Rev Psiquiatr Urug. 2023;87(1):47-61 | https://doi.org/10.46706/PSI/87.1.3

Conferencia

Privación de libertad y enfermedad mental

XXXI Jornadas de la Clínica de Psiquiatría: «Desafíos límites del rol del psiquiatra».
Unidad Docente Asistencial Hospital Vilardebó. Noviembre de 2022

María Fernanda Porteiro. Es un honor para mí estar acá con ustedes y coordinar esta Mesa con compañeros tan destacados. Conversando con Sandra [Romano] le decía que el tema para mí es motivo de unas jornadas, no de una mesa en las jornadas, porque podríamos dedicarle mucho tiempo a este tema.

Rodrigo Sosa. Buenos días a todos. Pasamos a compartirles el caso. Se trata de un paciente de sexo masculino, de 47 años, procedente de Montevideo. Previo al ingreso vivía con uno de sus tres hermanos. También convivía con su madre, fallecida hace un año. Soltero, sin hijos. Primaria incompleta (4.º año aprobado, adquiere lectoescritura). No trabaja y cobra pensión.

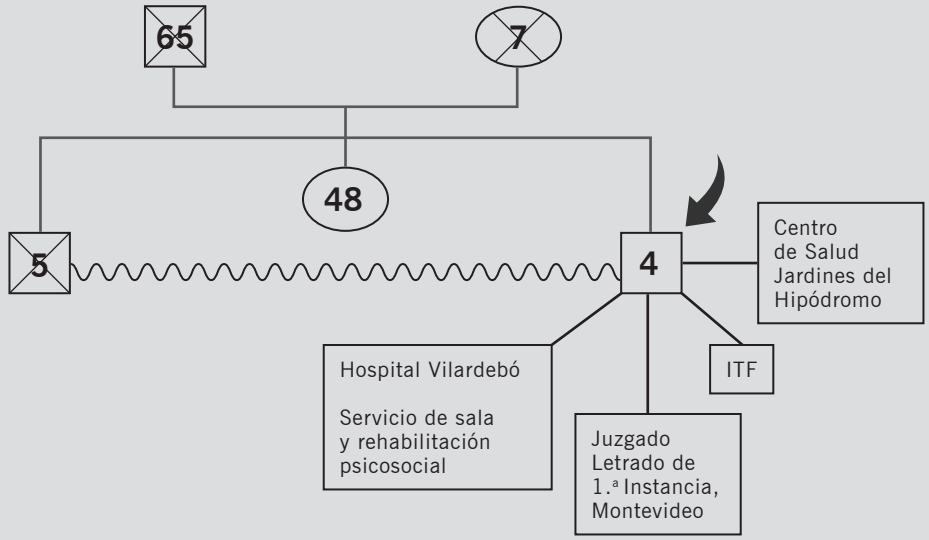
En cuanto a los antecedentes personales psiquiátricos, tiene diagnóstico de esquizofrenia paranoide a los 19 años. Tuvo 5 internaciones en el Hospital Vilardebó. Mantuvo tratamiento ambulatorio en el Centro de Salud de Jardines del Hipódromo y cumplía control de ese tratamiento hasta el inicio de la crisis sanitaria.

De los antecedentes familiares se destaca que el hermano con el cual últimamente convivía tenía diagnóstico de esquizofrenia con internaciones previas.

Sin antecedentes médicos a destacar y sin antecedentes judiciales a destacar.

El familiograma muestra al paciente, a sus dos hermanos (uno de ellos, fallecido, que padecía esquizofrenia) y a sus dos padres, también fallecidos.

Genograma y ecomapa



Participantes

Carlos Negro
Abogado, fiscal Penal de Montevideo, especializado en homicidios.

Juan Miguel Petit
Abogado, Comisionado Parlamentario para el Sistema Penitenciario.

Ramiro Almada
Médico psiquiatra, exasistente de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina.

Presentación del caso clínico:

Gabriela Pérez
Médico psiquiatra, asistente de Clínica Psiquiátrica.

Rodrigo Sosa
Residente de Psiquiatría.

Analía Florio
Residente de Psiquiatría.

Coordina:

María Fernanda Porteiro
Médico psiquiatra. Ex docente grado 2 y grado 3 de la Clínica Psiquiátrica. Psiquiatra del Instituto Técnico Forense.

Está vinculado con el Hospital Vilardebó (Servicio de Sala y Rehabilitación) y después vinculado con el Instituto Técnico Forense (ITF), con el Centro de Salud de Jardines del Hipódromo y con el Juzgado Letrado de 1.ª Instancia de Montevideo.

El paciente ingresa en agosto de 2022 con orden judicial de internación en sala cerrada de seguridad del Hospital Vilardebó, por delito de homicidio especialmente agravado.

Con respecto al acto que motivó el ingreso, el paciente realiza una lesión con arma blanca a su hermano, que resultó ser letal, en contexto de una pelea entre ambos. Refiere que fue en defensa propia: «Él me amenazó con una cuchilla».

Una semana antes del incidente, el paciente realiza denuncia en seccional policial, dado que su hermano intenta incinerar su casa.

Refiere: «Andaba con ideas raras de que adoraba a Hitler», «Yo le tenía miedo, entonces me encerraba en una pieza», «Lo denuncié porque quería que lo internaran, él estaba enfermo». Su hermano fue llevado a la seccional y traído nuevamente al domicilio.

Mientras su madre aún vivía concurría a controles con Psiquiatría en policlínica y al fallecer esta dejó de asistir. Su hermano le compraba los medicamentos en la feria, pero desconocemos cuáles y en qué dosis [los tomaba].

De la pericia psiquiátrica se destaca que evidencia elementos sugestivos de una psicosis crónica de tipo esquizofrenia, estando en ese momento compensado y estable.

Según lo evaluado durante la pericia, el paciente habría sido capaz de comprender el carácter ilícito de sus actos y de autodeterminarse.

La pericia informa que, a pesar de que no se encontraron elementos de descompensación psiquiátrica aguda, debido a que no se contaba con historia clínica previa del paciente y que además este se encontraba con un tratamiento irregular y sin asistir a controles con psiquiatría desde hace más de 1 año, con abandono de medicación de por lo menos 10 días, se recomienda internación psiquiátrica para completar valoración y restaurar tratamiento.

El cuadro siguiente resume las fechas relevantes en la vida del paciente.

Fechas relevantes en la vida del paciente

1994	1997	2008	2015	2019	2022
Diagnóstico inicial de F20	F20	F20	F20	F20	F20
¿Episodio psicótico?	Síntomas positivos. ID paranoide	Alteración conductual	Alteración conductual	Síntomas positivos. ID paranoide	Internación judicial
	Mantiene funcionalidad laboral y social escasa	Predomina apragmatismo, síntomas negativos			
Convive con sus 2 hermanos y sus padres en Mdeo.	Trabajo zafral, sin aporte formal	2009 hermana se va de la casa.	2015 fallece su padre. Alta tasa EE en hogar	2021 fallece su madre. Abandona controles en policlínica.	

En 1994 se hace diagnóstico inicial de esquizofrenia. Reconstruyendo hacia atrás la historia, no sabemos a ciencia cierta, pero parece que fue un episodio psicótico agudo. En ese momento convivía con sus dos hermanos y sus padres en Montevideo.

En 1997 tiene síntomas positivos acompañados de ideación delirante paranoide, manteniendo la funcionalidad laboral y social, escasa ya a partir de ese momento. Tiene trabajos zafrales, sin aportes formales.

En 2008, una alteración conductual motiva su internación. Predominan el apragmatismo y los síntomas negativos.

En 2009 su hermana abandona el hogar.

En 2015 presenta alteración conductual, año en que fallece su padre. Destacamos en este momento una alta tasa emocional expresada por un vínculo problemático, que no sé si se había visto en el familiograma antes, representado por una mala relación con su hermano, conflictiva desde el inicio.

En 2022 estamos en la actualidad con la internación judicial. Desde dos enfoques, desde el diagnóstico clínico, tiene una esquizofrenia paranoide, una funcionalidad global afectada por la persistencia de síntomas negativos. Sin vínculos extrafamiliares. Predomina el apragmatismo. Se mantiene estable con tratamiento. La gravedad está dada por la conducta que motiva la internación actual. En cuanto al enfoque de recuperación, es importante destacar la vivencia de su situación actual con preocupación por su destino judicial, y mejoría de la función social con el proceso de rehabilitación en sala y su hermana como único referente familiar, con la cual mantiene contacto. Recibe atención y cuenta con vivienda propia.

Planteamos tres interrogantes como disparadores: ¿Qué aspectos de esta situación destacaría desde la perspectiva de su rol? Considerando los actuales recursos del sistema, ¿cuál debería ser el destino del paciente? Según su experiencia y conocimiento, ¿se requeriría otro tipo de dispositivo para el abordaje de estas situaciones?

Además, por supuesto, contamos con el consentimiento del paciente para esta presentación.

María Fernanda Porteiro. Cuando leí esta historia —y la leí varias veces— se me ocurrieron mil temas para conversar. Estas tres preguntas nos acotan mucho en el tiempo y en el tema de conversación. Pero, particularmente, y no quiero superponerme a lo que después Ramiro [Almada] va a decir, desde el rol de la psiquiatría preguntarnos, a lo largo de esta historia, tantas cosas, ¿no?, desde nuestro trabajo como psiquiatras primero y después en la interacción con el sistema de Justicia. No voy a entrar en ese tema… —digo que no, pero en realidad estoy entrando—, pero a mí me llama la atención o me hace pensar, porque además es un problema en lo cotidiano, en el trabajo, en esta historia es la situación del hermano, el difunto. Lo traigo específicamente, porque tiene que ver con la Ley 19529. Porque evidentemente en la historia que me habían pasado todavía no tenía el final del cuento —que tenía un diagnóstico de esquizofrenia—, pero era bastante posible sospecharlo por lo que la historia contaba. Hubo una denuncia de la familia de una situación clínica no atendida, evidentemente, y de una situación que implicaba un riesgo en el hogar, y la intervención del sistema no fue la adecuada. Y esto termina con la pelea entre los hermanos y la muerte de esta persona. No fue la adecuada. Capaz que es un poco atrevido de mi parte esto, pero la historia cuenta que esta persona fue llevada a la seccional —estuvo ahí un rato, no sabemos qué le hicieron— y volvió a la casa a los quince minutos. Eso decía la historia, no sé si exactamente fue así.

Y la ley da una alternativa a estas situaciones, que exigiría una intervención del sistema de Salud, pero previamente del sistema de Justicia, porque la Ley 19529 da la opción de una hospitalización involuntaria en el caso de que se valorara que era pertinente.

El tema es que, desde la aprobación de la ley, en agosto de 2017, a la fecha el sistema de atención en general, pero el sistema de

Justicia en particular —esto lo digo desde mi perspectiva en el ámbito del ITF— no ha podido resolver adecuadamente el procedimiento para una hospitalización involuntaria por orden judicial.

No quiero entrar en ese tema, porque no era de los temas sugeridos, pero acá como me rompió los ojos leyendo la historia. Es un tema que tenemos en lo cotidiano en el ITF y supongo que para los que trabajan en las puertas será mucho peor aún, y cómo la intervención de la Policía ahí no dio la respuesta que, por lo menos en un modelo teórico, el sistema ofrece para resolver estas situaciones de crisis y de gravedad.

Eso quería mencionarlo, porque me parece que es un tema a discutir en futuros intercambios acá; en realidad, son de Fiscalía y del sistema carcelario, pero también alguien del Poder Judicial, específicamente, que pudiera participar en estas situaciones, que serían los Juzgados de Familia especializados con los que deberíamos trabajar mucho más.

Lo otro que quería plantear, que es un tema conocido por todos, pero para no superponer con lo que Ramiro [Almada] vaya a decir después, es cómo queda planteada ahí la forma en la que los psiquiatras del ITF trabajan. Y es que viene esta persona, sin información, sin historia clínica, sin datos de terceros, sin nada, a ser evaluada —fuera de agenda, obviamente, porque es una pericia de urgencia— y en ese tiempo que cada uno pueda tener o pueda darse para evaluar a esta persona, tomar decisiones que son muy relevantes, no solo para el sistema, sino también para la vida de la persona. Y eso es todo un desafío que lo destaco, porque no es lo más habitual, la actitud que tuvo el colega, que fue de lo más prudente en su desempeño. Fue clínicamente adecuado, por lo que se lee, pero además fue muy prudente planteando una alternativa dentro de las opciones que el sistema da —que son muy pocas, pero tampoco me quiero adelantar a lo que después vamos a conversar para no hacer sentencias clínicas drásticas en esa forma de evaluación que tenemos que trabajar los psiquiatras en el Instituto—. Las pericias de urgencia muchas veces no nos permiten hacer una evaluación diagnóstica ajustada; es una evaluación que se hace sin la información y que nos obliga a tomar decisiones que son trascendentes, en la vida de la persona que está siendo evaluada y para el sistema en general. Y cómo ahí también aparece la falta de alternativas, en el sistema también, para dar respuesta a estas situaciones.

Lo otro que quiero señalar, porque quizá ninguno de los acá presentes enfoque el asunto, es el tema de, más allá de esta persona, de las personas en general, que, dentro del sistema de Justicia pasan un tiempo en el Hospital Vilardebó, y cómo ahí pierden la posibilidad de defenderse o… Bueno, no pierden la posibilidad, la posibilidad está, pero cómo la defensa de estas personas de alguna manera se descuida, vamos a decir. En mi trayectoria en el Hospital Vilardebó, que fueron muchos años, hemos visto muy pocos abogados defensores yendo a conocer a las personas a las que tenían que defender y a trabajar con ellas. Si son inimputables y de Montevideo, capaz que un poco más seguido, porque tienen en la Defensoría Pública un abogado específicamente designado para eso. Pero cuando, como en el caso de esta persona, es responsable, o en una primera instancia sería responsable del delito cometido, una vez que va para el Hospital Vilardebó la posibilidad de defenderse se va diluyendo con el paso del tiempo.

Son cantidad de temas en los que me parece que tenemos que pensar y que tenemos que aceitar muchísimo nuestra coordinación con el resto del sistema y enfocar el trabajo entre los distintos actores en el sistema de Justicia. Para mí sería muy atractivo discutir el tema de la esquizofrenia y la responsabilidad ante los delitos. Ese es un tema que daría para una discusión entre los colegas, ahí, sí, quizá mucho más específico de la disciplina, pero que también, y más allá de la responsabilidad ante un delito penal, nos obliga a plantearnos el tema de la libertad en la enfermedad mental; de la libertad de tomar decisiones, además, ya sean decisiones que se aparten de

la normativa legal vigente o no. Las decisiones cotidianas que las personas con trastornos mentales tienen que tomar y el criterio que usamos para ver la posibilidad de la persona de determinarse libremente, como decimos en la responsabilidad penal, pero además en la vida cotidiana de las personas con trastornos mentales. Ese me parece otro tema que estaría buenísimo tener espacio para discutir entre todos nosotros. Después, sí, específicamente, lo que plantean los compañeros en las preguntas, que también me parecen superpertinentes e interesantes, son las alternativas que el sistema ofrece, pero las alternativas que el sistema de Salud o que el sistema de atención en general ofrece desde la perspectiva de la condición legal que tenga la persona. Porque no es lo mismo si finalmente es un inimputable o si es responsable del delito cometido, o es considerado responsable, si se determina su privación de libertad en todas esas condiciones eventuales el sistema de Salud debería discutir cuál es el mejor modelo para ofrecer sin perder el objetivo fundamental que es la inserción social y la rehabilitación, en la medida de lo posible, de las personas que tengan un trastorno mental severo como parece ser este caso de discusión.

Ya el sistema de Salud tiene muchas limitaciones en ofrecer alternativas. Estas limitaciones se hacen más marcadas y se acentúan cuando la persona está también en el sistema de Justicia y tiene limitaciones «al acceso al tratamiento» en el ámbito Penal. Hay muchísimos temas que se atraviesan en este caso clínico que da como puntos de partida para desarrollos mucho más extensos posteriores. Quienes nos acompañan nos darán sus perspectivas; cada uno desde su lugar tendrá también muchas líneas para abrir en este caso.

Carlos Negro. Muchas gracias por la invitación. Hemos venido a otros eventos en el Hospital de Clínicas y es para mí un gusto siempre estar.

Este caso no es muy distinto a otros que han pasado por mi vida y por la Fiscalía. Actualmente estamos trabajando en la Fiscalía de Homicidios; esto obedece a la reforma del Código del Proceso Penal. La especialización de las Fiscalías es una novedad en el Derecho Procesal, en la práctica Procesal y en el Derecho Penal uruguayo, ya que en el sistema anterior no había una diferencia o una especialización de materias en Fiscalía, y todos los delitos los investigaba cualquiera de los fiscales y de una forma si se quiere igual. No había una mayor diferencia entre la investigación de un delito de lavado de dinero o un delito de homicidio.

A partir de la reforma Procesal Penal es que se divide y se especializa a los fiscales. Tiene su razón de ser en la necesidad de que los fiscales que tienen ahora a cargo la investigación investiguen de acuerdo con una especialización. El código anterior no asignaba la investigación a los fiscales, sino que se la otorgaba a los jueces. Pero los jueces tampoco se encontraban especializados y eso era un obstáculo para analizar más detenidamente y con mayor atención este tipo de situaciones. Es una situación bastante común el tema de la imputabilidad penal derivada de la enfermedad psiquiátrica y las situaciones de vulnerabilidad social. Hay variables que suelen cruzarse en la población carcelaria, esto es, una población también con enfermedades psiquiátricas que llega al sistema de Justicia Penal en la mayoría de los casos signada por la la pobreza y la exclusión. Esto también viene a colación de lo que decía la Dra. Porteiro acerca de la defensa de las personas con su capacidad mental afectada o problemas psiquiátricos. Acá es que incide la variable de la pobreza, ya que son personas que las atiende la Defensoría Pública, que […] además son el 98 % de los casos que llegan a la Justicia Penal, por decir un número estimado, que no anda muy lejos de esos procentajes. Todos sabemos, porque ya es un dato bastante conocido, que la Defensa Pública no cuenta con los recursos necesarios para atender a la gran cantidad de personas que llegan a requerir sus servicios. Y en el caso de la enfermedad mental ocurre algo similar. Creo yo que incluso se agrava en estos casos, porque tal vez estamos hablando de una población que no se encuentra reclui-

da en los establecimientos penitenciarios comunes, donde la Defensa Pública tiene un mecanismo más aceitado de contacto, de comunicación; aunque me animaría a decir que no es demasiado fluido ese contacto, o no es el esperado, con la población carcelaria que no tiene problemas mentales, o por lo menos no de las características de las que estamos hablando. Hay una cifra oculta de población carcelaria con problemas mentales, pero todos sabemos que existe, porque lo vemos con frecuencia en las audiencias, pero luego a raíz de diagnósticos que se dan en peritajes donde se determina la imputabilidad de la persona —que a todos nos dejan con varias dudas— vemos que hay problemas ahí que no están siendo lo suficientemente resueltos.

Con esta premisa de que la población con problemas mentales padece las mismas problemáticas o similares que la demás población carcelaria, y que se agrava en el caso de la enfermedad mental […] yendo a este caso específico, tengo en investigación un caso que es muy similar y que puede arrojar un poco de luz en este tema. En el caso de mi investigación la persona está sustituyendo su prisión preventiva por un régimen de internación por así haberlo recomendado el psiquiatra —como tú [Dra. Porteiro] decís— en forma bastante prudente, en una pericia que se hace en el momento, prácticamente el mismo día o al otro día del hecho, sobre la base de un relato de la persona, porque no se contaba en el momento, como en este caso clínico, con una historia clínica. Entonces el médico, imagino yo, se enfrenta a un panorama bastante incierto e inseguro a la hora de determinar el grado de imputabilidad o inimputabilidad que padece la persona, y que obviamente va a ser una decisión jurídica a resolver por el juez, y no es una cuestión médica que establezca un psiquiatra. Sin embargo, el juez va a evaluar y valorar en forma absolutamente privilegiada la opinión de los médicos, en este caso de este médico que actuó en ese momento con el escaso material que tenía. Posteriormente, en el caso que yo tengo, que puede no ser este, hay otra evaluación psiquiátrica donde se habla de una capacidad menoscabada o disminuida, para determinarse según la norma que, en definitiva, eso es […] la imputabilidad.

¿Qué nos pasa a nosotros? Nosotros nos enfrentamos con un marco normativo que permite la sustitución de la prisión preventiva por la internación en forma previa a la condena y mientras se desarrolla la investigación y el eventual juicio […]. Y Puede haber juicio como autor imputable o inimputable. Puede incluso que no haya juicio, porque el Ministerio Público, la Fiscalía, podría entender […] que se trata de una causal de inculpabilidad y por lo tanto pedir el sobreseimiento. En un caso puntual de la Fiscalía a mi cargo, hemos solicitado el sobreseimiento y ello ha sido recibido y avalado por el juez, […] ya que ahora esta posibilidad está establecida en el nuevo Código del Proceso Penal como una de las causales del sobreseimiento. Enumeradas taxativamente, son exclusivamente las previstas en el Código, tratándose esta de una situación que excluye la culpabilidad. Es decir que si no hay uno de los elementos del delito (la culpabilidad) […] no hay delito, y por lo tanto se podría decretar el sobreseimiento. En este caso no iríamos al juicio ni con autor imputable ni como inimputable.

Pero hay otra posición que indica que hay que hacer igualmente un juicio, y a pesar de ser el autor inimputable, lo cual culminaría con un fallo eventualmente de condena, donde se lo condenaría, como una persona inimputable. Y por ello no tendría una pena, sino que podría tener una medida de seguridad curativa, y eventualmente ser de internación, o de un tratamiento alternativo según lo indicara el psiquiatra. Pero el peligro mayor es que se le siga un juicio como imputable y que no lo sea, porque eso terminaría en un fallo de condena a sufrir una pena, de reclusión en este caso por un delito de homicidio. Seguramente además de penitenciaría, porque estamos hablando de un delito especialmente agravado por cometerse entre parientes, entre hermanos, y que tiene una mínima de 10 años de condena. Es una circunstancia bastante dramática, obviamente en primer lugar para el imputado, pero tam-

bién para los operadores: para el juez, para el fiscal, y para la Defensa Pública […], que se enfrenta a tener […] que asistir a su cliente frente al sistema de Justicia con esa distancia, esa comunicación que se ve muy dificultosa en los casos de enfermedad psiquiátrica y de internación. Y ante un diagnóstico como el que tengo en el caso que es muy parecido a este, donde se dice que tiene una capacidad disminuida, determinar hasta qué punto la esquizofrenia disminuye la capacidad de entender, de comprender, de determinarse en el momento del hecho. Porque estamos hablando de una incidencia de la enfermedad psiquiátrica en un paciente con esquizofrenia que no estaba recibiendo medicación —en ese caso y en el mío tampoco— y que cuando lo hacía, hace ya un año, la tomaba mal, porque ya había fallecido su madre, y porque la compraba el hermano en la feria. Y nadie sabe qué compraba y tampoco nadie sabe cuál era la patología del hermano, así como tampoco sabemos el tipo de medicamento ni si había un diagnóstico o un psiquiatra tratante.

Todas estas circunstancias hacen que el drama hoy para estos casos es el límite de esa capacidad de determinarse, cuánto está ella menoscabada […], ya que el artículo 30 del Código Penal habla de esa capacidad disminuida o menoscaba, «en todo o en parte». No es clara tampoco la norma, y nos sumerge en un mar de dudas, que, como puede verse, vengo a aportar más de estas que de aquellas.

Juan Miguel Petit. Muchas gracias por la invitación. La verdad es que vengo con el espíritu de aprender. Creo que es muy importante lo que recién decía Carlos [Negro], porque a veces quienes están en una función pública pueden y podemos decir «no sabemos qué hacer con esto», «no sabemos cómo enfrentar esto» y sobre todo «no sabemos qué políticas llevar adelante», que de eso se trata para quienes estamos en esta función, que no somos quizás expertos puntuales en un tema, sino que tenemos la función justamente de escuchar a los que más saben, abrir la cabeza, trabajar interinstitucionalmente y tratar de generar líneas de acción. En nuestro caso, la realización de recomendaciones a las autoridades públicas todas, y en algunos casos también denuncias, y algo que estamos haciendo mucho en los últimos dos años es pedir justamente la internación en establecimientos adecuados, clínicas, comunidades terapéuticas, prisiones domiciliarias, etc.

Como en todos estos casos, estando acá en un ámbito médico, es impresionante cómo una gota de sangre nos habla tanto de la situación de una persona, y cómo un caso nos da tanta información, nos revela tantos aspectos de algunos problemas que tiene nuestra sociedad que creo que nos colocan en temas del siglo XXI que quizás no sean nuevos. A veces tenemos la sensación de que todo está peor en el mundo y en nuestros países, y yo creo que en realidad en buena parte es que ahora sabemos mucho más, tenemos muchos más elementos de información, de comunicación y de diagnóstico, y también tenemos una nueva sensibilidad. Hay muchas cosas de las que antes ni nos enterábamos y que ahora nos resultan intolerables y además tenemos oportunidades para enfrentar eso que se vuelve intolerable.

Destaco eso que recién decían, la vida cotidiana de las personas con trastornos de salud mental y con familia con varios integrantes con trastornos de salud mental. Creo que ahí hay un tema que es la prevención social de la violencia, del delito. Hace muchos años prevención era plaza de deportes, centro comunal, actividades en los barrios. Hoy después del covid sabemos que eso no alcanza; es necesario, ni que hablar que es necesario. Tenemos una franja muy importante en la cual tenemos poco despliegue. Uruguay tiene un gran desarrollo histórico en todo lo que es infancia, centros de niños, primera infancia, CAIF, guarderías, INAU, BPS, intendencias, ONG, etc., pero a nivel de jóvenes y adolescentes —los llamados clubes juveniles, por ejemplo— tenemos muchos huecos, y es cuando se producen muchas veces las rupturas. Hoy la prevención tiene que ver con llegar a estas situaciones que ocurren a veces puertas adentro, que son muy complejas de intervenir, pero que sin embargo a veces

dan señales, como las que daba este caso. Son señales de compleja decodificación y para las cuales es difícil dar una respuesta de algún tipo asistencial, porque es una intervención muy fina, es cirugía robótica; es algo muy delicado, ya no alcanza la plaza de deportes o la pasada por una clínica. Hay un conjunto de fragilidades muy complejas. Los agujeros que tenemos en ese sentido son demasiado grandes, entonces en esta malla pasa una cantidad de casos que llevan finalmente a explotar en esa cercanía del pensamiento y la acción, esa dificultad de postergar los impulsos con efectos extremos, intrafamiliares, autolesiones o a terceros. Allí tenemos grandes problemas en Uruguay de diálogo interinstitucional, de acordar acciones. A mí hay dos frases que me matan: «Uruguay ya está diagnosticado» y «Otra comisión más, no, por favor». Yo creo que no es así. Nos siguen faltando, en estos temas, por lo menos, acumulación, estudios de casos, estudios sistemáticos, seguimientos. Y nos falta también interinstitucionalidad, que muchas veces los grupos de trabajo, los grupos operativos, las comisiones interinstitucionales son muy importantes.

Todos somos parte a la vez del problema y de la solución. Mi oficina es muy chica; si tuviéramos más fuerza, incluso más conexiones con algunas comisiones del Parlamento, podríamos ser más parte de la solución. A veces siento que también somos parte del problema, porque sentimos que hay una cantidad de cosas que nos gustaría poder expresar, comunicar y no nos da la fuerza para poder hacerlo.

Claramente el Poder Judicial es un actor que está llamado a un rol mucho más potente que el que tiene hoy en día. Aquí se habló de dos áreas del Poder Judicial que tienen una enorme debilidad, que son la Defensa Pública y el Instituto Técnico Forense (ITF). Su presencia en las políticas sociales habla de diseñar intervenciones, de pensar en alternativas, como pueden ser las casas de medio camino, en cómo encarar aquellas situaciones que formalmente pueden ser consideradas como delito, o sea, persona en situación de calle que agrede patrullero, que agrede un vehículo porque no le dieron una moneda y que objetivamente pueden ser un delito. En realidad, son situaciones de salud mental, de adicción que en la cárcel solamente pueden empeorar.

El tema que recién decía Carlos [Negro] de la imputabilidad, la determinación de la responsabilidad y de la capacidad de autodeterminarse es un debate ausente en el país. Hay mucha bibliografía jurídica vinculada a debates de otras épocas, sin entrar en disquisiciones sobre la imputabilidad de los trastornos de personalidad, pero nos encontramos con casos increíbles de personas que fueron condenadas que a veces no pueden expresarse —hemos encontrado personas con enormes dificultades para poder hablar—. Y está este otro fenómeno de que la privación de libertad implica una adversidad, un estrés que a todo el mundo le hace mal. Y aquellos que estaban en una situación límite, *border*, obviamente el clima carcelario, aún de una buena cárcel, que en general no van allí, porque las personas que cometen el tipo de delitos con el perfil que comenten las personas pobres, indigentes, en situación de calle, con adicciones, etc., no van a las cárceles chicas del interior o a las cárceles chacra, sino a los grandes penales metropolitanos donde está el setenta y pico por ciento de la población. Entonces, para esas personas con trastornos, con situaciones que son de enorme fragilidad, el estrés, la inseguridad, las amenazas constantes, los ruidos, la masificación, la imposibilidad de tener vínculos seguros personales, afectivos, comida, aireación, cama, intimidad, todo eso —yo no soy psiquiatra— está contraindicado para alguien que tiene algún tipo de patología mental.

Creo que el Poder Judicial debería liderar una cantidad de cosas en las cuales hoy está ausente.

La Defensa Pública, aún en el sistema penitenciario —más allá de los esfuerzos y los muy meritorios que son muchísimos defensores—, tiene carencias enormes en materia de presencia, logística, seguimiento. La Defensa Pública no tiene que ser solamente

lo vinculado —creo yo— a la defensa procesal penal; también tiene que ver con las condiciones de vida de la persona. El ITF creo que también está llamado a tener un rol mucho más activo en los debates y en la posibilidad de intervenciones a todo nivel. Creo que allí hay un enorme camino para recorrer.

El Poder Judicial es la autoridad sobre las personas privadas de libertad. No lo es ni la Policía ni el sistema penitenciario. El Poder Judicial —corríjame usted que es abogado en ejercicio, porque yo soy abogado, pero no he ejercido la profesión como tal— juzga y manda a ejecutar lo juzgado, pero supervisa. Y con el nuevo código el rol de los jueces en función es fundamental: tienen toda la autoridad para verificar las condiciones, no solamente que la persona esté presa, que es del viejo *habeas corpus*, sino que la persona esté adecuadamente procesada y condenada por un delito que cometió; pero además ahora el juez debe verificar que las condiciones de esa prisión sean las adecuadas a las que mandan la Constitución y las normas internacionales.

La internación en establecimientos adecuados es un enorme camino para recorrer y creo que allí hay mucho para hacer y para innovar en materia de políticas de salud, tanto las directivas que pueda dar el Ministerio de Salud Pública como las que pueda dar ASSE, y hay muchas experiencias positivas en el Uruguay en materia de adolescentes, por ejemplo, donde hay mecanismos donde las personas puedan ser internadas en establecimientos especializados. Que quizás el Estado no lo pueda hacer todo. Hemos logrado en algunos casos puntuales —que para nosotros han sido muy notables— la internación en clínicas privadas, algunas en acuerdo con ASSE y otras no. Faltan mecanismos legales para lograr ese tipo de intervenciones. Claramente, también en Uruguay necesitamos eso que algunos países han llamado Proyecto Inocencia. Yo no tengo dudas de que en un sistema tan masivo como el nuestro el margen de error es enorme. Uruguay tiene muchísimos más presos de los que debería tener. Tenemos un número exorbitante de presos, estamos en el octavo o noveno lugar en el mundo. Y nadie me puede convencer de que la sociedad uruguaya es mucho más insegura, violenta, conflictiva que Colombia, México, Brasil, etc.

Pero ¿qué es lo que ocurre con los países como Uruguay con tanta prisionización? Ocurre que Uruguay tiene una Fiscalía muy potente, un Poder Judicial muy potente y una Policía muy potente; entonces, cuando hay una transgresión penal hay un Estado que interviene y, como son vasos comunicantes, crece la cárcel cuando las respuestas comunitarias son bajas. Cuando suben las respuestas comunitarias baja la prisionización. La persona roba una bicicleta, dos, tres… A la cuarta bicicleta… —porque tampoco es maldad en todos los casos de los operadores de Justicia—. A la quinta bicicleta el juez en el interior ya sabe que está toda la ciudad desesperada por el robo de bicicletas y lo manda a la cárcel, porque sabe que en la comunidad no hay ningún programa de medio camino, ningún programa comunitario fuerte que lo pueda albergar. La persona va a la cárcel y normalmente no va a encontrar aquello que necesita. Las respuestas son bajísimas, porque lamentablemente nuestro sistema […], pese a que Uruguay es un país, según el último Informe sobre Desarrollo Humano de Naciones Unidas, de desarrollo humano muy alto. Según el Banco Mundial, Uruguay es un país de ingreso alto. O sea, aquella vieja tipología de que somos un país chiquito, pobre, tercermundista de América Latina, que no tiene recursos yo creo que no es verdad. Somos un país con un Estado rico, con un Estado potente, que tiene muchísimos recursos humanos, logísticos y de infraestructuras legales e institucionales. Que tiene agujeros negros y que tiene auténticas llagas en su cobertura. El sistema penitenciario es una de ellas. Lo único bueno de eso malo es que no podemos adjudicar la responsabilidad ni a una persona ni a una Administración. Así como los logros nacionales son al final un acumulado de administraciones, gobiernos y personas, las carencias también son de todos. Pues allí hay un agujero negro, donde, por ejemplo, no existen programas de

vinculación familiar, no hay programas con la familia. Hace horas veía un caso de una mujer privada de libertad que tenía 4 niños. Los 4 niños están agarrados de un hilito, a punto de caer al precipicio. Por supuesto que el sistema penitenciario no tiene capacidad de detectar eso.

Detectar esas señales, como en este caso, en el cual lo que más destaco con respecto al destino del paciente es que en la internación por lo menos va a tener una atención, una enfermería psiquiátrica adecuada. No con la regularidad que quisiera, pero visito a veces —visité mucho cuando trabajé con adolescentes en el Vilardebó— la Sala 11, la Sala 11 bis, la Sala de mujeres. Sé que falta mucho trabajo en laborterapia. Recuerdo como una experiencia señera y participé, lo que fue la experiencia en el Pabellón de Seguridad de la Colonia Etchepare, cuando estaba el Dr. Rodríguez Buela, con quien yo trabajé; fuimos durante un par de años todos los miércoles al Vilardebó a pensar en estos temas. Y claramente falta laborterapia, falta estimulación, falta la conexión con la comunidad. Nos faltan muchas respuestas en la comunidad, entonces la internación es la única solución.

Al nivel del sistema penitenciario creo que es muy mala la respuesta, no solamente para las personas que llegan a veces con una inimputabilidad disfrazada, sino muchas personas que tal vez sí son imputables en el momento de cometer el delito, porque tienen una fragilidad que luego el propio sistema penitenciario los coloca en una situación, en un trastorno de salud mental que en agudo es atendido en el Vilardebó, pero es un trastorno que se vuelve crónico, persistente, y que en el sistema penitenciario no tiene respuesta en buena parte de los casos. O las respuestas son colocarlo en una celda donde haya internos buena gente, proactivos, que lo atiendan; un buen director que lo va a ver todos los días, porque eso también ocurre. Hemos tenido casos, aun en el COMCAR, con 4300 personas, de personas en una gran fragilidad, cuyo director, un gran director, Jorge Camargo, diariamente iba a la celda, caminaba 800 metros para ver cómo estaba. Finalmente, logramos la internación de este muchacho en una comunidad terapéutica. Ayudó mucho la familia —un miembro de su familia era licenciada en Enfermería, lo que ayudó muchísimo—. Ese respaldo familiar a veces está, a veces no está y a veces hay que construirlo, pero sin programas familiares o de vinculación social es muy difícil.

En el sistema penitenciario las causales de agravamiento son muy grandes. Creo que allí ASSE tiene que tomar mucha más fuerza en todo el sistema penitenciario; hay áreas enteras que creo que tienen que ser tomadas por ASSE. Por ejemplo, hemos propuesto que un lugar físicamente adecuado que hay en la cárcel de mujeres de Colón sea tomado por ASSE para establecer una pequeña unidad de salud mental y de tratamiento. Por lo menos hay que sentarse a pensar, porque hay decenas, si no cientos de personas, que pasan por el sistema penitenciario, que circulan, que van a salir, que los vamos a ver en la calle, que los vamos a ver destruir o destruirse en la calle y si no aprovechamos esas oportunidades de intervención eso se va a agravar.

¿Lo podemos solucionar? Hay un viejo dicho de algunos sociólogos: «La ciencia avanza por sus fronteras». En estos temas estamos en la frontera. En la frontera de lo que se puede lograr, en la frontera de lo que sabemos y de lo que no sabemos y la frontera de «Yo no sé qué hacer». Claramente, cuanto antes, cuanto más temprano nos planteemos «no sé qué hacer» hay una chance. Cuanto antes captemos ese caso de joven edad, de adulto joven, por lo menos, es mucho más fácil tratar de hacer algo que más tarde. Pero para eso se requiere mucha más proactividad en todos estos actores que hemos nombrado; pensar en dispositivos de otro tipo; involucrar dispositivos comunitarios, profesionales, técnicos, privados, etc.; incentivarlos, y el Estado jugar ese rol de salir del lugar de «bueno, algún día el Estado se va a hacer cargo de esta población». Es muy difícil que se haga cargo del tema generando respuestas comunitarias, financiando, incentivando, pagando por esas internaciones. Una persona

privada de libertad cuesta aproximadamente entre 40 y 50 000 pesos por mes, promedio. Me parece que ese dinero podría ser mucho mejor usado en otro tipo de intervenciones y que es posible. Hay muchas cosas más para seguir pensando.

Ramiro Almada. Gracias por la invitación. Este tema abre mil posibles temas para hablar; hay que elegir algunos de ellos.

Me voy a centrar en la primera pregunta: ¿Qué aspectos de esta situación destacaría desde la perspectiva de su rol? Para mí desde la psiquiatría el tema más importante y que está subyacente es el problema de la libertad y el problema de la patología psiquiátrica como patología de la libertad. Me detendré para decir dos o tres cosas sobre algunas complejidades de la libertad.

Sobre el caso este, se podría decir muchas cosas, sobre si se hizo bien o se hizo mal. Pero puedo decir, sabiendo que lo que yo diga no va a tener demasiada trascendencia, no va a tener ningún efecto concreto sobre la realidad de nadie. Distinta es la situación de los actores que están involucrados, por ejemplo, los peritos, que saben que lo que ellos digan va a tener consecuencia directa, trascendental en la vida de las personas. Esto es importante decirlo y aclararlo. Pero también es un disparador para el planteo del problema. Se podría decir que yo soy más libre que el perito para decir lo que yo vaya a decir. Esto se podría plantear como pregunta: El perito, que carga con el peso de la responsabilidad, ¿tiene un grado de libertad más acotada que la mía? Y eso dispara otra pregunta: ¿Cuál es la libertad que tengo yo acá para decir lo que estoy diciendo?

Esto me permite avanzar en el asunto. Yo soy libre acá de decir lo que quiero en un par de sentidos. En un primer sentido, soy libre porque no hay nadie que me impida decir nada. No hay nadie que me haya dicho lo que yo tenía que decir ni que me vaya a interrumpir o a decir que no diga lo que estoy diciendo. Y esta primera característica de mi libertad en algunos planteos filosóficos se denomina *libertad negativa*, porque está formulada negativamente: es la libertad de no ser coercionado. Yo soy libre en primer lugar por ese motivo. Pero además de esta libertad negativa existe otro tipo de libertad, que es denominada libertad *positiva*. La libertad negativa es una característica del acto, de la acción humana. La libertad positiva, en cambio, es una característica de la voluntad.

Sobre estas categorías, hasta donde yo sé, sobre todo abunda la discusión en la filosofía política: sería la discusión sobre la libertad de las personas en su vínculo entre ellas. No obstante, estas categorías creo que son válidas para el análisis de la libertad individual, de la libertad del sujeto en su fuero interno.

Siguiendo con el asunto. Yo soy aquí libre porque nadie me impide, pero, habíamos dicho, quizás yo soy más libre que el perito, porque el perito carga con la responsabilidad en sus espaldas.

Por otro lado, y en el mismo sentido, se podría decir qué tan duro soy yo, porque, por ejemplo, yo acá no vengo a decir cualquier cosa. Algunas de las cosas que yo podría decir, por ejemplo, en el caso de un particular, podría herir sensibilidades de gente apreciada o incluso uno siempre se debe conducir con un mínimo recato o respeto, etc. Entonces uno podría plantearse: bueno, ¿cuál es mi libertad para decir lo que yo estoy diciendo? Porque incluso yo podría venir más despojado, más libre, si me despojara de mis inhibiciones, de mis precauciones y viniera acá a decir lo que realmente quiero decir sobre el caso. Si yo viniera y dijera: «esto se hizo así o asá», «tendría que haberse hecho…», «se hizo cualquier cosa», probablemente para hacerlo de esa manera yo tendría que estar alterado, de una manera que aboliera o aligerara mis reacudos y precauciones, que son míos, podría estar, por ejemplo, maníaco o borracho. Entonces esta situación plantea una pregunta filosófica: ¿Cuál es el ser más libre? Yo diciendo aquí, con mis inhibiciones, con mis precauciones o yo carente de ellas, desatado, diciendo «lo que realmente quiero decir». Ese sería un planteo.

Acá es donde entra a jugar esa idea de la libertad positiva, que es la libertad que califica mi voluntad. Es decir que ante la pregunta de cuál es mi verdadera libertad, en general la psiquiatría tiene una respuesta, que es una hipótesis: la verdadera libertad es la libertad que está mediada por mi voluntad sana. Que para ser sana tiene que ser una voluntad mediada por la organización del psiquismo. Ese es un requisito para el ejercicio de la voluntad.

Al respecto de esto, por ejemplo, Ey diferencia estructuralmente dos movimientos de la libertad —no es un juego de palabras—. Habla de diferenciar lo que es el libre movimiento del movimiento libre. El libre movimiento es aquel por el cual todos hacemos lo que hacemos, normatizados por las normas que hacemos nuestras y que nos regulan, desde lo cotidiano e intrascendental hasta lo extraordinario —eventualmente, por ejemplo, matar.

Si matamos dentro de nuestra propia norma estamos dentro de ese libre movimiento y eso hay que diferenciarlo del movimiento libre que sucede cuando el individuo pierde sus ataduras y pasa a estar sometido a las exigencias de sus automatismos, a las exigencias del inconsciente, y ahí el individuo puede también matar. Él está matando normatizado por otras normas, las normas de sus automatismos y no las normas de sus normas.

Este planteo general, quizás demasiado abstracto, permite establecer lo principal de la patología mental como patología de la libertad. Es la patología de la libertad positiva, de la libertad fundamentada en la voluntad, la alteración de la voluntad.

La implicancia de esto con el tipo de situaciones de las que estamos hablando es que cuando hablamos de responsabilidad estamos hablando de libertad: para ser responsable hay que ser libre. Por lo tanto, es importante tener en cuenta que si decimos que alguien no es o no fue responsable también estamos diciendo que alguien no es o no fue libre.

Sobre este caso en particular, la situación es muy compleja. La libertad no es un todo o nada, no es presencia/ausencia de libertad y en tal sentido es necesario tener en cuenta si un individuo fue suficientemente libre. Es el concepto que se pretende utilizar para juzgar la responsabilidad.

Sobre este hombre que mató a su hermano, si fue suficientemente libre en el momento de hacerlo, desde luego que a mí me resulta imposible decirlo. ¿Cuál es la dificultad que tiene el caso? Cuando estamos frente a la patología aguda es más evidente, porque la patología aguda produce un accidente en la trayectoria de la persona. La persona cambia, es distinta, y es más evidente la naturaleza de su cambio. El problema es cuando estamos hablando de una patología crónica inserta en la persona; entonces, evidenciar la naturaleza de la patología en ese momento es mucho más difícil.

En este caso, lo que está presente en el fondo, la pregunta que está presente, es si la esquizofrenia es de por sí una condición que hace al individuo no responsable, y eso implica que hace al individuo no libre. La respuesta para eso yo no la tengo.

La esquizofrenia, entre otras cosas, uno de los problemas que tiene es que es un paraguas nosográfico demasiado grande, porque, si bien tiene un hilo conductor psicopatológico, abarca situaciones clínicas de tal diferente magnitud que es lo que ofrece dificultades para pronunciarse…

María Fernanda Porteiro. Eugen Bleuler.

Ramiro Almada. ¡Exactamente! Está en juego en la discusión Eugen Bleuler: esquizofrenia única o grupo de las esquizofrenias.

Yo no tengo más respuestas para el caso en particular. Pero quiero hacer hincapié en el hecho de que cuando decimos que alguien no es responsable estamos diciendo que alguien no es libre, y hay que argumentar y fundamentar eso muy fuertemente.

Para este tipo de casos y para otros casos, por ejemplo, estoy pensando en las internaciones involuntarias. Veo muchas veces que, capaz que demasiado fácilmente, manejamos como una carta a jugar arriba de la mesa, al menos en las disquisiciones, la internación involuntaria.

Cuando hacemos una internación involuntaria estamos diciendo que el individuo no puede ser libre en ese momento, y esto tenemos que fundamentarlo muy bien. A veces veo que el razonamiento es inverso, por ejemplo, frente a situaciones que originan duda, la actitud cauta es por las dudas internar. Yo creo que el razonamiento debería ser al revés. Es decir, se buscan buenos argumentos para no internar. Creo que el razonamiento tiene que ser que hay que tener muy buenos argumentos para internar, porque hay que tener muy buenos argumentos para decir que una persona no es libre.

María Fernanda Porteiro. Muchas gracias a los tres. Tenemos unos quince minutos para discutir. Si alguien quiere hacer alguna intervención o alguna pregunta arrimo el micrófono.

Algunas cosas se me ocurrieron a partir de los planteos de los compañeros de la Mesa que me parecieron, todos en distinta línea, muy interesantes. Creo que quedan planteadas preocupaciones básicas que tienen que ver con los determinantes sociales de la enfermedad —vamos a llamarla así; a mí me cuesta a algunas cosas llamarlas enfermedad—. Cómo los determinantes sociales condicionan también y ahí también la vinculación con el tema de la libertad. Y no me quiero poner superfilosófica con la discusión de la libertad, porque, en definitiva, y cuando te escuchaba, Ramiro [Almada], yo pensaba que después nosotros en la práctica tenemos que hacer una conceptualización muy pragmática del tema de la libertad para tomar la decisión en el momento. Y esto que decías yo todo el tiempo me lo cuestiono. En nuestro rol de psiquiatras, primero el rol que ocupamos para la sociedad, que espera de nosotros una actitud más de encierro. Hablo de mi percepción; no sé lo que quiere la sociedad, no soy vocera de la sociedad, pero la percepción es que la sociedad muchas veces espera que nosotros tengamos una actitud más de encierro de las personas. En esto último que decías, [Ramiro Almada], en la duda, dejalo que elija libremente, y cómo nosotros en nuestro rol de psiquiatras terminamos muchas veces siendo como «sobreprotectores» también de la persona, como decía el Dr. Petit. El sistema carcelario es tan destructivo para la persona, que uno, para proteger, interna. Estamos encerrando, estamos privando de libertad y estamos poniendo además a personas en hospitales psiquiátricos que no son para nada deseables, que no ofrecen las alternativas de tratamiento. Vuelvo un poco a centrarme en una de las preguntas que hacían los compañeros: ¿qué alternativas tenemos en el sistema para ofrecer a estas situaciones?

No quiero seguir mezclando temas, pero cuando escuchaba también al Dr. Negro pensaba que las medidas de seguridad curativas en nuestro país son sin mínimo ni máximo. Cuando uno en esta perspectiva —corríjame, doctor [Petit], si no lo entendí— de decir «bueno, vamos a proteger de alguna manera a la persona del sistema carcelario y vamos a internarla», nosotros en el Hospital Vilardebó tuvimos sobradas experiencias de que las personas pasan finalmente encerradas más tiempo del que pasarían en la cárcel, porque, cuando tienen medidas de seguridad curativas que no tienen ni mínimo ni máximo, está todo el mundo tranquilo: la sociedad está tranquila, el juez está tranquilo, los abogados están tranquilos… Los únicos que no estamos tranquilos somos nosotros, que tenemos el hospital cada vez más lleno de situaciones que no sería deseable que estuvieran allí, por la persona misma, por el sistema de salud y porque eso además le está sacando lugar a otras personas que tal vez requieran algunos recursos.

En realidad, creo que sigo metiendo temas, preguntas y dudas, y quería abrir la discusión a otros participantes.

Sandra Romano. Creo que es un tema que, en distintos momentos, se ha hablado con cada uno de los cuatro: ¿cuáles son las experiencias y qué es lo que sí tendríamos que tener?, ¿qué habría que desarrollar para algunas situaciones como estas?

Queda claro que las estrategias que se plantean muchas veces son las posibles, no necesariamente las mejores, cuando uno ubica el eje en la persona. Me quedaba pensando en algunas de las cosas que dijo Ramiro [Almada] y también yo creo que a veces algunas decisiones se toman no poniendo centro en la persona, sino en cuidarnos o en defendernos de algunas posibles consecuencias de determinado tipo de decisiones. Que si uno pone eje en la persona queda claro que algunas de estas decisiones realmente no le van a dar ni mejor calidad de vida ni mejor evolución ni rehabilitación o recuperación.

En realidad, seguimos sin tener, ya no el dispositivo, sino la idea de qué tipo de dispositivos o qué tipos de estrategias tendríamos que desarrollar. Creo que eso es una de las cosas que para mí es una pregunta gigante, no sé. Me parece que está bueno poderlo conversar.

Carlos Negro. Impera la lógica del encierro, porque, sea en una situación de imputabilidad como de inimputabilidad, estamos pensando en el encierro. Porque si hay una situación de inimputabilidad, difícilmente pensemos en una solución que no sea la internación. Ya ahí los fiscales, los jueces, los defensores vamos directo a la alternativa de hierro que es encierro como pena o encierro como medida, pero encierro. Obviamente que hay un reclamo social que subyace. No sé quién lo decía de nosotros, «lo que la gente dice», y ¿quién soy yo para decir lo que «la gente dice», y hay un sentido común que indica que la gente quiere encerrar. En principio, sí, aparentemente somos una sociedad bastante castigadora y que nos gusta la penitencia —siempre que sea del otro, obviamente—. Pero también me llamó muchísimo la atención una encuesta bastante reciente de Cifra donde más del 65 % de la población entendía que eran necesarias alternativas al encierro.

Hemos repetido y replicado que las soluciones pasan por el encierro, porque la gente lo pide, y parece que la gente no lo pedía tanto. Y si la gente no lo pide tanto, ¿por qué entonces no escuchar un poco más a la gente? Por lo menos a esa parte de la gente que parece ser la mayoría. Entonces también acá hay una responsabilidad del sistema político, que también cae preso de esta sinergia de siempre pensar en el encierro como solución para todos los problemas, que seguramente es el problema más barato, sobre todo a nivel normativo, que termina siendo el más caro, como decía Juan Miguel [Petit]. Mil dólares o más por persona privada de libertad por mes no parece ser nada económico; seguramente si la gente supiera lo que sale el encierro de una persona por mes, también su opinión ante las encuestas sería distinta. Esto pasó en Estados Unidos, pero acá seguimos metiendo la cabeza abajo de la tierra. Siempre pensamos en clave de encierro, y en la enfermedad mental también: siempre que la persona queda encerrada nos quedamos tranquilos.

Juan Miguel Petit. Me he preguntado mucho sobre si somos una sociedad punitivista y castigadora. Como Les Luthiers, la respuesta la digo en cuatro palabras: «Yo no lo sé». Porque es verdad que, si uno ve, las normas penales nuestras han tendido al punitivismo, al aumento de presos, de prisionización. Estamos trabajando mucho para que se modifique el artículo del ingreso de droga a prisión que tiene un mínimo de cuatro años, cuando el homicidio tiene un mínimo de dos, si no me equivoco, lo cual es claramente algo muy inadecuado. Pero las cosas tienen su lado oscuro y su lado más claro. El Uruguay también desarrolló un Estado my fuerte y desde el torno del Hospital Maciel, pasando luego al Consejo del Niño, INAU, etc., el Estado siempre estuvo muy presente en las respuestas —este edificio, sin ir más lejos—. El Hospital de Clínicas, el Estadio Centenario, el Parlamento son muestras de lo que era un Estado presente haciendo cosas. Me remito a los trabajos de Barrán con respecto a la salud, la salud mental y las cárceles. El Estado intervenía también porque era la manera de dar asistencia. No fue solamente en materia de adultos presos, sino que también en materia de menores institucionalizados

por desamparo Uruguay ha tenido récord durante décadas, porque muchas familias cuando no podían tener a su hijo o lo abandonaban o recurrían al Estado. Yo me acuerdo de que, estando en el Consejo del Niño en la puerta de ingreso, acá muy cerca, en la calle Garibaldi, empezábamos a ver caso a caso y había gente que llevaba al niño al Consejo porque venía carnaval y porque querían salir en carnaval. Lo internaban durante enero y febrero para poder salir en carnaval. Esto no es una metáfora ni ciencia ficción, es real. Y el organismo funcionaba a veces en automático y decía «bueno». Y faltaba todo un trabajo social para filtrar esas situaciones. Ese lado bueno de Uruguay, de un Estado presente, de un Estado que vuelca recursos a las políticas sociales, que los ha volcado siempre: escuela pública, universidad gratuita, etc., pero nos ha quedado un poco dislocada la respuesta comunitaria. Y la manera también de volcar recursos públicos a lo privado.

¿Qué falta? Falta mejorar las respuestas estatales, pero también generar respuestas de otro tipo, comunitarias de muy distinto tipo que apunten a una vida lo más sana y normal posible, como prevención de la enfermedad y de la enfermedad mental. Y mecanismos de detección y de intervención temprana cuando surgen anomalías de distinto tipo, como pueden ser la dificultad de atención, de aprendizaje de un niño en la escuela, conductas bizarras de un niño en la escuela, y tener instituciones que puedan atender algunos trastornos.

Termino con una pequeña anécdota. Fui a visitar unas cárceles en Suecia y me dijeron que me iban a llevar a visitar lo que para ellos era el último juguete. Me llevaron a un club, para mí era un club deportivo: piscina, cancha, etc., ubicado en un barrio, con muy buenas instalaciones. Yo había llegado el día anterior y había dormido mal. Yo pensé que se habían confundido llevándome a ver una institución de prevención social. ¿Cuál era la gracia de esa institución? Era que, en medio de todas esas actividades, básquetbol, natación, etc., había en ese equipo técnicos, personas especializadas en el trastorno de personalidad. Entonces, en ese equipo que jugaba al básquetbol había dos o tres gurises que tenían diagnosticado un trastorno de personalidad y que estaban allí enviados por la Justicia. Iban al club y no había afuera ningún cartel que dijera: «para los que tienen trastornos de personalidad». Porque otra cosa lamentable que hacemos nosotros es que etiquetamos también por ese rol del Estado. Cuando se discute en la cárcel el tema de las adicciones: bueno, hagamos un módulo para adictos. No, cómo vamos a poner un módulo para adictos… Al minuto los demás le van a hacer *bullying*.

Entonces yo creo que ese tipo de innovaciones, con una base especializada fuerte, es muy importante. No solamente el sistema político, creo que todos los organismos y todas las universidades y la sociedad civil tienen que aportarle al sistema político, que, por sí solo, no puede salir del atolladero.

Ramiro Almada. Solo un comentario. Recientemente, se hizo una jornada para impulsar la idea de la responsabilidad atenuada, en la que Petit participó.