



## DELITO Y ENFERMEDAD MENTAL: CONSUMO DE SUSTANCIAS LEGALES E ILEGALES

ANALÍA AUCÍA GALASSI\*

MARIELA RAGONE EGURROLA\*\*

### Resumen

El trabajo aborda las conexiones entre la medicalización y la judicialización del consumo de las sustancias denominadas estupefacientes y sus efectos en los sujetos, en tanto, sujetos de derechos. A través del examen de seis órdenes judiciales de internación compulsiva en una colonia psiquiátrica, se analiza cómo opera el entrecruzamiento de las prácticas jurídicas y psiquiátricas y sus efectos en la construcción de una superficie más amplia de actuación y de intervención, tanto del aparato judicial como de las prácticas médicas, excediendo el marco de las prescripciones legales en el que se fundan las internaciones. Del material examinado, se relevan fundamentalmente dos aspectos: uno, los argumentos médicos y de salud mental en los que se fundarían las decisiones de internación psiquiátrica por uso de drogas y alcohol; dos, la indicación de la finalidad o el para qué de la internación. Se indagan los procesos que Foucault denomina de “medicalización indefinida” y las producciones de verdad que exceden aspectos terapéuticos relacionando los efectos de aquella con las operatorias de control de los sujetos a través de las categorías diagnósticas de adictos, ebrios, drogadependientes.

Palabras clave: drogas, psiquiatrización, medicalización, control social.

### Abstract

The article addresses the connections between medicalization and the prosecution of the consumption of substances called narcotics and their effects on the subject- a subject who, at the same time,

\* Nacionalidad argentina. Abogada, docente e investigadora de la Universidad Nacional de Rosario. Máster en Sistemas Penales y Problemas Sociales, Universidad de Barcelona. Magíster en El Poder y la Sociedad desde la Problemática de Género, Universidad Nacional de Rosario. Labora en la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Provincia de Santa Fe, Argentina y en la Facultad de Derecho, Universidad Nacional de Rosario. Es integrante del Centro de Estudios e Investigaciones en Derechos Humanos, Prof. J. C. Gardella, Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Rosario y Coordinadora de la sede Rosario del Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer.

\*\* Nacionalidad argentina. Psicóloga, docente e investigadora. Ha desarrollado numerosas investigaciones y cuenta con varias publicaciones referidas a pericias psiquiátricas, medicalización de los sujetos y control social. Ha participado en el equipo interdisciplinario de la sección “Salud Mental y Derechos Humanos” del Centro de Estudios e Investigaciones en Derechos Humanos, Prof. J. C. Gardella, Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Rosario. Labora en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario.

is entitled to rights. Through the examination of six judicial warrants for compulsory admissions to a “psychiatric colony”, the working of the interconnection between legal and psychiatric practices is analyzed. What is also analysed are the effects such interconnection has on the construction of a broader spectrum of action and intervention, both of the judiciary and the medical practices, beyond the framework of the statutory regulations upon which such admissions are based. From the examined material two main aspects come to light: firstly, the medical and mental-health arguments from which decisions about psychiatric hospital admissions in drug or alcohol abuse cases will be made. Secondly, there is also an indication of the purpose or objective of such hospital admissions. This paper also deals with the processes that Foucault calls “indefinite medicalization « and the real productions that go beyond therapeutic aspects, relating the effects of the former with the workings of the control of subjects through the different diagnoses categories of addicts, be it alcoholics or drug addicts.

Keywords: drug, psychiatrization, medicalization, social control.

## Introducción

“El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo” (Foucault, 1990: 125).

Este trabajo aborda las conexiones entre la medicalización y la judicialización del consumo de las sustancias denominadas estupefacientes por la ley y la doctrina penal argentina. Una de las motivaciones principales de esta investigación han sido algunas internaciones judiciales que se produjeron en los últimos años en una colonia psiquiátrica<sup>1</sup>, cuyas causas estaban radicadas en juzgados penales de diferentes ciudades. En todas ellas se alegaba alguna relación con el consumo de estupefacientes o drogas. Las internaciones se produjeron por aplicación de las prescripciones de normativas provinciales (Código de Faltas) y de normativas nacionales (Código Penal).

Para el desarrollo de este trabajo se toma como referencia la doble configuración de delincuente y enfermo que hace la Ley N<sup>o</sup>. 23737<sup>2</sup> respecto de las personas que refieran a alguna de estas dos circunstancias: 1. Que tengan en su “poder estupefacientes (...) para uso personal” y que dependan física o psíquicamente de ellos (arts. 14 y 18), 2. Las personas que sean condenadas por cualquier otro delito, es decir, que no sea la infracción a la ley 23737 y que dependieran “física o psíquicamente de estupefacientes” (art. 16). En ambas situaciones, además de la pena de prisión correspondiente para cada caso, la ley habilita la aplicación de una medida de seguridad curativa que “comprende el tratamiento de desintoxicación y rehabilitación (...) en establecimientos adecuados

<sup>1</sup> Colonia Psiquiátrica Dr. Abelardo Irigoyen Freyre, situada en zona rural de la localidad de Oliveros, provincia de Santa Fe, Argentina.

<sup>2</sup> La ley fue sancionada en el año 1989. Art. 20: “Para la aplicación de los supuestos establecidos en los arts. 16, 17 y 18 el juez, previo dictamen de peritos, deberá distinguir entre el delincuente que hace uso indebido de estupefacientes y el adicto a dichas drogas que ingresa al delito para que el tratamiento de rehabilitación en ambos casos, sea establecido en función del nivel de patología y del delito cometido, a los efectos de la orientación más adecuada”.

(Art. 19 de la ley 23737)<sup>3</sup>. En los casos aquí trabajados el inicio de la causa penal no se produce por tenencia para consumo personal, sino que se refieren a la segunda circunstancia personas que “sean condenadas por cualquier otro delito”.

En aras de la aplicación de la medida curativa, la ley exige que “el juez, previo dictamen de peritos, deberá distinguir entre el delincuente que hace uso indebido de estupefacientes y el adicto a dichas drogas que ingresa al delito” (art. 20). Esta distinción es necesaria para que “el tratamiento de rehabilitación en ambos casos, sea establecido en función del nivel de patología y del delito cometido, a los efectos de la orientación terapéutica más adecuada” (art. 20). En ambos casos, ya sea que se trate del “delincuente que hace uso indebido de estupefacientes” o del “adicto a dichas drogas que ingresa al delito”, corresponde tanto una pena de prisión, y una medida de seguridad curativa.

El interés de este trabajo es mostrar algunos modos en que opera el entrecruzamiento de las prácticas jurídicas y psiquiátricas en relación con ciertas internaciones compul-

sivas en la colonia psiquiátrica, en tanto esto implica una superficie más amplia de actuación e intervención del aparato judicial y de las prácticas médicas que excede el marco de las prescripciones de la Ley N.º. 23.737 (Código Penal) y el Código de Faltas de la Provincia de Santa Fe. Para ello, buscamos relevar dos aspectos: 1º los argumentos provenientes del campo de la medicina y de la salud mental en los que se fundaría la orden de internación y 2º la indicación del para qué de la internación, es decir, la finalidad de sí misma.

Analizamos seis casos judiciales en los que se ha ordenado la internación de personas en la colonia psiquiátrica por consumo de sustancias ilegales<sup>4</sup> y la sustancia legal alcohol. Hemos trabajado con los oficios judiciales en los que se plasma la orden de internación y con los informes médicos y psiquiátricos que acompañaban el oficio<sup>5</sup>. El criterio de selección se basa en que en el pedido de internación hay una serie de elementos que han vuelto significativos a estos casos: por un lado, no hay una argumentación teórica que refiera a criterios clínicos que justifiquen la internación, por otro lado, la forma en la que el juez se dirige a la institución resulta sumamente cuestionable desde el punto de vista jurídico.

La interrogante de la que parte esta investigación es si a partir de estas internaciones por consumo de sustancias se genera un nuevo campo de ejercicio de poder y de

<sup>3</sup> “La medida de seguridad que comprende el tratamiento de desintoxicación y rehabilitación (...), se llevará a cabo en establecimientos adecuados que el tribunal determine de una lista de instituciones bajo conducción profesional reconocidas y evaluadas periódicamente, registradas oficialmente y con autorización de habilitación por la autoridad sanitaria nacional o provincial (...). El tratamiento podrá aplicársele preventivamente al procesado cuando prestare consentimiento para ello, o cuando existiere peligro de que se dañe a sí mismo o a los demás. El tratamiento estará dirigido por un equipo de técnicos y comprenderá los aspectos médicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos, criminológicos y de asistencia social, pudiendo ejecutarse en forma ambulatoria, con internación o alternativamente, según el caso (...).”

<sup>4</sup> Mencionadas en la Ley N.º 23.737.

<sup>5</sup> Estos informes solo están presentes en cinco de las situaciones trabajadas. De las seis causas judiciales tres provienen de la ciudad de Rosario y las otras tres de diferentes localidades de la Provincia de Santa Fe: Las Rosas, Rufino y Cañada de Gómez. Temporalmente todas son posteriores al año 2000.

producción de verdad que excede aspectos terapéuticos.

## Elementos conceptuales

Michel Foucault en “El sujeto y el poder” considera que el Estado, en las sociedades contemporáneas, no es la única forma de ejercicio de poder sino que en todo caso las relaciones de poder refieren a él, aunque no necesariamente derivadas de manera vertical y mecánica. Lo que denomina la “estatalización continua de las relaciones de poder” (Foucault, 1988: 242) adquiere distintas formas de acuerdo a los órdenes que involucre. Así, entendemos que el dispositivo psiquiátrico-jurídico se entramaría en torno a decisiones estatales (las que competen a los funcionarios), campos de saber (ciencia, derecho), representaciones sociales (sentido común, medios de comunicación masiva), la educación.

La perspectiva foucaultiana entiende que el poder, más que coacción violenta pura o consenso racional voluntario, es una cuestión de gobierno en el sentido de “estructurar el posible campo de acción de los otros” y requiere un mínimo de libertad al modo de una precondition para su ejercicio (Foucault, 1988: 239)<sup>6</sup>. Las relaciones de poder se gubernamentalizaron en el sentido de que hay una centralización bajo una forma estatal, lo cual no quiere decir que cada una de esas formas se derive de ella

Retomamos, también, la línea de trabajo de Darío Melossi sobre control social, quien analiza este concepto en torno a tres refe-

<sup>6</sup> Para Foucault el ejercicio de poder requiere de la existencia de libertad por que si esta desaparece sólo habría coerción pura y simple de la violencia.

rencias teóricas principales; aquí tomamos la de Mead y Dewey y la de Parsons (Melossi, 1992)<sup>7</sup>.

Hacia el final de la Primera Guerra Mundial y el new deal de Roosevelt el problema de la cohesión social y el control social adquieren una presencia nodal en el pensamiento de George Mead y John Dewey. Para estos autores, el control social está basado en la interacción social<sup>8</sup>. Rechazan la idea de un punto privilegiado del control social sosteniendo que éste y el yo son la base del mismo proceso.

El control social como concepto sociopsicológico, según Mead, no se limita a las instituciones políticas y sus funcionarios, sino que el auténtico control social sería el proceso de “socialización”, y su eficacia varía según el grado hasta el cual los individuos son capaces de asumir las actitudes de los otros interactuantes en el marco de significados generales que la comunicación sostiene.

En la década de 1950, Talcott Parsons teoriza sobre los mecanismos del control social como la tendencia a delimitar las posibilidades de acción de grupos o individuos para la conservación de un orden social. Los define como “aquellos procesos del sistema social

<sup>7</sup> Si bien en este trabajo no desarrollamos la referencia que se detiene en el aspecto represivo del Estado ante las conductas desviadas (Criminología crítica anglo-americana de 1970) y a los aparatos ideológicos del Estado (Althusser), creemos que estas posiciones son efectivamente relevantes pero aquí nos inclinamos a trabajar en una perspectiva más cercana al planteo foucaultiano.

<sup>8</sup> Esta visión se sostenía en un ideal arraigado en los Estados Unidos en donde se buscaba condensar tradición liberal, desarrollo capitalista y pluralismo cultural y generaba la creencia que la democracia iba a permitir un mejor control social.

que tienden a contrarrestar las tendencias desviadas y de las condiciones en que operan tales procesos” (Parsons, 1986: 280), y ubica las psicoterapias como elementos fundamentales del control social. Distingue al delito de la enfermedad a través de la responsabilidad que se le puede adjudicar a quien llevaba a cargo la acción. En el delito, el acto desviado es producido por un criminal responsable al que se lo excluye del grupo social. Al enfermo, en cambio, no lo considera responsable, su condición, en tanto rol, lo aísla e incomunica exponiéndolo a fuerzas reintegradoras. A través de la psicoterapia, un actor que desempeñe el rol de enfermo se encuentra expuesto a una situación en la que entran en juego fuerzas capaces de romper el círculo vicioso de la creación de conductas desviadas (Parsons, 1986: 294).

Retomando algunas posiciones de Thomas Szasz y Erving Goffman, consideramos que la noción “enfermedad mental” no remite a una entidad observable, evidente, sin necesidad de interpretación y que tendría, como marco de referencia, un modelo único de conducta valorada como socialmente esperable. Pensamos la enfermedad mental como el emergente de un proceso de interacción en que determinadas características que muestran los denominados pacientes son interpretadas desde los estereotipos sociales, que se actualizan en la intersección de lo jurídico y lo terapéutico.

Para Szasz, la noción de la enfermedad mental remite a conductas que violan “ciertas normas éticas, políticas y sociales” (Szasz, 2000: 33). Es más bien una expresión metafórica, que no refiere a un hecho real aunque la psiquiatría intenta mostrarla como un

concepto biológico irrefutable. A criterio del autor, nos encontramos con un constructo de valoraciones morales asentadas sobre una ideología con contenidos laicos y una forma que mantiene resabios religiosos.

### Dispositivos médicos y jurídicos

Foucault designa con el término ‘dispositivo’ tres aspectos (Foucault, 1983). Uno tiene que ver con un conjunto heterogéneo de elementos tanto discursivos como no discursivos y que entre ellos forman una red. Estos elementos podrían ser “discursos, instituciones, disposiciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes y medidas administrativas, enunciados científicos; proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas” (Foucault, 1983: 184 y ss). Otro aspecto refiere a la naturaleza del vínculo entre esos elementos; existe entre ellos una especie de juego, “cambios de posición, modificaciones de funciones, que pueden, también ellos, ser muy diferentes”. El tercer aspecto se relaciona con la función estratégica dominante del dispositivo, la cual ha sido, principalmente, responder a la urgencia. Como ejemplo, Foucault señala cómo un tipo de economía mercantilista, a través de mecanismos de control-sujeción, reabsorbe una masa de población flotante denominándola locura.

Respecto del derecho señala que este “transmite y hace funcionar relaciones que no son relaciones de soberanía sino de dominación” (Foucault, 1993: 25). Por derecho no solo debe entenderse la ley, sino también el conjunto de aparatos, instituciones, reglamentos, entre otros, que ponen en funcionamiento procedimientos de sujeción.

Para pensar las relaciones de poder, Foucault no centraliza la mirada en los agentes que operan a través de la represión o de la exclusión de una manera general, sino que señala la importancia de individualizar a los agentes reales, tales como los médicos, la familia, los educadores, entre otros. Es necesario indicar cómo estos mecanismos de poder, en un determinado momento y en una coyuntura precisa, fueron o son ventajosos desde el punto de vista económico y político para ciertos sectores sociales dominantes. En este orden de ideas, para este autor, la medicalización de la delincuencia y la locura, constituye, a la par de otros mecanismos, una “micromecánica del poder” (Foucault, 1993: 29).

Este filósofo entiende que a lo largo de los siglos XVIII y XIX, los controles que las sociedades ejercen sobre las personas operan no solo por la conciencia, sino también a través del cuerpo y con el cuerpo. Este se transforma en “una realidad biopolítica” y la medicina en “una estrategia biopolítica”, convirtiéndose ésta en una práctica social que se fundamenta en “cierta tecnología del cuerpo social”, cuyo objeto es la regulación y la disciplina de la población (Foucault, 1990: 124 y 125).

En este interés por estudiar los procesos de disciplinamiento de las poblaciones, Foucault advierte sobre la relevancia que adquiere el cruce de los dispositivos jurídico y médico constituyéndose en un aspecto central de lo que denomina “sociedades de normalización”. En estas, los discursos nacidos de las disciplinas invaden el derecho, con sus técnicas y discursos específicamente médicos y generan procedimientos que tienden a normalizar a los sujetos, no únicamente a castigarlos (Foucault, 1993: 33).

Robert Castel observa que tras la Revolución Francesa los alienados son liberados de la arbitrariedad del encierro y comienzan a ser vistos como objeto científico, a los efectos de ser estudiados y corregidos mediante un “tratamiento moral” a cargo de médicos alienistas. La psiquiatría se constituiría como parte de una estrategia de control social que no impone una coacción brutal física (técnicas autoritario-coercitivas), sino que habría una metamorfosis hacia una relación de tutela con una política de asistencia (técnicas persuasivo-manipuladoras). De allí, Castel entiende que la filiación de la psiquiatría es asistencial y política tanto como médica al considerarla como una Ciencia Política que administra la locura. La existencia de esta disciplina estaría reducida a una gestión llevada a cabo por funcionarios estatales en un marco técnico (instituciones, saberes, profesionales especializados, leyes). A partir de esta configuración, el uso de la violencia se argumenta en pos del beneficio de los sometidos, ubicados en un lugar de dependencia bajo la categoría de “irresponsable” en contraposición al “delincuente castigado”.

Acerca del dispositivo médico-psiquiátrico en la Argentina

Los dispositivos médico y penal tienen puntos de anclaje importantes en el positivismo. Así, por ejemplo, nociones tales como “enfermedades sociales”, “peligrosidad”, “defensa social”, “resocialización” permiten una articulación entre ambos dispositivos partiendo de ciertas premisas básicas del positivismo: concepción organicista de la sociedad, determinismo tanto de las conductas “delictivas” y “patológicas” como de las personalidades de los sujetos, pretensión de formular leyes generales en cuanto

a cómo “tratar” a los que se consideren desviados, clasificaciones de los sujetos en base a aquello que lo “determina” en su ser.

La noción de peligrosidad en nuestro ordenamiento penal se vincula con los debates teóricos criminológicos que nacen a fines del siglo XIX. En este sentido, Máximo Sozzo plantea que la criminología positivista puede verse, de alguna manera, como el resultado “del proceso de nacimiento y consolidación de la intersección entre dispositivo psiquiátrico y dispositivo penal” (Sozzo, 1999: 166). En lo que significó este proceso, los congresos de antropología criminal marcaron una fuerte impronta tanto en Europa como en América Latina. En estos congresos, que se desarrollaron entre 1885 y 1911, se plantearon diversas cuestiones atinentes al control de la delincuencia. Uno de los temas discutidos más destacados se relaciona con las “características físicas” de los delincuentes, la relación entre locura y delincuencia, y su desviación física y moral. En los primeros congresos se contó con la presencia de la República Argentina, por ejemplo, en el V Congreso del año 1901 participó Norberto Piñero, representante del positivismo argentino (Del Olmo, 1987: 69). En esta época, las “minorías ilustradas” de América Latina comenzaron a verse seducidas por las ideas de “orden y progreso” difundidas.

La escuela positivista, en cabeza de Lombroso y Ferri, no dejó de bregar por el reconocimiento del delincuente como un enfermo que podía ser curado a través de un “tratamiento”: Los delincuentes no eran iguales a los otros seres humanos ni biológica, ni psicológica ni socialmente (Del Olmo, 1987: 70).

A la par de los congresos se funda la Unión Internacional de Derecho Penal la cual trabajó, a grandes rasgos, el delito y sus causas, los medios para combatirlo asociado a la idea del estado peligroso, las medidas de seguridad y la sentencia indeterminada. Las directivas de la Unión Internacional repercutieron en los códigos penales del mundo.

A partir del año 1872, se realizan congresos penitenciarios internacionales. En el II Congreso Penitenciario, la delegación argentina presenta un informe sobre la situación de sus prisiones en el cual se observa cómo se imponen ciertas técnicas de control social:

Las decisiones que se tomen en ese Congreso serán de gran importancia (...) ya que no dejarán de ejercer una influencia sobre nuestra legislación penal (...). Las resoluciones aprobadas serán como el tratamiento que el médico indica para combatir cualquier enfermedad. Si estamos más enfermos que otros pueblos, debemos buscar manifestarlo e indicar los síntomas de nuestras enfermedades sociales para que se nos ayude a encontrar su remedio (Del Olmo, 1987: 63).

La utilización de concepciones y nociones médicas para abordar el problema de la delincuencia evidencia una concepción organicista de la sociedad, la cual implicó la implementación de una serie de acciones educativas, correctivas con fines moralizantes, entre otros (Del Olmo, 1987: 63 y 64).

Alessandro Baratta señala que la ideología de la defensa social nació al mismo tiempo en que la “ciencia y la codificación penal se imponían como elemento esencial del sistema jurídico burgués” (Baratta, 1993:

36). Además, Massimo Pavarini plantea que la ideología de la defensa social justifica, racionalizando, el sistema de control social. El aparato represivo se legitima como práctica racional en tanto no hace más que defender a la sociedad del crimen (Pavarini, 1993: 49-50). También, Foucault menciona que bajo esta premisa se vuelve posible la articulación de una serie de controles que hacen ejes en aspectos psicológicos y morales a ser reformados en relación con el comportamiento de los individuos. La penalidad del siglo XIX introduce la posibilidad de regular las actitudes de los individuos en término de sus virtualidades y no de sus actos: no lo que hacen sino lo que “pueden hacer, son capaces de hacer, están dispuestos a hacer o están a puntos de hacer” (Foucault, 1991: 97).

La configuración del nuevo orden mundial, luego de la Segunda Guerra Mundial, conlleva a una transformación de la política criminal por parte de las organizaciones internacionales. La defensa social no solo es analizada como una ideología (Pavarini, 1993 y Baratta, 1993)<sup>9</sup>, sino también constituyó un movimiento que bregó por el reemplazo de la pena por una medida curativa y de seguridad para cada persona. Este movimiento se consolida entre 1945 y 1948, y logra su reconocimiento internacional al establecerse la Sección de Defensa Social de las Naciones Unidas. Esta define su objetivo como “la prevención del delito y el tratamiento del delincuente” (Del Olmo, 1987: 89 y ss). Marc Ancel, sostiene que:

<sup>9</sup> Baratta señala que por un lado existe la defensa social como ideología general del derecho penal y, por el otro lado un movimiento al que se llamó “defensa social” (Filippo Gramatica, Italia) y más tarde “nouvelle défense sociale” (Marc Ancel, Francia).

La defensa social presupone que los medios de manejar el delito deberían concebirse como un sistema de protección de la sociedad contra los hechos delictivos (...), esa protección social la logra por medio de un conjunto de medidas que generalmente está fuera del ámbito del derecho penal y están diseñadas para ‘neutralizar’ al delincuente, ya sea removiéndolo o segregándolo o aplicando métodos educativos o remedidores (...). Esta política criminal está dirigida a la resocialización sistemática del delincuente (citado por Del Olmo, 1987: 90).

En 1913, en el último congreso llevado a cabo por la Unión Internacional de Derecho Penal, se mencionó como peligrosos a reincidentes, alcohólicos, deficientes de toda clase, mendigos y vagabundos. El jurista español Luis Jiménez de Asúa sostiene que son peligrosos los enfermos mentales agitados, los menores abandonados y moralmente pervertidos, los mendigos y vagabundos, los bebedores habituales, las prostitutas, proxenetas y rufianes y los sujetos pertenecientes a la mala vida (Hernández, 1977: 26- 27).

Tosca Hernández elabora un análisis minucioso de los aspectos que algunas legislaciones incluyen para ‘valorar la peligrosidad’. Ellos son, entre otros, motivos, personalidad, habitualidad, condiciones de vida social y familiar, gravedad del hecho, antecedentes penales. Sostiene que el Derecho Penal toma la noción de peligrosidad social de la Criminología en el momento histórico en que se necesitó implementar otras maneras de control social para mantener el sistema económico y político

mundial que se resquebrajaba (Hernández, 1977: 33). La incorporación de esta noción justificó, de alguna manera, la adopción de las medidas de seguridad, por lo que la función del concepto de peligrosidad sería la base de los nuevos mecanismos de control social ocultando lo represivo de ellos; es decir, desde el momento en que las medidas de seguridad adoptan una apariencia humanitaria quedarían recubiertas de la finalidad de rehabilitación y cura. De esta manera, el control se puede extender a conductas consideradas como “no delictivas” (Hernández, 1977: 32 y ss).

Del Olmo señala que la adopción de los paradigmas gestados en Europa continuó siendo una constante. En Buenos Aires hubo una adhesión mayor a desarrollar el problema de la peligrosidad como explicación al problema de la delincuencia (Del Olmo, 1987: 159). Así, nos encontramos con el ya mencionado Piñero quien, junto a otros argentinos adherentes a la criminología positivista, crearon en 1888 la Sociedad de Antropología Jurídica. Entre sus planteamientos figuraba la necesidad de estudiar la personalidad del delincuente a fin de proyectar las reformas de las leyes penales. En el mismo sentido, se creó en 1907 el primer Instituto de Criminología de toda Latinoamérica dirigido por José Ingenieros. El problema de detectar y conocer al “individuo delincuente” era una inquietud fundamental para la comunidad internacional.

Esta preocupación también fue adoptada por los intelectuales de Latinoamérica. El médico argentino Osvaldo Loudet, presidente del I Congreso Latinoamericano, señaló que es necesario “ir incorporando

los postulados de la doctrina del estado peligroso a la legislación penal” (Del Olmo, 1987: 159 y ss).

Pavarini y Del Olmo entienden que esta preocupación de algunos intelectuales europeos y latinoamericanos tenía como objetivo neutralizar la acción de los “resistentes” al nuevo orden económico capitalista que se imponía luego de la primera guerra mundial. Entre 1938 y 1947 se celebraron cuatro encuentros latinoamericanos de criminología y ya, para este último año, estaba expresada en el continente la fórmula política de la criminología: “el delincuente es un psicópata que necesita ser estudiado detenidamente para determinar su grado de peligrosidad y el tipo de sanción que se le debe aplicar: pena o medida de seguridad” (Del Olmo, 1987: 173).

El cruce de nociones provenientes del campo de lo jurídico y de lo médico–delincuente como enfermo mental–muestra cómo el positivismo criminológico, tal como señala Ricardo Salvatore, hacia finales del Siglo XVIII y principios del Siglo XX, “sentó las bases del surgimiento de un estado médico legal en la Argentina” (Salvatore, 2001: 84). Uno de los aspectos que señala para caracterizar el estado médico legal tiene relación con la forma en que la criminología positivista se ha desarrollado como una “empresa de colonización”, esto es en el sentido de que ciertos técnicos e intelectuales con pretensiones reformadoras comienzan a ejercer el control de áreas marginales del Estado. Desde allí empiezan a delinear “las redes sociales, los programas y el prestigio que necesitan para influir sobre las políticas del estado y, a largo plazo, transformar las prácticas de éste”. Además,

revela cómo un grupo de reformadores tiene incidencia sobre las interpretaciones de la sociedad y la política, haciendo que sus conceptualizaciones sean aceptables para los gobernantes otorgándoles argumentos útiles a la gobernabilidad (Salvatore, 2001: 104-105).

Hugo Vezzetti señala que hacia 1880 se expandió una conciencia médica consolidadora del aparato del Estado sostenida en cánones europeos, la cual sirvió para la construcción de un aparato sanitario y de higiene pública cuyo destinatario principal era la población pobre. Esta era representada como un conjunto gregario anónimo cuyas conductas deben ser sometidas a la rigurosidad del control médico-estatal. La medicina como práctica de Estado se sostiene en la intervención normalizadora sobre las conductas urbanas; dentro de esta práctica, la psiquiatría tomó a su cargo un rol relevante en estrecha vinculación con la criminología (Vezzetti, 1985).

Un aspecto central que enlaza las relaciones de la medicina mental con el dispositivo jurídico es el elemento responsabilidad a partir del cual comienzan a inscribirse las figuras de los especialistas, quienes sostienen sus prácticas dentro del dispositivo judicial, haciéndose cargo de la incompletud del saber jurídico respecto de la inteligibilidad de lo patológico. Desde finales del siglo XIX, la criminología positivista instauró la noción de responsabilidad social que implica el relegamiento de la responsabilidad penal basada en el libre albedrío. A partir de esto, los sujetos ya no van a ser responsables en razón de su culpabilidad en sus propias acciones, sino por cuán peligrosos y temibles sean de acuerdo con su personalidad. Ya se ha señalado que la noción de peligrosidad

tiene raigambre positivista pero, cabe señalar, en realidad el positivismo no ha copado la totalidad de las prácticas y normativas penales sino que se instituye, a partir de la intervención, desde un lugar intersticial donde se confunde locura y crimen (Sozzo, 1999: 171). Para dar cuenta del pasaje de la valoración de actos a actores, Sozzo cita entre otros a Paz Anchorena quien, al preguntarse acerca de en qué consiste el estado peligroso, responde que se puede detectar una “naturaleza intelectual especial” que hace que determinados individuos sean naturalmente criminales y, en consecuencia, peligrosos para la sociedad, por lo que el castigo deberá apuntar a punir las maneras de hacer y de vivir, y no solamente tal o cual acción (Sozzo, 1999: 167).

#### Acerca de la psiquiatrización y judicialización del consumo

De manera contundente, Foucault ha señalado que ya no habría un territorio exterior a la mirada médica sino que más bien la vida en sus múltiples manifestaciones se ha vuelto objeto de su jurisdicción (Foucault, 1990: 104). Desde esta perspectiva, creemos que el consumo de drogas cayó bajo la intervención, no solo jurídica sino también médica, “recortando para el campo de la psicopatología un objeto, la drogadependencia, cuyo estatuto nosográfico sería convalidado desde el saber científico” (Dimov, 2005: 88)<sup>10</sup>.

El “problema de las drogas” ha tenido un gran desarrollo a lo largo del Siglo XX provocando la proliferación de una gran maquinaria compuesta de discursos, ins-

<sup>10</sup> La autora señala que también el campo “Psi” se ha convocado a este proceso de medicalización del consumo de drogas.

tituciones y normativas múltiples. Marta Dimov entiende que la decisión política de transformar al consumo de drogas en enfermedad trajo como consecuencia una serie de disposiciones administrativas, normativas legales, desarrollos teóricos (psicológicos, sociales, farmacológicos, entre otros). Específicamente, definió categorías de consumo patológicas y de consumidores como drogadependientes, drogadictos, adictos, entre otros. La autora señala que, en este proceso, se ha llegado a la conformación de lo que ella denomina “dispositivo drogadependencia”, el cual implicaría una presencia estratégica de control sostenida en base a ciertas prácticas: prevención, asistencia y represión del consumo, lucha contra el narcotráfico, polémica sobre la pertinencia o no de “lucha contra las drogas”, entre otros. (Dimov, 2005: 89-90, 94).

Las acciones políticas y jurídicas que ponen en funcionamiento la amplia maquinaria judicial están destinadas, mayoritariamente, a la sujeción y control de los individuos que ingieren estupefacientes, desde el momento que se centra la “lucha contra las drogas” en el consumo personal, no así en el narcotráfico. Podría decirse que más que una “lucha contra las drogas” de hecho se instala como una “lucha contra los drogadictos”. Observa Dimov que, dada su atribución de enfermos, se “naturalizó” en el imaginario colectivo el “deber social” de ejercer una relación de tutela sobre ellos” (Dimov, 2005: 94). De esto deriva la posición humanitaria de disponer de una serie de medios terapéuticos para atender y curar a los portadores de la nueva patología tanto por su bien como por el de la sociedad.

Además de todos los elementos puestos en juego, para transformar la ingesta de drogas en enfermedad, se desplegaron algunas técnicas para la criminalización del consumo. La Ley N<sup>o</sup>. 23737 mantiene la visión del consumo de drogas como enfermedad, pero la considera como un delito que debe ser reprimido penalmente y controlado terapéuticamente. Al producirse esta confusión entre enfermedad y delito no queda en manos de un solo dispositivo, sino que hay una intersección de criterios de control del campo de lo médico y de lo jurídico. Al mismo tiempo, castigo (por trasgresión) y tratamiento (por enfermedad), quedan confundidos. Dentro de las instituciones donde son arrojados compulsivamente hay un régimen que responde a estas dos miradas.

Aún tratándose de otros delitos, que la misma ley contempla, la posibilidad de que el juez dicte una medida de seguridad curativa está prevista y esto puede ser posible a través de un sistema de creencias que ponen en juego saberes que se sostienen en el supuesto de catalogar hábitos, conductas, estilos de vida, entre otros, como indicios de enfermedad.

Se establece un nexo inescindible que genera la figura del enfermo-delincuente. Aparecen las figuras del drogadependiente, adicto, consumidor que no remiten con exclusividad al campo jurídico o médico, es decir a uno con prescindencia del otro. Por el contrario, se sostienen en un dispositivo médico-jurídico ya consolidado con base en argumentos aportados por el positivismo criminológico, fundamentalmente el desarrollado en Argentina: peligrosidad, defensa social, determinismo en el campo de las conductas, desviación, enfermedades

sociales. En este dispositivo, los enunciados médicos y jurídicos aparecen vinculados a proyectos políticos, en alguna medida relacionados con los procesos de consolidación del Estado o con la necesidad de intervención estatal sobre poblaciones específicas consideradas peligrosas.

El consumo de estupefacientes está asociado a una serie de peligros en razón de que, en el imaginario social, circulan ciertas ideas por las que una persona bajo los efectos de la droga puede delinquir. Estas ideas no quedan solo como representaciones mentales, sino también se traducen en prácticas concretas de control y de sujeción.

Entre ellas se encuentran las internaciones compulsivas en instituciones de “rehabilitación”, donde la noción de tratamiento no implica una afección sobre el cuerpo biológico o la psiquis, sino que hay todo un régimen disciplinario de tratamiento que apunta a modificar hábitos, conductas, comportamientos que implican un tratamiento moralizador; estas son las instituciones contempladas en la Ley N<sup>o</sup>. 23737.

La internación en una institución manicomial (no prevista en la ley) se argumenta en relación con equiparar consumo de drogas con enfermedad mental; también, ante la falta de otros espacios en los cuales poder llevar a cabo el cumplimiento de la medida de seguridad. Es decir, se utiliza el dispositivo médico-penal en funcionamiento para dar curso al control de un nuevo objeto introduciendo el viejo dispositivo manicomial a la maquinaria médica-jurídica empleada en torno a la figura del drogadependiente.

Tal como señalan Pegoraro y Fernández (Pegoraro y Fernández, 1993)<sup>11</sup>, la penalización del consumo de drogas ilegales no obedece a una esencialidad el delito sino a la puesta en práctica de una política penal selectiva; se distingue en cuanto al tipo de drogas (hay una elección de cuales drogas van a quedar en el plano de la legalidad y cuales en el de la ilegalidad) y en cuanto al tipo de individuo a reprimir. Además, no se trata solo de un sistema penal que se ha expandido ampliando la población a criminalizar, sino también creemos que también se trata del ejercicio de una política penal colonizada por el discurso médico.

De cada uno de los seis casos de internaciones en la colonia psiquiátrica se relevan, como ya mencionamos, dos aspectos: los argumentos esgrimidos para justificar la internación y la finalidad en los términos señalados por el discurso médico y jurídico. En relación con para qué de la internación, pretendemos mostrar algunos de los efectos que se producen de acuerdo con las condiciones planteadas por ambos discursos. Cabe aclarar que pensamos en desentrañar una finalidad que se presentaría como evidente, la cual guiaría al “dispositivo drogadependencia” a través de sus agentes. Más bien, nos interesa analizar ciertas fórmulas expresadas en los documentos judiciales, en los que se indican algunos objetivos que se esperan alcanzar con la internación, lo

<sup>11</sup> Pegoraro, J., Fernández, A. (1993). “La nueva ley aprobada hace dos años incrimina la simple tenencia de estupefacientes, lo que abre un campo para el ejercicio de la selectividad criminalizadora tanto de la policía como del poder judicial, cuyos resultados es el incremento de la población carcelaria y el perfil socioeconómico bajo de dicha población. Los traficantes, los lavadores de dinero y los grandes inversores son mayormente inmunes a tal sistema”, pág. 134, nota 1.

cual pensamos nos permitiría enunciar determinadas consecuencias que repercuten directamente sobre los sujetos.

Como fue señalado al comienzo, seleccionamos seis casos a los que hemos identificado a cada uno con una letra.

1.- Caso N: Diagnóstico: “etilismo crónico, presenta excitación psicomotriz e inestabilidad emocional”, “síndrome de abstinencia alcohólica con delirium tremens”. La resolución judicial menciona otro argumento de tipo objetivo: “el servicio local no cuenta con instalaciones ni recursos humanos para una adecuada atención (...), recomendando su derivación a un centro de atención psiquiátrico”.

La causa judicial es iniciada por la infracción al art. 89, segundo párrafo del Código de Faltas que refiere al “Ebrio habitual”<sup>12</sup>, radicada en un juzgado de competencia civil a cargo del juzgamiento de las contravenciones. Finalidad de la internación: “internación preventiva” (Expediente, Juzgado de Circuito, localidad de Las Rosas, Provincia de Santa Fe).

2.- Caso E: “Padece alcoholismo crónico, sin conciencia de enfermedad, es peligroso para sí y para terceros, le impide comprender la criminalidad de sus actos y dirigir

<sup>12</sup> Código de Faltas de la Provincia, art. 89: “Ebriedad. El que en estado de embriaguez transitar o se presentare en lugares accesibles al público y producir molestias a los transeúntes o concurrentes será reprimido con arresto hasta quince días. Cuando se trate de un ebrio habitual, a los fines de su debido tratamiento, el juez podrá ordenar su internación en un establecimiento adecuado por un plazo que no exceda de noventa días. La medida podrá darse por cumplida antes de dicho término de acuerdo con lo que informe la dirección del establecimiento”.

sus acciones”. En el informe médico que se acompaña, se establece: “estado psicológico normal. Aliento alcohólico” (Expediente, Juzgado Penal, Ciudad de Cañada de Gómez, Provincia de Santa Fe.).

La causa judicial iniciada es por amenazas, de trámite por ante un juzgado penal. Finalidad de la internación: “habiéndose dispuesto tomar una medida de seguridad sobre el mismo, debiendo ser internado en esa institución”.

3.- Caso C: El único escrito con el que llega la persona a la colonia psiquiátrica es un oficio dirigido al Director del Sistema Integrado de Emergencia Sanitaria para solicitarle colaboración para el traslado de C a la colonia. En relación con el argumento, solo se hace referencia a “la patología que presenta”

La causa judicial se tramita por “tentativa de hurto” en un juzgado penal. Finalidad de la internación: brindarle el adecuado tratamiento respecto a la patología que presenta (Expediente, Juzgado Penal, ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe).

4.- Caso F: No hay oficio dirigido a la colonia por parte del Juzgado, sino que hay un oficio dirigido al titular de la Comisaría donde se hallaba alojado F, y un oficio de la Comisaría dirigido a la colonia. En ambos oficios, no se mencionan los motivos de la internación y sólo hay una leve mención a la finalidad.

La causa judicial iniciada es robo, de trámite por ante un juzgado penal. Finalidad de la internación: “se ha dispuesto el traslado del detenido F, al Pabellón de Tratamiento de

Adicciones de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, para su internación y tratamiento” (Expediente, Juzgado Penal, ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe).

5.- Caso L: En este caso, se acompañó junto con el oficio judicial una copia de la resolución por la cual se ordena la internación. Cabe mencionar que el oficio para la colonia está dirigido expresamente a “Señores Profesionales del Comité de Admisión de la Granja Neuropsiquiátrica, Oliveros”.

Los argumentos señalados son “sufre diferentes cuadros depresivos, posiblemente resultado de una alteración siquiátrica producto de su dependencia a las drogas”. “Haberse tornado peligroso para sí y para terceros”.

La causa judicial está radicada en un juzgado penal y se desconoce el delito imputado. Finalidad de la internación: se menciona que la situación de L debe encuadrarse como medida de seguridad, de acuerdo con su peligrosidad, conforme a lo previsto por art. 330, quinto párrafo<sup>13</sup> del Código Procesal Penal de la Provincia, concluyendo que “es por ello que se deberá derivar a una institución especializada a las afecciones de dependencia que sufre”. En relación con el propósito de la internación se señala dos cuestiones distintas: 1) continuación del tratamiento de L en la Clínica Neuropsiquiátrica de Oliveros, 2) informar al tribunal: a) cuadro clínico que presenta L, b) tratamiento y lugar adecuado para tratar

<sup>13</sup> Ese artículo indica que los magistrados pueden disponer que la privación de la libertad del procesado se haga efectiva en un hospital o sanatorio cuando no sea posible que la asistencia de este se haga en el hospital o enfermería del establecimiento carcelario.

de resolver, o en su caso, mejorar su actual estado de salud mental, c) si la alteración que presenta importa una peligrosidad para sí y para terceros, d) determinar si es posible una internación en una institución privada sin riesgo que interrumpa el tratamiento (Expediente, Juzgado Penal, Ciudad de Rufino, Provincia de Santa Fe).

6.- Caso M: En el oficio dirigido a la colonia psiquiátrica se señala que se ordena la internación en función a lo dictaminado por el médico forense. Se mencionan dos tipos de argumentos, uno de tipo clínico: “para adelantarnos a los síntomas probables que la abstinencia le provocará”. El otro argumento se hace referencia a “la actitud colaborativa (de M) (que) sigue siendo óptima y en base a ello (...)” se deriva al Hospital. Pero “debido a la peligrosidad de (M.) (...) se ha ordenado la custodia policial del mismo”.

La causa judicial está caratulada como robo calificado y resistencia calificada a la autoridad y radicada en un juzgado penal. Finalidad de la internación: “a los efectos de que sea compensado definitivamente, tarea a cargo de profesionales especializados” (Expediente, Juzgado Penal, Ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe).

### Argumentos clínicos y jurídicos de la internación

Los argumentos, entendiéndolo por tal a los criterios que los profesionales de la salud informan a la justicia al evaluar el estado de una persona, operan como justificantes de la aplicación o no de una medida curativa; es decir, tal como lo señalan los códigos procesales y penales, los magistrados se va-

len de los informes de técnicos, de un saber que ellos no portan para poder decidir que medida ejecutar. En estas situaciones, las posibilidades son aplicar pena de prisión o medida curativa y en su caso internar o no en una institución especializada de acuerdo con los principios de la Ley N.º. 23737. Se requiere una argumentación en términos de un saber reconocido como científico para de legitimar jurídicamente la decisión sobre una persona cuando se le priva de su libertad alegando razones de enfermedad. Internar en una institución en forma coactiva, sin la fundamentación de un saber competente que justifique tal medida, implicaría la violación de garantías constitucionales y penales pudiendo interpretarse jurídicamente como una privación ilegítima de la libertad y, en consecuencia, vulneraría gravemente los derechos humanos de las personas involucradas.

En los seis casos analizados se evidencia la explicitación de enunciados diagnósticos sin desarrollo ni mención de los procedimientos o técnicas utilizadas por el perito o profesional interviniente en la evaluación. Así, nos encontramos con las siguientes expresiones: “alcoholismo crónico”, “inestabilidad emocional”, “excitación psicomotriz”, “etilismo crónico”, “aliento alcohólico”, “cuadros depresivos, posiblemente resultado de una alteración siquiátrica producto de su dependencia a las drogas”, “para adelantarnos a los síntomas probables que la abstinencia le provocará”.

En el caso de F no se mencionan los motivos clínicos que sustentan la internación, sólo se hace referencia a la finalidad de la misma. En el caso de C solo se señala: “brindarle el adecuado tratamiento respecto a la patolo-

gía que presenta”. La expresión “respecto a la patología que presenta” hace suponer que la enfermedad fuera nítida, transparente a los ojos del observador, es decir, que sería reconocible a simple vista por los profesionales que reciben a la persona en la institución. La dependencia física o psíquica sería patológicamente tan autoevidente que su claridad no ameritaría la explicitación de ningún tipo de argumentos clínicos.

La aceptación, por parte de la justicia de formulaciones diagnósticas realizadas en estos términos y condiciones, nos hace suponer que se instala una creencia ciega, como una demostración de fe hacia el conocimiento técnico, aunque solo sea por la portación de un título profesional por parte de quien presenta esos enunciados. Estos tienen, por decirlo de manera sencilla, una fuerza importante en el proceso de análisis de los jueces, porque partiendo de la referencia a un estado de salud en términos diagnósticos, los funcionarios judiciales deciden una internación coactiva. Esas fórmulas funcionan como si en ellas se condensara toda una situación de peligrosidad, riesgo y severidad de las condiciones de salud del sujeto y como si, además, no fuera necesario contextualizar el estado de la persona, la repercusión de ciertos “signos” en ese sujeto, entre otros. Más bien, pareciera que al decir por ejemplo “cuadros depresivos”, “etilismo crónico”, “inestabilidad emocional” estos estados fueran abarcativos de una serie de signos, rasgos, caracteres definidos, cerrados en sí mismos y unívocos en el sentido de que no varían, de persona a persona, la forma en que se manifiestan o son vividos. Así, el término “inestabilidad emocional” resulta de uso corriente y muchas veces impreciso y refiere a diversos estados de una

persona. De otro modo, pero en el mismo sentido, la expresión “etilismo crónico” indica claramente a qué se refiere, aunque en estos casos el diagnóstico se plantea de manera indeterminada y vaga porque, los límites que generan que un hábito pase de ser considerado consumo de alcohol a alcoholismo, queda a criterio casi intuitivo del observador del mismo modo que queda a su criterio determinar si ese consumo es crónico o agudo. A tal punto, se presenta impreciso aquello que haría patológico el consumo de alcohol que en el caso E se hace una débil y rápida referencia a un estado de “aliento alcohólico”. En otras palabras, todo parece fluir y funcionar de una manera tan espontánea que, por ejemplo, un “cuadro depresivo” por sí mismo habilita una internación psiquiátrica.

Hablar de enfermedad, síntoma, psiquismo, implica, como lo ha señalado Szasz, establecer un juicio en el que se combinan ciertas cuestiones referidas tanto a la persona examinada como a los estereotipos del evaluador que surgen de la sociedad en la cual conviven; es decir, designar algo como “síntoma psíquico” no es referirse a un dato observable e identificable por una mirada “experta” de la realidad, portador de una esencia patológica, sino que surge de un contexto social y ético como una construcción y asignación hecha en una relación de poder desigual (Szasz, 2000: 24).

Por medio de esta operación de atribución, se ha constituido en “problema de salud mental” el consumo de determinadas sustancias tales como cocaína, marihuana, alcohol etílico de curación, asepto bron, entre otros. Consecuentemente, se hace aparecer la necesidad de un abordaje espe-

cífico y especializado por el cual el estado actúa, al mismo tiempo y paradójicamente, castigando y cuidando. Recordemos que la Ley N°. 23737<sup>14</sup>, establece que no es cualquier profesional de la salud quien estaría habilitado para llevar adelante el tratamiento terapéutico por adicciones. Se plantea la necesidad de un equipo interdisciplinario y de establecimientos adecuados, reconocidos oficialmente. El art. 19 al indicar “tratamiento de desintoxicación y rehabilitación” refiere al campo de lo médico –desintoxicación y rehabilitación– y al campo de lo jurídico/penal–rehabilitación–, esperando que la persona modifique su conducta a través del tratamiento con una medida curativa. La aplicación de una pena privativa de libertad implica estar sometido a un tratamiento dentro de la prisión, con un régimen disciplinario que tiende, según los fundamentos de la teoría penal, a la resocialización, readaptación y rehabilitación de las personas.

La interrelación entre elementos, que provienen del ámbito de la salud con ciertos objetivos que se propone el régimen penal, se puede observar también en la noción de peligrosidad para sí y para terceros usada como elemento determinante de la decisión de internar. En el caso E, al mencionar el diagnóstico de “alcoholismo crónico”, se expresa que es “peligroso para sí y para terceros”, lo cual “le impide comprender la criminalidad de sus actos y dirigir sus acciones”. También en el caso L, el “haberse tornado peligroso para sí y para terceros”, elementos que por definición conceptual son ajenos a lo médico, aunque utilizados por médicos, terminan funcionando como decisivos de la medida de seguridad.

<sup>14</sup> Ver art. 19 de la Ley N°. 23737, nota 3.

El art. 19 también determina que habría dos supuestos para aplicar el tratamiento: si el “procesado” presta el consentimiento puede ser aplicado “preventivamente”, pero lo será, con consentimiento o sin él, “cuando existiere peligro de que se dañe a sí mismo o a los demás”.

Tal como fue expuesto más arriba, Castel y Foucault han mostrado que la noción de peligrosidad remite a una supuesta cualidad immanente al sujeto, el cual será juzgado, evaluado, diagnosticado también en el nivel de sus virtualidades, es decir no por lo que hizo sino por lo que es. La peligrosidad refiere a un campo de potencialidades donde existe “una relación más o menos probable, entre tales o cuales síntomas actuales y tal o cual acto futuro” (Castel, 1986: 222)<sup>15</sup>.

Ya vimos con la figura del adicto que ciertos hábitos son considerados al mismo tiempo enfermedad y delito. De manera similar, ocurre lo mismo con la figura penal del ebrio habitual mencionada en el caso N. El alcohol presenta una diferencia con los estupefacientes, porque aquel no constituye un objeto ilícito, excepto en determinadas circunstancias, tal como la que aparece en el Código de Faltas con la infracción “Ebrio habitual”. De esta manera, un objeto legal de consumo queda transformado en ilegal cuando se consume en determinada cantidad; cantidad no especificada ni delimitada por la ley ni por la medicina. Con esa figura se articulan los discursos médicos y psiquiátricos, en tanto no solo se es un infractor a la ley penal, habilitante de una sanción punitiva (arresto) sino que, a la vez, se es un ‘enfermo’ sobre el cual se autoriza la

<sup>15</sup> Ver Foucault, M. (1991). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.

aplicación de una medida de internación. Paradójicamente, mientras el arresto puede durar hasta quince días, la medida curativa se puede extender hasta noventa días.

En los casos trabajados aparece un lazo inescindible entre enfermedad y delito. No interesa en esta instancia si el delito es consecuencia del consumo de estupefacientes o si primero se es “adicto” y luego delincuente. El nexo indisoluble de patología-enfermedad mental-infracción penal habilita un juego de saberes y poderes respecto de las elecciones de las personas en torno a las sustancias que consumen y excede el marco de la ley sobre estupefacientes. La ley jurídica ha sido poblada por el discurso médico sometiendo a encierro psiquiátrico a algunas personas de acuerdo a lo que elijan consumir y en tanto ello se considere peligroso para sí y para terceros.

Así también, en algunos casos (E, C, N) la levedad de las penas que correspondería al delito, conllevaría a la aplicación de la medida procesal de libertad condicional, por lo que la aplicación de una medida de seguridad curativa constituiría un reaseguro del encierro ya no por delincuente sino por enfermo, adicto, ebrio. Se patologiza al delincuente sin que su nueva condición de enfermo borre o haga desaparecer su carácter de delincuente; también su infracción es vista como una expresión de su enfermedad. Esta operación constituye una garantía del ejercicio de poder casi incondicional de las prácticas médicas.

Estas operaciones nos acercan al planteamiento de Szasz respecto del carácter de la noción de enfermedad. Sugiere que el concepto enfermedad ahora es una cate-

goría política además de médica: “algunas enfermedades son médicas (por ejemplo, el cáncer de próstata), algunas son legales y políticas (por ejemplo, la demencia criminal, el uso no aprobado de drogas), y algunas son mentales (por ejemplo, la agorafobia)” (Szasz, 1994b: 126). Szasz ha puesto énfasis en analizar las respuestas que se vehiculizan para resolver lo que se considera “desviaciones psicosociales, éticas y jurídicas”. En las situaciones que se plantean con relación al consumo de las sustancias declaradas ilegales, la legislación plantea respecto al costado patológico del tal consumo, que se resuelve mediante una intervención médica, además de otras disciplinas del campo de la salud. El autor afirma que estas respuestas médicas no son apropiadas frente a un tema que proviene de un lugar distinto del campo de las definiciones médicas<sup>16</sup>. En este sentido, el caso del ebrio habitual podría decirse que constituye una ‘condición enferma’, cuya designación proviene del ámbito legal. Se instala la pregunta sobre cuáles aspectos tendría competencia la mirada médica para dar respuestas relativas al consumo de sustancias como alcohol y drogas.

No desconocemos que estas sustancias pueden provocar, y de hecho provocan, lesiones en el organismo cuando son consumidas en ciertas cantidades, del mismo modo en que el organismo afecta cuando se ingiere durante largo tiempo alimentos con alto contenido en grasa. ¿Qué podría hacer la medicina ante las secuelas orgánicas del consumo de alcohol y de grasas?: aplicar

un tratamiento médico para responder a dolencias físicas como podrían ser lesiones en el hígado, problemas de presión, de circulación, entre otras. Entendemos que estas intervenciones son propias del campo médico ahora bien, ¿para que intervendría la medicina en el terreno de las elecciones o decisiones de las personas respecto de lo que eligen consumir? ¿Qué se espera o qué se le supone a la medicina que puede hacer respecto de las determinaciones individuales que llevan a una persona, por ejemplo, a tomar cierta cantidad de alcohol o de cocaína?

Si lo que habilita la intervención de la medicina es un discurso protector de la salud, entonces ¿por qué no se aplican también internaciones compulsivas para “desintoxicar y rehabilitar” a quienes ingieren alimentos en condiciones y cantidades fuertemente nocivas para el organismo? En este sentido, el DSM IV patologiza el consumo de café, pero parecería descabellado pensar que una persona que consume 15 tazas diarias de café pueda ser internada compulsivamente por esta razón. Además, el cigarrillo es un elemento reconocido como “perjudicial para la salud”<sup>17</sup> al mismo tiempo que hace circular grandes sumas de dinero. Estos y otros hábitos que provocan trastornos no son, al menos hasta el momento, motivo de sujeción coercitiva e internaciones involuntarias. Sin embargo, los consumos designados como adicciones son diversos y construyen sus correspondientes clasificaciones de enfermos: el obeso, el ludópata,

<sup>16</sup> “Dado que los procedimientos médicos están destinados a remediar únicamente problemas médicos, es lógicamente absurdo suponer que contribuirán a resolver problemas cuya existencia misma se ha definido y establecido sobre fundamentos no médicos” (Szasz, 2000: 26 y 27).

<sup>17</sup> La Ley N.º. 23344 establece en el artículo 1º lo siguiente: “Los envases en que se comercialicen tabacos, cigarrillos, cigarros u otros productos destinados a fumar llevarán en letra y lugar suficientemente visibles la leyenda: “El fumar es perjudicial para la salud”.

el cocainómano, el alcohólico, entre otros.

Las intervenciones médicas que venimos analizando, en las que se apunta no ya a aplicar un tratamiento sobre lesiones orgánicas, sino un ‘tratamiento sobre la conducta’ para lograr una “rehabilitación” devienen en un accionar punitivo, donde, la medicina, la psicología y otras disciplinas<sup>18</sup> actúan como colaboradores de la tarea del ejercicio de control y de castigo de las agencias estatales. Este tipo de operatoria médico-judicial abre la posibilidad de que potencialmente toda la población sea ubicable en el terreno de la peligrosidad, ya sea a partir de las sustancias que consume o de los estilos de vida que adopte. La definición y la extensión que cobran las adicciones comienzan a ampliar el terreno de lo patológico frente al cual, acciones o hábitos cotidianos que convivían sin generar alarma o mayor preocupación, empiezan a ser vistas como un exceso frente a lo instituido como normal y como anormales devienen objeto de medicalización.

### Finalidad de la internación

En el art. 19 se establece que el tratamiento puede “ejecutarse en forma ambulatoria, con internación o alternativamente, según el caso”. En los seis casos trabajados, como se percibe claramente, la opción elegida es la de la internación.

Sin embargo, a partir de la práctica judicial, se observa que pueden esgrimirse otras razones por las cuales internar a las personas

<sup>18</sup> Según el mencionado art. 19 de la Ley 23.737 el tratamiento incluirá también los aspectos pedagógicos, criminológicos y de asistencia social.

distintas a las que establece la ley. Así, se ve en el caso N que un motivo para internar no responde ni a lo jurídico ni a lo médico, sino a una cuestión de índole administrativa: “el servicio local no cuenta con instalaciones ni recursos humanos para una adecuada atención del internado, recomendando su derivación a un centro de atención psiquiátrico”.

En el caso E –quien tenía 24 años al momento de la internación<sup>19</sup>– encontramos que “padece alcoholismo crónico”. Se utiliza el término alcoholismo sin hacer referencia a lesiones orgánicas que podrían ser asistidas en la institución, más bien se alude a hábitos de consumo o a conductas. Dentro del paradigma de la psiquiatría tradicional, esto guarda cierta lógica desde el momento en que la internación está dirigida a una colonia psiquiátrica y no a un hospital general. Ahora bien, ¿qué implica afirmar que tal conducta es crónica? Si este concepto es entendido como irreversible porque proviene de larga data, ¿cuál sería la finalidad de la internación psiquiátrica? Es más, ni siquiera el oficio judicial le indica a la institución que pretende o qué espera que se haga con esa persona allí internada. Con respecto a la finalización de la internación se indica que se hará cuando “resulte médicamente posible su externación”. No queda especificado si se espera que la institución aplique un tratamiento a la conducta o a los órganos dañados si los hubiere. Si es esto último, una institución psiquiátrica es inapropiada. Aunque fuera la correcta –un hospital general–, ¿se puede encerrar coactivamente a alguien para que se trate médicamente, por ejemplo, cirrosis? Si se espera que se aplique un tratamiento

<sup>19</sup> Este dato consta en el texto del oficio de internación.

dirigido a modificar el hábito o conducta de consumir alcohol, ¿por qué se habilita a la medicina a intervenir contra la voluntad de las personas sobre aspectos subjetivos? Además, la atribución de cronicidad a una persona de 24 años resultaría risible si no fuera porque en razón de eso se lo privó de su libertad. Con este tipo de intervenciones quedan absolutamente cuestionados los objetivos de las internaciones.

También, se observan mixturas de operaciones que recaen sobre la persona de E: se le inicia una causa penal por el delito de amenazas, al mismo tiempo que se le aplica una medida de seguridad curativa declarándolo inimputable en razón de su alcoholismo crónico, el cual le impediría comprender la criminalidad de sus actos y dirigir sus acciones. El efecto de esa operatoria sería la construcción de un sujeto incapaz de razón, por ende, objeto de tutela estatal.

Tanto en el caso M como en el E se evidencia que el límite temporal de la internación coactiva depende exclusivamente de criterios médicos. En los oficios se indica que la internación tiene la finalidad de lograr una compensación definitiva (caso M), o hasta que no “resulte médicamente posible su externación” (caso E).

Veamos más, en detalle, algunas situaciones. C fue procesado por una causa de hurto en grado de tentativa, lo cual implica que, de habersele aplicado una pena de prisión, le hubiera correspondido entre 20 días y 1 año; penalidad que, no la hubiese cumplido porque se le habría otorgado la libertad condicional por lo exiguo de la pena. Supongamos que los profesionales tratantes consideren que “la patología que presenta” requiere una internación de seis meses, un

año, más o menos. Esta situación no sería ilegal porque fue autorizada y sostenida por la justicia ¿pero en qué condiciones de garantías jurídicas fue decidida esa internación, ese encierro?, ¿qué posibilidades tuvo C de expresarse y ser escuchado con relación a lo que quiere hacer respecto de su propio estado de salud? El saber médico es habilitado para tomar decisiones y que quede a su exclusivo cargo la conclusión de un encierro coactivo para realizar un tratamiento compulsivo y la justicia se pliega a esa posición médica aceptándola incondicionalmente. En el caso N, solo se indica que la internación tiene carácter preventivo. El término “prevención” es utilizado en el campo de la salud para adelantarse a las consecuencias que determinada situación puede provocar desequilibrando cierto estado de salud. También, es utilizado penalmente para referir a la aplicación de penas privativas de libertad antes de una condena. En esta situación, la figura del ebrio habitual remite, a la vez, a un delito y a una enfermedad, por lo que hace aún más confuso el sentido que le ha querido dar en la resolución judicial al término preventivo. Podría pensarse que, obviamente, no es utilizado en el sentido penal, ya que no se trata de una prisión, pero médicamente ¿cuál sería la finalidad “preventiva” de una internación psiquiátrica? ¿Preventiva de qué o a qué consecuencias? No podemos hacer inteligible estas disquisiciones centrándonos en una lógica interna de ambos discursos sino que, más bien, resulta necesario recurrir nuevamente al juego de relaciones de poder que se traman con la intersección. En este sentido, interesa remarcar algunos lugares en los que, dentro del dispositivo, ciertos términos aparecen utilizados confusamente: no se sabe desde que lugar se está hablando, si desde el discurso médico o desde el discurso jurídico.

Ambos discursos coinciden, entre otras cosas, en una tarea punitiva.

Recordemos que el art. 19 de la Ley N<sup>o</sup>. 23737 señala que “el tratamiento podrá aplicársele preventivamente al procesado cuando prestare su consentimiento para ello o cuando existiere peligro de que se dañe a sí mismo o a los demás”. En esta idea se observa el encadenamiento de los conceptos “prevención” y peligrosidad para sí o para terceros. Se puede entrever que, si la persona no da el consentimiento, la internación podría tener la finalidad de prevenir un daño para sí mismo o para la sociedad. El concepto de peligrosidad presenta un grado de complejidad al ser utilizado por ambos discursos, al interior del dispositivo médico-jurídico, aunque introduciendo aspectos éticos y morales respecto a acciones potenciales. Se enlaza la pretensión de prevenir las consecuencias de un peligro que no se puede precisar de qué se trata, ni su origen, ni sus efectos, ni su manera de abordarlo técnicamente. En esta línea, Szasz retomando a J. Stuart Mill, señala que “la función preventiva del gobierno, sin embargo, está mucho más expuesta a los abusos contra la libertad que la función punitiva” (Szasz, 1994b: 124).

En estos casos, la decisión de finalizar el encierro institucional queda estrechamente asociada a un saber médico, a una medicina que opera como una práctica preocupada por la ‘seguridad’ más que por la salud, como auxiliar de la Justicia en el arte de controlar y castigar a las personas cuando esta actividad no le pertenece originariamente a ella. Esta medicina trabaja con otras herramientas que están por fuera de su marco de científicidad, o de lo que se le atribuye como esfera de competencia –la

asistencia a la salud–, introduciéndose en ámbitos que involucran las formas de vida que tienen las personas, interviniendo en su esfera de autonomía, es decir en aquello relativo a sus actos. Este accionar médico no procede por solicitud de la persona, sino que se vincula con ella de manera coercitiva, como si existiera un deber natural de curarse, una obligación (¿social?) de que la persona sea tratada terapéuticamente por una dolencia que se le atribuye desde esos lugares de poder tramados en la intersección del dispositivo jurídico-médico.

Anteriormente, se indicó que la medida curativa se debe llevar a cabo en establecimientos específicos, no en cualquier institución de salud. Sin embargo, en el caso F se ha dispuesto trasladarlo al “Pabellón de Tratamiento de Adicciones de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros”; en el caso L, el oficio está dirigido expresamente a “Señores Profesionales del Comité de Admisión de la Granja Neuropsiquiátrica Oliveros”. Pensamos que, adjudicar a la Colonia Psiquiátrica la categoría de “Granja”, así como la existencia de un “pabellón” para tratar las adicciones no estaría mostrando una mera confusión por parte de los magistrados judiciales. Tal vez, esto esté indicando al menos dos cuestiones. Una, y la que menos interesa para esta investigación, consiste en que no se cumple con lo señalado en la Ley N<sup>o</sup>. 23737 respecto de las características que deben tener las instituciones para trabajar con el consumo de drogas. Dos, que no hay un conocimiento \_y parecería que no hay tampoco preocupación por tenerlo\_ sobre el tipo de abordaje que hace la colonia psiquiátrica ni qué tipo de problemáticas se abordan allí. Por lo tanto, el hecho de que la colonia psiquiátrica esté situada en zona rural no la transforma en una “granja”;

es decir, que el discurso médico y legal en la actualidad entienda que el consumo de determinadas sustancias sea un problema de tipo psiquiátrico, no implica que una institución de internación psiquiátrica \_atiborrada de fármacos, es decir, drogas\_ sea el lugar donde alojar a alguien que, supuestamente, debería dejar de drogarse.

Szasz ha sugerido que las formas actuales de encierro se constituyen como dispositivo social a través del cual una parte de la sociedad se asegura “ciertas ventajas a expensas de otra”. La internación psiquiátrica parte de suponer que existe posibilidad de curar o de que, al menos, un tratamiento terapéutico es viable con el objeto de “restituirle al “paciente” su “salud mental” (Szasz, 2000: 125). En relación con este análisis, concluye el autor que si la manera de lograr esto, tal como se refleja en los casos aquí trabajados, es privando a los individuos de su libertad, la “internación involuntaria en hospitales neuropsiquiátricos” se convierte en un camuflaje verbal para lo que es, en la práctica, un castigo” (Szasz, 2000: 125). El elemento determinante de este tipo de internaciones, cualquiera fuese la justificación médica, es la coacción entendida por Szasz como ejercicio de poder con carácter moral y político y, en consecuencia, “la internación es en lo fundamental un fenómeno moral y político”<sup>20</sup>.

Siguiendo la perspectiva de Szasz, los conceptos de “enfermedad y tratamiento se han flexibilizado y politizado” (Szasz, 1994b: 125). En este sentido, afirma que el uso de drogas, desde la mirada médica actual, se

considera una enfermedad causada por el mismo enfermo.

En los casos trabajados, tanto el consumo de drogas como el de alcohol, son considerados no solo como enfermedad sino también como delitos. En consecuencia, la responsabilidad está puesta, además, en llevar a cabo su propio tratamiento. Por ello, se resalta, de alguna manera, una actitud “colaborativa”, tal como se ve en el caso M en el que el médico señala que este mantuvo una “actitud colaborativa”, lo cual lo haría meritorio de una derivación al hospital. No obstante, como además de ser un paciente es también un delincuente, el juez dictamina que “debido a la peligrosidad (...) se ha ordenado la custodia policial del mismo (sic)”.

### Gobierno de los sujetos

En varios textos, Foucault trabaja cómo en el siglo XIX se comenzó a gestar una sociedad que ya no es la de la ley, sino la de la norma. Se intenta producir una continua distinción entre lo que se considera normal y anormal con un permanente interés de restitución de la normalidad. En este proyecto juega un papel preponderante la medicina, quien convierte a la enfermedad en un modo de regulación social. Así, la medicina genera una especie de “Estados médicos abiertos” en los cuales la capacidad de medicalización pierde su exterioridad (Foucault, 1990). Otra de las piezas funda-

<sup>20</sup> Con el fin de esclarecer la idea, el autor refiere que “la esclavitud fue en lo fundamental un fenómeno moral y político, cualquiera que haya sido su justificación antropológica y económica”. (Szasz, 2000: 122). Esta misma idea fue trabajada por Castel y mencionada más arriba.

mentales de este proceso fue la invención del hospital como “aparato de medicalización colectiva”.

Estas sociedades, a las que describe como de normalización, toman a su cargo la vida no solo en el sentido biológico sino en una dimensión mucho más amplia en la cual se considera tanto al cuerpo individual y social como objetos de control, de regulación y disciplinamiento.

Más allá de esta preocupación, que se desarrolla a lo largo de los últimos siglos, en relación con políticas cuyo eje se centró en mantener a la población en buen estado de salud, Foucault retoma el aspecto irónico de las concepciones médicas respecto a los modelos de salud, por ejemplo, en el Plan Beveridge del año 1942. Este plan, desarrollado en Inglaterra en el momento en que la Segunda Guerra Mundial producía resultados tales como la muerte de 40 millones de personas, significó una reorganización en atención a la salud sirviendo como modelo a varios países europeos. La salud ingresó en los cálculos de la macroeconomía y el Estado asume la tarea de invertir grandes sumas de dinero para garantizar al individuo condiciones de salud. Se ve aparecer “la formulación de un nuevo derecho, una nueva moral, una nueva economía, una política del cuerpo” emergiendo, en la actualidad, una “somatocracia” (Foucault, 1990: 96 y 97). Esto significa que para el Estado el cuerpo pasa a ser uno de los objetivos principales donde intervenir en todos sus aspectos y no solo como se fue señalado anteriormente en el aspecto orgánico.

Uno de los efectos de esta transformación es lo que Foucault denomina el fenómeno

de la “medicalización indefinida”. La medicina actúa por fuera de lo que se le atribuye tradicionalmente como su campo: la demanda individual, una serie de síntomas y malestares que delimitan más o menos las intervenciones profesionales a una serie de objetos denominados enfermedades. La medicina no responde a la demanda del enfermo como su móvil principal, porque su actuación no está vinculada exclusivamente a las enfermedades. En la actualidad, la salud \_no la enfermedad\_ se ha convertido en su objeto de intervención. “Con mucha más frecuencia la medicina se impone al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad” (Foucault, 1990: 106). Esta intervención médica patologiza condiciones de existencia, situaciones, estilos de vida, pobreza, desocupación, marginalidad, infracciones a la ley penal e incluso infracciones menores.

La psiquiatría desempeña un papel importante en el proceso de medicalización y judicialización a través de dos aspectos: la pericia psiquiátrica como forma de afirmarse en el ejercicio del poder y la internación psiquiátrica-judicial en tanto operación identificatoria de cura y sanción. Cuando se sustrae a alguien de la sanción penal, la psiquiatría “ofrece” una modalidad de control (Pavarini y Betti, 1999: 99) más maleable, tal como podría ser la medida de seguridad curativa de la Ley N°. 23737.

En este marco, el discurso jurídico, la medicina y los “especialistas en adicciones” enunciados en los oficios judiciales parecen ejercer de tal forma ciertas prácticas con relación a la salud o enfermedad que el concepto de tratamiento se asemeja al de castigo y de hospital como prisión (Dimov, 2005).

Se advierte una actuación arbitraria de las agencias del Estado, que atraviesa los cuerpos y los fija a una indeterminación temporal de la internación a través de una medida de seguridad curativa, la que solo podrá ser levantada a criterio de los “especialistas”. Las personas, al cometer una infracción, tienen garantía del límite temporal de la pena privativa de libertad, la fecha de finalización está fijada en el Código Penal y en la sentencia. Pero, en la medida curativa, el límite temporal de la sujeción coercitiva no existe ya como garantía jurídica. Aquí, se diluye en razón de la supremacía de la patología y la medicalización, en tanto ese poder de patologizar casi todo lo que el individuo hace, consume, piensa, elige. Esto deviene en graves violaciones a los derechos humanos, no solo los de la libertad ambulatoria sino también los relacionados con la autonomía para elegir sus conductas, hábitos; también, afectan la dignidad de la persona, el trato respetuoso propio de su condición humana, el derecho a no ser discriminado y la igualdad ante la ley.

El doble proceso de patologización/criminalización genera una situación de tutela hacia el “adicto” con vistas a la defensa social camuflando a esta bajo argumentos referidos a la protección y cura del sujeto. En estos casos de adictos o de alcohólicos, la puesta en tutela, en términos de Castel, se inscribe como un mecanismo eficaz generando, desde el mismo derecho, cierto estado de “no-derecho”, en el sentido de que el Estado en lugar de proteger los derechos individuales de libertad, autonomía, privacidad, reubica a los sujetos en condiciones de minusvalía y desvalimiento al considerar anómalas sus conductas y sus consumos. Como señala Szasz, se produce un efecto

de infantilización en lo que él denomina “estado terapéutico”, en el cual se le otorga “poderes policiales a los médicos para privar a la gente de su libre elección a ingerir ciertas sustancias” (Szasz, 1993: 151).

El artículo 16 de la ley de estupefacientes le otorga poderes definitivos a la psiquiatría desde el momento en que señala que “la medida de seguridad curativa cesará por resolución judicial y dictamen de peritos”. Este dominio subroga al poder judicial en su competencia de poner fin a un encierro potenciando la idea de un sujeto irresponsable \_debido a su enfermedad\_ y como tal en estado de “minoría absoluta” (Castel, 1980: 26). Siguiendo esta línea, Szasz advierte que si se designa a sujetos como necesitados de ayuda y sin la cual no podrían sobrevivir, correlativamente habrá sujetos aptos para ofrecerla y motivados para hacerlo (Szasz, 1994a: 194).

Los agentes médicos estatales imponen un tratamiento a aquellas personas a las que se les atribuye un “padecimiento psíquico” incluyendo a quienes consumen drogas. El tratamiento no es igualitario para todos en el sentido de prohibir la ingesta de drogas. A los llamados psicóticos les será impuesta la toma de drogas legales, aunque no lo deseen, al mismo tiempo que, y como característica fundamental del llamado estado terapéutico, “impide a los adultos sanos tomar las drogas que desean, y a los adultos enfermos rechazar las drogas que no desean” (Szasz, 1994b: 186).

Entendemos que, en los casos trabajados se plantea una mixtura en la que, la figura del adicto no refiere exclusivamente ni a la criminalidad ni a la locura, pese a su

internación en una colonia psiquiátrica producto de una decisión penal. El adicto condensaría dos figuras: la de un sujeto responsable por su acto delictivo, el cual no queda borrado por su enfermedad (como ocurre con la declaración de inimputabilidad) y la de un sujeto peligroso en tanto su adicción lo transforma en incontrolable.

A diferencia de la declaración de inimputabilidad, que hace desaparecer la posibilidad de pena de prisión, en los casos de uso de drogas y alcohol la normativa penal contempla las dos posibilidades: penas de prisión o arresto y medidas de seguridad curativa. Para el adicto sometido a un tratamiento en una colonia psiquiátrica, \_situación que podría ser revertida por decisión del juez para que cumpla la pena de prisión\_, el proceso penal continúa, lo cual hablaría de nuevos sujetos y de nuevas formas de controlarlos.

En estas nuevas problemáticas de salud mental, en tanto involucra una dependencia psíquica, subyace la idea de que hay algo que puede ser recuperado de su anormalidad para llevarlo a los espacios de un buen estado de salud mental. Pero estas ‘intenciones humanitarias’ se hacen en contra de la voluntad de las personas y a causa de los objetos que eligen consumir. Szasz, al analizar la política de “lucha contra las drogas”, evidencia que ello habla de la falta de libertad que tenemos para “poner en nuestros cuerpos cualquier cosa que queramos” del mismo modo en que tenemos la “libertad de poner en nuestras mentes cualquier cosa que queramos” (Szasz, 1993: 151 y ss.).

Concluimos con una reflexión de Castel, aplicándola a las figuras del médico y del juez: “estaría bien al menos atreverse a

preguntar a aquel que hace de ti un sujeto-sometido: ‘¿quién te ha hecho rey?’” (Castel, 1980: 26).

## Conclusiones

¿Qué consecuencias tiene la penalización y patologización de la ingesta de ciertas drogas sobre el goce de los derechos individuales de las personas?

La humanidad conoce múltiples y variados objetos, creencias, comportamientos, hábitos que han sido y son considerados “peligrosos” o “dañinos”, sea para un dios, para el rey-gobernante, para el interés público, para la seguridad nacional, la salud individual y, por ende, prohibidos por las autoridades religiosas, legales, médicas (Szasz, 1993: 156). En diferentes épocas, culturas y religiones se ha prohibido la ingesta de ciertas carnes y alcohol, ciertas ideologías políticas por considerarse subversivas, del mismo modo que ciertas creencias religiosas por considerarlas herejías, así como ciertas conductas sexuales por tenerlas como obscenas o depravadas, entre otros.

Las drogas culturalmente aceptadas como el tabaco y los remedios legalizados llamados psicofármacos constituyen un problema desde el momento en que causan daño demostrable en las personas<sup>21</sup>. También, las drogas legales utilizadas por el saber médico durante cierto tiempo provocan lesiones severas e irreversibles en las personas asiladas. La sobremedicación (conocida como “chaleco químico”) ha sido utilizada y lo sigue siendo, aunque en menor medida, como

<sup>21</sup> En relación con el tabaco, su efecto nocivo es tal, que como vimos se ha promulgado una ley advirtiendo que el “fumar es perjudicial para salud”, a fin de proteger a las tabacaleras de potenciales juicios de consumidores de tabaco.

un mecanismo de control de las conductas y utilizada dentro de un sistema de premios y castigos. La existencia de las denominadas drogas duras circula acompañada de la creencia que ellas funcionan como una “amenaza” externa para las personas del mismo modo como pueden serlo una catástrofe de carácter natural (Szasz, 1993: 156). Lo paradójico que trae como efecto esta construcción, consiste en que el Estado moderno se arroga el deber de protegernos de tales peligros o amenazas y para ello utiliza fundamentos provistos de una supuesta racionalidad científica. Las políticas de prohibición de drogas, tal como fue señalado en el trabajo, tienen sus efectos benéficos para ciertos sectores. En este caso, nos interesa retomar el beneficio de lo que Szasz llama la “justificación existencial”. En efecto, la prohibición y consecuente patologización le “da la posibilidad a los médicos, sobre todo a los psiquiatras, de exigir habilidades específicas para tratar la mítica enfermedad de la drogadicción”, conociéndose ampliamente todos los “numerosos empleos que se crean en torno del alboroto de la “rehabilitación” (Szasz, 1993: 158). Afirma que, del mismo modo que en las sociedades teocráticas las personas no creían en la separación entre Iglesia y Estado, en la actualidad, no se cree en la separación entre medicina y Estado. La unión entre ambas instancias favorece la censura a ciertas drogas, así como la censura de palabras, libros, imágenes y creencias se desprendía de las sociedades teocráticas.

Los variados mecanismos de protección a los sujetos “consumidores” que se implementan desde el Estado, en alianza profunda con la medicina y su política de control, no hacen más que ubicar a los sujetos en

un lugar infantilizado, a los que hay que proteger de sus autodeterminaciones de elegir consumir lo que desean, del mismo modo que se piensa lo que se quiere o se lee el libro que se desea. La represión que en la Edad Media se justificaba bajo el argumento de la fe, ahora lo es bajo el pretexto de la salud. La medicina se encarga de regular las relaciones de las personas con su cuerpo: la desviación a la norma médica se considera drogadicción (como enfermedad mental), y a esa desviación le corresponde una sanción, a saber, el tratamiento (Szasz, 1993: 160 y ss)<sup>22</sup>.

La ramificación o, por decirlo en términos médicos, la metástasis que la medicina está haciendo de sus técnicas de control y sometimiento de los sujetos, a través de la fabricación de nuevas patologías y sujetos enfermos, se desplaza hasta zonas donde se está perdiendo, cada vez, la configuración del sujeto del que habla el discurso jurídico: un sujeto dotado de atributos de libertad, de discernimiento y de libertad.

El pasaje de un sujeto pensado en relación con el contrato social hacia la idea de un sujeto al que se debe tutelar tiene profundas consecuencias subjetivas, no solo en relación con los estigmas que recaen sobre él, sino también en el retroceso respecto de los derechos fundamentales que las sociedades modernas han conquistado. Goffman, al trabajar el concepto de “paciente mental”, desde un sentido sociológico, muestra cómo la persona ve interrumpido su destino social al ser sometida a una hospitalización compulsiva, luego de ser atrapada por “la pesada

<sup>22</sup> Szasz, afirma que “el estado terapéutico es un estado totalitario”, el cual enmascara “su tiranía como terapia”. (Szasz, 1994b: 203)

maquinaria del servicio hospitalario para enfermos mentales” (Goffman, 1972: 134).

Nos resulta inquietante de todo este proceso, el uso del propio cuerpo con referencia al ocio, la sexualidad, la comida, entre otros, al presentarse en la mira de continuos combates y luchas cotidianas contra “adicciones” a las que habría que o curar o castigar, pero

en cualquier caso corregir hacia un modelo de “sujeto normal”.

## BIBLIOGRAFÍA

- Baratta, A. (1993). *Criminología crítica y crítica del derecho penal*. México: Siglo XXI.
- Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Madrid: La Piqueta.
- Castel, R. (1986). "De la peligrosidad al riesgo". En J. Varela, F. Alvarez, U. (Eds.), *Materiales de Sociología Crítica*. Pág. 219-243. Madrid: La Piqueta.
- Código de Faltas de la Provincia de Santa Fe. (2003). Santa Fe: Quórum Editora.
- Código Penal argentino. (1997). Buenos Aires: A-Z Editora.
- Código Procesal Penal de la Provincia de Santa Fe. (2008). Santa Fe: Editorial Jurídica Panamericana.
- Del Olmo, R. (1987). *América Latina y su criminología*. México: Siglo XXI.
- Dimov, M. (2005). "El dispositivo 'drogadependencia'". En *Revista Psicoanálisis y el Hospital*. 14 (27), 88- 96. Buenos Aires: Ediciones del Seminario.
- Expediente, caso N: Juzgado de Circuito, localidad de Las Rosas, Provincia de Santa Fe.
- Expediente, caso E: Juzgado Penal, Ciudad de Cañada de Gómez, Provincia de Santa Fe.
- Expediente, caso C: Juzgado Penal, Ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe.
- Expediente, caso F: Juzgado Penal, Ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe.
- Expediente, caso L: Juzgado Penal, Ciudad de Rufino, Provincia de Santa Fe.
- Expediente, caso M: Juzgado Penal, Ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe.
- Foucault, M. (1983). *El discurso del poder*. México: Folios.
- \_\_\_\_ (1988). "El sujeto y el poder". En Dreyfus, H. Rabinow, P. y Foucault, M. *Más allá del estructuralismo y la hermenéutica*, Págs. 227-244. México: UNAM.
- \_\_\_\_ (1990). *La vida de los hombres infames*. Madrid: La Piqueta, Madrid.
- \_\_\_\_ (1991). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.
- \_\_\_\_ (1993). *Genealogía del racismo*. Montevideo: Nordan.
- Goffman, E. (1972). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gualtieri, G. (2001). *Memoria y Verdad: Del horror a una clínica posible en la Colonia Psiquiátrica de Oliveros*. Ponencia presentada en las Jornadas "ONGs, Derechos Humanos y Salud Mental", Museo de la Memoria, Rosario.
- Hernández, T. (1977). *La ideologización del delito y de la pena*. Caracas: Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, Universidad Central de Venezuela.
- Ley de estupefacientes N° 23.737. (1989). Buenos Aires: Valletta Ediciones.
- Melossi, D. (1992). *El estado del control social*. México: Siglo XXI.
- Parsons, T. (1986). *El sistema social*. Madrid: Alianza.
- Pavarini, M. (1993). *Control y dominación*. México: Siglo XXI.

- Pavarini, M. y Betti, M. (1999). "La tutela social de la / a la locura". En *Delito y Sociedad. Revista de Ciencias Sociales*, 8 (13), 93 - 109). Buenos Aires: La Colmena.
- Pegoraro, J. y Fernández, A. (1993). "El orden y el sujeto en una relación social alternativa". En *Delito y Sociedad. Revista de Ciencias Sociales*, 3 (4/59), 133 - 150). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Salvatore, R. (2001). "Sobre el surgimiento del estado médico-legal en la Argentina". En *Revista Estudios Sociales*, 20, 81-114). Santa Fe: Centro de publicaciones Universidad Nacional del Litoral.
- Sozzo, M. (1999). "A manera de epílogo. Cuestiones de responsabilidad entre dispositivo penal y dispositivo psiquiátrico. Materiales para el debate desde Argentina". En *Delito y Sociedad. Revista de Ciencias Sociales*, 8(13), 163- 181. Buenos Aires: La Colmena.
- Szasz, Th. (1993). "Contra el estado terapéutico: derechos individuales y drogas". En *Delito y Sociedad. Revista de Ciencias Sociales*, 3(4/5), 151 - 162). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- \_\_\_\_ (1994a). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- \_\_\_\_ (1994b). *Nuestro derecho a las drogas*. Barcelona: Anagrama.
- \_\_\_\_ (2000). *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Vezzetti, H. (1985). *La locura en Argentina*. Buenos Aires: Paidós.

Recibido: 30/01/2010 • Aceptado: 17/03/2010