidad de sus actos, si representa un “peligro” para sí o para terceros, cuál sería el tratamiento adecuado. Se solicita a las Juntas realizar la evaluación y expedirse sobre los temas antes mencionados, no obstante cabe aclarar que los informes de las Juntas Especiales de Salud Mental son no vinculantes. Es decir, no son determinantes para la sentencia de la persona, aunque se constituye como un dictamen experto que puede representar una apoyatura en la definición de los fallos a fines al caso. Sumado al proceso de evaluación y redacción del informe, en ocasiones, les profesionales que firman el informe muchas veces son llamados a testificar en los juicios.

En relación al proceso concreto de organización de las demandas, tras la llegada de una solicitud al dispositivo los equipos van alternando uno a uno las demandas, realizando ante algunas situaciones que presentan una evaluación anterior una continuidad con el equipo

que ya evaluó anteriormente. En las reuniones de equipo, que se dan una vez por semana, se distribuyen las evaluaciones solicitadas. Posteriormente cada equipo evaluador toma las situaciones y procede con una serie de actividades.

Inicialmente se revisa, ya que es fundamental para poder realizar una lectura de la complejidad de la situación, si los organismos judiciales enviaron toda la información correspondiente para la evaluación: historia clínica, antecedentes penales, informe de médico forense. Una vez que el equipo de las Juntas tenga esa información realiza una lectura detallada de este y se cita a las personas para tener la primera entrevista. En algunos casos también se entrevista a familiares o personas allegadas. Entrevistar a otros referentes del sujeto a evaluar es una definición construida por el dispositivo, considerando que no puede pensarse al sujeto aislado, sino en su entorno. Además, es posible citar y/o articular con miembros de equipos tratantes si es que la persona está en un efector de salud para complejizar la mirada en el proceso de evaluación .

En relación a las entrevistas necesarias, no hay una cantidad definida de encuentros, sino que se define en la medida que los profesionales del equipo lo crean necesario. Entre la lectura de la información y las entrevistas, los profesionales conversan y debaten sobre sus observaciones y argumentaciones. Así, una vez que el equipo considera que recabó la información necesaria para definir la evaluación, comienzan a escribir el informe (sobre este proceso dedicaremos un apartado más adelante).

Las Juntas Especiales de Salud Mental Rosario tienen su lugar físico en una oficina que se encuentra en el edificio del Ministerio Provincial de Salud en Rosario. Esta oficina se encuentra en el subsuelo del mismo y está dividida en dos. Por un lado, el lugar donde se realizan las entrevistas, se lee la información enviada y se escriben los informes, y por otro, el lugar donde se archivan los expedientes. Anteriormente, este segundo lugar funcionaba

también como espacio de escritura de informes pero quedó clausurado ya que por la presencia de humedad en las paredes y techo, no hay electricidad.

Asimismo, desde que las Juntas se pusieron en funcionamiento estaba la figura de coordinación, quien cumplía un rol importante a la hora de mantener la cooperación, aunar criterios comunes de trabajo entre los profesionales, mediar la comunicación con los mandos jerárquicos del Ministerio e incluso para fijar un día y horario de reunión de equipo. Sin embargo, desde que el último coordinador renunció, en los equipos de las Juntas ya no está esa figura y al no ser reemplazada, se dificulta tener canales de diálogo fluidos. Por momentos estas condiciones de trabajo pueden llegar a funcionar como obstáculos para la realización de un trabajo interdisciplinario.

La apuesta interdisciplinaria: saberes en diálogo y tensión

Resulta importante observar con mayor detenimiento la noción de interdisciplina, ya que en el campo de salud mental la multiplicidad de saberes se constituye como un elemento central del campo. Siguiendo a los autores Stolkiner (2005) y Vasconcelos (2000) podemos decir que la interdisciplina es un posicionamiento que reconoce tanto la falta de herramientas que tiene cada disciplina en soledad y al mismo tiempo admite “la necesidad de miradas diferenciadas para un mismo objeto, no pudiendo prescindir de la especialización” (Vasconcelos, 2000. p.5).

Vasconcelos (2000) propone una conceptualización propia según los grados de cooperación y coordinación entre las disciplinas. Distingue así la de menor a mayor grado a:

- la multidisciplinaria en donde las distintas disciplinas no cooperan entre sí ni se articulan,

- la pluridisciplina en donde las disciplinas existen en un mismo nivel, aparece la cooperación pero no hay coordinación,
- la interdisciplina auxiliar en la que hay dos niveles. Es decir, las disciplinas cooperan bajo la coordinación de una disciplina que hegemoniza y fija los objetivos,
- la interdisciplina en la cual hay un postulado y una finalidad compartida, entre las distintas disciplinas hay un diálogo más horizontal y cooperativo, aparecen conectadas y definidas por una coordinación común.
- Y por último, la transdisciplina en la que no hay relación de hegemonía, es el punto mayor de horizontalidad. Hay múltiples niveles y objetivos pero hay un campo de saber autónomo.

Dentro de este análisis podemos ubicar al trabajo de los equipos de las Juntas Especiales de Salud Mental en la interdisciplina. En el que tanto la Psicología, la Psiquiatría, el Derecho y el Trabajo Social tienen como finalidad realizar una evaluación sobre si una persona comprende o no la criminalidad de sus actos, reconociendo la trayectoria de vida, a partir de un ECRO¹, es decir, concepciones o paradigmas compartidos en un mismo nivel.

Al momento de propiciar un trabajo interdisciplinario pueden emerger obstáculos y/o resistencias. Como bien plantea Stolkiner (2005), que la lógica hegemónica sea priorizar la competencia individual entre profesionales y corporaciones, y que el trabajo se realice en condiciones de empleo inestables o precarias, son situaciones que no favorecen a la interdisciplina. En este tipo de trabajo la práctica convive con, al decir de Vasconcelos (2000) “una “sombra” de un conjunto de estrategias de saber/poder, de competencia intra e intercorporativa y de procesos institucionales y socioculturales muy fuertes” (p. 6) que pueden impedir o, al menos obstaculizar, el intercambio colaborativo y flexible entre distintas

¹ Esquema Conceptual Referencial y Operativo (ECRO) es una categoría de Pichón Riviere que opera como herramienta en términos de comunicación e información. A partir de la realización de un ECRO, las distintas disciplinas ponen en común distintos conceptos. Por ejemplo, que todas las personas entiendan lo mismo por conceptos como género, padecimiento subjetivo, etc.

profesiones. Es por esto, y siguiendo a este autor, que las prácticas interdisciplinarias sólo pueden ser comprendidas y analizadas situandolas social, histórica y políticamente.

Este contexto neoliberal en el cual, como dice la trabajadora social Arias (2021), las instituciones sociales públicas han sufrido un proceso de desgaste propiciado por las políticas de ajuste que propone el neoliberalismo y por la crisis del Estado como institución que organiza la vida en común, que incluye tanto a su dimensión material, como a su dimensión simbólica; la apuesta por un trabajo interdisciplinario encuentra dificultades. Las Juntas Especiales, y sus equipos de profesionales no están exentos de estos procesos. Para que haya un trabajo interdisciplinario, no basta con la convivencia de diferentes disciplinas, sino que cada una debe reconocer sus limitaciones. Dentro de las Juntas existe una tensión sobre este punto ya que hubo veces - excepcionales- en los que no se han podido poner de acuerdo para escribir informes y un mismo equipo realizó dos diferentes. Sin embargo, al interior del equipo se debate sobre comprender a la interdisciplina como una decisión política, como un posicionamiento (Stolkiner 2005). En un dispositivo como este, que lo que se evalúa es si una persona es inimputable o no, consideramos es necesaria las distintas miradas de las disciplinas porque otorga “mayores garantías de una decisión correcta, justamente cuando lo que está en juego es algo tan valioso como la libertad” (Gorbacz, 2011, p. 24).

Lo técnico-instrumental: objetividad y no neutralidad

A partir del texto de Lobos (2023) destacamos la noción de objetividad o no neutralidad ya que les profesionales de las Juntas se encuentra en una encrucijada entre lo jurídico-penal, lo manicomial y sus lenguajes específicos que mantienen y obedecen a cierto criterio de “objetividad”. Frente a esto, lo importante, en términos de Lobos, no es el “ser” de los trabajadores sociales, sino la intervención social.

En cuanto profesionales, lo importante son las competencias en la producción de registros, diagnósticos e informes. No somos nosotrxs, trabajadores sociales o cientistas sociales, lxs que debemos ser objetivxs, innovadorxs o revolucionarixs, sino nuestros análisis, diagnósticos, entrevistas e intervenciones los que pueden serlo. Recordemos que hablamos de objetividad ¡jamás de neutralidad! Y justamente en la dialéctica objetividad/no-neutralidad radica la posibilidad transformadora de la intervención. (p. 10)

Ya mencionamos que los equipos de las Juntas realizan una lectura detallada de la información de los sujetos, que citan a los sujetos para tener entrevistas y que el resultado del debate entre los profesionales el volcado en un informe común. Por esta dinámica propia es que se vuelve fundamental hablar de estas técnicas que son usadas en el quehacer de los equipos profesionales, para saber qué posibilidades tienen.

Le entrevista en la evaluación interdisciplinar y la potencia de la escucha

La entrevista implica siempre un encuentro, un acto producido y deliberado (Cazzaniga, 2006) con una otra. La potencia de este instrumento es que en la entrevista se articulan la palabra, la mirada y la escucha, de una manera en la que “dialogan lo cuantitativo y lo cualitativo sin proscripciones ni debates, en ella solo se potencian, en función de la dirección de la intervención, su sentido, sus búsquedas y horizonte” (Carballeda, 2018, p. 5). Al mismo tiempo, en las entrevistas se da una relación asimétrica entre el profesional, con su título habilitante, con los saberes y conocimientos avalados académicamente y en la institución en la que trabaja, y los otros (Cazzaniga, 2006). Asimismo, las entrevistas se dan de maneras distintas, con personas y contextos diferentes. Por lo que la escucha y la mirada son claves. En la escucha activa cuentan además de las palabras, la respiración, los tonos, los silencios. La escucha, para Carballeda (2018) “es una manera de reconstruir historias que

desean ser contadas (...) en ella escucha se entrelaza de manera relevante con la inclusión social. Quien no puede ser escuchado, no es ratificado como un sujeto que pertenece al "todo" social” (p. 41 y 43).

En las Juntas Especiales de Salud Mental las entrevistas tienen que ver con esto mencionado hasta aquí, les profesionales ubican que es un dispositivo que si bien tiene una gran articulación con lo jurídico penal se constituyen como un dispositivo dentro del campo de Salud. Por lo que no es tarea de los equipos juzgar a la persona que llega a la entrevista por el hecho que se le imputa sino poder conocerla, conocer su trayectorias de vida, los circuitos institucionales por los que pasó, con quienes vive, en qué condiciones, escolaridad, que le gusta hacer, etc. En las entrevistas realizadas por los equipos de las Juntas se le explica a la persona dónde está, se presenta cada profesional y luego se le pregunta si acepta estar allí y llevar adelante la entrevista. Se intenta tomar distancia con las instancias inquisitivas propia de lo penal y podemos decir, en los términos de Ulloa (2007) que se trabaja con la ternura como escenario formidable donde una sujeta se hace sujeta pulsional, ético y político. El autor a la ternura la llama buen trato. Un buen trato del que derivan todos los “tratamientos” que le sujeta recibe a lo largo de la vida, en relación a la salud, la educación, el trabajo, de hecho al amor, etc. Es que la ternura tiene dos ejes: la empatía y el miramiento en su significado de mirar con considerado interés a quien es reconocido sujeta distinto.

Los informes como síntesis ética de la evaluación

Otra herramienta que se utiliza en el dispositivo es la elaboración de informes, pues con ellos se da respuesta a las solicitudes de la justicia. Entendemos que “pensar el informe social como un género discursivo es fundamental para su escritura, porque nos permite comprender que su elaboración, si bien admite cierto margen importante de variabilidad, sigue una serie de pautas textuales que inevitablemente deben cumplirse.” (Giribuela y Nieto,

2009, p. 47). Los informes construyen una realidad por parte de los profesionales que los escriben, cumpliendo una función social y buscando generar acciones concretas en y con los sujetos. Siguiendo a estos autores, Giribuela y Nieto (2009) se sostiene la necesidad de dejar de lado la neutralidad exigida por el positivismo, comprendiendo que el informe es una herramienta con gran poder nominador, que necesita de un análisis crítico de su uso y escritura. Poniendo en juego aspectos éticos. Ya que como plantea Giribuela (2024) la dimensión ética es constitutiva del Trabajo Social porque realizamos “una práctica reflexiva consciente sobre lo correcto o lo incorrecto de nuestras acciones, que nos impulsa a hacer o a evitar determinados actos” (p. 79). Planteando que dicho análisis crítico y ético debe realizarse en la totalidad de nuestras acciones. Por lo que escribir siempre involucra una responsabilidad ética en tanto práctica de poder que contribuye inexorablemente a la visibilización y desnaturalización de una determinada problemática. Por lo tanto, no escribir trae el efecto contrario: la naturalización e invisibilización de aquello que debería ser denunciado y dicho. (Giribuela, 2024, p. 82). Con esto queremos decir que si bien parece que en las Juntas los procesos de intervención están acotados, limitados, a una serie de pasos a seguir, la manera en la que se afronta y se decide realizar estas distintas técnicas es la que marcará la diferencia entre repetir las mismas técnicas vacías de contenido, arbitrarias; o comprender a las técnicas que estructuran dentro de una lógica planificada, situada, sustentada por saberes y que son empleadas por profesionales, que no están exentas de pensamientos y posicionamientos ético-políticos y teórico-epistemológicos. Es la forma de implementación y es desde qué lugar nos posicionamos, leemos las situaciones y accionamos, es allí donde podemos darle múltiples sentidos y formas a nuestras intervenciones. En este sentido, Banks (1997) sostiene que el quehacer profesional no es una aplicación mecánica de la norma ya que “nuestros éticos o valores determinarán nuestra interpretación de la ley” (p.25). En las Juntas Especiales, cada informe es comprendido como un texto en el cual se

“ponen en evidencia diversas tensiones e intereses. En una lectura que va más allá de lo manifiesto, nos preguntamos quiénes hablan, cómo hablan y por quiénes son hablados aquellas personas derivadas para su evaluación por Juntas” (Martínez, 2014, p. 6). Además, dentro de los equipos de las Juntas, los profesionales se preguntan de forma constante sobre el sentido de sus acciones esto indica un compromiso de realizar intervenciones que no sea solamente repetir lo mismo que la anterior una y otra vez. Si bien son las mismas herramientas, son distintas discusiones para distintas situaciones y personas.

El lugar de Trabajo Social en este dispositivo

El lugar del Trabajo Social en estos equipos interdisciplinarios de las Juntas Especiales de Salud Mental es indispensable a la hora comprender a los sujetos en su contexto: ya sea su trayectorias de vida, sus circuitos de reconocimientos, sus implicancias con otras instituciones, etc; siendo estos elementos que constituyen información de primera mano fundamental extraída de las entrevistas para la elaboración de los informes en conjunto con las demás disciplinas. Si bien los pedidos judiciales en su mayoría se centran en un diagnóstico médico específico, en los informes redactados por las Juntas Especiales se incluye un apartado llamado “Datos de interés vital referido” dando cuenta que no solo es una intención del Trabajo Social sino que es una decisión de todas las disciplinas poder darle entidad a esa trayectoria. Ya que afirmar la comprensión o no de una persona, se vuelve aún más complejo si se tiene en cuenta el entramado de faltas: falta de recursos económicos y culturales, falta de instituciones que alojen, falta de lazos sociales fuertes y solidarios.

En este sentido, las Juntas toma distancia de trabajar con una foto del momento del delito y busca entonces conocer las trayectorias de los sujetos. Además, como mencionamos anteriormente uno de los objetivos de las Juntas es pensar los tratamientos adecuados para los

sujetos. Por lo que es necesario saber si ya realizaron tratamientos en salud mental o no, si ya pasaron por otras instituciones y cómo fue ese pasar, saber qué posibilidades tienen de realizar tratamientos ambulatorios en caso de que se crea necesario, saber con quién vivirían. Prestar atención a estos datos, y a como son narrados por los sujetos, permite entonces aproximarnos a la persona más allá del delito, y a partir de allí escribir en el informe las consideraciones necesarias. Como bien plantea Arito (2001), cuando no se indaga en las condiciones concretas de existencia de los sujetos, no se indaga en las condiciones que son operantes en la subjetividad, esa intervención va a tener una tendencia a instituir una relación que es alienante, ilusoria, acrítica.

Algunas teóricas del trabajo social como Iamamoto (2003), Rozas Pagaza (2001), Matus (2012), se distancian de la idea de pensar intervenciones desde una perspectiva tecnológica. Argumentan que está permeada profundamente por la lógica positivista que recae en que la utilización de estos métodos científicos resultan insuficientes para nombrar la contradicción inherente de los procesos sociales. Así, Rozas Pagaza (2001) enuncia que este tipo de perspectiva influye y moldea a intervenciones caracterizadas por la instrumentalización como conjunto de técnicas que se aplicarán a cada demanda, donde lo primordial será el “cómo” de la intervención a través de su línea tecnocrática. Esto conlleva a una fuerte desvinculación entre la realidad y las técnicas de la intervención. Dicha separación no es ingenua, sino que la escisión entre intervención y las relaciones sociales, deja por fuera las dimensiones económicas, políticas, sociales, ideológicas, y configura la desvinculación como fenómeno histórico y cultural. Dicho “olvido” encubre la contradicción de las relaciones sociales.

Tomando estas posiciones de las autoras mencionadas anteriormente que conversan en la post reconceptualización del Trabajo Social, que critican esta forma de pensar y llevar adelante las intervenciones como una serie de pasos a seguir, reflexionamos acerca de las

Juntas Especiales. Ya que en este dispositivo puede parecer que el proceso de intervención es siempre el mismo, encorsetado por los pedidos de la Justicia. Leer los antecedentes, la historia clínica, la denuncia del delito, el informe policial, el informe del médico forense, realizar la entrevista y escribir el informe. Entonces, ¿Es posible poder posicionarse desde la crítica al Trabajo Social tecnológico? ¿Desde qué perspectiva se piensa el quehacer profesional?

Si entendemos que el Trabajo Social se presenta, tal como plantea Gonzalez Saibene (2011), con orientado políticamente “hacia un horizonte de construcción de ciudadanía” (Gonzalez Saibene, 2011, p.73), nos encontramos en una posición crucial en la que tenemos la responsabilidad de no ser indiferentes. Debemos indagar, analizar y pensar para qué y de qué manera intervenimos, ya que no hacerlo, se tenga o no conciencia de ello, “implica actuar desde alguna lógica ideológica que puede no favorecer la crítica reflexiva” (Arito, 2001. p. 3). Debemos entonces comprender para qué intervenimos y el anclaje teórico desde el cual se vuelve “necesario exponer las visiones, las categorías conceptuales desde donde se nombran los objetos y los sujetos involucrados en la intervención” (Cazzaniga, 2009. p.4). Puesto que nuestro quehacer profesional está enmarcado en relaciones sociales complejas, no deberíamos apelar a una aplicación de manuales siempre iguales para responder a distintas situaciones, sino que debemos situarnos y descifrar, tal como lo expresa Iamamoto (2003) la realidad ara intervenir en y desde ella.

Entre lo instituido y lo instituyente

Otro punto interesante para poder ahondar en el funcionamiento de las Juntas Especiales de Salud Mental es desde el análisis institucional debido a las distintas categorías que este nos brinda. De acuerdo a lo postulado por Kaminsky (1990) sobre las instituciones,

no las comprendemos como algo estático, sin cambios, ni como algo dado o natural sino que, como las define el autor, son “espacios de condensación social, porque en sus singularidades conjugan y anudan una constelación de discursos y prácticas económicas, políticas, sociales, jurídicas, técnicas, etc” (p. 32). En esta línea, todas las instituciones, aún las aparentemente más estáticas, se mueven, y este movimiento está dado por el juego y la permanente articulación entre lo instituido e instituyente a partir del proceso de institucionalización. Quienes encarnan ese juego, quienes lo ponen en movimiento son los grupos: por un lado el grupo objeto que es el que soporta la jerarquización institucional y que su acción es la que se espera de ellos, y, por el otro, el grupo sujeto, que tienen la vocación de tomar la palabra, son estratégicos reconociendo las normas institucionales: toman una posición crítica intentando introducir modificaciones, no rompen con la institución sino que enuncian algo. Se mueven entre lo hablado y lo hablante (instituido e instituyente) y funcionan como cuerpos más horizontales. Cabe aclarar que instituido e instituyente no significan “bueno o malo” en sí mismo y que no hay grupos enteramente sujetos u objetos. Volviendo a Kaminsky (1990), nos propone que las instituciones hablan en la medida en que las sepamos escuchar, nos invita entonces a poner atención a lo hablante, a todo aquello que nos facilite otra comprensión de la institución, que supere el nivel de aquello que podemos presuponer previamente. Y con ello nos habilita a cuestionarnos cuáles son esos discursos y prácticas que están presentes en las Juntas, quiénes encarnan ese grupo sujeto y qué lugar tiene el Trabajo Social en los equipos de las Juntas Especiales.

Actualmente estamos transitando un momento de retroceso en cuanto a la perspectiva de los Derechos Humanos y, en este contexto, entendemos que las Juntas Especiales -las personas que trabajan allí- encarnan el grupo sujeto en este juego institucional dado que cuando lo instituido se vuelve responder preguntas exactas sobre la “peligrosidad” de la persona, o sobre la comprensión o no de la criminalidad de los actos; desde las Juntas se

habla de la trayectoria de vida, del recorrido, de los padecimientos, del riesgo. De hecho, pudimos observar al menos dos narrativas dentro del entramado de instituciones que comprende a las Juntas: una que penaliza la locura, que es una postura que se fortalece a partir del cambio de gobierno, tanto provincial como nacional, en el año 2023 y de las modificaciones en la Ley de Ejecución Penal ya mencionada en el capítulo anterior, y otra mirada, totalmente opuesta, que es encarnada por los trabajadores -al menos de las Juntas- que busca entender al sujeto con padecimientos subjetivos como un sujeto con derechos. De hecho, Martínez (2014) dirá que los profesionales de las Juntas, sin importar de qué disciplina, piensan y habitan a las Juntas como “un espacio y una práctica instituyente de subjetividad, garantizadora de los derechos humanos” (p.6).

Las Juntas Especiales de Salud Mental se presenta entonces como un dispositivo en el cual se prioriza leer los matices y prestar atención a las singularidades y trayectorias debido a la comprensión del campo de la salud mental acorde a la expresada en el primer capítulo, desde una mirada integral, atravesada e intersectada por dimensiones culturales, políticas, económicas, sociales, vinculares, etc. Es por esto que en el próximo capítulo nos centraremos en los sujetos de este dispositivo y los datos que los profesionales de los equipos de las Juntas priorizan.

Capítulo III

Trayectorias, soportes y caracterización de los sujetos de las Juntas Especiales de Salud Mental Rosario

Luego de haber trabajado las ideas de campo de salud mental y penal, de haber explicitado el funcionamiento de las Juntas Especiales de Salud Mental y lugar del Trabajo Social allí, es momento de hablar de los sujetos de las Juntas, ¿quiénes son? ¿Tienen algo en común además del delito (o la presunción de haberlo cometido)?

Las personas evaluadas en las Juntas Especiales de Salud Mental suelen aparecer atravesadas por dos categorías de los campos constituyen el dispositivo, nos referimos a la categoría de locos y delincuentes que tienen esta doble valoración que, mientras el dispositivo penal busca castigarles y vigilarles, el dispositivo de salud mental busca problematizar sobre el tratamiento adecuado. Estos dos modelos distintos que conviven en la articulación de lo penal y la salud mental nos hace pensar nuevamente en lo instituido e instituyente. Ese discurso de vigilancia y aislamiento que fue un instituido del campo de la salud mental en sus inicios, hoy predomina más en el campo de lo penal. Mientras que desde la salud mental se piensa la desmanicomialización como instituyente. Sin embargo, nos interesa más que ubicar en una figura existente a los sujetos, poder realizar un análisis más profundo teniendo en cuenta sus datos y trayectorias de vida.

En las evaluaciones de las Juntas, como ya hemos mencionado, no se escribe solamente si la persona comprende o no la criminalidad de sus actos. Los equipos se detienen en las trayectorias de vida. En este punto es interesante recuperar a Fassin (2022), quien se pregunta ¿cuánto vale una vida? y desarrolla que, además de la vida biológica que empieza y

termina, existe una vida biográfica, aquella que forma la singularidad humana. Esta última es la que nos interesa puesto que está atravesada por diferentes condiciones y

hablar de desigualdad de las vidas ya no es solo interrogarse sobre las disparidades de su duración, sino considerar las diferencias entre lo que son y lo que los individuos tienen derecho a esperar de ellas. Ya no se habla entonces de cantidad sino de calidad, tampoco de longevidad sino de dignidad. (Fassin, 2022. p. 56)

Nos interesa concentrarnos en la vida biográfica entonces porque es la que deja entrever que las desigualdades sociales impactan en las trayectorias de los sujetos afectando su calidad de vida, entendiendo que las diferencias no son fenómenos naturales que de distribuyen de manera azarosa, sino que las desigualdades sociales son producto de estructuras de poder que las perpetúan. Prestar atención en la vida biográfica nos permite entonces “conocer” - entre comillas porque el tiempo que están en las Juntas Especiales es demasiado acotado - a la persona, y a partir de allí escribir en el informe las consideraciones necesarias.

A partir de la lectura de los informes de las evaluaciones realizadas por uno de los equipos de las Juntas Especiales de Salud Mental Rosario entre los meses de abril a diciembre de 2024 es que recuperamos datos interesantes para caracterizar a la población del dispositivo. El recorte temporal elegido se debe a factibilidad de acceso a la información, ya que se corresponde con el periodo de desarrollo prácticas profesionales, momento en el cual se trabajó en el registro y organización de información de la población evaluada.

Análisis de datos biográficos de los sujetos

Con la lectura de estos archivos lo que buscamos fundamentalmente es saber qué hay de esos soportes en términos de Castel (2010), ya que como plantea el autor, no hay

individuos sin soportes. Para pensar las trayectorias y lo que queremos saber de los sujetos de las Juntas Especiales es que recurrimos a Paugam (2012) quien desarrolla su análisis a partir de poner el foco en la dimensión identitaria y de reconocimiento social analizando los vínculos sociales y sus fragilidades en las sociedades contemporáneas. Por lo que poder conocer elementos relacionados a los cuatro grandes tipos de vínculos sociales - de filiación, de participación electiva, de participación orgánica y de ciudadanía- nos resulta clave para comprender las diferentes singularidades.

Por lo mencionado anteriormente es que los indicadores que buscamos conocer están relacionados a las vidas biográficas de los sujetos, queremos conocer su género y rango etario, los procesos de institucionales -vínculos de participación electiva- y también referencias socio-afectivas -vínculos de filiación y participación electiva- que ocupan un lugar de reconocimiento y protección importante en la vida de los sujetos. Además, conocer las formas en las que se presenta el Estado en sus vidas nos parece fundamental, en este caso observamos la inclusión o no en políticas públicas. Asimismo, hay elementos que nos parecen interesantes sumar como los consumos problemáticos, si realizaron tratamientos previos en salud mental y de qué forma, si tienen antecedentes penales y si ya fueron evaluados en las Juntas.

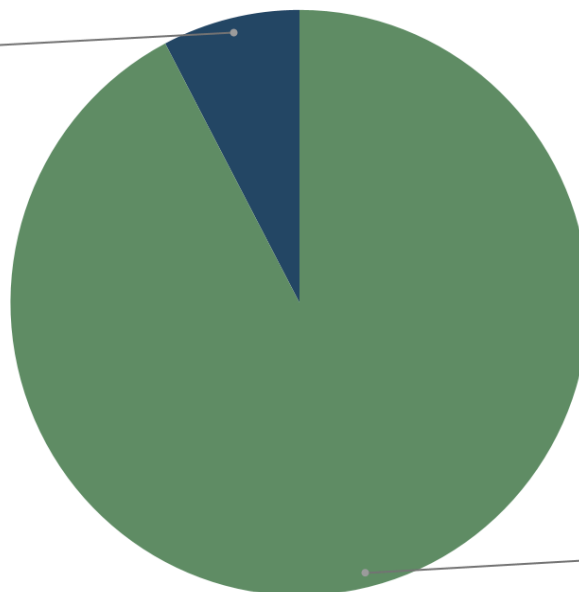
Para este análisis, trabajamos con 39 informes de uno de los equipos de las Juntas Especiales de Salud Mental Rosario, emitidos tras las evaluaciones realizadas en el año 2024 entre los meses de abril y diciembre. A continuación iremos presentando los datos contruidos.

Como primer dato tenemos el género de las personas. Ninguno se identificó por fuera de lo binario varón-mujer. El 92,3% son varones cis-género mientras que el 7,7% es conformado por mujeres cis-género (ver gráfico 1). Esta mayoría nos hace relacionarlo al concepto de selectividad penal donde una de las características era ser varón.

Gráfico 1 - género

Mujer cis-género

7,7%



Varón cis-género

92,3%

En cuanto a los rangos etarios, hay sujetos desde los 18 años hasta los 72 años, pero hay mayor presencia de personas entre 26 y 35 años conformando el 35,9%, luego le siguen el rango de 36 a 45 años con 25,6%, de 18 a 25 años un 20,5% conformando los tres grupos más grandes, mientras que de 46 a 55 años y de 56 a 65 años, ambos grupos tienen un 7,7% y, por último, de 66 a 75 años solo el 2,6% (ver gráfico 2).

Gráfico 2 - rango etario

66 a 75 años

2,6%

56 a 65 años

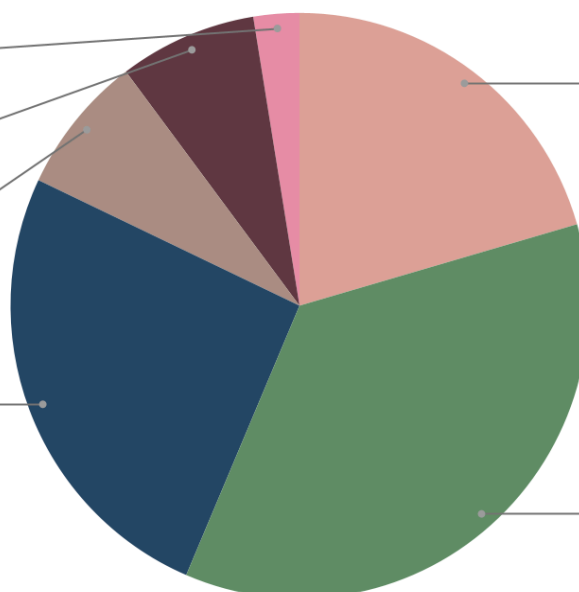
7,7%

46 a 55 años

7,7%

36 a 45 años

25,6%



18 a 25 años

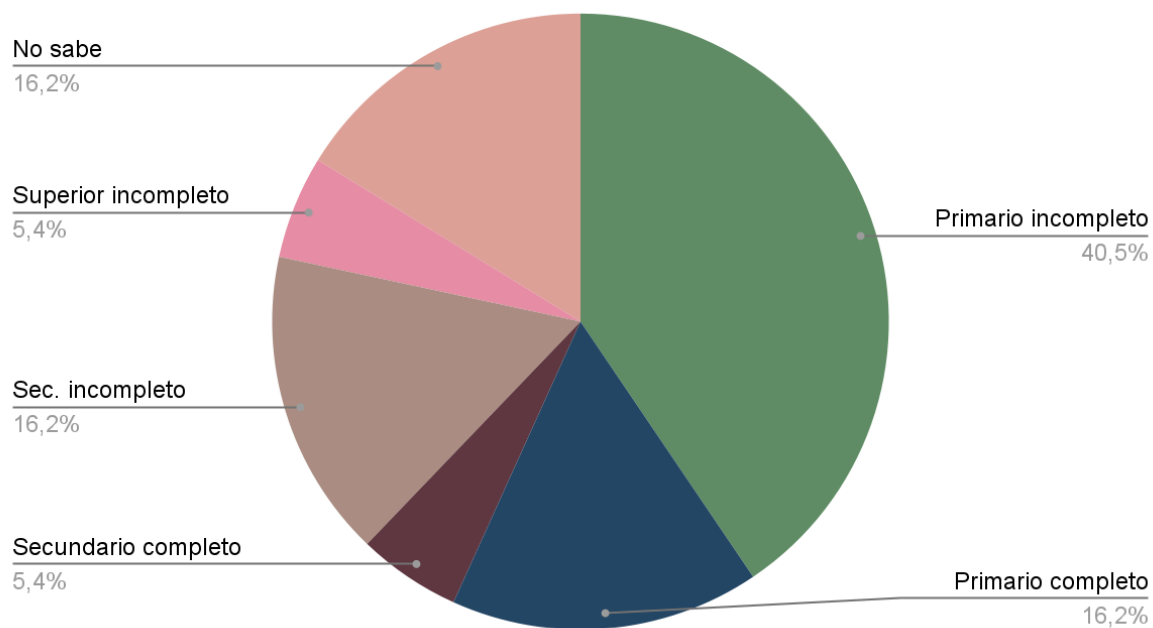
20,5%

26 a 35 años

35,9%

Otro dato que nos interesaba conocer es la escolaridad de cada una de estas personas, la mayoría conformada por un 41,7% tiene primario incompleto, mientras que un 16,7% posee primario completo, con el mismo valor 16,7% están quienes tienen el secundario incompleto y quienes no saben. Mientras que el secundario completo lo tienen el 5,6% y un nivel terciario o universitario incompleto el 2,8%. Ninguno de los sujetos completó sus estudios terciarios o universitarios (ver gráfico 3). Sobre estos datos, más allá de en qué momento desertaron de la escuela, podemos notar que un 75,17% no terminó sus estudios, sin contar quienes no saben.

Gráfico 3 - escolaridad



Además de la escolaridad, el trabajo forma parte de los datos de interés. En este punto, analizamos las opciones de trabajo estable, changas, no tiene o está jubilado. Los resultados fueron que el porcentaje más alto, el 56,4% no tenía trabajo antes de cometer el

delito que se le imputa, el 33,3% realizaba changas como la venta de pañuelitos o de artículos de limpieza, solamente el 5,1% tenían un trabajo estable. Y 5,1% están jubilados, uno por su edad y otro por discapacidad. (ver gráfico 4). Además, con respecto a programas de inclusión laboral, solo el 7,7% estuvo dentro (ver gráfico 4.2).

Preguntarse por el trabajo hoy en día es necesario puesto que el mundo del mercado del trabajo está en transformación con la plataformización de los trabajos crecen los trabajos informales sin seguridad social. Sin embargo, con los datos aquí arrojados observamos que esta población, en su mayoría, ni siquiera fue impactada por estas transformaciones puesto que son desocupados.

Gráfico 4 - trabajo

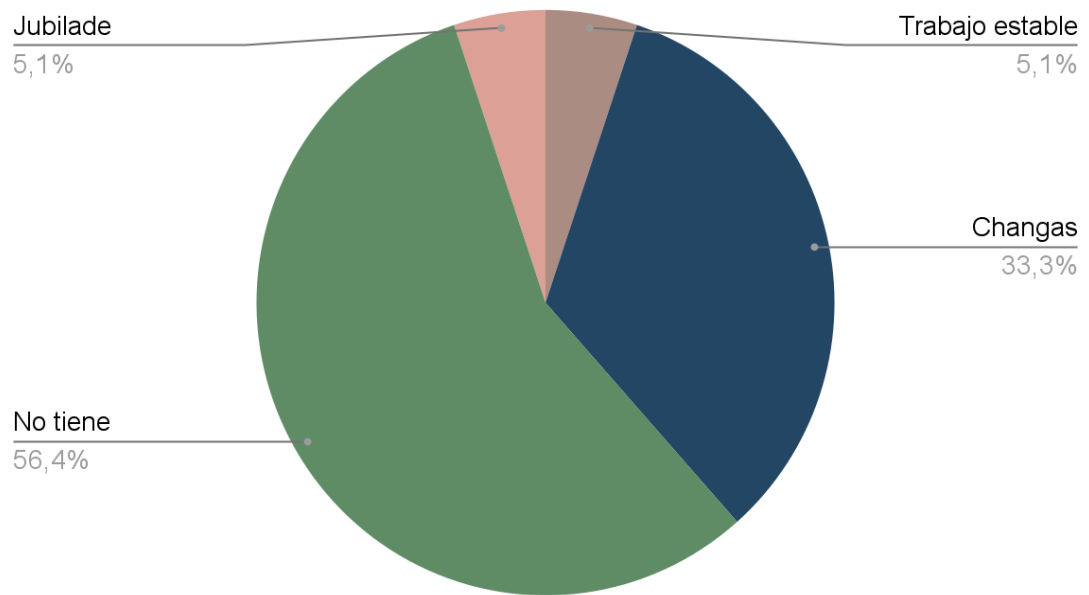
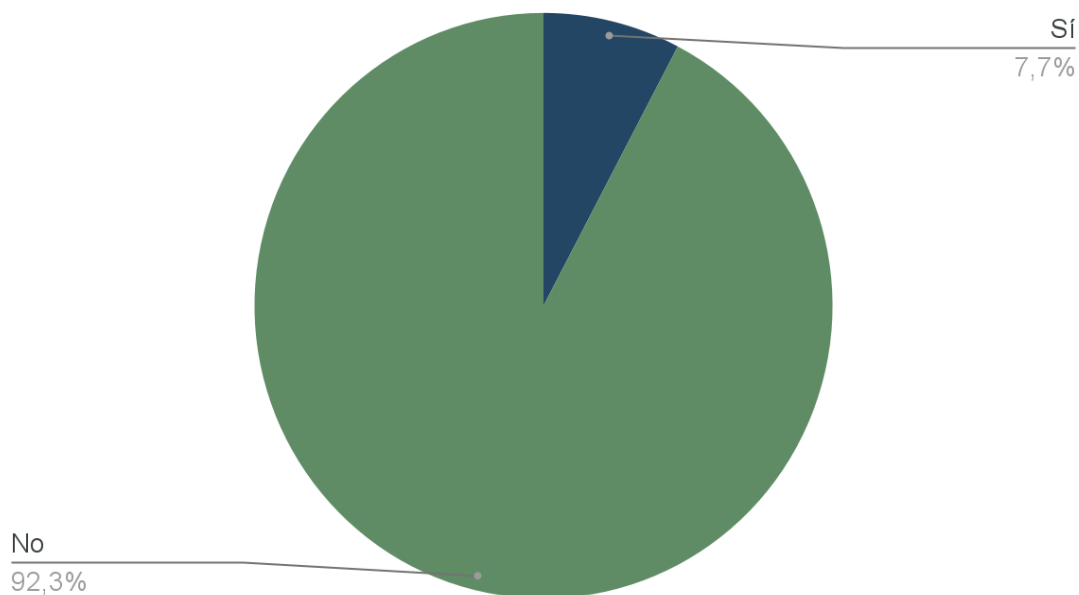


Gráfico 4.2 - políticas de inclusión laboral



Una pregunta fundamental también es si los sujetos realizaron alguna vez en su vida un tratamiento por salud mental. Si bien 74,4% realizó y 25,6% no (ver gráfico 5). Sobre este punto indagamos qué tipo de tratamiento había realizado esa mayoría, podemos dar cuenta que de ese 74,4% el 52,2% realizó un tratamiento esporádico, sin sostenerlo en el tiempo, otro 30,4% realizó alguna internación, ya sea en hospitales monovalentes como en comunidades terapéuticas por consumos problemáticos, y solo un 17,4% tuvo un tratamiento estable y sostenido en el tiempo. (ver gráfico 5.2)

Gráfico 5 - tratamiento previo

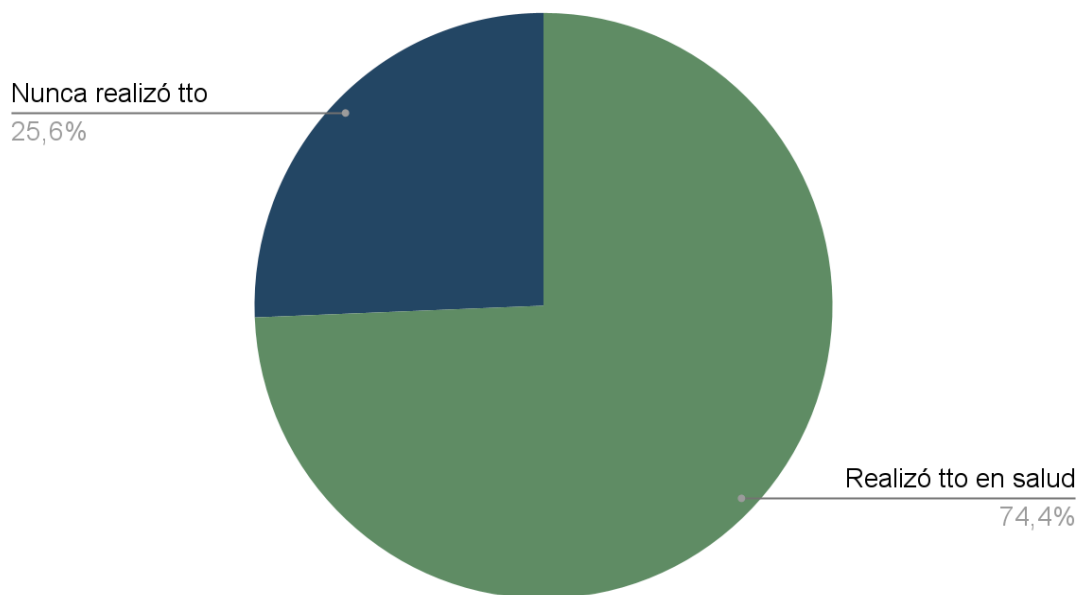
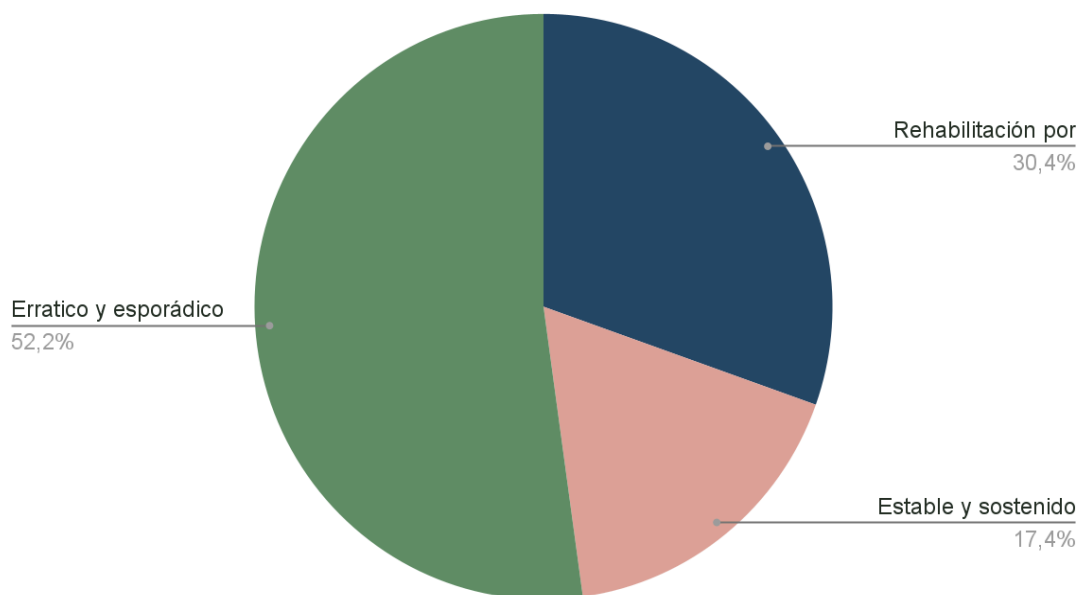
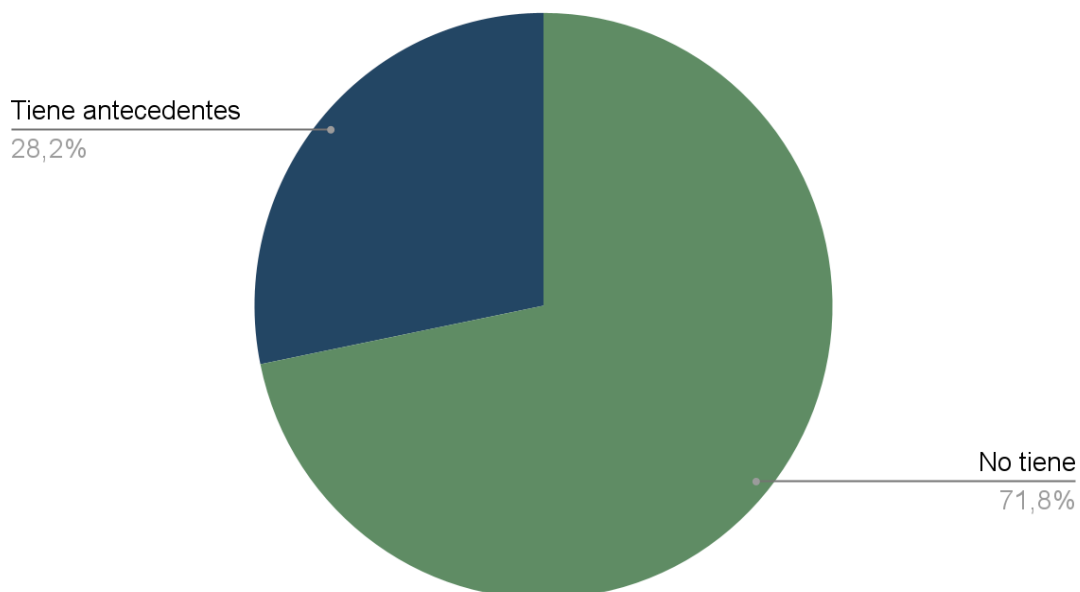


Gráfico 5.2 - tratamientos



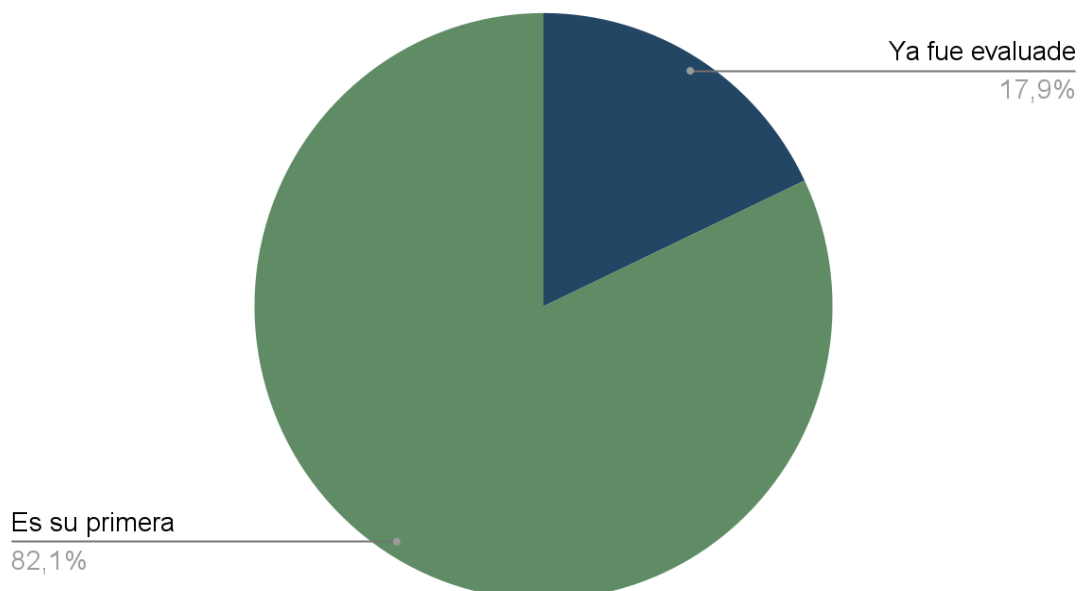
Otro dato que nos interesa saber es si los sujetos ya tenían antecedentes penales o no. La mayoría conformada por un 71,8% era la primera vez que delinque, mientras que un 28,2% ya contaba con antecedentes penales (ver gráfico 6).

Gráfico 6 - antecedentes penales



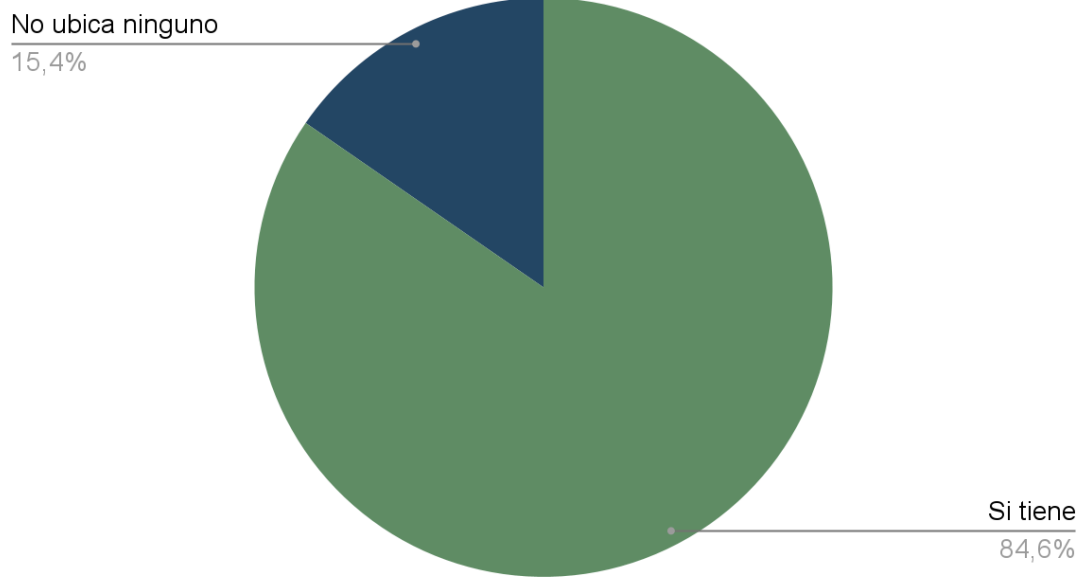
Además, saber si ya habían sido evaluados o no por las Juntas. Un 17,9% fue evaluado, es decir que no todos quienes tenían antecedentes ya habían pasado por las Juntas (ver gráfico 7).

Gráfico 7 - Evaluación en las Juntas Especiales



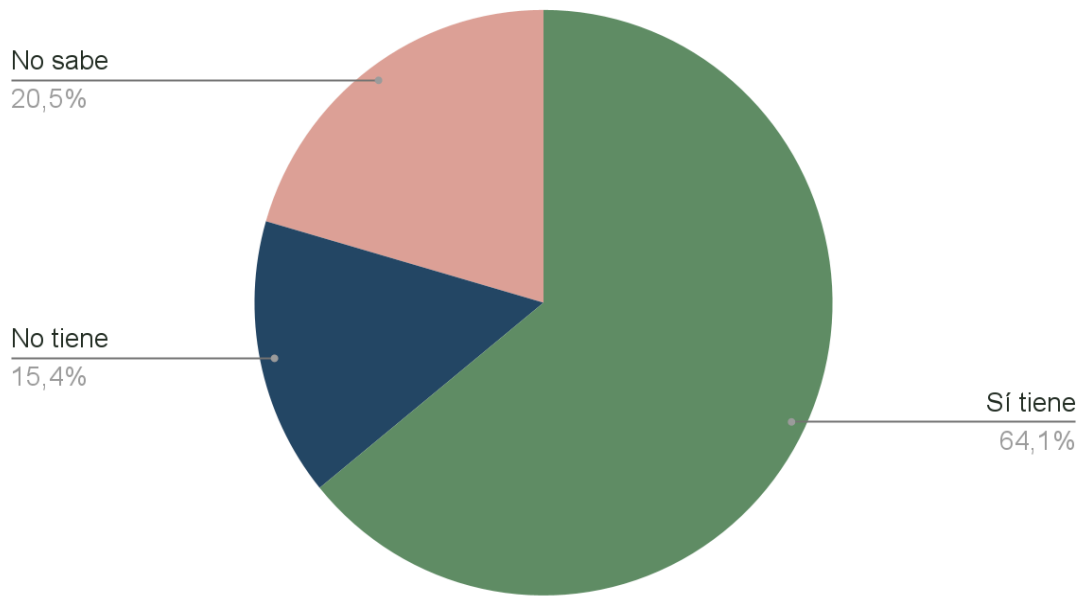
Uno de los datos que más nos interesaba conocer es cuántas de estas personas tenía referencias o vínculos socio afectivos fuera de las instituciones -unidades penitenciarias u hospitales monovalentes- en las que se encontraban al momento de las evaluaciones. El 84,6% tiene referentes socio afectivos y los identifican como tales, mientras que el 15,4% no pueden ubicar ninguno. (ver gráfico 8)

Gráfico 8 - referentes socio afectivos



Pero además de conocer quienes tenían referentes socio afectivos, nos preguntamos es lo mismo que tener un lugar donde vivir por fuera de las instituciones. Los datos revelan una brecha significativa, mientras que el 84,6% de los sujetos identifica referentes socio afectivos, solo el 64,1% cuenta con un lugar asegurado para vivir al momento de recuperar la libertad o recibir el alta. Esta disparidad nos permite afirmar que no es lo mismo tener referentes socioafectivos a tener un lugar para vivir. Se pone en evidencia entonces, la fragilidad tanto de soportes comunitarios como de políticas públicas para el momento que esos sujetos deban reincorporarse. (Ver gráfico 9)

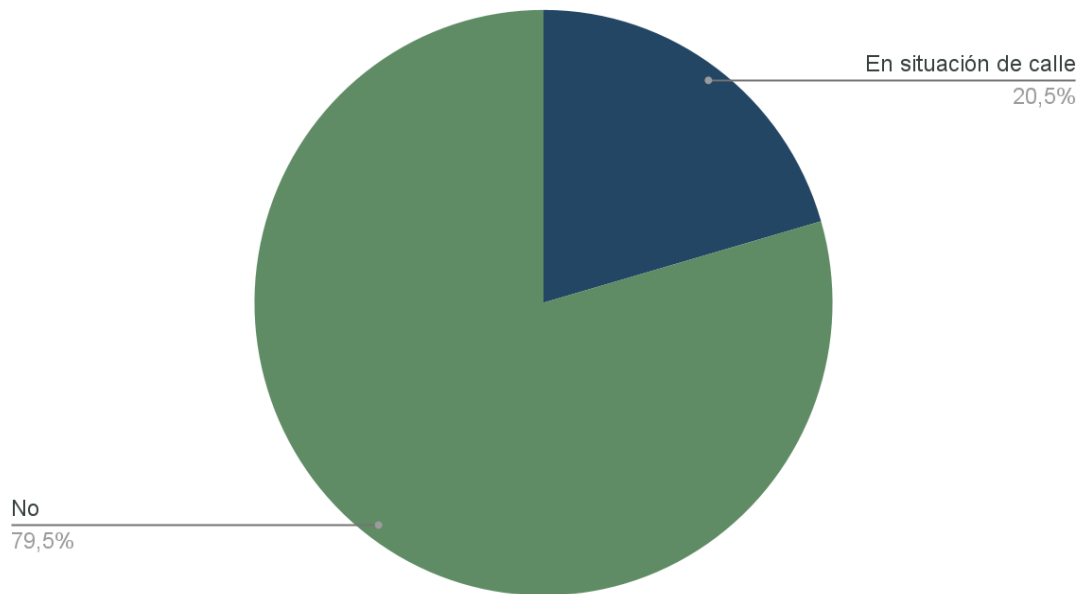
Gráfico 9 - lugar donde vivir



Siguiendo esta línea, indagamos sobre cuantas de estas personas vivían en situación de calle al momento de cometer el delito que se le imputa. Si bien la mayoría, el 79,5% no, un 20,5% sí estaba viviendo en situación de calle (ver gráfico 10).

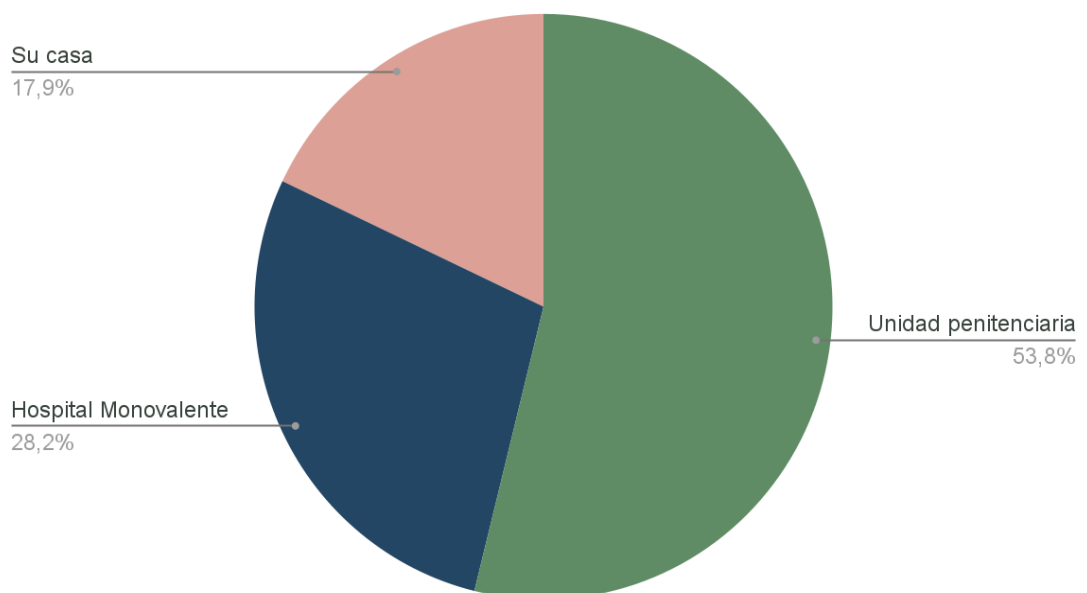
Si tenemos en cuenta los datos anteriores, es mayor el porcentaje que vivía en la calle al momento del hecho que quienes aseguran que no tienen lugar para vivir. Podemos pensar entonces que hay quienes estaban en situación de calle y durante el momento de la evaluación pudieron, a partir de las instituciones, contactarse nuevamente con sus referentes socio afectivos que aceptarían vivir con ellos o lo podrían considerar. Como también podemos pensar a la inversa, si bien hay un 79,5% que tenía un lugar en el cual vivir, solo un 64,1% afirma seguir teniendo ese lugar.

Gráfico 10 - situación de calle



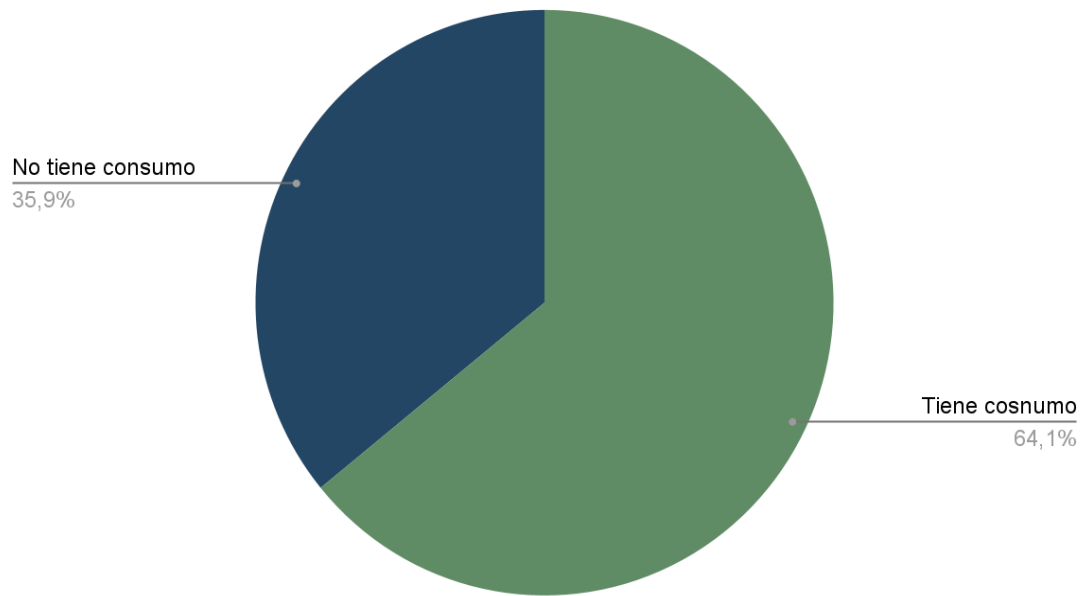
En esta línea, nos interesa conocer en qué lugares estaban al momento de ser evaluados por las Juntas (ver gráfico 11).

Gráfico 11 - lugar en el que se encuentra



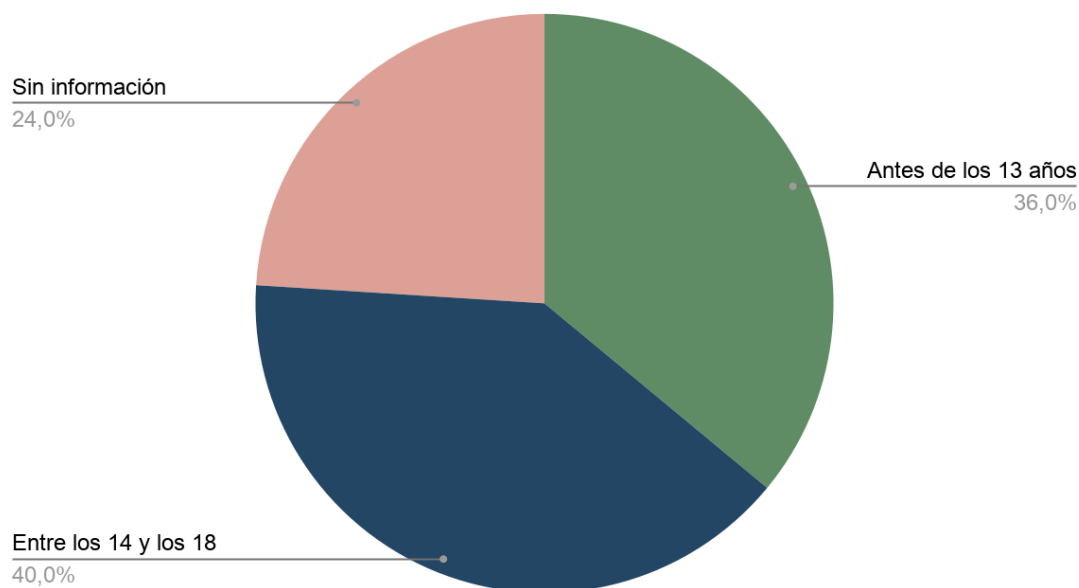
Otro dato tiene que ver con los consumos problemáticos, (Ver gráfico 12)

Gráfico 12 - consumos problemáticos de sustancias



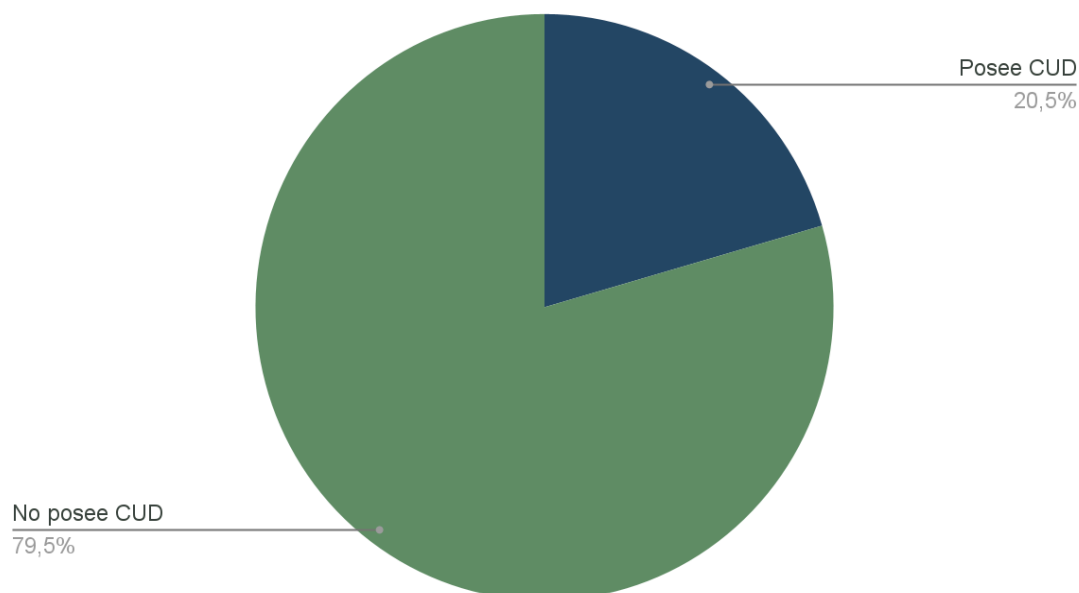
Con respecto a los consumos, profundizamos sobre las edades que tenía ese 64,1% cuando comenzó a consumir. La mayoría lo hizo entre los 13 y los 18 años formando parte del 40%, mientras que el 36% lo hizo antes de los 13 años y sobre otra parte del porcentaje, el 24% no hay información de la edad (ver gráfico 12.2). Sobre este punto es interesante cruzarlo con la escolaridad. De quienes se tienen datos, todos comenzaron a consumir en edad escolar mientras que la mayoría de las personas analizadas en estas estadísticas no terminó su ciclo escolar. Aunque no se puede determinar si el consumo precede al deserción escolar o viceversa, la coincidencia entre ambos factores sugiere que el inicio en el consumo es una variable crítica asociada a la interrupción de las trayectorias educativas.

Gráfico 12.2 - edades de inicio del consumo de sustancias



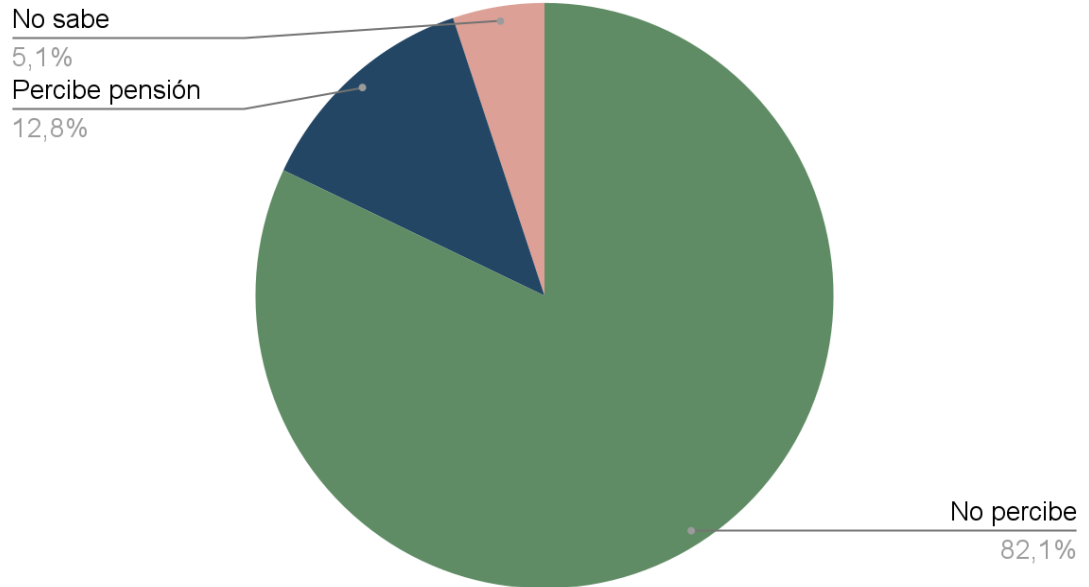
Al mismo tiempo, nos interesa saber si alguna de estas personas cuenta con Certificado único de discapacidad. Un 79,5% no y un 20,5% de la población cuenta con un CUD (ver gráfico 13).

Gráfico 13 - Certificado Único de Discapacidad



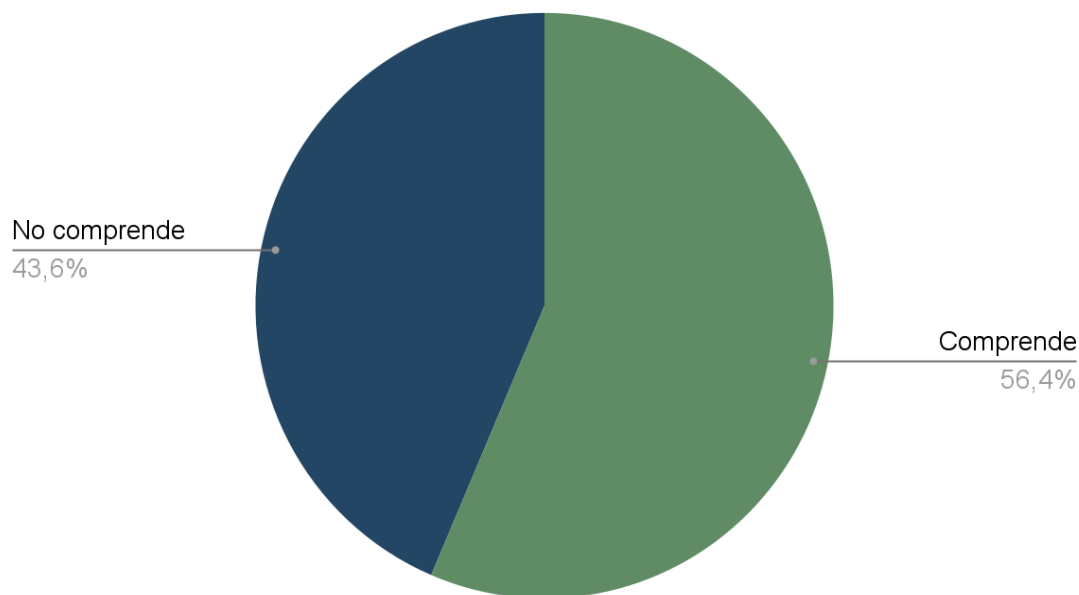
Si bien hay un porcentaje que tiene CUD, no es lo mismo contar con certificado de discapacidad que percibir alguna pensión estatal. Por eso es que este forma parte de los datos que quisimos conocer. Solo el 12,8% percibe pensión mientras que hay un 5,1% que no sabe y un 82,1% que no lo hace (ver gráfico 14).

Gráfico 14 - percepción de pensión



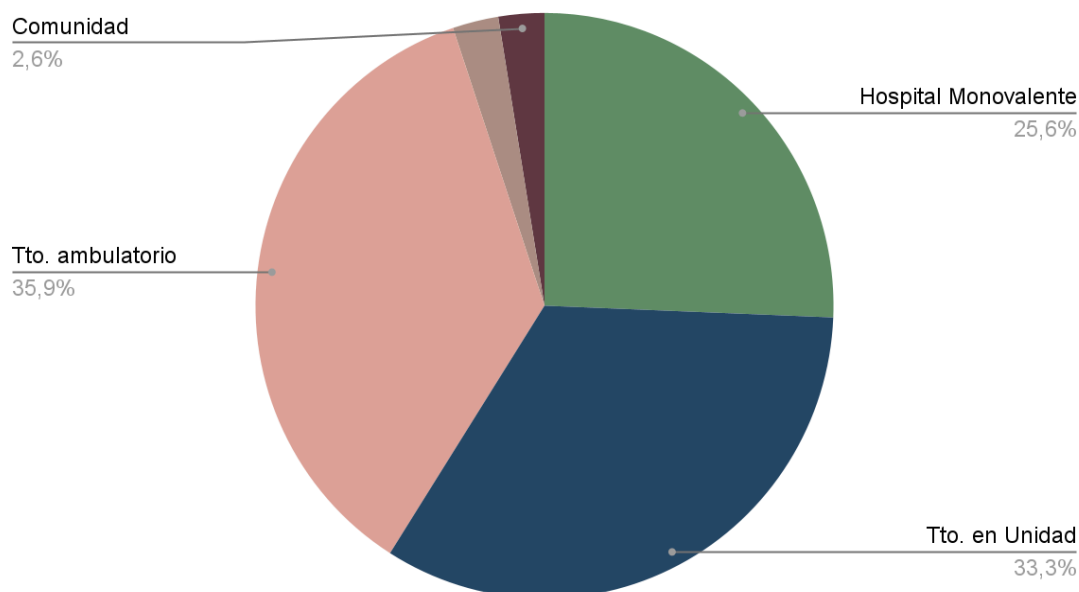
Uno de los datos que nos parecen interesantes saber es qué porcentaje de esta población comprende la criminalidad de sus actos y qué porcentaje no (ver gráfico 15). El equipo 1 determinó que el 56,4% de los sujetos se encontraban en condiciones de comprender lo que estaban haciendo y por ende, la criminalidad de sus actos. Mientras que el 43,6% restante no y por lo tanto son inimputables sobre el delito que se le imputa.

Gráfico 15 - comprensión de la criminalidad de sus actos



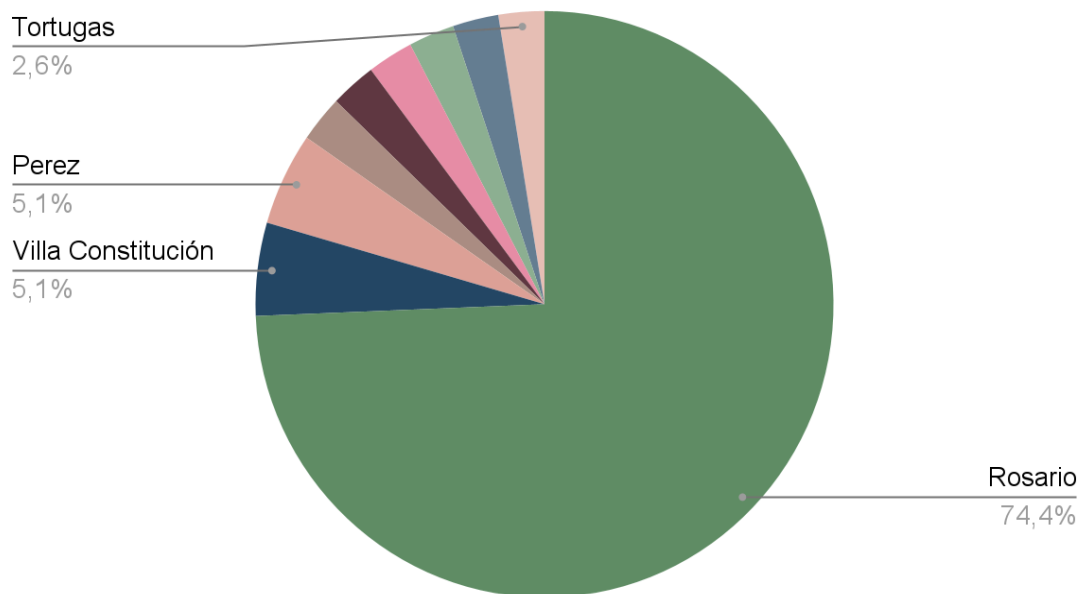
Nos preguntamos por el tratamiento sugerido por el equipo 1 de las Juntas Especiales de Salud Mental, cabe aclarar que siempre que se sugería la internación en un Hospital el equipo escribía en el informe que esto era una sugerencia y que los equipos de los hospitales deberían evaluar si tienen criterio o no para la internación. (ver gráfico 16)

Gráfico 16 - Tratamiento sugerido



Por último, ya que las Juntas Especiales de Salud Mental Rosario trabaja con el sur de la Provincia de Santa Fe, conocer de qué localidades son estos sujetos. La mayoría 74,4% viven en Rosario, mientras que el otro porcentaje se divide entre las localidades de Villa Constitución y Pérez ambas con 5,1%, y Capitan Bermudez, Roldán, Casilda, Cañada de Gómez, Arroyo Seco y Tortugas con el 2,6% cada una. (ver gráfico 17)

Gráfico 17 - localidad



Vidas biográficas de los sujetos de las Juntas Especiales de Salud Mental

Estos datos son útiles en tanto pueden mostrarnos regularidades entre los sujetos del dispositivo, podemos ubicar que tienen situaciones y características comunes, más allá del delito. La mayoría de los sujetos de las Juntas Especiales de Salud Mental Rosario son varones de 26 a 35 años, resulta llamativo los altos porcentajes respecto al abandono escolar

presente en los sujetos evaluados, donde el 40% desertó antes de completar el nivel primario. Otro elemento clave se vincula al mundo del trabajo, donde no solo están atravesados por la situación de desempleo, sino además en su mayoría estas personas no son beneficiarias de políticas de empleo. Observando cuestiones de salud mental, en relación al acceso a tratamientos, si bien casi el 75% ha accedido a realizar tratamiento este no fue sostenido en la mayoría de los casos. El consumo de sustancias desde antes de los 18 años es otro elemento común en el 76% de los evaluados. En relación a las políticas socio asistenciales, muy pocos cuentan con beneficio previsional/pensión, así como con Certificado único de discapacidad.

Para pensar estos datos, podemos retomar lo mencionado en el primer capítulo sobre los datos del Informe Anual de la Provincia de Santa Fe 2024 del Sistema Nacional de Estadísticas Sobre Ejecución de la Pena el cual mostraba que casi el 90% de las personas en situación de encierro en Santa Fe no terminaron la escuela y que casi el 70% no tiene trabajo remunerado y relacionarlo con el concepto de selectividad penal también ya mencionado anteriormente, que conlleva la criminalización de sectores marginales de la sociedad reforzando su exclusión mediante el dispositivo penal (Germán, 2015. p. 204). Estos datos de las cárceles de la provincia muestran que los sujetos de las Juntas Especiales de Salud Mental no son una excepción sino que siguen la regla.

Al analizar concretamente las características de quienes transitan por las Juntas Especiales de Salud Mental, nos encontramos con sujetos que encarnan un proceso de descualificación social (Paugam, 2012). Ya que se trata mayoritariamente de varones jóvenes, cuya trayectoria está marcada por la ruptura temprana de los vínculos de participación orgánica con la deserción escolar antes de completar el nivel primario y la posterior exclusión del mercado laboral. Al quedar en los márgenes de las políticas de inclusión, estos sujetos se ven privados de los recursos materiales y simbólicos que otorgan identidad y pertenencia. Siguiendo esta línea, podemos hablar de un aprendizaje fallido, que para Paugam (2012) es

un tipo de ruptura acumulativa que remite a los sujetos que desde su infancia presentan varias dificultades relacionadas a las condiciones de pobreza y/o a carencias en su entorno social y familiar.

Estos indicadores, como mencionamos anteriormente, son interesantes pensarlos en términos de soportes de Castel (2010) debido a que estos son condiciones sociales para la existencia de un sujeto, por lo que no hay sujetos sin soportes y al mismo tiempo no hay soportes sin Estado, ya que éste es el soporte de los soportes. Este punto nos parece necesario nombrarlo porque en los tiempos que corren el Estado parece estar en retirada, el pensamiento hegemónico es neoliberal y se exagera el desfinanciamiento de las políticas públicas. Los soportes no están dados naturalmente para todos de la misma manera, “los individuos están desigualmente respaldados para ser individuos” (p. 305), lo que determina quien es más sujeto serán estos soportes o su ausencia. Por eso es que el autor insiste en que el Estado y su intervención es necesaria para garantizar la igualdad de condiciones o al menos achicar las diferencias, ya que el tipo de Estado de Bienestar o Social es portador de las protecciones de los sujetos, asegurándoles contra los grandes avatares de la vida social. Es interesante lo que plantean Merklen y Filardo (2019) sobre los soportes brindados actualmente desde la protección estatal para estas poblaciones, políticas que parecen constituir apenas un zócalo sobre el cual los sujetos encuentran una superficie para establecerse como tal, aunque no permiten salir de la pobreza.

Sobre este punto, es interesante pensar al Estado en estas trayectorias de vida. Afirmar que el Estado desde una perspectiva neoliberal está ausente sería un gran error. En este escrito nos interesa preguntarnos por estas formas que toma el Estado en la vida de los sujetos de las Juntas Especiales, ya que la presencia estatal es a menudo contradictoria (Auyero y Berti, 2013). Su presencia se materializa en las escuelas, en los efectores de salud, en las políticas públicas, y en la policía. En este punto los datos nos permiten una lectura crítica: si bien el

Estado interviene desde temprana edad, la precariedad de los resultados -la deserción escolar, la falta de sostenibilidad en los tratamientos y el nulo acceso al empleo- demuestra que no basta con su presencia. Para los autores Auyero y Berti (2013) la policía no solo falla en proteger, sino que se integra en la dinámica violenta del territorio. De este modo, la crítica no recae sobre una supuesta ausencia, sino sobre la institucionalidad y la forma de esa presencia estatal que, en lugar de garantizar derechos, termina por legitimar y reproducir la violencia.

Siguiendo esta línea podemos reflexionar sobre la accesibilidad. A pesar de que las instituciones -escuelas, centros de salud, hospitales-, sus edificios y trabajadores existen, al ver los datos de los sujetos comprendemos que quizás no alcanza para que sean accesibles. La accesibilidad no es solamente entrar a un lugar, sino que, en estos casos sería haber mantenido el vínculo con tal institución. Es interesante esta categoría porque se constituye un elemento para analizar los efectos materiales y simbólicos de las políticas, entendiendo como una construcción colectiva y política, que demuestra de qué manera llegan las políticas a una población (Carballeda, 2025). Al mismo tiempo, la accesibilidad en tanto derecho debe estar anclada a los principios de reconocimiento y hospitalidad (Arias y Sierra, 2019), y en este sentido “no hay hospitalidad posible si no hay reconocimiento de la alteridad” (p.6). Es decir, estos principios habilitan a renunciar las exigencias que hay puestas, desde las instituciones, sobre esos otros, reconocerles como tales, con sus códigos y sus trayectorias.

Capítulo IV

Reflexiones para continuar pensando

En este trabajo buscamos conocer la población de las Juntas Especiales de Salud Mental Rosario a partir de una lectura de los campos de salud mental, penal y la articulación que hay entre ellos; conocer el funcionamiento de trabajo de este dispositivo y algunas particularidades del Trabajo Social allí, y por último, analizamos a partir de la lectura de los informes de las Juntas Especiales, datos de los sujetos y nos acercamos a una caracterización.

En este proceso recuperamos cuestiones sobre la vinculación de los campos de salud mental y el campo penal, que signan de tensión al dispositivo. Mientras que el campo de la salud mental busca virar hacia el cuidado, convive con propuestas de abordaje de control y vigilancia. Otras tensiones emergen entono al pasaje de una lógica de la peligrosidad, largamente asentada como lo instituido dentro del campo de la salud mental, hacia una gestión del riesgo que emerge como una fuerza instituyente. Mientras que, como vimos en el primer capítulo, lo instituido se centraba en la figura del loco peligroso, la noción de riesgo irrumpe para administrar a las poblaciones de manera preventiva y estadística. Siguiendo a Castel (1980), este orden psiquiátrico no espera a la manifestación de la locura, sino que instituye un control basado en el cruce de factores de vulnerabilidad. De hecho, observamos como esta tensión está presente en los equipos de las Juntas Especiales de Salud Mental Rosario cuando, a la hora de escribir los informes, los pedidos de las Justicia solicitan “Determinar si representa peligrosidad para si y para terceras personas”. Al menos en los informes que tuvimos acceso para el análisis de los datos, el equipo se posiciona “Como equipo de salud no nos referimos a la peligrosidad. Respecto a la existencia de riesgo cierto e

inminente, en términos de la Ley Nacional y Provincial de Salud Mental...”. Como hemos mencionado en el segundo capítulo escribir informes implica una responsabilidad ética. Al negarse a evaluar la peligrosidad, el equipo toma distancia de la lectura de los sujetos de una etiqueta estigmatizante y permanente, devolviendo la mirada hacia el riesgo, el cual, en el marco de la Ley de Salud Mental, debería ser una situación transitoria y ligada a la crisis, y no una condición inherente a la persona.

Sujetos de sociedades fragmentadas

Toda sociedad produce una subjetividad que está situada históricamente y que conforma las condiciones “para establecer distintas formas de padecimiento mental” (Galende, 1990. p. 82). Los sujetos son hechura de las sociedades que habitan. Para teóricos postestructuralistas como Foucault la idea de sujeto es producida por dispositivos y discursos que producen subjetividad, por lo que el sujeto individual es una ilusión ya que no puede ser escindido de la cultura que lo trasciende (Germain y Dávila, 2003). Es por este motivo que podemos reflexionar acerca de nuestra sociedad, que es en la que se encuentran los sujetos de las Juntas.

Un concepto útil es el de sociedad fragmentada (Blinder, 1991). Esta fragmentación, segmentación entre distintos grupos sociales, no es natural sino que es una estrategia del poder dominante que genera grupos sociales aislados y “busca generar prácticas de “guerra” entre esas minorías, logrando un control social horizontal, que involucra a esos mismos grupos sociales en una relación víctima-victimario, dual y cambiante.” (p.3). Un mecanismo a partir del cual los grupos sociales se declaran la guerra es la peste, esta idea de que cualquiera puede transmitir el mal. Hay grupos que son chivos expiatorios dice Blinder, es decir, grupos que siempre son responsables de la contaminación social. A través de este mecanicismo se

genera la cultura de la peste, que es la “cultura del desencuentro, agresiva, casi una guerra interna de la sociedad...una guerra sorda, instalada en el espacio interpersonal e intergrupal” (p.6). Podemos pensar en nuestra región en la contemporaneidad quiénes conforman esos grupos chivos expiatorios, si es que los hay, ¿les sujetos de las juntas formarían parte de este grupo? Si bien los sujetos de las Juntas no conforman un grupo homogéneo, una de las características que tienen en común, además del proceso vinculado al delito, es la expulsión del resto de la sociedad. Y, el delito, en estas trayectorias, desde esta perspectiva, no aparecería como una elección individual aislada, sino como el resultado de soportes sociales rotos.

Esta exclusión se ve complejizada por la emergencia de lo que podríamos considerar un nuevo emergente de la cuestión social: los consumos problemáticos. Observamos que la mayoría tiene consumos problemáticos, que predominan desde antes de los 18 años y otros desde antes de los 13 años. El consumo problemático como padecimiento se constituye como “una expresión del desencanto frente a un mundo fragmentado y sin sentido en el que la codicia aparece como una propuesta válida dentro de procesos de fuerte individuación, sumado a la construcción mediática de diferentes estereotipos, prejuicios y estigmatizaciones” (Carballeda, 2025. p 113 y 114). En este sentido, podríamos decir que los consumos no son un fenómeno aislado, sino que actúan profundizando la precarización de la vida social. Se vuelve un malestar que aísla a los sujetos de los otros, de su propia cultura y de aquellos elementos que constituyen su identidad. Por lo tanto, estos padecimientos no pueden ser entendidos como elecciones individuales, sino como síntomas de nuestras sociedades contemporáneas.

Bajo esta lógica, emergen nuevas subjetividades fragmentadas que habitan, en términos de Carballeda (2025) un puro presente, en el cual la urgencia por resolver cualquier

conflicto o inquietud de forma instantánea anula la capacidad de proyectar un futuro, sumergiendo a le sujeto en la desolación y la incertidumbre. Entonces, el autor dirá que

la incertidumbre atraviesa y se naturaliza en la vida cotidiana y el solo pensar en el futuro puede transformarse en malestar, padecimiento, una especie de evocación del dolor que se vincula con la frustración. Mediante estrategias publicitarias y comunicacionales, las sociedades capturadas por el Mercado intentan convencer acerca de la separación y sensación de extrañeza frente al Otro, afirmándose en la ilusión de que es posible sobrevivir individualmente, mejorar sin sociedad, sin cultura, sin historia. (p. 28 y 29)

Siguiendo esta línea, podemos plantear que las nuevas subjetividades están marcadas por consumos problemáticos de drogas y por un presente sin futuro, caracterizado por Carballada (2025) como la era de la inmediatez.

Sobre lo mencionado anteriormente de los chivos expiatorios en la sociedad, es interesante lo que menciona Carballada (2006) sobre que les sujetos con consumos problemáticos de sustancias ilegales, para el imaginario social, tienen una ciudadanía deteriorada, inestable, recortada o efímera. Se podrían plantear, dice el autor, que hay nuevas formas de estigmatización o de etiquetamiento, que pueden estar relacionadas con las formas clásicas de exclusión social y que implican la naturalización de las etiquetas. Por lo que, quizás lo que convierte a les sujetos de las Juntas en chivos expiatorios no es - solamente- su dualidad de “loco delincuente” sino que se sumarían estas cuestiones propias de las nuevas subjetividades antes mencionadas.

A nuevos problemas ¿mismas instituciones?

Las políticas neoliberales han operado como un factor de desintegración social, empujando a poblaciones enteras a la precariedad, “contingentes enteros de la población mundial son expulsados del mercado de trabajo y privados del acceso a bienes materiales y simbólicos, siendo sometidos así a un creciente debilitamiento de sus vínculos sociales” (Bravo, 2009. p. 264). Entonces, al quedar privados de recursos materiales y simbólicos, les sujetos ven fragilizados sus lazos sociales, lo que deriva en un deterioro de la salud mental y una desarticulación en los vínculos de filiación y de participación electiva (Paugam, 2012). El Estado “se objetiva a través de instituciones que actúan como fiadoras del sistema social vigente y operan como articuladoras y organizadoras de esa sociedad” (Bravo, 2009. p. 264). Es decir que las instituciones podrían ser comprendidas como las que aseguran el orden de las cosas, por más desiguales que sean. Ya que cuando hablamos de instituciones, hablamos de relaciones de poder (Arias, 2022).

Como fue abordado a lo largo del trabajo, les sujetos de las juntas especiales de salud mental, está atravesado por diversos problemas sociales, además del vínculo con el mundo del delito, consumos problemáticos, pobreza, deserción escolar, desocupación. Es por esto que sostenemos que esta caracterización de les sujetos no es una mera descripción de rasgos individuales, sino el mapa de los vacíos institucionales que recorrieron sus trayectorias antes de llegar a las Juntas. Es decir, son poblaciones a las que las instituciones clásicas no las han atendido y que, nos encontramos en una situación en la que hay quienes es la primera vez que reciben asistencia. La pregunta que nos hacemos es entonces si las instituciones se modifican en la medida y al mismo ritmo que las situaciones sociales se complejizan. Como vimos en el capítulo uno, los hospitales monovalentes -en ese entonces llamados psiquiátricos- y las cárceles son instituciones de largo tiempo. Con los datos obtenidos en la lectura de los

informes -la mayoría alojados en una de estas dos instituciones- es que pensamos que luego de tantos años siguen siendo las dos grandes respuestas. Esta pregunta por las instituciones e intervenciones posibles surge a partir de la lectura de Marilda Iamamoto (2003) quien explica que

Uno de los mayores desafíos que vive el Asistente Social en el presente es desarrollar sus capacidades de descifrar la realidad y construir propuestas de trabajo creativas y capaces de preservar y tornar efectivos los derechos, a partir de las demandas emergentes en el cotidiano. En fin, ser un profesional propositivo y no solo ejecutor.”
(p. 33)

Si descifrar la realidad y ser propositivos al respecto es el desafío, debemos hacer lugar a las preguntas que rompan con la monotonía y la rutina, y den paso a las turbulencias y complejidades de la realidad en la que intevenimos. Desnaturalizar lo que se nos presenta como natural. Estos problemas sociales complejos implican la necesidad de construir dispositivos de intervención nuevos y diferentes “que puedan recuperar la condición histórica social perdida en nuestras sociedades, luego de décadas de descomposición de dictaduras, represiones y modelos económicos que concentraron la riqueza alterando la distribución a cifras impensadas” (Carballeda, 2025. p. 89). Pareciera, al menos con los datos que analizamos sobre los sujetos de las Juntas, que urgen nuevas formas de lo institucional. A partir de los datos analizados, nos preguntamos ¿qué respuesta reciben aquellas personas cuya capacidad de comprensión está atravesada por situaciones de consumo crónico y problemático? ¿Cuál es la oferta institucional para estas subjetividades, donde los modos de intervención del estado emergen con formas de control antes que de cuidado?

Actualmente, no existen dispositivos que logren alojar a este grupo que hoy queda fuera de los circuitos de asistencia convencionales, evidenciando que las instituciones

actuales no están preparadas para esta complejidad o que, quizás, los problemas sociales se complejizan más rápidamente que las instituciones se mueven.

Es en este contexto de avance de políticas neoliberales y de problemas sociales que complejizan las intervenciones como los consumos problemáticos, que desde el Trabajo Social debemos participar en el debate sobre las instituciones. Es necesario superar la crítica distante (Arias, 2022) hacia las instituciones para poder aportar a nuevas configuraciones ya que son estas los lugares donde la política se materializa.

En este sentido, las Juntas Especiales de Salud Mental, al ubicarse en el intersticio de los campos de salud mental y lo penal, tienen la oportunidad de recuperar los hitos de lucha (Arias y Barberena, 2023) dentro del campo de la salud mental -como la desmanicomialización y el reconocimiento de los sujetos de derecho- para tensionar las lógicas punitivas instituidas. Al negarse a evaluar la peligrosidad para centrarse en el riesgo, el equipo de las Juntas habita críticamente ese intersticio institucional. El desafío, retomando a Iamamoto (2003), es sostener una práctica propositiva que, reconociendo la densidad histórica de los campos en los que interviene, logre desnaturalizar lo instituido para alojar la singularidad de los sujetos en el complejo escenario contemporáneo.

Referencias

- Alberdi, J. (2012). Desafíos políticos y asistenciales de la nueva ley nacional de salud mental. El caso de la Provincia de Santa Fe. *Debate Público: Reflexiones de Trabajo Social*, (2), 127–134.
- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio: Salud mental y atención psicosocial*. Editorial Topía.
- Arias, A. (2021). Una apuesta a la densidad institucional. Propuesta de un concepto para pensar la relación de instituciones sociales públicas y políticas sociales. *Debate Público: Reflexiones de Trabajo Social*, 11(21), 13–21.
- Arias, A. (2022). Trabajo social e instituciones: Control social, transformación y vías de escape en tiempos críticos. *Propuestas Críticas en Trabajo Social - Critical Proposals in Social Work*, 2(3), 51–72. <https://doi.org/10.5354/2735-6620.2022.61443>
- Arias, A., y Barberena, M. (2023). Hitos: Una propuesta metodológica en formación para investigar e intervenir en instituciones sociales. *Intervención*, 13(1), 101–114.
- Arias, A., y Sierra, N. (2019). La accesibilidad en los tiempos actuales: Apuntes para pensar el vínculo entre los sujetos y las instituciones. *Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, (92), 1–11
- Arito, S. (2001, 16–19 de julio). *El análisis organizacional e institucional como herramienta para la formación académica y la intervención profesional* [Ponencia]. XVII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social, Lima, Perú.
- Auyero, J., y Berti, M. (2013). *La violencia en los márgenes: Una maestra y un sociólogo en el conurbano bonaerense*. Katz Editores.

- Banks, S. (1997). *Ética y valores en el Trabajo Social*. Paidós.
- Barukel, A. (2019). Responsabilidad, peligrosidad y simulación: Prácticas judiciales en una institución psiquiátrica de la provincia de Santa Fe. *Delito y Sociedad*, 28(48), 101–126.
- Bauman, Z. (2005). *Vidas desperdiciadas: La modernidad y sus parias*. Paidós.
- Blinder, A. (1991). *La sociedad fragmentada*. Nueva Sociedad.
- Bourdieu, P., y Wacquant, L. J. D. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Siglo Veintiuno Editores.
- Bravo, O. (2009). La construcción institucional del "loco peligroso". *Universitas Psychologica*, 9(1), 263-275.
- Calero, M. (1999). Del silencio al lenguaje (Perspectiva desde la otra orilla). En Instituto de la Mujer (Ed.), *Femenino y en masculino* (Cuaderno de educación no sexista n.º 8, pp. 6–11). Ministerio de Asuntos Sociales.
- Carballeda, A. J. (2006). *La intervención en lo social: Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Paidós.
- Carballeda, A. J. (2018). *La mirada, la palabra y la escucha: Entrevista e intervención social*. Espacio Editorial.
- Carballeda, A. J. (2025). *Lo social y el padecimiento en la era de la inmediatez y la desigualdad: Algunas coordenadas para pensar la intervención*. Margen.
- Castel, R. (2010). *El ascenso de las incertidumbres: Trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Fondo de Cultura Económica.
- Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico: La edad de oro del alienismo*. La Piqueta.
- Castel, R. (1995). *Las metamorfosis de la cuestión social: Una crónica del salario*. Paidós.

- Cazzaniga, S., et al. (2006). *La entrevista*. Área de Capacitación y Posgrado, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Cazzaniga, S. (2009). *Intervención en Trabajo Social*. Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos
- Cohen, H. (2025) “Pobres resultados”. Por qué falló la implementación de la ley de salud mental/ entrevistado por Fabiola Czubaj. La Nación. <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/pobres-resultados-por-que-fallo-la-implementacion-de-la-ley-de-salud-mental-nid26092025/>
- Croxatto, G. (2012). La salud mental (en la Argentina): Dos paradigmas en pugna. *Lecciones y Ensayos*, (90), 255–276.
- Dubet, F. (2007). El declive y las mutaciones de la institución. *Revista de Antropología Social*, (16), 39–66.
- Faraone, S. (2012). El acontecimiento de la ley nacional de salud mental: Los debates en torno a su sanción. *Debate Público: Reflexiones de Trabajo Social*, (4), 11–22.
- Forni, P., y De Grande, P. (2020). Triangulación y métodos mixtos en las ciencias sociales contemporáneas. *Revista Mexicana de Sociología*, 82(1), 159–189.
- Foucault, M. (1997). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica.
- Fassin, D. (2022). *¿Cuánto vale una vida? O cómo pensar la dignidad humana en un mundo desigual*. Siglo Veintiuno Editores.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental: Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Paidós.
- Germán, B. (2015). “Ser tumbero y ser humano”: Las identidades en las cárceles bonaerenses a partir de las experiencias en educación y trabajo. En C. Giordano (Dir.), *Circuitos carcelarios: Estudios sobre la cárcel*. 1.^a ed. Universidad Nacional de La Plata.

Germain, M., y Davilo, B. (2003). *Política y sujeto*. UNR Editora.

Giribuela, W., y Nieto, F. (2009). *El informe social como género discursivo: Escritura e intervención profesional*. Espacio Editorial.

Giribuela, W. (2024). *El informe social como intervención profesional: Una mirada desde la perspectiva ética*. La Hendija.

González Saibene, A. (2011). Conocimiento, intervención, transformación. En S. Cazzaniga (Comp.), *Entramados conceptuales en Trabajo Social: Categorías y problemáticas de la intervención profesional* (pp. 236–254). La Hendija.

Gorbacz, L. (2011). La Ley de Salud Mental y el Proyecto Nacional. En E. Blanck (Coord.), *Panorámicas de salud mental: A un año de la Ley Nacional N° 26.657*. Eudeba.

Iamamoto, M. (2003). *El trabajo social en la contemporaneidad*. Cortez Editora.

Ministerio de Justicia. (2025). *Informe anual de la Provincia de Santa Fe 2024: Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena (SNEEP)*. Secretaría de Justicia.
<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/09/sneepsantafe2024.pdf>

Kaminsky, G. (1990). *Dispositivos institucionales: Democracia y autoritarismo*. Lugar Editorial.

Ley 11.179 Código Penal de la Nación Argentina, 1921. Recuperado de:
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm#:~:text=ARTICULO%2034.%2D%20No%20son%20punibles,acto%20o%20dirigir%20sus%20acciones.>

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. (2010, 3 de diciembre). *Boletín Oficial de la República Argentina*.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175913/norma.htm>

Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772. (1991, 28 de noviembre). *Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe.*

<http://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/view/full/117692>

Ley de Ejecución de la Pena Privativa de Libertad de la Provincia de Santa Fe N° 14.243. (2023, 29 de diciembre). *Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe.*

<https://www.santafe.gob.ar/ms/spsf/wp-content/uploads/sites/34/2024/08/Ley-14243.pdf>

Lobos, N. (2023). Bordes y desbordes de la crítica a la objetividad en la formación de profesionales del trabajo social. *Propuestas Críticas en Trabajo Social*, (5), 110–130. <https://doi.org/10.5354/2735-6620.2023.68286>

Martínez, M. (2014). *Juntas Especiales de Salud Mental, en la encrucijada de la institución judicial y la locura* [Ponencia]. XI Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario, Argentina.

Matus, T. (2012). *Propuestas contemporáneas en Trabajo Social. Hacia una intervención polifónica*. Espacio Editorial.

Menéndez, E. (1988). *Modelo médico hegemónico y atención primaria* [Ponencia]. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, Argentina.

Merklen, D., y Filardo, V. (2019). Detrás de línea de pobreza: La vida en los barrios populares de Montevideo. Gorla.

Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. (2023, 30 de mayo). Plan Provincial de Salud Mental 2022-2028.

<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/273160/1421568/file/RM20230990MSAL.pdf>

Paugam, S. (2012). Protección y reconocimiento. Por una sociología de los vínculos sociales.

Papeles del CEIC, 2012(2), Artículo 82.

Poblet Machado, M. (2019). *Inimputabilidad en Argentina. Prácticas jurídicas, penitenciarias y sanitarias frente al sujeto inimputable* [Ponencia]. XIII Jornadas de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Poblet Machado, M., y Martín, J. P. (2016). Salud mental, sistema penitenciario federal y programa interministerial de salud mental argentino. Tensiones e intervenciones en problemáticas sociales complejas. *Revista Margen*, (82).

Rodríguez Alzueta, E. (2015). Circuitos carcelarios: El encarcelamiento masivo-selectivo, preventivo y rotativo en Argentina. En C. Giordano (Dir.), Circuitos carcelarios: Estudios sobre la cárcel (1.^a ed., pp. xx-xx). Universidad Nacional de La Plata.

Rozas Pagaza, M. (2001). *La intervención profesional en relación con la cuestión social. El caso del Trabajo Social*. Espacio Editorial.

Rubio, R., y Bovino, B. (2020). Desandando el camino de la institucionalización y la clínica de la restitución del lazo [Ponencia]. XIV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población: "Salud, derechos y desigualdades: desafíos urgentes", Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Rubio, R., Pino, G., y Siri, C. (2022). Clínica, lazo social y territorio. Entre la cosecha y el ateneo... un proyecto que espera (Relato de una práctica interdisciplinaria en salud mental).

- Sardi, V., y Tosi, C. (2021). *Lenguaje inclusivo y ESI en las aulas. Aportes teórico-prácticos para un debate en curso*. Paidós.
- Sautu, R. (1997). Acerca de qué es y no es investigación científica en ciencias sociales. En C. Wainerman y R. Sautu (Comps.), *La trastienda de la investigación* (pp. 179-195). Editorial Belgrano.
- Sautu, R. (2005). *Manual de metodología: Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. CLACSO.
- Sozzo, M. (2015). *Locura y crimen. Nacimiento de la intersección entre los dispositivos penal y psiquiátrico*. Didot.
- Sozzo, M. (1995). Sistema de justicia penal, selectividad y loco-criminal en la ciudad de Santa Fe. *Delito y Sociedad*, 4(6/7), 143-164.
- Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y salud mental [Ponencia]. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental y Jornadas Provinciales de Psicología: "Salud Mental y Mundialización: estrategias posibles en la Argentina de hoy", Posadas, Misiones, Argentina..
- Stolkiner, A. (2012) Nuevos actores del campo de la salud mental. Publicado en *Revista Intersecciones Psi*. Revista Virtual de la Facultad de Psicología de la UBA. Año 2, número 4.
- Stolkiner, A. (2015). Salud mental: avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria. En *Qué hacer en salud-Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria* (pp. 57-70). Editorial Colihue.
- Stolkiner, A. y Rosales, M. (2024). Fundamentos de la salud mental comunitaria. En A. D. Wilner y F. Torricelli (Eds.), *Praxis en salud mental. Abordaje y procesos de cuidado* (1a ed., pp. 41-48). Ediciones de la UNLa (EDUNLa).

Ulloa, F. (2007). Ternura, numerosidad social e insurgencias (G. Kazi, Entrevistador). En Subjetivaciones, clínicas e insurgencias (pp. 155-168). Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Vasconcelos, E. (2000) *Servicio Social e interdisciplinariedad*. Cortez Editora.

Wacquant, L. (2025). Castigar para dominar. La punitividad colonial y las zonas urbanas degradadas. *New Left Review*, (152).