

Universidad Nacional de La Plata
Facultad de Trabajo Social
Especialización en Políticas Sociales (cohorte 2016-17)

Estrategias de las personas privadas de libertad y familiares
frente a situaciones de salud que enfrentan en el encierro

Lic. Natalia Rocchetti

Directora: Esp. Gladys Susan López

Diciembre de 2021

Resumen:

En este trabajo me propuse conocer y caracterizar las estrategias desplegadas por las personas privadas de libertad y sus familiares en el contexto de encierro para acceder a la atención sanitaria. Se trata de un trabajo que condensa mis saberes a partir de mi inserción profesional en la Comisión Provincial por la Memoria, donde desde el año 2011 monitoreo (junto a un equipo de trabajo) las cárceles de la provincia de Buenos Aires y entrevisto en forma privada en sus espacios de detención a las personas que padecen el encierro.

Realizo una investigación exploratoria con metodología cualitativa, a través de entrevistas en profundidad a detenidos y familiares, las cuales fueron realizadas en los meses de septiembre y octubre de 2020, con el objetivo de conocer no sólo las condiciones de encierro y su lugar determinante frente a la producción de enfermedad sino también qué estrategias y acciones despliegan para poder enfrentarlas en intentos de construcción de una salud diferente, de resistencia.

Dichas entrevistas semi estructuradas fueron realizadas a través de llamadas telefónicas con previo acuerdo y consentimiento de las personas a ser entrevistadas. Se eligió realizarlas de manera telefónica dado que las mismas fueron concretadas en contexto de Aislamiento Social y Preventivo por COVID.

La centralidad está dada en las palabras de quienes viven el encierro y sus familiares. Esto además de ser una propuesta y decisión metodológica es una decisión ético-político, convencida de que son ellos y ellas quien tienen los saberes propios del padecimiento cotidiano del encierro y que suele desestimarse, no habiendo escenarios para su escucha más que convocándolos desde su lugar “de delincuentes o en falta” para la sociedad.

En esta investigación se pudo conocer que las personas privadas de libertad y sus familiares despliegan estrategias frente a la desatención de salud. Estas estrategias fueron descriptas y abordadas en las entrevistas y sus análisis y asimismo, en este trabajo se aborda las modalidades en que se imprime la violencia en el encierro, generando enfermedades y escenarios para su reproducción. Pudiendo así arribar que la salud-enfermedad-cuidado en el encierro debe ser entendida y conceptualizada a partir de los sufrimientos y vivencias que en

su interior se desarrollan por los actores centrales que la padecen: los y las privados/as de libertad.

PALABRAS CLAVE: ENCIERRO, SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN, ESTRATEGIAS, TORTURA, FAMILIA, POLÍTICAS SANITARIAS.

ÍNDICE

Resumen.....	Pág 2
Agradecimientos.....	Pág 5
Introducción.....	Pág 6
Capítulo 1: Marco teórico.....	Pág 10
Capítulo 2: Propuesta metodológica.....	Pág 25
Capítulo 3: Características centrales del escenario trabajado.....	Pág 31
Capítulo 4: Análisis de las entrevistas.....	Pág 39
Capítulo 5: Consideraciones finales.....	Pág 53
Bibliografía.....	Pág 56
Anexos.....	Pág 59

AGRADECIMIENTOS

En este apartado quiero agradecer fundamentalmente a Susan López, Directora de este TIF, por sus aportes, su predisposición y escucha atenta, que me permitieron hacerme nuevos interrogantes. Agradezco su calidez, compromiso y perseverancia para acompañar este proceso de trabajo.

A la Comisión Provincial por la Memoria, lugar en el que me inserto profesionalmente desde hace diez años, donde sigo aprendiendo y encontrando nuevos desafíos todos los días.

A los compañeros y amigos que fui construyendo en este camino de trabajo, porque transitamos la cárcel siempre con alguna nueva pregunta, y con nuevos desafíos para seguir batallando sobre lo injusto.

A la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata, especialmente a la cátedra de Trabajo Social IV donde además de encontrar un espacio de formación y docencia encontré grandes compañeros con quienes transitar el camino de enseñar y aprender todos los días.

A mis amigas que siempre están para acompañar, escuchar, y abrazar. Sin ellos sería imposible pensar la vida.

A mi familia, porque creen en lo que hago y acompañan siempre. Porque sin ellos tampoco podría pensar los días.

A los detenidos que me permitieron entrevistarlos, a los familiares que también compartieron su tiempo conmigo. Sin ellos este trabajo no sería posible. Espero reflejar sus voces de la mejor manera posible.

INTRODUCCIÓN

Para la realización del Trabajo Integrador Final de la Especialización en Políticas Sociales me propongo indagar sobre las estrategias que despliegan personas privadas de libertad y sus familiares para acceder a la atención de la salud en el contexto carcelario. Se trata de una investigación exploratoria, descriptiva, con metodología cualitativa, con entrevistas semiestructuradas a personas que se encuentran en el encierro cursando un proceso penal y a sus referentes afectivos. La recolección de la información que incluye a las entrevistas en profundidad abarca septiembre a diciembre de 2020.

La pregunta central que guió esta investigación es: ¿qué les sucede a los/as detenidos/as y familiares ante la ausencia de atención sanitaria? Si despliegan estrategias, ¿de qué forma y cuáles son las mismas? Cómo así también si estas estrategias son individuales o colectivas.

Seleccioné algunas categorías desde donde poder trabajar el tema, en primera instancia siguiendo a Laurell puedo referir que la salud y enfermedad no son hechos separados ni contrapuestos sino que parten de un mismo fenómeno que se comprende en contextos determinados históricos y socialmente. Es por ello que se toman autores que han trabajado el tema y que permiten comprender la salud como una dimensión histórica social.

Por otro lado, entendiendo de tal forma la salud, es necesario situar el contexto del que voy a dar cuenta. No se trata de cualquier espacio sino de la cárcel la cual ha sido estudiada por autores tales como Foucault, el cual será retomado para comprender los aspectos históricos y estructurales del surgimiento de la misma.

Para comprender el contexto se abordan cuestiones estructurales y ligadas a las condiciones de vida/habitad, alimentación, abuso de poder, tortura, como también categorías tales como el castigo y estigma.

Realizo un recorrido por las características de los espacios carcelarios actuales que permitan dimensionar el tema de trabajo también problematizar sobre el objeto de estudio. Si bien mi interés en el tema surge a partir de ser trabajadora en la Comisión Provincial por la Memoria, que es el Mecanismo Local de Prevención de la Tortura, dicha motivación no sólo está atravesada por un interés particular y personal en el tema sino justamente porque existen datos centrales que permiten representar la relevancia del tema. Esto será abordado con mayor amplitud en el capítulo 3 sobre características del escenario a trabajar pero me interesa precisar algunos datos centrales para encuadrar la pertinencia de abordar el tema en cuestión.

A partir de información producida por la CPM, a octubre de 2021 en la provincia de Buenos Aires hay un total de 53874 personas detenidas en cárceles, comisarías, alcaidías y bajo la modalidad de arresto domiciliario, con monitoreo electrónico. La mayor proporción de dicho número se encuentra alojada en las cárceles, representado un total de 49112 personas bajo la órbita del Servicio Penitenciario Bonaerense (SPB). Siguiendo con los datos generados¹ por la CPM, resulta alarmante que a octubre de 2021 hay un total de 172 muertes registradas en las cárceles bonaerenses. Estas muertes pueden ser violentas o por situaciones de salud que suelen representar el mayor porcentaje de las mismas. En cuanto a la edad de estas personas entre 2016-2020, casi un tercio de ellas no superaba los 40 años de edad. Y en los mismos años, 1 de cada 4 personas que fallecieron por problemas de salud, lo hicieron estando alojadas o internadas en alcaidías y cárceles que no contaban con los requisitos mínimos para atender dichos cuadros de salud.

Otro dato que permite comprender la complejidad de la atención de salud en el Encierro se encuentra dado por lo siguiente

“Si bien la mayoría de las personas mueren en hospitales extramuros (%63), las internaciones se producen cuando la intervención médica ya no puede torcer los efectos del abandono sanitario. En general los traslados a hospitales o a la Unidad-Hospital 22 se ordenan y efectivizan cuando los cuadros se encuentran muy avanzados. En 2020, el %19 de las personas fallecidas fueron internadas el mismo día del fallecimiento y el %10 el día anterior. Sólo el %11 permanecieron internadas más de un mes y el %5 más de dos

¹<https://www.comisionporlamemoria.org/datosabiertos/>

meses”(CPM,<https://www.comisionporlamemoria.org/datosabiertos/carcel-es/muertes/muertes-por-problemas-de-salud/>).

Por otro lado, el marco teórico conceptual que da sustento a mi análisis se basa en aportes de Michel Foucault especialmente para nominar e historizar el surgimiento del encierro como práctica legitimadora del castigo. También en las producciones de la Comisión Provincial por la Memoria que permiten reflejar las vulneraciones de derechos en la cárcel.

Durante esta producción se trabajó con el concepto de castigo como eje que atraviesa el surgimiento y consolidación del encierro punitivo pero también construye subjetividades donde el castigo y merecimiento se conjugan con cierto orden moral sobre el deber ser.

Considero los aportes de Goffman para pensar las características de las instituciones totales pero fundamentalmente trabajando sobre un concepto que desarrolla el autor: el estigma. Esta categoría me permite analizar cuestiones del encierro y las “marcas” en la población encerrada y revisar con el concepto de salud y enfermedad.

En relación al proceso salud/enfermedad me propongo definirla desde el material de Giovanni Berlinguer en su libro *La Enfermedad*², tomando la concepción de la misma como sufrimiento, y no como culpa y privilegio. Esto me permitirá caracterizar cómo es vivida la salud desde el encierro por las propias personas que lo viven.

También se retoman los aportes de Laurell en relación a la producción sociohistórica del proceso salud y enfermedad y su vinculación con el fenómeno investigado en este trabajo³.

En este sentido, desde ambas concepciones de salud y enfermedad se consideran los aportes de Menéndez para comprender la conceptualización del proceso salud, enfermedad, atención, cuidado para superar lo individual y pensarlo como proceso complejo de saberes y prácticas.

²Berlinguer Giovanni, *La enfermedad*. Capítulo II. Página 37. Año 1994

³Asa Cristina Laurell. *El estudio Social del proceso-salud enfermedad en América Latina*. Pagina 2

Las categorías de salud, enfermedad, castigo, encierro y estrategia que indago en las entrevistas fueron centrales para analizar y enriquecer las entrevistas en profundidad realizadas, a personas privadas de libertad ubicadas en diferentes cárceles de la provincia de Buenos Aires y a sus familiares.

Este trabajo está estructurado a partir de diferentes apartados, comenzando por la presentación del tema y agradecimientos, introducción y luego el mismo se divide en diferentes capítulos, siendo el primero el marco teórico, luego el capítulo dos con el abordaje metodológico, capítulo tres con las características del escenario abordado (cárcel y salud), capítulo cuatro donde se analizan las entrevistas realizadas y el capítulo cinco con las consideraciones finales y donde se establecen algunos interrogantes o ejes para seguir profundizando en futuras indagaciones y/o producciones académicas.

CAPÍTULO 1

Marco Teórico

El encierro carcelario. Entre el castigo y el estigma

En este apartado trabajo ciertas categorías que me permiten pensar la cárcel, el sufrimiento, la salud y enfermedad a partir de la obra de autores que han sido clásicos estudiosos del tema.

Así retomé cierta dimensión histórica del surgimiento de la prisión tomando los aportes de Michel Foucault, no se pretende indagar y explicitar exhaustivamente el tema en este trabajo pero sí reconocer los momentos y características centrales del surgimiento de la prisión como castigo lo que me permite realizar una lectura de los espacios carcelarios actuales y del lugar del cuerpo y sufrimiento en quienes lo padecen.

Tomando a Foucault (1975) el castigo siempre estuvo unido a la pena impuesta por el delito cometido. Sin embargo, desde fines del siglo XVIII e inicios del S XIX comienza a abolirse el castigo como espectáculo, como teatro a ser difundido con sus espectadores. Se trataba por ejemplo, de pasear a los condenados por la ciudad, castigándolos a la vista de todos, sin embargo, por esos años el ceremonial de la pena pasa a ser un acto de procedimiento o de administración. Es así que

“El castigo tenderá, pues, a convertirse en la parte más oculta del proceso penal. Lo cual lleva consigo varias consecuencias: la de que abandona el dominio de la percepción casi cotidiana, para entrar en el de la conciencia abstracta; se pide su eficacia a su fatalidad, no a su intensidad visible; es la certidumbre de ser castigado, y no ya el teatro abominable, lo que debe apartar del crimen.”(Foucault, 1975: p 11)

Interesa retomar la vinculación que realiza el autor sobre el castigo y el lugar del cuerpo. Si bien el golpe físico deja de ser espectáculo, se montan una serie de dispositivos que estarán dirigidos a “domesticar” el cuerpo del delincuente.

“En cuanto a la acción sobre el cuerpo, tampoco esta se encuentra suprimida por completo a mediados del siglo XIX. Sin duda la pena ha dejado de estar centrada en el suplicio como técnica de sufrimiento; ha tomado como objeto principal la pérdida de un bien o de un derecho. Pero un castigo como los trabajos forzados o incluso la prisión-mera privación de libertad- no ha funcionado jamás sin cierto suplemento punitivo que concierne realmente al cuerpo mismo (...) La pena se disocia mal de un suplemento de dolor físico ¿Qué sería un castigo no corporal?”(Foucault, 1975: p 17)

Es importante considerar el lugar que vienen a ocupar las diferentes disciplinas tales como la psiquiatría y medicina, verdaderos verdugos en este acto de ejercer castigo, pero como explicita claramente el autor mencionado, si ya no se trata del cuerpo como objeto mismo del castigo, lo será “*el alma*”. Lo cual permite pensar no sólo en qué se debe martirizar o castigar sino también modificar, es por ello que no sólo se intenta conocer ese sujeto del delito sino para transformarlo y adecuarlo a la norma vigente. Foucault así refiere “*una pena que se atribuye como función la de volver al delincuente no sólo deseoso sino capaz de vivir respetando la ley y de subvenir a sus propias necesidades*” (1975:19) A lo largo de este trabajo hay que considerar qué aspectos de esto siguen vigente, pues la idea justamente de resocialización es lo que ha perdido espacio para solamente quedar la función de ese castigo sobre el alma que también impactará sobre el cuerpo del sujeto.

Es así como Foucault sitúa

“Se trata en cierto modo de una microfísica del poder que los aparatos y las instituciones ponen en juego, pero cuyo campo de validez se sitúa en cierto modo entre esos grandes funcionamientos y los propios cuerpos con su materialidad y sus fuerzas. Tecnología de poder sobre el cuerpo. Un alma lo habita y conduce a la existencia, que es una pieza en el dominio que el poder ejerce sobre el cuerpo. El alma, efecto e instrumento de una anatomía política, el alma prisión del cuerpo.”(Foucault, 1976: p 27)

El surgimiento de la prisión marca el carácter igualitario de la pena, pues se privaba de algo que era poseído ypreciado por todos: la libertad. Con el nacimiento de la prisión surgen también ciertos principios rectores que Michel Foucault retoma, los cuales perduran en la actualidad con ciertas diferencias. Es así que me interesa retomar el del *aislamiento* del penado respecto del mundo exterior.

En este sentido, resulta interesante comprender lo carcelario como un archipiélago institucional:

“el encarcelamiento con sus mecanismos de vigilancia y de castigo funciona por el contrario según un principio de relativa continuidad. Continuidad de las propias instituciones que remiten las unas a las otras (...) Continuidad de los criterios y de los mecanismos punitivos que a partir de la simple desviación hacen progresivamente más pesada la regla y agravan la sanción (...) El archipiélago carcelario asegura, en las profundidades del cuerpo social, la formación de la delincuencia a partir de los ilegalismos leves, la recuperación de éstos por aquélla y el establecimiento de una criminalidad especificada”. (Foucault, 1975: p. 279)

En ese castigo me interesa retomar ciertos aspectos que permiten caracterizar los escenarios carcelarios actuales y al mismo tiempo evidenciar cómo lo cotidiano allí se vuelve herramienta de castigo.

En relación al castigo, no sólo se ejerce por lo que se hizo (un determinado delito), sino también por lo que “se es”, considerando a las y los privados de libertad como seres despreciables, con una identidad deteriorada justamente por ser como son. En este sentido es que me interesa retomar el desarrollo que realiza Goffman en su estudio sobre el estigma y su vínculo con la identidad.

En primera instancia, considero oportuno retomar lo que el autor establece en relación a las marcas sobre sí, sobre el cuerpo de cada quien y cómo en un primer momento ese estigma sólo se construía sobre las marcas visibles y aquellas diferencias que pesaban en el cuerpo, pero este concepto es más amplio y se utiliza considerando a los sujetos que tienen el mal en sí mismo. Justamente el estigma es la vinculación entre el estereotipo y atributos de esos sujetos. Los cuales han sido enarbolados por los imaginarios sociales de cada época y sociedad.

“Debe advertirse también que no todos los atributos indeseables, son tema de discusión, sino únicamente aquellos que son incongruentes con nuestro estereotipo acerca de cómo debe ser, determinada especie de individuos. El término estigma será utilizado, pues, para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador (...) un atributo que estigmatiza a un tipo de poseedor, puede confirmar la normalidad de otro...” (Goffman, 1989: p 13)

Justamente la población privada de libertad forma parte de esa población estigmatizada, por lo que “es” pero también las marcas sobre el cuerpo van construyendo aspectos centrales en el proceso de demarcación de cierta normalidad. Es decir, el encierro, con sus años genera determinadas marcas: falta de dientes, lesiones por impactos de balas, marcas de cortes por peleas o autolesiones, adelgazamiento.

Esas marcas también evidencian el sufrimiento y la violencia impartida desde la gestión carcelaria pero construye un tipo de sujeto que suele asociarse a lo peligroso y despreciable.

Esas marcas sobre el cuerpo son las que a primera vista permite generar cierta exclusión, puesto que se apartan de la normalidad deseada pero también la historia carcelaria y su inscripción en el sistema penal (antecedentes penales) terminan de excluir al sujeto de determinados circuitos post encierro.

Me interesa retomar el concepto de **Becker** (Outsiders, 2014) sobre la construcción de los sujetos desviados y las distintas argumentaciones que se construyeron para su explicación. Retomo este concepto en vinculación con la idea de estigma desarrollada anteriormente. En este sentido, el autor refiere como suele considerarse que no se trata de aspectos sociales construidos sino de marcas indelebles con las cuáles habrá que aprender a operar en el mundo social. Por lo tanto, no son vistos como quienes tienen atribuido un lugar en la sociedad que los construye como desviados sino que claramente son sólo esa desviación.

Sin embargo, tal como sitúa el autor esa construcción de desviación es justamente en un proceso relacional, quiénes sitúan a esa otro en el lugar mencionado y el lugar cómo asume el sujeto desde esa interpelación e identificación como tal.

Resulta interesante también cómo en las cárceles y aun alojando a los considerados “*desviados*” se construyen submundos que permiten ir situando escalas o grados de tal desviación.

Es así que, en todas las cárceles de la provincia de Buenos Aires existe clasificación de los pabellones que si bien suelen ser eufemismos y nombres que sitúan sólo una ficción de lo que luego sucede en cada sector van moldeando distintos tipos de presos/as. Se trata de

pabellones de buena conducta, de trabajadores, de estudiantes, de población, de ex fuerza, evangélicos, entre otros.

Asimismo, los y las detenidos/as van construyendo grados de aceptación del otro según sus delitos y también según los lugares ocupados en la cárcel. Es decir, no es lo mismo estar acusado de violación que de robo, o de homicidio a personal policial o de venta de estupefacientes. Tampoco es lo mismo, ser un preso “paria” (sin visitas ni recursos que permitan intercambiar por otras cosas en el encierro), que un preso con recursos, que un “limpieza” (referente del pabellón), que trabajar para la policía, o ser estudiante universitario o pastor o siervo de la Iglesia.

Considero cómo esas identificaciones e identidades también van situando de diversas formas la vida en el encierro, los privilegios, las posibilidades y también el vínculo con los otros. Si bien desde “afuera” se trataría de una población homogénea existen diversas identidades que también refuerzan el lugar de la desviación.

Generalmente, cada grupo o detenido/a se ve distinto y esa desviación suele ser trasladada al otro perteneciente a otro sector.

Sin embargo, se trata de identidades que no hacen más que reforzar el lugar de no ajustado a la norma, estigmatizado y desviado. Me pregunto qué aspectos y quiénes consideran otros rasgos que permitan situar a “*los desviados*” no sólo desde ese lugar. Qué sienten, porqué sufren, a quién aman, a quiénes extrañan, a qué se dedicaban antes, qué desean, qué les gusta, qué no, qué les gustaría ser, con qué se divierten, por qué lloran. Preguntas que no tienen lugar en la vida de los que encarnan el personaje de desviado social.

Si bien las poblaciones que habitan las cárceles son consideradas “*desviadas*” por sus conductas previas y posteriores, el cuerpo ocupa un lugar central como escenario y manifestación de la marca de la que son portadores.

Es así que existe la pérdida de legitimidad en la palabra de quienes ocupan el lugar de “delincuentes”, como se ha mencionado anteriormente y en sintonía con los planteos de Becker cuesta considerar otros aspectos de su identidad que los permita definir desde múltiples miradas y lugares. En tal sentido, es moneda corriente que aquello que tenga para

decir el o la detenido/a no será escuchado como válido, desde los estrados judiciales, desde los medios de comunicación y muchas veces desde otros actores intervinientes en el engranaje judicial/policial y punitivo como así por ejemplo desde los profesionales de la salud.

En este sentido, el cuerpo es la expresión de verdad, del sufrimiento, atravesar el encierro supone la producción de enfermedades propias de la mala alimentación, el hacinamiento, el aislamiento y la no adecuada atención de salud, asimismo, supone que el cuerpo sea escenario de represión, de peleas entre los propios detenidos y de producción de enfermedades propias del encierro.

El cuerpo suele ser utilizado como lugar de reclamos, desde las autolesiones o huelgas de hambre que permiten construir un camino para comunicarse, expresarse.

En tal sentido, esta exposición del cuerpo suele generarse por los propios detenidos/as para reclamar pero también para mostrar la voz del sufrimiento. En entrevistas realizadas a personas en situación de encierro aparecen no sólo la palabra sino la exposición de heridas, marcas, enfermedades, como aquello que permite construir una verdad.

El cuerpo aparece como escenario que no miente y justamente surge la percepción de que no hay lugar para el sufrimiento y el malestar expresado en el lenguaje. Ser desviado no sólo implica vivir como tal sino también aprender a utilizar otras estrategias que permitan la comunicación con otro.

Es decir, aquello que te sitúa en lugar de enfermo/a o que describe el tránsito carcelario es lo único que puede ser visto por otro y a la vez es lo que te identifica en el lugar de preso/a o ex preso/a.

En este sentido, es que la producción de enfermedad en el encierro obedece a esta lógica de castigo pero también de marcar el cuerpo, entendiéndolo en un sentido amplio.

En función de considerar el cuerpo desde una perspectiva integral es que me propongo analizar el proceso salud/enfermedad/atención en el encierro y las estrategias que se despliegan para lograr algún tipo de respuesta al padecimiento.

Para ello es que considero relevante trabajar con las categorías que a continuación se detallan.

El proceso de salud, enfermedad y cuidado

En este trabajo se parte de una concepción dialéctica de la salud y la enfermedad, entendiendo la dimensión histórica y social de dicho proceso. Por lo cual parto de tomar concepciones de la salud colectiva que incorpora el contexto como escenario desde el cual se enferma, vive y se cuida de determinada manera. Asimismo, como parte de un proceso propongo retomar algunas concepciones teóricas sobre cada una de ellas (salud y enfermedad), las mismas también fueron ejes de indagación en las entrevistas realizadas a personas privadas de libertad y sus referentes familiares.

Para comenzar considero oportuno retomar la concepción de Medicina Social/Salud colectiva, López refiere que

“desde la corriente de Medicina Social/Salud Colectiva se sostiene que aún teniendo en cuenta las características biológicas individuales y cualquiera de los factores que toma en cuenta la corriente biologicista, estos disminuyen su fuerza frente al lugar o espacio social que ocupa un individuo o un colectivo en la estratificación social, ya sea en la esclavitud o los sistemas de castas, estamental o de clases. Es decir, que el modo de producción y las relaciones de poder allí establecidas, delinear, determinan y condicionan la apropiación de los recursos para la satisfacción de sus necesidades vitales, que además lo superan como individuo y se expresa como colectivo” (2016:9)

Esta perspectiva permite entender desde un marco no meramente biologicista los procesos de salud/enfermedad que se producen en los colectivos sociales, en este caso en el encierro. Pues sería una mirada estrictamente recortada atender a las enfermedades que padecen las personas en el encierro sin advertir cuál es su contexto de producción y justamente las modalidades de atención previas y posteriores a determinados diagnósticos.

En este sentido, es que las condiciones materiales de detención cobran particular importancia en este trabajo como así también las propias percepciones de quienes padecen los malestares. Pensar en la determinación social de la enfermedad también nos lleva a

atender otras cuestiones que no estrictamente tiene que ver con el cuerpo individual sino también con las formas de vivir en el encierro que generan la aparición de determinados malestares, dolencias o enfermedades.

Acá me parece central cómo no se trata sólo de una cuestión de medicina sino de salud colectiva, donde las estrategias debieran estar puestas no sólo en tratar las enfermedades sino en prevenir la aparición de las mismas desde un abordaje histórico y social. Preguntarse de esta manera, de qué enferman las personas privadas de libertad no sería sólo indagar en los cuidados o hábitos propios de la persona sino también indagar el contexto del cual provienen y en el cual son sometidos. Es por ello que me pregunto si es posible construir salud desde el encierro, dado que es complejo pensar en la construcción de una vida saludable cuando no hay libertad en la misma.

En este trabajo se recuperó algunos aspectos de la llamada “carrera del paciente” como se señala en Menéndez (2003), donde se aborda cómo desde la medicina tradicional o hegemónica tiende a negarse las propias percepciones de la persona que padece, sus propias estrategias de atención y sus reclamos de atención que muchas veces tienen que ver justamente con las estrategias ligadas a la cura y no a la promoción de la salud.

En esta carrera del paciente, aparecen también propias percepciones sobre lo que les sucede como así también estrategias individuales y/o colectivas que fueron las indagadas en las entrevistas. Así,

“que los sujetos y grupos sociales constituyen el agente que no sólo usa las diferentes formas de atención, que las sintetiza, articula, mezcla o yuxtapone, sino que es el agente que reconstituye y organiza una parte de estas formas de atención en actividades de “autoatención”, dado que la autoatención constituye no sólo la forma de atención más constante sino el principal núcleo de articulación práctica de las diferentes formas de atención, la mayoría de las cuales no puede funcionar completamente si no se articula con el proceso de autoatención” (Menéndez 2003:190)

Menéndez también aborda las diferentes características que posee el Modelo Médico Hegemónico, decidiendo centrarme en dos de los aspectos que menciona, por un lado la

relación asimétrica entre paciente y profesional y por otro la negación de la dimensión histórica de ese sujeto.

Sitúo estos aspectos como centrales en el espacio carcelario, donde la relación entre el profesional de la salud y la persona privada de libertad se limita a un vínculo no sólo meramente biologicista sino marcado por el principio de seguridad. De esta manera, es muy difícil que la persona pueda desplegar pareceres, sentires y miedos cuando no existe el espacio para ello, generalmente dichas atenciones se limitan a la atención de cuestiones concretas, limitándose sólo a la lesión física no dando lugar a la palabra de la persona privada de libertad.

Similar situación sucede con la dimensión histórica y a esto agrego la dimensión material en el que esa persona realiza su vida. En las historias clínicas se parte de un relevamiento acotado sobre enfermedades de la persona sin indagar su inclusión previa a instituciones de salud cómo así también negando las condiciones de vida de esa persona, que generalmente suelen estar mal alimentados, sin posibilidad de acceso a espacios al aire libre, hacinados y con angustias y padecimientos propios de vivir en el encierro.

Estas cuestiones que podrían considerarse como determinantes de la salud tienden a ser negados en los dispositivos de atención sanitarios en el encierro y por ello como sitúa Menéndez

Esta situación de exclusión de la dimensión histórica del saber médico adquiere características especiales si la referimos a lo que actualmente es el núcleo de la relación médico/paciente, es decir la prescripción del trata miento, que en gran medida es la prescripción de medicamentos (2003: 196)

En este sentido, retomo los aportes de Asa Laurell quien nos da elementos para entender la salud y enfermedad como un proceso social. Pues, la salud no debe entenderse sólo como un fenómeno individual y biológico sino justamente condicionados por los procesos históricos, sociales, económicos y políticos.

Así lo que nos trae la autora es entender las condiciones sociales y económicas no como simple contexto sino como escenario de producción de determinadas formas de vivir la salud, la enfermedad y la muerte.

“El carácter histórico y social del proceso biológico humano se expresa en una serie de fenómenos que podemos constatar empíricamente. Lo más evidente es la existencia de distintos perfiles de morbi-mortalidad en los diferentes grupos humanos, que podemos descubrir en el tipo de patología y por la frecuencia con la cual se presenta. Estos perfiles se distinguen de una sociedad a otra y de una clase social y otra” (Laurell, 1986: p 2).

En función de lo que se viene desarrollando también considero oportuno tomar los aportes de Berlinguer Giovanni quien trabaja diferentes dimensiones del concepto enfermedad y pueden ser leídas a la luz de lo que ocurre en el encierro con la atención de los padecimientos.

El autor establece que en el fenómeno enfermedad, se entrecruzan, cuando se trata de la especie humana, al menos tres factores:

a) un hecho objetivo corpóreo, es decir una alteración de algún órgano, aparato, sistema o función, más o menos demostrable, b) una mayor o menor conciencia individual del mal y c) una idea y unas medidas derivadas de los conocimientos, los prejuicios, y los intereses de la época; en consecuencia, un juicio de valor, una interpretación ética, además de científica, que sirve como guía operativa. (Berlinguer; 1994: p 19)

De esta manera el autor propone adherir a la concepción de enfermedad como parte del proceso vital de la vida que permite analizarla y concebirla en el proceso dinámico de salud/ enfermedad. Parte de considerar a la enfermedad como sufrimiento considerando que no es culpa ni privilegio.

Sin embargo, en esa idea de culpa aparece asociado a la idea de castigo. Es decir, cómo la enfermedad se visualiza como castigo, como “pago” por el delito que se ha cometido y al mismo tiempo cómo la cárcel deja sus “*marcas*” y enfermedades como forma de castigo.

En esta cuestión de considerar la enfermedad como sufrimiento y no como culpa ni privilegio, Giovanni Berlinguer establece una pregunta interesante, ¿a quién curar? Y trae el debate si a los enfermos o a la enfermedad, poniendo en juego el debate ético que esto genera.

Al pensar la enfermedad como sufrimiento, también el autor considera pensarla como estímulo. En este sentido, retomo esta idea para pensar dos cuestiones que serán analizadas en este trabajo. La enfermedad como estímulo para desplegar estrategias y para establecer acciones solidarias y colectivas entre los privados/as de libertad para enfrentar el padecimiento y generar ciertas prácticas de cuidado. En las entrevistas realizadas se considera un aspecto central de las estrategias que tiene que ver con la ayuda recíproca frente al malestar y desatención. Ayuda que se explicita como modalidad de cuidado frente al destrato institucional.

.Es por ello que en las entrevistas se retoma el antes y después del encierro en relación a la salud, entendiendo la privación de la libertad como marca que imprime no sólo dolor y sufrimiento mientras la atraviesa sino que también construye y desarrolla padecimientos crónicos con los cuales las personas vivirán su cotidiano aun en libertad.

En este sentido, es que se parte de considerar la dimensión histórica del proceso salud/enfermedad pero también poniendo especial énfasis en la tercer categoría que viene a completar este proceso, refiriéndonos a la atención y el cuidado. Me parece interesante en consonancia con el siguiente eje a abordar considerar la idea de cuidado más que de atención, puesto que

“El ‘cuidado’ tendría una connotación mucho más amplia e integral que la ‘atención’, al denotar relaciones horizontales, simétricas y participativas y al quitarle la centralidad auto-asignada a las instituciones y agentes del campo de la Salud, reconociendo que buena parte de las acciones de salud suceden en las vidas cotidianas y en las prácticas de los conjuntos sociales y los sujetos”.
(Stolkiner, 2012: p 12).

Esta concepción de cuidado me parece fundamental en relación al lugar que ocupan los/as referentes afectivos y otros/as detenidos/as en el proceso de atención de salud y acompañamiento. En las entrevistas tanto a personas privadas de libertad como en la de sus referentes, la dimensión del cuidado apareció como uno de los ejes centrales del proceso.

Las políticas públicas como respuesta a problemáticas y garantía de derechos en contexto carcelario.

Es necesario retomar el concepto de política pública dado que la población y temática trabajada claramente dan cuenta de las responsabilidades estatales en relación al tema. Si bien este trabajo no pretende investigar y describir las políticas públicas del sector, sí es necesario definir qué se entiende por la misma y cómo claramente su ineficiencia, o ausencia de garantía de aquello para lo que fue creada genera las estrategias y problemáticas de salud que se intentan dar a conocer en este trabajo.

En relación a la población detenida, claramente podríamos hacer una exhaustiva investigación sobre las políticas públicas que debieran considerarse en el tema, no sólo en el encierro sino antes y post el mismo. Pensar el abordaje con esta población implica considerar qué políticas han sido destinadas con dichos sectores de manera histórica y estructural, es considerar el trabajo, la vivienda, la salud, la seguridad social. Pero no es propósito de este trabajo. Sí me interesa reconocer que si la población estudiada despliega estrategias frente a la desatención de salud es porque existen políticas de salud que no estarían dando respuesta a sus necesidades. Esto será considerado en el apartado de análisis de las entrevistas realizadas.

Destaco como aporte central las concepciones sobre el tema de Laura Pautassi, en dos aspectos, ella refiere que para que una política pública sea tal debe existir cierto consenso y planteo del tema en la agenda pública así

“Un problema público se transforma en objeto de la acción gubernamental cuando a la demanda social se le incluye la dimensión subjetiva. Es decir, para que los decisores de políticas planifiquen en función de los intereses y necesidades de las y los ciudadanos, estos deben ser expresados como un problema de carácter político y, además, los funcionarios gubernamentales deben estar sensibilizados frente a la problemática.” (Pautassi, 2007: p 6).

En este sentido, se plantea la cuestión sobre qué perspectivas existe en relación a la salud en el encierro y cómo la misma es vinculada con el escenario que la genera. Me pregunto entonces ¿Sólo alcanzaría con una política de salud sin una política sobre las

condiciones de ese encierro? Aquí se plantea el dilema sobre las percepciones y representaciones generales sobre el acceso a derechos de este sector. Es por ello que retomo sus aportes en relación a la vinculación estrecha que debe existir entre política pública y derechos y los puentes que se garantizan para ello.

“Pero una primera premisa debe quedar clara: el enfoque de derechos no define cómo debe realizarse el desarrollo, sino que hace especial mención a que la definición de la dinámica está a cargo del Estado y los actores locales (sociales, políticos y la ciudadanía en general). Es decir, sólo indica qué elementos, principios, estándares y obligaciones deben estar presentes para garantizar que un proceso de desarrollo esté acorde con los principios de derechos humanos y con las obligaciones jurídicas que le competen a los Estados por haber suscrito los tratados internacionales”. (Pautassi, 2007: p 12)

En este sentido, en Argentina existe el reconocimiento de la salud como derecho no sólo en leyes nacionales sino también en tratados internacionales. Asimismo, existen Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos que amparan a la población privada de libertad, la pregunta sería qué puentes y vinculaciones existen entre estas y las políticas públicas desarrolladas a tal fin.

“Esta posibilidad no depende sólo del reconocimiento normativo, ni de la posición legal de cada individuo, sino de la disponibilidad de una serie de recursos materiales, económicos y financieros y capacidades intelectuales, sociales y culturales (facilidades de lenguaje, información y conocimiento) (...)Y allí resulta central analizar cuáles son las limitaciones estructurales para que una persona o un sector de la población, en un país determinado, pueda exigir al Estado sus derechos sociales.” (Pautassi, 2007: p 13)

En relación a los derechos, es interesante el planteo de Laura Pautassi quien refiere que

“Paradójicamente, el campo de las políticas sociales no suele advertir la importancia de los sistemas y políticas de acceso a la justicia y a mecanismos de reclamos de derechos, como componentes esenciales para mejorar la participación social, la transparencia, fiscalización y, en definitiva, la efectividad de las propias políticas. En paralelo, los sectores especializados en temáticas judiciales tienden a ver los problemas de acceso a la justicia como asuntos vinculados con el diseño de los sistemas de justicia y desvinculados de las lógicas y orientaciones de las políticas sociales” (Pautassi, 2007: p 18)

Es por ello que no alcanza con los tratados y leyes que garanticen derechos sino cómo estas políticas públicas se asientan sobre ellos y qué mecanismo se despliegan para garantizar el acceso a los mismos. Es por ello que considera como eslabón central la frontera existente entre voluntad política y límites de gestión, con la legitimidad social en relación al tema en cuestión.

En este sentido que se viene presentando el tema en la vinculación inherente entre política pública y derechos considero importante destacar la perspectiva de cuidado, en relación a la atención y garantía de derechos.

Vinculo los derechos con el cuidado porque justamente la garantía de sus derechos implica en la actualidad lógicas de cuidado generadas por sus familiares o referentes afectivos. En las entrevistas realizadas, hablar de las estrategias de salud desplegadas implicó inherentemente situar las estrategias de cuidado realizadas.

Pero en este sentido, si hablamos de cuidado es necesario explicitar la perspectiva de género en relación a quiénes cuidan, a quién y cómo.

Pautassi desarrolla el tema vinculando cómo el cuidado ha quedado relegado a la mujer como parte de una estructura patriarcal y dónde la misma ocupa un lugar de reproductora de las condiciones de vida para producir.

En este sentido, el cuidado no suele ser considerado como derecho y cuando es asumido se vincula al trabajo formal, quedando excluidos los sectores que poseen trabajos informales y sin ningún tipo de regulación, de esta manera “*se cuida como se puede*”.

De esta manera, la autora mencionada pretende analizar el tema desde una trilogía: el cuidado, los/as cuidadores y los cuidados. Entiendo que justamente estos deben obedecer a derechos y por lo mismo políticas públicas desde el estado que saquen de la invisibilidad y desigualdad al tema.

En función de esto la autora establece cómo la desigualdad atrapa a las mujeres, pues “*la desigualdad nos atrapó en el ámbito de las relaciones de conciliación, entre lo público y lo privado, entre las responsabilidades productivas con las reproductivas*” (Pautassi Laura, 2016: p 6)

Así

“desde la normativa y la lógica de tratamiento, no se observa que el cuidado en todas sus dimensiones sea considerado el eje de la regulación y de las políticas sino precisamente es calificado, por un lado como herramienta para la inserción de las mujeres en el empleo remunerado, con total prescindencia de la responsabilidad paterna o masculina; o como parte de programas asistenciales en la esfera de ministerios sectoriales. Esto es, se lo considera “vinculado con” o en “relación a” pero no ocurre, salvo excepciones, un tratamiento del tema de manera autónoma y en toda su amplitud y complejidad.” (Pautassi, 2016: p 10).

En este sentido, se trabaja la idea de cuidado como derecho y por ende el mismo como obligación del Estado y la necesidad de ser incorporado como derecho universal. Aquí es que es necesario preguntarse sobre cómo se cuida a la población privada de libertad, y el lugar que ocupan sus familiares, mujeres en mayor parte en el ejercicio del mismo, desde los propios tiempos, recursos y posibilidades.

“No se trata de promover únicamente una mayor oferta de cuidado –de por sí indispensable-sino universalizar la responsabilidad, la obligación, la tarea y los recursos necesarios para el cuidado. Será la única forma que trascienda los compromisos inmediatos y que se inserte como un derecho humano fundamental: el derecho a ser cuidado y a cuidar.” (Pautassi, 2016: p 41).

Es así que con lo mencionado anteriormente sería posible hacer un puente entre ausencia de cuidado desde las políticas públicas con este sector poblacional porque justamente son los “desviados y marginados”, quienes tienen la cárcel como destino, lugar que sólo infringe sufrimiento. Así la salud y la enfermedad no serían consideradas como derechos a ser garantizados sino justamente la consecuencia del castigo impartido.

CAPÍTULO 2

Propuesta metodológica

Objetivo General:

1. Conocer las estrategias desplegadas por personas privadas de libertad y familiares para lograr el acceso a la salud en el encierro.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar las condiciones generales de atención de salud en el encierro
2. Indagar las concepciones de salud/enfermedad que se encuentran instaladas en las lógicas carcelarias
3. Analizar las diferentes estrategias de cuidado de las personas privadas de libertad y sus familiares en relación con una concepción amplia de salud.

En esta investigación, el universo de análisis fueron las cárceles de la provincia de Buenos Aires, considerando sólo las de varones, las unidades de análisis fueron los detenidos y sus familiares siendo el período de las entrevistas los meses de septiembre y octubre de 2020. La muestra fue seleccionada de manera no aleatoria.

Mi hipótesis central es que hay atención ineficiente y de baja calidad en el encierro por ello las personas despliegan estrategias frente a ello, lo interesante en este recorrido es conocer si las mismas son saludables, colectivas, o justamente estrategias que ponen en riesgo su salud.

Asimismo, en el encierro no se considera la enfermedad como sufrimiento sino justamente como culpa y como privilegio desde los medios de comunicación y saber popular ero también desde los diferentes actores y actrices que habitan el encierro.

La idea es aportar a construir otra concepción de salud que no esté únicamente basada en el saber médico e individual. Así Laurell sitúa

La medicina Social o Salud Colectiva que estudia la salud-enfermedad de la colectividad como una expresión de los procesos sociales. Es decir, postula la necesidad de analizar los fenómenos de salud y enfermedad en el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad y no sólo como fenómenos biológicos que atañen a los individuos. (1986: 1)

Para abordar este trabajo realizo una investigación exploratoria, descriptiva y observacional con un enfoque cualitativo, con entrevistas en profundidad.

“Los métodos cualitativos, como un tipo de investigación, constituyen un modo particular de acercamiento a la indagación, una forma de ver y una manera de conceptualizar (Morse, 2005: 287), una cosmovisión unida a una particular perspectiva teórica para comunicar e interpretar la realidad. La investigación cualitativa, permite comprender, hacer el caso individual significativo, en el contexto de la teoría, reconocer similares características en otros casos. Provee nuevas perspectivas sobre lo que conocemos, y nos dice más de lo que las personas piensan nos dice qué significa e implica ese pensamiento (Morse, 2005: 875)”. (Vasilachis, 2006: p 27)

Considero como insumo central las entrevistas en profundidad realizadas a las personas privadas de libertad y sus familiares. La selección de las mismas es a partir de contactos y comunicaciones previas por mi trabajo en la Comisión Provincial por la Memoria, que me permitió sostener un vínculo de confianza tanto con ellos/as como con referentes afectivos.

La muestra es de 6 entrevistas, 3 de ellas a personas privadas de libertad y 3 a referentes afectivos de los mismos. Cada uno de los entrevistados tienen diferentes recorridos, no todos padecen actualmente una problemática de salud, en el caso de las personas privadas de libertad fueron varones de entre 30 y 45 años edad. Todos se encuentran atravesando el encierro al momento de ser entrevistados y se encuentran en diferentes cárceles de la Provincia de Buenos Aires. Dos de ellos, M. M y C. S se encontraban en el momento de ser entrevistados en la Unidad Penitenciaria N° 49 de Junín y en el caso de R. Z, estaba en la Unidad N° 48 de San Martín.

Estas permanencias en las Unidades suelen ser esporádicas, dado que el traslado sistemático y arbitrario es una de las características del encierro en la Provincia de Buenos Aires. Al momento de la escritura final de este trabajo ninguno de ellos permanecía en el lugar mencionado.

La idea original tenía como propuesta que las entrevistas fueran realizadas de manera personal, pues entiendo que se generan otras condiciones para el vínculo, la confianza, la posibilidad de ir construyendo ideas tanto del entrevistado como de la entrevistadora, y pretendían ser entrevistas en profundidad con ciertos ejes pero dando libertad a que surjan otras ideas y procesos, siempre en el marco del objetivo propuesto.

Asimismo, no sólo se generan otras condiciones en la entrevista “cara a cara” con la persona sino que también es posible reconocer el contexto donde la misma se encuentra, hacer kilómetros de recorrido para llegar al penal, y ver las condiciones materiales en las que se encuentra esa persona y que desde la perspectiva que asumo son elementos centrales en el tema a indagar.

El contexto dado por el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio que comenzó en marzo del 2020, me llevó a tener que realizar ajustes y modificaciones en la propuesta metodológica.

En primera instancia, al momento de realizar las entrevistas (octubre de 2020) las personas detenidas no estaban recibiendo visitas de sus referentes afectivos y claramente la realización de viajes y traslados para entrevistar en la cárcel se tornó dificultosa. Sin

embargo, dada esta situación se habilitó el uso de teléfonos celulares lo que se construyó en el principal instrumento para la concreción de las entrevistas.

Así las entrevistas fueron realizadas mediante previa explicitación del objetivo del trabajo y por lo tanto acuerdo del entrevistada/o. Se dispuso de un momento y tiempo en el que la persona pueda estar tranquila y se realizó mediante llamada telefónica. Es de destacar que la selección de la muestra de personas privadas de libertad fueron varones y las referentes afectivas mujeres.

Si bien no me propuse entrevistar sólo varones que estén en la cárcel, sino entrevistar a quienes conocía por el trabajo previo y justamente la división estuvo dada de esa manera, varones que padecen el encierro y mujeres que acompañan a los mismos. Esto no implica de ninguna manera negar el sufrimiento y encierro de las mujeres privadas de libertad en las cárceles de la Provincia de Buenos Aires, las mismas padecen en formas particulares la cárcel, lo cual no fue objeto de este trabajo.

Sin embargo, sí se destacó un apartado que realiza una lectura de género en relación a quienes acompañan y cuidan en el encierro. En todos los casos se trató de mujeres: madres, hermanas o parejas.

En los anexos de este trabajo se exponen las entrevistas completas de cada entrevistado/a, pero claramente las mismas fueron el insumo central en el recorrido del trabajo, retomando ejemplos y frases de las mismas.

En las entrevistas me centré en conocer las estrategias para lograr la atención de la salud, las atenciones recibidas, los recorridos atravesados en situaciones de enfermedad, el abandono al que son expuestos y también se indagó sobre sus propias concepciones de la salud/enfermedad y los posibles miedos a enfermarse que viven en el encierro carcelario, también atravesado por el contexto de pandemia.

Como he referenciado anteriormente, las entrevistas tenían intención de ser realizadas en los propios lugares de encierro, en sus lugares donde viven, espacio que permite generar otro escenario de confianza y también adentrarse en ese mundo del otro. Mi experiencia de trabajo en la CPM me permitió en mi trabajo diario, entrevistar detenidos/as en sus celdas, en patios y comedores de pabellones o en sus salas de internación. Esto habilita generar un contexto de empatía y confianza en ese otro, dejar de lado la idea de peligro y proponerse

una cercanía con ese “otro/a” que permita escuchar y ver sus dolores, sufrimientos, alegrías, proyectos y aspectos de su cotidianidad.

El contexto actual no me habilitó dicha posibilidad pero intentó recrearse en las llamadas telefónicas una atmósfera de escucha y comprensión que permitiera al entrevistado estar cómodo frente a las preguntas que se iban generando, transformándose así en una conversación más que en una encuesta estructurada.

Una de las cuestiones que guiaron las entrevistas tuvo que ver con una necesidad de conocer experiencias de personas privadas de libertad vinculadas a la salud y enfermedad en primera persona. Generalmente estas voces no suelen ser escuchadas porque tampoco hay espacio para su expresión. Sujetos acostumbrados a que la palabra sea necesaria en espacios burocráticos de declaraciones, testificaciones y donde no hay espacio para el despliegue de la subjetividad. No es lo mismo responder que narrar, construir y resignificar la historia que se está viviendo.

Es por ello que me sirvió como soporte teórico y ético/político los aportes conceptuales de Ana Caccopardo (2016), ella sitúa en su libro *Historia Debidas* la centralidad del testimonio como acto que permite aproximarse al otro, sin intenciones de valorizar desde cierta concepción de moralidad y normalidad. Es así cómo refiere que no siempre hay escucha social para algunas voces, puesto que hay ciertos actores que no están legitimados como víctimas. En este sentido retoma la idea de Judith Butler, de su Libro *Vidas Precarias*, en relación a qué vidas son nominadas como dignas de ser vivibles y de muerte lamentable. Y en este sentido refiere *“Lo que está privado de rostro, se nos presenta como el símbolo del mal, nos autoriza a volvernos insensibles ante las vidas que hemos eliminado y cuyo duelo resulta infinitivamente postergado”*. (Butler, 2004: p 21)

Desde esta perspectiva conceptual y política Caccopardo refiere que el testimonio devuelve la escala de lo humano y posibilita que ciertas voces puedan ingresar a la esfera de la agenda pública, así plantea que

“no siempre hay escucha social para lo que esas voces vienen a decirnos sobre las injusticias y las experiencias atroces en sociedades contemporáneas (...) que provienen de actores sociales que no están legitimados ni configurados socialmente como víctimas” (Caccopardo, 2016: p 27).

En este sentido, en las entrevistas se intentó generar ese acercamiento al otro/a, tomando como elementos centrales escuchar, registrar sus perspectivas. Generar el espacio para la palabra devuelve de por sí la condición de humanidad y espero que así se haya percibido por cada entrevistado/a.

CAPÍTULO 3

Características centrales del escenario trabajado

La provincia de Buenos Aires posee para octubre de 2021 un total de 49112⁴ personas privadas de libertad bajo la órbita el Servicio Penitenciario Bonaerense (en adelante SPB), en la provincia de Buenos Aires hay 52 cárceles, 4 alcaidías penitenciarias, 9 alcaidías

días departamentales, y 1 unidad de tránsito. Así se puede mencionar que hay un total de 66 establecimientos, organizados en 12 complejos penitenciarias. De esas instituciones, 6 son destinados exclusivamente a mujeres, 11 a mujeres y también varones y trans.⁵

Los lugares de encierro se encuentran en diferentes zonas de la provincia de Buenos Aires pudiendo situar el mayor número de cárceles en el conurbano bonaerense pero también en la zona norte y sur de la provincia significando una distancia de más de 400 kilómetros para los familiares de las personas privadas de libertad que suelen ubicarse en el conurbano bonaerense.

Considero importante destacar información sobre esa población que permita representar el campo de estudio, del total de las personas privadas de libertad, 26019 se encuentra en condición de procesada (o sea que se podría presumir su inocencia hasta que se juzgue) y 22590 ha sido condenadas, 403 se encuentra en otra situación que no corresponde a las categorías anteriores. Por otro lado, 46652 son varones, 2351 mujeres y 109 son personas trans⁶.

En cuanto a la cantidad de plazas para alojar personas detenidas, entre 2000 y 2020 se construyeron 14734 plazas, alcanzando un total de 20774 para 2020. Si bien entre 2000 y

⁴Información extraída de la Comisión Provincial por la Memoria. Sistema web de datos abiertos. <https://www.comisionporlamemoria.org/datosabiertos/carceles/poblacion-detenido/actual/>

⁵Información extraída de la Comisión Provincial por la Memoria. Sistema web de datos abiertos. <https://www.comisionporlamemoria.org/datosabiertos/carceles/mapa-de-carceles/>

⁶Información extraída de la Comisión Provincial por la Memoria. Sistema web de datos abiertos.

2000 el porcentaje de plazas se incrementó un 102%, la población detenida se incrementó en 185%.⁷

Los datos presentados con anterioridad permite representar la cantidad de personas que en la provincia de Buenos Aires padecen el encierro y asimismo, destaco que más de la mitad del número total aún no ha sido condenada, lo que implicaría presunción de inocencia hasta que se demuestre lo contrario.

También me interesa destacar ciertos aspectos vinculados a las condiciones materiales de detención de dichos espacios, considerando que los mismos son el escenario de producción y agravamiento de enfermedades, para luego dar lugar a la explicitación de características centrales de los espacios de sanidad.

Para ello también me sustento en información producida por la Comisión Provincial por la Memoria y en mi experiencia de monitoreo en dichos lugares por mi inscripción laboral en dicha institución, que es el Mecanismo de Prevención de la Tortura en la Provincia de Buenos Aires.

Tortura y abandono

Para comenzar a describir características de las cárceles, me parece central hacer alusión al término violencia. Es así que

“La violencia es un elemento inherente al gobierno penitenciario y está articulada con otros tipos de tortura y malos tratos, como la precariedad material, las deficiencias alimentarias, las falencias sanitarias, la desvinculación familiar y social, y el robo o daño de pertenencias. La limitación o la administración discrecional y diferenciada de recursos y condiciones de vida”.
(Comisión Provincial por la Memoria, 2019: p161)

Como claramente se menciona en el párrafo anterior, los espacios de encierro se constituyen en espacios de tortura, siendo dichas características las que imprimen la producción de determinados sufrimientos, padecimientos y construcción de enfermedades.

⁷Información extraída de la Comisión Provincial por la Memoria. Sistema web de datos abiertos.

Las personas alojadas en las diferentes cárceles suelen atravesar situaciones similares más allá de las particularidades de cada cárcel, que se encuentran dadas por: pésimas condiciones materiales de detención, con esto me refiero que es común que las personas se alojen en espacios húmedos, con escasa ventilación, donde permanecen la mayor parte del día siendo negado el derecho a la recreación o esparcimiento. Conviven con otras personas en total hacinamiento, compartiendo el mismo baño que suele caracterizarse por una letrina sin estar separada del resto del sector donde desempeñan su vida tales como comer y dormir. Es común que deban dormir en mantas sobre el piso o sobre colchones muy delgados, húmedos y viejos.

Alimentación, calidad y cantidad de comida

A esta precariedad sobre las condiciones materiales se le suma el déficit alimentario y la mala calidad. Las personas suelen alimentarse por lo que le proveen sus referentes afectivos (si pueden enviarle encomiendas o visitarlos/as), la comida entregada desde el SPB suele ser escasa, sin control nutricional, en mal estado y definida por las mismas personas entrevistadas como “*comida para perros*”. Se trata, generalmente, de guisos con fideos pasados sin carne o con carne en mal estado o podrida. Por las mañanas y las tardes sólo les entregan (en ocasiones) un pan que sirve de merienda y desayuno.

Para poder tomar algo caliente como te o mate deben pedirlo a las personas que se encuentran fuera de las celdas, los llamados “referentes” o a los agentes del SPB. Esta entrega suele hacerse con demoras. Por lo cual las personas suelen improvisar formas caseras de calentar agua en el interior de la celda, con fuelles o con cables, lo cual acarrea serios riesgos de electrocución y también problemas para la salud, al calentar el agua de esa manera.

Como mencionaba anteriormente, gran parte de los alimentos suele ser proporcionado por las familias, en contexto de pandemia, esto sufrió graves consecuencias. Desde marzo a noviembre de 2020 las visitas estuvieron suspendidas por motivos de la pandemia, razón por la cual las personas privadas de libertad vieron notablemente afectada su capacidad para alimentarse.

“La interrupción de los vínculos familiares conllevaría dificultades importantes para las personas detenidas. En el plano afectivo, las familias contienen los

padecimientos propios del encierro y representan la conexión con el mundo exterior al que esperan volver. En el plano material, son las principales proveedoras de insumos alimentarios, medicamentos, elementos de higiene, entre otras necesidades básicas no provistas por las autoridades. Este sostenimiento familiar emerge siempre en las entrevistas que la CPM mantiene periódicamente con las personas detenidas. La desvinculación familiar y social se considera un tipo de tortura” (Comisión Provincial por la Memoria, 2021: p 150)

Aseo personal, recreación, trabajo y educación

También es necesario destacar el aislamiento como política disciplinadora y que impide la vinculación con otros/as en el encierro, impidiendo el acceso a derechos básicos como ducha, recreación, educación y/o trabajo.

Las personas suelen permanecer las 24 hs. del día “*encerrado/as*” en los lugares que habitan sin posibilidad de tener acceso a la escuela y/o a trabajo, requisitos que serán pretendidos por los organismos judiciales que llevan las causas para la progresividad de la condena.

En este contexto de precariedad se suma los malos tratos verbales, y también los golpes que se constituyen en tortura. Así las personas entrevistadas, suelen estar *marcados* en su cuerpo por golpes propinados por los agentes del SPB o por balas de goma impartidas por dichos funcionarios públicos. Estas marcas no sólo se constituyen en tales sino que en varios casos constituyen el inicio de alguna discapacidad o padecimiento crónico de salud.

Cuidado en salud

En relación a la atención de salud en las cárceles, la misma se encuentra bajo la dependencia del Ministerio de Justicia, a cargo de la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria. Paradójicamente la salud de las personas privadas de libertad no pertenece ni obedece a los lineamientos del Ministerio de Salud.

Es así que cada Complejo Penitenciario cuenta con un complejo sanitario, y cada cárcel posee lo que se denomina Sanidad, que debería funcionar a modo de atención primaria, posibilitando la puerta de entrada al sistema de salud.

Ocurre que la atención es “*a demanda*” esto implica que los y las sujetos/as no acceden por sí mismos a la atención sino que el acceso se encuentra mediado por el SPB quien sin elementos y capacitación sobre temas de salud, habilita o niega el acceso al sector de Sanidad como práctica de castigo más que como respuesta a un pedido. Por lo mismo, acceder a Sanidad se constituye en un reclamo por parte de los/as detenidos/as y un bien al cual acceder (a veces, a cualquier costo, como autolesiones, reclamos, sometimientos y judicialización de la problemática).

Quienes logran acceder al espacio denominado de Sanidad se encuentran con algunas características que operan como límite, en dos sentidos, en primera instancia en relación a la forma de entender y abordar la salud y por otro, en relación a la escasez de recursos y elementos de trabajo.

Me interesa destacar que si bien la salud en el encierro se encuentra bajo la órbita del Ministerio de Justicia, existe bajo la dependencia del Ministerio de Salud, el programa denominado “Salud en Contextos de Encierro”, el mismo fue creado en el año 2017 dependiendo de la Dirección Provincial de Programas Sanitarios.

En la resolución que crea el Programa se enuncia lo siguiente:

“Serán objetivos del Programa creado por el Artículo 1º: General: Garantizar el acceso a la atención integral de salud de las personas en contexto de encierro. Específicos: 1) Monitorear la demanda de servicios para la atención integral de las personas en contexto de encierro. 2) Identificar brechas en la oferta y calidad de los servicios y prestaciones del sistema de salud público para el contexto de encierro. 3) Diseñar y elaborar un mapeo de instituciones, dispositivos y circuitos para la atención integral de la salud de las personas en contexto de encierro. 4) Elaborar un plan estratégico de implementación de espacios y dispositivos para la atención integral de la salud poniendo a disposición todos los programas Nacionales y Provinciales para el contexto de encierro. 5) Diseñar estrategias de formación, capacitación y sensibilización para los efectores y equipos de salud desde una perspectiva de derechos humanos”. (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, resolución N° 1963/17. Julio de 2017).

Ausencia de atención a la salud

Los y las profesionales de la salud penitenciaria en su mayoría tienen como principio que prevalece, la seguridad, sin considerar como aspecto central del proceso salud-enfermedad-atención, las condiciones en las que viven las personas privadas de libertad,

desconociendo así también la historia de salud y enfermedad de esa persona previa al encierro.

Esto impide elaborar una historia social y de salud de la persona, pues sólo se atiende el problema puntual, por un/a médico/a de guardia y con intervenciones esporádicas que impiden construir una relación de paridad entre profesional de la salud y persona que consulta. Aquí suele invisibilizarse el derecho que tiene toda persona a la salud, naturalizando intervenciones en la urgencia y sin reconocer la palabra del llamado “paciente”.

Esa atención, puntual, esporádica, sin seguimiento impide pensar en un escenario propicio para la prevención de enfermedades y promoción de la salud, sólo se atiende el problema puntual, cuando logran ser atendidos por algún profesional. En este sentido, prevalece una lógica de atención basada en lo biológico, centrada en el cuerpo y no en el y la sujeto/a.

Asimismo, las personas detenidas no tienen información sobre las prácticas de salud, ni sobre la medicación que reciben, ni sobre las causas o formas de prevenir determinados malestares. El saber siempre lo tiene el profesional médico quienes no comunican el estado, tratamiento y pronóstico de la persona que consulta, negando así el derecho a la información que tiene el paciente, sustentado en la Ley de Derechos del Paciente N° 26529.

Asimismo, los maltratos físicos y psicológicos que reciben las personas por parte del SPB que debería catalogarse como tortura y ser analizado bajo el Protocolo de Estambul⁸ y denunciado, no existe. Las lesiones son consideradas sólo en lo físico, no se indaga causas, ni nada vinculado a ello.

Menos cuidado más enfermedad

⁸Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. Naciones Unidas. 2004. <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1sp.pdf>

Las condiciones materiales de detención suelen no considerarse como un factor desencadenante de enfermedades y padecimientos. Se suele ver sólo la herida o lesión del momento negando el contexto de producción del mismo.

A esto, se le suma como hemos mencionado anteriormente, la escasez de recursos de los espacios sanitarios. La atención suele centrarse en médicos/as de guardia, en algunas Unidades Penales, no cuentan con plantel médico todos los días por lo que la atención queda centralizada en enfermero/a de guardia. No disponen de todas las especialidades y el traslado a hospitales extramuros para controles o tratamientos suele ser dificultoso, por la escasez y demora en los turnos otorgados, o por la falta de móviles para efectuar el traslado de la persona que necesita atención.

Los espacios de internación de dichas sanidades (no todas cuentan con ellos), suelen ser espacios que reproducen las características de los pabellones, sin vidrios en las ventanas, húmedos, sin calefacción, con colchones delgados y deteriorados, sin calefacción y donde los cuidados propios de enfermería suelen quedar en manos de los/as detenidos/as que asisten a sus compañeros/as.

Para graficar estas descripciones seleccioné algunos párrafos de entrevistas realizadas a personas con diagnóstico de Tuberculosis por la Comisión Provincial por la Memoria (2019), en ellos se evidencian aspectos que fueron destacados en forma precedente.

“Ya estoy hace un mes y me metieron acá adentro y me dan 4 pastillas a la mañana, 4 pastillas a la tarde y un fideo hervido al mediodía con un pan, y a la noche un churrasco con un fideo hervido con otro pan y eso, esa es la dieta”. (Entrevista con detenido internado, UP 2, octubre de 2018). Y sigue relatando: “No, placa no me hicieron. No y yo los molesto, si alguien me puede venir a explicar qué tengo y lo que me pasa y nadie se acerca a explicar nada, ni lo que tengo, y mi familia está re asustada, porque acá no me dejan tener visitas, no hay teléfono, nada [...] nosotros estamos aislados, estamos aislados de la población, de todo el mundo, los únicos con los que tenemos contacto son los limpieza que te acercan un agua caliente y la comida”. Entrevista con detenido internado en UP 2 de Sierra Chica, Octubre de 2018. (Comisión Provincial por la Memoria, 2019: p 167)

“No, no tenemos nada, como ve. Nos tienen que pasar allá para ducharnos, para ir al baño.

-E: ¿Y cada cuanto los pasan?

-D: cuando al encargado se le da la gana...

E: ¿En toda esta semana, cuántas veces pudieron ir a ducha?

D: Y, ayer una sola vez [...] tenemos que insistir con los guardias hasta que nos dejen salir. Si no, hacer y tirar por la ventana. Entrevista con detenido internado en la Unidad Penal N° 1 de Olmos, septiembre de 2018. (Comisión Provincial por la Memoria, 2019: p 169)

“Orino en un tachito que lo tengo tapado allá, ahora lavado”. Entrevista con detenido internado, UP2, octubre de 2018 (Comisión Provincial por la Memoria, 2019: p 170).

“No sé, así dicen, así me dijeron que hasta las 6 de la tarde puedo salir al baño. Después de la 6 ya no podés salir más. Así que trato de salir antes de las 6 a bañarme y eso. Hoy al baño ese yo lo limpié. Hoy me levanté a la mañana, y salí y estaba todo lleno de basura, porque hay muchachos que van todos al mismo baño. Y hay muchachos que están re mal y a gatas pueden hacer sus necesidades. No pueden ni tirar agua porque no aguantan el tacho. Y yo tengo que salir a la mañana porque estoy un poco mejor ya [...] yo como lo que me dan, yo cierro los ojos y lo como igual. Trato de estar todo el día con barbijo porque acá hay muchachos que no pueden ni caminar”. Entrevista con detenido internado, UP 2, octubre de 2018.(Comisión Provincial Por la Memoria, 2019: p 170)

“Acá estás solo, te podés morir que no viene nadie”. “Acá vi morir gente, es lo más común. Habré visto a 12. Yo lo que me mentalizo es levantarme todos los días”. “El viernes se murió uno de TBC, no sé cómo se llamaba, le agarró un ataque cardíaco, el viernes se murió. No podía comer, no podía tomar la pastilla, y si no podés tomar la pastilla te quedás ahí y te morís. Pienso yo, yo una vez estuve internado afuera, y si no podía tomar la pastilla me la ponían en el suero. Y acá no, te dejan ahí y si no la tomás te morís. Así como estamos encerrados, viste por la ventanita esa te dan la pastilla”. Entrevista a detenido internado, UP 2, octubre de 2018. (Comisión Provincial por la Memoria, 2019: p 171).

Se ha seleccionado precisamente relatos de personas que transitaron Tuberculosis, porque en dichos relatos se evidencia a la ausencia de atención de calidad, pero también dicha enfermedad es la expresión de las condiciones de precariedad en que viven las personas en el encierro y que se constituyen en agravamiento de sus condiciones de detención pero sobre todo en escenario particular para la producción de determinadas formas de vivir, enfermar y morir.

CAPÍTULO 4

Análisis de las entrevistas

En el marco de las seis entrevistas realizadas a personas privadas de libertad y sus referentes afectivos retomé algunos de los conceptos que se trabajaron en el marco teórico, se trabajó sobre los conceptos de salud, enfermedad y cuidado, considerando las propias percepciones de los/as personas entrevistados/as y las propuestas que establecen para generar otra atención de la salud. Asimismo, se retomaron las acciones y estrategias desplegadas de los/as entrevistados/as para poder acceder al derecho a la salud. Todas estas categorías fueron analizadas a la luz del escenario de atención brindada desde salud penitenciaria.

Estrategias desplegadas por los detenidos:

En cuanto a las estrategias desplegadas por la población detenida aparecen dos aspectos centrales, en primer lugar las mismas no se conciben o se desarrollan desde una planificación estratégica, generalmente, sino que responden a las únicas herramientas con las que cuentan para poder lograr ciertos objetivos. Es así que no se trata de procedimientos planificados y con evaluación del escenario por mucho tiempo previo, sino por el contrario, de desplegar acciones en el momento oportuno, cuando se lo necesita para sobrevivir.

Otro de los elementos que aparece en el despliegue de las mismas es la necesidad siempre de otro, que cuide, que ayude, o justamente a quien recurrir frente a la desatención de la salud.

Ese otro generalmente en las entrevistas realizadas es la familia, a quien se acude frente a la no respuesta sanitaria de la Unidad carcelaria, se apela a sus entregas de medicación, alimentos y cuidados que permitan hacer de incentivo y fortaleza frente al encierro. También se apela a la familia como el único eslabón comunicador con el afuera, que permita visibilizar las problemáticas frente a los defensores, jueces u organismos de derechos humanos.

Es así que la familia actúa como el sostén subjetivo pero también como “*el vaso comunicador*” con agentes estatales que permitan poner coto a la desatención de salud.

Así aparecen discursos en las entrevistas realizadas tales como:

“Gracias a Dios la contención de mi familia me ayudó mucho”(M.M)

“Ahí mi familia me pudo llevar cosas y saqué un habeas corpus y hablé con mi juzgado que me tenían de acá para allá por el tema de pedir los pañales. Desde marzo ya estoy acá, en los pisos yo no puedo estar, yo soy un compromiso...refiere que en algunos sectores no podría ingresar con la silla de rueda, o en algunas celdas son 12 personas y con la silla el complicaría, además de hacerse encima (...)Acá nadie te da una mano, mi familia sí” (R.E)

“Lo único que me ofrece el SPB son los pañales pero me los dan cuando quieren. Y yo necesito 100 al mes, es lo que uso, mi familia me trae 100 cada quince días. Yo no sé qué piensan acá, que los vendo, y por eso no me los quieren dar. Yo soy una persona grande y soy limpito, apenas me meo yo no me voy a quedar con el pañal sucio, voy me baño y me lo cambio. Yo no uso pantalón corto porque a veces me mancho, por ese tema vio. Pero yo acá ni los molesto con el tema de los pañales. Indica en la entrevista que su familia no sólo le provee pañales sino también medicamentos como diclofenax, artrón, tramadol” (R.E)

Ese otro que ayuda y contiene también suele ser otro/a detenido, el que posibilita el cuidado, la atención frente a problemáticas de salud. Por ejemplo, uno de los entrevistados refería:

“Me pasó lo mismo que ahora, me daban la medicación y lo primero que hacía al llegar a una celda era explicarles a los detenidos que tenían que hacer (el entrevistado sufre de convulsiones). Ellos me atendieron bien, ellos cuando me agarraba llamaban al encargado, y no venía más”. (C.S)

“Acá los médicos no entran para nada, me caigo y tengo que andar gritando, por los pañales me voy acomodando y me lo pongo, lo extendo

en la cama, me recuesto y me lo pongo. Acá los pibes me cocinan, pero nadie quiere hacerse cargo, me cago y meo señora. Nadie me quiere cambiar ni los médicos ni enfermeros. Ahora conmigo hay otro pibe internado, que se lastimó jugando al rugby y quedó mal de la cabeza, él sí me ayuda, pero ya le dieron la domiciliaria y hoy creo que se va. Pero bueno, es lo que me tocó.” (R.E)

Apelar a otro, familiar o detenido implica considerar una concepción de salud ligada a lo colectivo, a la necesidad de contar con el cuidado por otros actores y actrices cercanos a uno. Sin embargo estos actores y actrices, no siempre tienen las herramientas necesarias siendo que la atención oportuna debiera ser garantizada desde la esfera estatal, pero así y todo sirven como contención y también como acceso a canales formales de atención.

En estas estrategias donde se apela a otro, la palabra aún se utiliza, sin embargo también en las entrevistas se conocieron otro tipo de acciones donde se utiliza el cuerpo como modalidad de reclamo, en los tres relatos se trata del mismo detenido, M.M, en diferentes momentos de su detención.

Saliendo de Mercedes como no recibía atención médica pedía muchas veces sanidad, entonces hablé con el chico del pabellón y me hice el muerto. Necesitaba salir de ahí. Cuando abrieron la celda salí (con una elemento cortopunzante) y me agarraron, lastimado y operado me dieron paliza, piñas, tiros...de ahí a leonera. Aclara que la leonera es un lugar sin techo que está a la interperie y continúa el relato, sin techo desnudo me dejaron y me tiraron agua fría y a la noche me volvieron a llevar a buzones.

En esa detención fue todo traslados, palizas, buzones...Iba mi familia a visitarme, una vez tuve que salir con un bisturí corriendo al control de visitas. (Esto porque no le permitían llegar al sector de visitas donde ya estaba su familia esperándolo).

Setenta días antes de irme llego a la Unidad 42 (Florencio Varela), el SPB no tenía pabellones, pero un siervo dio la cara y peleó para que pueda

llegar a un pabellón. Ahí estuve tranquilo. En esa causa, yo me voy con mi familia haciendo quilombo afuera. Me largaron 6 horas después de las 12. No me querían largar por las sanciones que tenía.

M. M, el detenido del que se tomaron los reclamos anteriores también realizó varias huelgas de hambre durante su detención. Su objetivo era ser escuchado, reclamaba hablar con su juez para que se evalúe su arresto domiciliario por su situación de salud en el marco del COVID, cuestión que le afectaba y preocupaba mucho.

Si bien la utilización del cuerpo es una herramienta de reclamo y solicitud de atención, esta no aparece en primera instancia, sino que justamente es utilizada cuando se han agotado otros canales de acceso, reclamo o de pedido. Como mencionaba anteriormente en primera instancia aparece la familia como aquel actor central para la búsqueda de respuestas a sus malestares y cuando ya no hay posibilidad de tratar el tema se despliegan otras acciones que muchas veces afectan la salud de la persona que ya estaba reclamando por un padecimiento o enfermedad.

En situaciones de autolesión, suele atenderse desde los espacios de Sanidad de la cárcel, la urgencia (el corte, por ejemplo), pero suele desestimarse la situación previa de salud que dio origen al reclamo como así también la salud mental de la persona que decida iniciar una medida que afecta su cuerpo. El reclamo mediante el cuerpo suele ser parte de la modalidad instituida de reclamo en los/as detenidos/as sin interrogar porqué sucede eso, generalmente la misma es considerada como una modalidad propia de los detenidos sin atender justamente qué otras maneras hubo antes para solicitar lo que requieren.

En el análisis de las entrevistas realizadas, la enfermedad es vivida como sufrimiento, pero también como el destino casi imposible de evitar por haber “actuado mal” previamente. Opera una especie de vinculación a lo divino con la enfermedad donde la misma es la respuesta por el mal ocasionado. Esto no sólo naturaliza las problemáticas de salud sino que el sufrimiento es considerado como parte de la condena, que no se trata sólo de la privación de la libertad sino de un sufrimiento extra, agregado para sus cuerpos y sus familiares. Veamos un relato que ejemplifican dicha asociación mencionada:

“...y yo delinquí toda la vida, yo sé que me pasó por todo lo que hice, yo soy una mala persona, no es nada lindo”(R. E)

La enfermedad se asocia con el miedo, el sufrimiento y la imposibilidad de ser “productivo”:

“La enfermedad es un desarrollo fea de la vida, me gustaría estudiar y trabajar. Yo sé que está mal delinquir, yo cambié un montón en la up 30 tuve curso de formación ciudadana sobre cómo convivir con una persona, cómo conseguir trabajo. Acá no puedo estudiar ni trabajar. Termine primaria y seguí estudiando llegué hasta tercer ciclo (en la unidad 30) y justo me sacaron de traslado y acá piden los papeles de fin de primaria, le dijeron que necesitaban diploma y ahí quedo. Le dijeron que hay muchas personas esperando para trabajo y no hay mucho por hacer en la Unidad”.(C.S)

“Yo soy un preso viejo y se cómo son las cosas, yo qué puedo hacer así como estoy, no me puedo defender, yo ya no sirvo para nada, sirvo para darle un abrazo a mi hijo y a mi familia, nada más” (R.E)

En estas frases seleccionadas de entrevistas se observan dos cuestiones la enfermedad como puro sufrimiento y castigo pero también lo que los imposibilita trabajar o “*hacer algo*”. Esta cuestión me parece interesante relacionarla con la cuestión de la enfermedad como aquello que marca el cuerpo e imposibilita hacer determinadas cuestiones con “normalidad”.

La cárcel como productora de enfermedad.

Ahora bien, en las personas entrevistadas aparece una dimensión central que es la cárcel con productora de enfermedad. En las entrevistas con cada uno de ellos se indagó sobre problemáticas de salud previas, y en dos de los casos los temas de salud comenzaron en la detención o encierro y en uno de ellos se trataba de una cuestión previa que podía recibir tratamiento de manera adecuada pero que no pudo garantizarse en la cárcel.

Cuando me refiero a la cárcel como productora de enfermedad retomo la idea de salud y enfermedad trabajada en el marco teórico, pues no se trata sólo de la afección orgánica sino también de las atenciones recibidas, el trato brindado, las condiciones materiales dónde transcurren sus días, la alimentación.

En relación a esto en una de las entrevistas con M.M, se le pregunta sobre problemas de salud previos a estar detenido y refiere que no tenía ningún problema. Sí, sufrió una herida en su otra detención aproximadamente en 2013 y 2014 que le provocó algunos problemas. A partir de ello manifiesta que tuvo operación en el tórax y la realización de una traqueotomía porque en el proceso de internación contrajo neumonía. Relata:

“siento que el cuerpo y los pulmones no son lo mismo que antes. Pero los médicos dicen que no me quedó ninguna secuela. Aunque yo lo siento. Luego continúa diciendo: La celda era de a uno, me llevaron a esa celda, no recibí atención y en esa Unidad tenía problemas, la unidad 13 de Junín y luego a Mercedes, y después a Sierra Chica”. (M. M)

En relación a otras de las situaciones, se trata de R.E, él se encuentra en silla de ruedas. en la entrevista se indagó sobre su problema de salud y cuándo comenzó a estar sin la posibilidad de movilizarse, refiere que esto fue en el año 2016, es de José C Paz, tenía pedido de captura de dos juzgado y lo “engancharon” en la detención, la policía le dio varios tiros, uno en rodilla, otro en talón de Aquiles y otro en la cadera que según menciona fue lo que más lo complicó.

Se le pregunta si previo a esta situación, en la otra detención había tenía problemas de salud, refiere que en el año 2000 tuvo enfrentamiento con la policía, recibió un impacto de bala en la tibia de la pierna izquierda, y menciona:*el pie me quedó medio torcido pero si total ahora no siento nada.*

Se retoma el tema de cómo hacer cuándo necesita algo en la cárcel y refiere:*hay guardias que se apiadan de mí, me agarran, me levantan y me acuestan, hay guardias que me dejan así (en relación a dejarlo en el piso cuando se cae). Me ayuda en la semana el pibe que trabaja en Sanidad (es un detenido que cumple funciones laborales).*

En relación a la comida, dice que ya no come casi, *porque yo como y lo digiero al minuto cero. Prefiero tomar un te y mearme, estoy muy flaco. Acá la comida me la dan pero se la doy al resto, sí como lo que me trae mi familia para no despreciarla y continúa diciendonunca me hicieron nada, la único vez que me vio un médico fue hoy. La única persona que pasa y entra es Cristina, es enfermera, ella me pregunta si necesito algo.* (R. E).

En estos dos relatos se evidencia que las personas entrevistadas no poseían problemas de salud previa a la detención, y los mismos fueron motivados por situaciones de violencia en la detención o captura. Luego la falta de atención adecuada, la escasa y mala alimentación y la ausencia de rehabilitación o cuidado terminan generando secuelas que no será el caso de este trabajo, en ocasiones se asocian o vinculan con la producción de discapacidades parciales o totales.

La enfermedad no sólo se vive con sufrimiento sino también con miedo. Especialmente en el marco de la pandemia por COVID, período en el que se realizaron las entrevistas. Así uno de los entrevistados refirió

“...sí, tengo miedo a enfermarme, mi cuerpo, mi salud no es la misma, estoy mucho más débil. Con el COVID, si yo me enfermo no lo voy a superar y me voy a morir, Y bueno, es triste...porque quiero vivir, irme a mi casa. Miro los videos de mi hija y me animo, tengo que seguir esperando” (M.M)

La familia, como se mencionó al principio aparece como principal sostén no sólo económico sino también subjetivo. Así otro de los entrevistados cuando es indagado sobre si se había hecho autolesiones, automáticamente refiere: *Yo quiero estar con mi mamá, la causa pasada lo único que pude ganar fue el cambio de régimen.* Continuando con la charla hace hincapié en que no se infringe lesiones para poder estar bien y llegar a estar con su madre en algún momento.

Así también R.E en la entrevista destaca que se comunica todos los días con su hijo de 11 años, que está con su madre, ex pareja, quien en la primera detención lo acompañó pero

luego se cansó, él entiende eso y no tiene rencores, de hecho se lleva bien, pero nunca llevó al hijo a la cárcel, sólo comunicación telefónica.

Las familias que sufren el encierro

En relación a las familiares entrevistadas, se trata de mujeres, una madre, una hermana y una ex pareja y madre de la niña en común que tienen. Si bien son pocas entrevistas, y no se podría generalizar sobre la cuestión de género por el número de entrevistadas, me permito remitirme a mi desempeño laboral con el tema y suelen ser las mujeres quienes cuidan, protegen y realizan el trabajo de acompañamiento con la población detenida. Será analizado esta cuestión brevemente siendo objeto de un posterior análisis y trabajo de Maestría cómo influye el género en el cuidado de los/as detenidas considerando también el factor de culpa, sufrimiento y tiempo que las mismas invierten en ello.

En las entrevistas realizadas aparecen dos cuestiones centrales “*el gasto*” en insumos y las estrategias de cuidado y reclamo desplegadas para alcanzar algún tipo de respuesta sanitaria en sus familiares. Estas estrategias suelen estar asociadas al reclamo en los juzgados, a comunicaciones con defensores y abogados/as particulares pero también suelen asociarse al seguimiento cotidiano del familiar sobre qué come, si descansa, cómo se encuentra, qué necesita. Implicando una carga extra para ese familiar que se encuentra fuera del encierro.

“Desde el momento en que salió de terapia, a la mamá de M le dijeron que lo iban a cuidar, que lo iban a poner en lugar aislado, pero eso nunca sucedió. Nosotros reclamábamos pero no le daban atención, reclamamos con el abogado particular que tenía en ese momento. Y M reclamaba, molestando como preso (...) Cuando lo iba a visitar lo veía mal, lo veía con la cara amarillenta y cuando se trata de la salud uno se preocupa. Y un día googleé y vi que la cáscara de huevo triturada, tostada, la dejás y es buena, para el hierro, y otras cosas, él estaba anémico. La puse en un frasquito y le puse hierro y me la dejaron pasar. En otra oportunidad la familia le ha comprado vitaminas”. (K, ex pareja de M. M)

En la estrategia de K. hay tiempo invertido, preocupación y también disposición a ayudar a su familiar privado de libertad. Intervienen dos cuestiones, la escasez de recursos para comprar la vitamina o el hierro y también la posibilidad de que no dejen ingresar lo que había preparado. También K relató que cuando M estaba en huelga de hambre, ella se comunicaba todos los días y le pedía que le pase el peso y calculaba si había bajado, aumentado, ella llevaba el registro.

En las entrevistas a familiares se observa no sólo la dificultad para comprar los insumos necesarios sino que no todos los alimentos son permitidos de ingresar, esto supone buscar determinados alimentos, cocinar y dedicar tiempo y trabajo para poder alimentar a quienes están privados de libertad.

La preocupación y el miedo que sufren las personas privadas de libertad también la viven los propios referentes familiares. Aparece la desesperación y el estar pendientes siempre de la comunicación que puedan realizar o de las visitas para saber cómo están. El tiempo transcurrido en el encierro cobra el valor de lo peligroso, de que cualquier cuestión pueda afectarlos. Así aparecen algunos aspectos en las entrevistas que ilustran esta preocupación constante:

“Yo soy la que más habla con el defensor, es preocupante porque corre peligro, tuvo neumonía, hemos viajado al Juzgado y nos respondieron: ya pasaron varios años y no le pasó nada. Y nosotros tenemos miedo. Siempre mandamos la manera de mandarle cosas, ahora se complicó, no le mandamos la misma cantidad” (K)

“A mí me preocupa, con él siempre estábamos en contacto, le mandamos por encomienda, dice que él está mal porque no lo atienden, nosotros le llevamos cosas, mercadería, pastilla para los dolores, pañales”. (V, hermana de R)

“Me preocupa el COVID, si le agarra no se cómo lo va a encontrar. Como madre sufro un montón por todo lo que pasa y a la vez pienso que ya pasó por eso y volvió a caer. Pero tampoco es mi culpa...tengo sentimientos

encontrados, me preocupa y a la vez pienso que se arregle” (A, madre de C. S)

Así como en las entrevistas de las personas privadas de libertad se evidencia como agravante el tema de los traslados constantes, que imposibilita continuar con tratamientos o abordajes de la salud, en las familias implica largas horas de viaje, gastos e inversión de tiempo para poder visitar a sus familiares. En el momento que fueron realizadas las entrevistas, estaban prohibidas las visitas a los penales por el ASPO en el marco de la pandemia, esto fue luego habilitado en el mes de noviembre de 2021. Sin embargo en los primeros meses de aislamiento por pandemia, los familiares enviaban encomiendas con alimentos y medicación para poder solventar la ausencia de recursos dentro del encierro.

En una de las entrevistas a la madre de C, llamada A. ella relató situaciones que debió atravesar para poder visitar a su hijo en la cárcel. En los tres fragmentos seleccionados aparecen diferentes cuestiones, por un lado, el esfuerzo al que deben exponerse pero también la angustia y preocupación al ver el deterioro de su hijo, junto con la sensación de cansancio y hartazgo frente al ser la única cuidadora presente.

“...podía ir hasta Retiro y de ahí tomar un colectivo, o viajar con el ‘micro tumbero’, para eso tiene que ir a tomarlo a la Ruta 8 “y llegamos a las 2 am, a las 5 am nos hacen bajar para ir a la cola, te tenés que bancar frío y lluvia, a veces le pagaba el gas a mi yerno que trabaja como Uber y me llevaba o mi hijo”.

“un día viajé para ver qué pasaba, hablé en el Penal, me dijeron que él estaba aislado por TBC y que no podía verlo” Ahí ella refiere que pidió verlo desde la puerta aunque sea cinco minutos (la internación era en sanidad de la Unidad). “Cuando voy la sorpresa, todo le quedaba grande, era la piel y los huesos, él lloraba porque se veía mal, encima las condiciones, fue muy fea la situación, mucho olor, desagradable y ellos (por el personal de salud) no querían acercarse el único era un preso que estaba ahí”

“A dónde no fui, desde que cumplió 20 años me recorrí todos los penales, me cansa y a la vez me da bronca, yo llego de trabajar, no descanso, ando a las corridas, llego de trabajar y tengo que preparar las cosas. La que estoy siempre soy yo. Ellos se lavan las manos (por el resto de hijos) y yo siempre estoy. Me ha pasado en Alvear que viajaba sin aire, o bajarme y que esté todo inundado, entraba al penal con los pies mojados, yo ya le dije que sea la última causa. Quiero hacer arreglos en la casa o comer esto otro y no puedo. Pero es mi hijo y me hago cargo, es lo que me tocó.”

El sacrificio como en el extracto anterior aparece como cuestión común en las entrevistas realizadas, y también el sufrimiento, la preocupación constante y opera una cierta idea de castigo. Por “tener un hijo delincuente” es necesario sacrificarse y ocuparse.

Me interesó retomar en primer aspecto la tarea que desarrollan las familiares de las personas privadas de libertad y enmarcarlo en lo que Verónica Gago (2017) refiere como triple jornada, siendo el trabajo fuera de la casa, en la casa y en la producción de vínculo y redes de cuidado.

Estas tareas se encuentran asociadas a reemplazar derechos que debería garantizar el Estado pero también se trata de cuidados y acompañamientos desde la afectividad que son encarnados por mujeres (como ejemplo: visitarlos a cualquier unidad que vayan, ir al juzgado a reclamar, cuidar sus hijos/as, darles lugar en la casa cuando salen del encierro). Generalmente estas tareas suelen ser realizadas por las mujeres de las familias agregando un esfuerzo extra a su cotidiano.

Y en ese despliegue de actividades surge también en las mujeres madres el sentimiento de responsabilidad por su hija/o y la culpa y la obligación de acompañarlos por ser la madre.

En este sentido, me parece interesante el planteo de Verónica Gago (2017) en relación a cómo se mide una tarea de cuidado que también pone en juego el afecto y la subjetividad, pero también considerando que esa subjetividad ha sido construida socialmente a partir de determinadas significaciones en relación a qué implica ser una buena madre y cómo se debe cuidar aun hasta el hartazgo.

En los fragmentos de las entrevistas realizadas se expresa la tarea de esfuerzo y preocupación constante, aparece la frase haber hecho de todo, comprar mercadería, viajar, *“trabajar para la persona detenida”*, como menciona una de las mujeres. Incluso en familias donde la precariedad y escasez se encuentra a la orden del día lo que lleva a desarrollar estrategias para solventar los gastos.

Asimismo, aparece también cierta tensión, contradicción o pregunta en relación a la obligación del cuidado, donde esa tarea se vincula a una obligación o mandato pero también se cruza con la elección y los afectos.

Es decir, ese cuidado propinado por mujeres también se encuentra justamente atravesado por el deseo y la “elección” y en este sentido es cuando se torna necesario reconocer el lugar de las significaciones sociales imaginarias que en términos de Castoriadis tienen una triple función siendo una de ellas justamente marcar/construir la afectividad de época.

Concepciones de salud de las/os entrevistadas/os

En las entrevistas efectuadas también se indagó sobre la concepción de salud que poseen, es interesante cómo aparecen concepciones vinculadas a la salud integral donde no solamente mencionan que estar sano sería no tener ninguna dolencia sino también aparecen ideas vinculadas al disfrute, al no sufrimiento y también a qué es lo que permita disfrutar en la vida y ser “productivo”, la salud suele ser asociada “todo” lo que se necesita para poder vivir.

En la mayor parte de las entrevistas la salud también se asocia al “estado” previo a la detención, es decir, frases como “antes de estar preso era sano” con lo cual también se puede vislumbrar cómo las condiciones de encierro enferman. Veamos algunos extractos de las entrevistas que permiten ejemplificar lo que se viene relatando.

“...algo muy importante para el ser humano, hermoso, lindo, a través de la salud podemos disfrutar de la vida. Es triste estar sin salud” (M.M)

“La salud es todo, desde que quedé así sé que la salud es todo...”
(R.E)

“...lo importante, lo mejor para cualquier persona y no el sufrimiento”
(C.S)

“Son muchas cosas que abarcan, no sólo la atención y cuidado sino en la forma en la que viven, son personas igual, tienen sentimientos sufren como cualquier persona” (K)

“la salud es estar bien, sentirse bien, es todo y con alguna enfermedad se complica, yo no sé cómo toma la medicación, por más que él me diga. Antes hacía cualquier cosa y la médica me dijo que yo le dé la medicación” (A)

En las entrevistas con los detenidos, la salud aparece con cierta nostalgia, o como una cuestión que ya no se tiene, aquí es interesante no sólo considerar los padecimientos concretos que cada uno sufre sino también qué salud es posible de construir en el encierro. Ninguno de los entrevistados dijo sentirse sano en el momento en que fue entrevistado.

En las entrevistas también se indagó sobre qué cuestiones podrían mejorar la atención brindada en el encierro, y aparecen dos cuestiones centrales: la calidad de vida y el trato digno y respetuoso en la atención brindada por los/as profesionales.

“lo que tendría que mejorar...que venga gente humana, que tenga ganas de atender a los pacientes, que tengan corazón. Que se vayan a otro lado, médicos no pueden ser acá” (R.E)

“que hagan bien su trabajo, yo fallé, yo sé que hice algo mal y por eso estoy acá, todos tenemos fallas pero hay que tratar de recuperarnos, ellos estudiaron...” (C.S)

“ellos dicen está internado y el lugar dónde vas es una mugre y eso trae más enfermedades, eso tendría que cambiar, que tengan cosas de limpieza, pintura, que desinfecten” (A).

CAPÍTULO 5

Consideraciones finales

Este trabajo fue realizado con ciertas sospechas/intuiciones y muchas preguntas, mi recorrido laboral me permitió conocer cómo son los espacios de encierro y cuál es la atención de salud brindada allí. Sin embargo, durante el recorrido del trabajo fueron apareciendo

nuevas ideas e interrogantes y me permitió conocer las estrategias desplegadas por las personas privadas de libertad y sus familias.

En primera instancia, una de las ideas más potentes que operaron en mí, incluso en la realización de entrevistas es que muchas de las acciones desplegadas por las personas se encontraban vinculadas a la autolesión o la utilización del propio cuerpo como herramienta de reclamo.

A lo largo de las entrevistas, fui conociendo que si bien, existen dichas acciones, no suelen ser utilizadas en primera instancia, sino generalmente luego de haber utilizado otras vías de acción y reclamo donde prevalece el uso de la palabra y canales formales de solicitud de garantía de derechos.

Asimismo, el actor central que aparece en las primeras estrategias suelen ser los familiares, quienes se constituyen en el medio de comunicación con el afuera institucional pero también suelen ser los que orientan, ayudan, escuchan y contienen.

Así en las entrevistas con las mujeres familiares se ponen en juego dos cuestiones que han sido retomadas en el análisis de sus relatos, por un lado, la afectividad, la preocupación y el deseo o necesidad de acompañar a quienes están privados de libertad. Por otro lado, el gasto de dinero, tiempo y recursos que en estos casos suele quedar en “manos” de las mujeres de las familias.

En este sentido, aparece la cuestión del sufrimiento como categoría central en todas las entrevistas realizadas. En quienes se encuentran privados de libertad por encontrarse no sólo cumpliendo una condena sino sobre todo por las condiciones en que la misma se cumple, por el dolor frente a enfermedades, por la incertidumbre ante la falta de respuestas. Y al mismo tiempo, sufrimiento que es considerado como natural e inherente a la condena, la enfermedad como castigo por los males realizados también opera como instituido en quienes fueron entrevistados.

Previo a realizar las entrevistas consideraba el sufrimiento en los familiares como extensión del padecimiento en quienes están privados de libertad, si bien esta cuestión

también puede ser considerada, opera otra cuestión ligada al sufrimiento y la culpa, debatiéndose entre el acompañar, justificar o buscar explicación frente a los inicios del delito. En las entrevistas surgía a menudo la frase de “si bien se portó mal, tiene derechos”. Y esto en algún punto necesitaba ser aclarado porque no está legitimado a nivel social. Pues es necesario justificar los pedidos, acompañamientos y afectos sobre estas personas.

Esta cuestión me parece totalmente central en el caso de las políticas públicas destinadas a esta población y aquí retomo los aportes de Laura Pautassi que fueron trabajados en el marco teórico, y me pregunto cómo construir políticas públicas que respeten derechos en el marco de la ausencia de legitimidad de garantía de derechos para este sector.

En este sentido, es que si bien existen políticas destinadas a la atención de salud en el encierro, las mismas no consideran el contexto en el que las personas se encuentran y que justamente no es sólo contexto sino escenario de producción de salud y enfermedad.

En relación a ello, me pregunto sobre las marcas que deja el encierro, tanto a nivel subjetivo como físico. En las personas que entrevisté sus cuerpos no son iguales que previo a la detención y esto implica no sólo afecciones a nivel físico sino también emocional. Esas marcas también se evidencian para un afuera, suelen estar las personas encerradas atravesadas por dolencias similares y por desgastes físicos parecidos: enflaquecimiento, caída o deterioro de dientes, cicatrices.

Estas marcas no sólo hablan de un transcurrir de determinada manera el encierro sino que también dan cuenta de la ausencia de estrategias de salud que consideren al sujeto de manera integral y colectiva.

En las entrevistas se indagó sobre cómo podría pensarse la salud y su asistencia en el encierro y me parece para destacar que no sólo se mencionó como prioritarios los recursos sino la calidez en la atención y las condiciones materiales de vida.

Considerar esos dos aspectos que trajeron con sus palabras los detenidos y sus familiares posibilitaría considerar otro tipo de asistencia en el encierro donde la dignidad en el trato también sea un eje que oriente las acciones.

Este trabajo me permitió tener otros interrogantes para seguir trabajando en el tema, como por ejemplo, considerar el análisis de alguna política pública en particular destinada a esta población para conocer categorías/representaciones que se ponen en juego. También me parece de interés seguir profundizando sobre el lugar de las familias, mujeres, en el acompañamiento y cuidado.

Este trabajo además de explorar para conocer las estrategias de quienes fueron entrevistados/as frente a la desatención de salud, se intentó recuperar dimensiones subjetivas de cómo viven el encierro, la salud y la enfermedad, considerando que esas dimensiones se tornan elementos centrales para poder construir diagnósticos sobre el tema pero también política pública.

Asimismo, fue intención de este trabajo conocer e indagar las propias palabras de quienes sufren el encierro y que sus voces sean “llevadas” a un trabajo académico porque apuesto que el tema del encierro no sólo debe ser hablado sobre quienes nos formamos en el tema sino también por las personas que ponen el cuerpo cotidianamente en esos espacios.

BIBLIOGRAFÍA

Auyero, Javier. (2013). *Pacientes del Estado*. Editorial Eudeba. Buenos Aires.

Berlinguer, Giovanni. (1994). *La enfermedad*. Editorial Lugar. Buenos Aires.

.....(2007). Determinantes sociales de las enfermedades. *Revista Cubana Salud Pública*.

Becker, Howard. (2014). *Outsiders. Hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Butler Judith.(2004). *Vida Precaria. El poder del duelo y la violencia*. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Castoriadis Cornelius. (2006) *Una sociedad a la deriva. Entrevistas y debates (1974/1997)*. Capítulo “Las Significaciones Imaginarias Sociales”.

Cacoppardo, Ana. (2016). *Interpelados por el otro. Apuntes sobre el testimonio y la entrevista*. En:*Historias Debidas. Conversaciones y Testimonios*. Editorial Patria Grande. Buenos Aires.

Comisión Provincial por la Memoria. Informe Anual 2019, 2020 y 2021.(2021) *El sistema de la crueldad XIII. Sobre lugares de encierro, políticas de seguridad, salud mental y niñez en la Provincia de Buenos Aires*.La Plata.

Comisión Provincial por la Memoria. Principales datos de la política criminal en la provincia de Buenos Aires. 2021. <https://www.comisionporlamemoria.org/datosabiertos/>

Foucault, Michel. (1975). *Vigilar y Castigar. El nacimiento de la prisión*. Primera edición 1976.Siglo XXI. México.

Gago, Verónica.(2019). *La Potencia feminista o el deseo de transformarlo todo*. Editorial Traficantes de sueños. Madrid.

Goffman, Erving. (1989). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorroutu editores.

Laurell, Asa Cristina.(1986). El estudio del proceso salud enfermedad en América Latina. Ponencia presentada en el coloquio “*La Santé en Amérique Latine réalité socio politique et projets des soinsprimaires*” organizado por AMALC (Montreal, Canadá).

López, Susan. (2016). De qué hablamos cuando decimos medicina social/salud colectiva. Conceptos y categorías de análisis. En: *Problematizando la salud. Aportes conceptuales y experiencias de trabajo en territorio desde la perspectiva de la Medicina Social /Salud Colectiva*. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/57874>

Menéndez, Eduardo. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En: *Ciênc. saúdecoletiva* 8 (1) Disponible en : <https://www.scielo.br/j/csc/a/pxxsJGZjnrqbxZJ6cdTnPN/?lang=es>.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Resolución N° 1963/17.

Pautassi, Laura. (2016). Del “Boom” del cuidado al ejercicio de derechos. El derecho de cuidar y ser cuidado ya es reconocido, pero todavía necesitase traducido en políticas transversales, con perspectiva de género. *Sur Revista Internacional de Derechos Humanos*.

.....(2007). La articulación entre políticas públicas y derechos. *Vínculos difusos*. Sin más datos.

Stolkiner, Alicia y Ardila Gómez Sara. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericanas. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*.

Vasilachis de Gialdino Irene (2006). Estrategias de investigación cualitativa. Biblioteca de investigación. Herramientas universitarias. GEDISA. Barcelona.

ANEXOS

Ejes para la realización de entrevistas a personas privadas de libertad para TIF

Datos personales:

Nombre y apellido (Se pondrán iniciales en el trabajo, sólo me sirve a fines de reconocer a cada uno)

Edad

Tiempo que se encuentra privado de libertad

Lugar de procedencia

Desarrollo de la entrevista:

-Indagar sobre: antecedentes de salud previos a la detención y formas de abordarla en caso de tener problemas específicos.

-Malestares o patologías actuales, situar desde cuándo, cómo se enteró de la misma, qué estrategias ha utilizado y utiliza para acceder a la atención. Si toma medicamentos cómo los obtiene, si sabe para qué son. Si entiende y tiene claridad sobre su problema de salud.

-Si le preocupa enfermarse o que agrave su cuadro, qué haría frente a ello?

-Qué pueda situar cómo ha sido su encuentro con profesionales de la salud, le preguntás al médico? Qué cosas le contás?

-Qué pueda situar alguna estrategia que ha utilizado para acceder a la salud

-Qué pueda establecer qué es la salud para él o ella, qué ideas asocia, qué se le ocurre con la idea de salud. Qué necesitaría para cuidar su salud

-A qué le refiere la palabra enfermedad?

Ejes para la realización de entrevistas a familiares/referentes afectivos de personas privadas de libertad

Datos personales:

Nombre y apellido

Edad

Vínculo con la persona que se encuentra privada de libertad

Lugar de residencia/ocupación

Distancia entre su lugar de residencia y cárcel donde debe estar su familiar

Desarrollo de la entrevista:

-Indagar problemáticas propias de salud y modalidad de atención

-Conocer si su familiar privado de libertad tiene problemas de salud y cómo actúan frente a ello

-Conocer preocupaciones en relación a la salud de su familiar (aquí me interesa indagar si lo vinculan con las condiciones materiales de detención)

-Que pueda mencionar estrategias frente al padecimiento de su familiar en el encierro

-Ideas acerca de salud/enfermedad

-Ideas en relación a cómo mejoraría la salud en el encierro.

Entrevista N° 1

M.M

Tiempo que se encuentra privado de libertad: hace 1 año y 10 meses (tuvo detenciones previas)

Lugar de procedencia: 9 de Julio Provincia de Buenos Aires.

La entrevista se realiza el día jueves 01/10/2020 por la mañana previo acuerdo con M, fue imposible realizarla por video llamada por cuestión de señal en el Penal por lo que se decidió realizar una llamada telefónica común.

Se pregunta sobre problemas de salud previos a estar detenido y refiere que no tenía ningún problema. Sí sufrió una herida en su otra detención aproximadamente 2013 y 2014 que le provocó algunos problemas. Refiere que tuvo operación en el tórax y la realización de una traqueotomía porque en el proceso de internación contrajo neumonía. Relata: *siento que el cuerpo y los pulmones no son lo mismo que antes. Pero los médicos dicen que no me quedó ninguna secuela. Aunque yo lo siento.*

En esa internación relata que tuvo muy grave, que tuvieron que vaciar una capa del pulmón y parte de uno de los pulmones (así lo refiere) y la traqueotomía fue porque se agarró infección intrahospitalaria. Dicha internación fue en el Hospital de Junín y no refiere problemas en el trato, al contrario, dice que lo trataron muy bien y además a su familia le quedaba cerca para ir a verlo.

Cuando vuelvo del hospital había bajado mucho de peso, estaba muy lastimado y sanidad nunca cumplió con la medicación, el Servicio Penitenciario tampoco. Gracias a Dios la contención de mi familia me ayudó mucho.

Indica que la familia le llevaba cosas como vitaminas y comida. Necesitaba ayuda para todo, no podía sostenerse en pie solo, se agarraba de las cosas para caminar, pese a ello fue alojado solo en una celda común, ni siquiera de sanidad.

La celda era de a uno, me llevaron a esa celda, no recibí atención y en esa Unidad tenía problemas, la unidad 13 de Junín y luego a Mercedes, y después a Sierra Chica.

Saliendo de Mercedes como no recibía atención médica pedía muchas veces sanidad, entonces hablé con el chico del pabellón y me hice el muerto. Necesitaba salir de ahí. Cuando abrieron la celda salí (con una elemento cortopunzante) y me agarraron, lastimado y operado me dieron paliza, piñas, tiros...de ahí a leonera. Aclara que la leonera es un lugar

sin techo que está a la interperie y continúa el relato, *sin techo desnudo me dejaron y me tiraron agua fría y a la noche me volvieron a llevar a buzones.*

Ante esto se le pregunta qué sentía, refiere miedo, dolor, angustia, su familia no sabía nada, *los celus no estaban autorizados.*

Luego sigue su relato cuando estaba en la Unidad 2 de Sierra Chica en el año 2014, en el pabellón 3 (guardia armada?). *estuve algunos meses en ese pabellón, me encontré con una persona que tenía problemas. Tenés que pelear, si o si sino te lastiman. Ahí no me lastimaron, reprimen y lo llevan otra vez a buzones.*

De ahí sale de traslado para la Unidad 17 de Urdampilleta, lo alojan en el sector de depósito donde también tenía problemas con otros internos y de ahí al pabellón 6 que era para 40 personas y había solo 12. En esa Unidad recibe 13 puñaladas y nuevamente es trasladado al Hospital, no se queda internado, lo curan y lo llevan nuevamente al sector de Depósito de la Unidad 17.

Luego de eso logra llegar a la Unidad 13 de Junín, refiere que se incluyó a un pabellón con Programa (no recuerda de qué era), durante tres meses estuvo ahí. Relata *ahí estuve solo todo el día y ya estaba cerca de la libertad.*

Ahí relata cómo había sido su condena de 5 años: *Cuando yo me estaba muriendo arreglo 5 años y yo llevaba 3 años, mucho no entendía, lo único que quería era irme a mi casa con mi familia. No entendía nada.* Refiere que en la internación en la que debieron operar, fue fiscal a la sala de internación y le ofrecieron abreviado de cinco años, la madre tuvo que ayudarlo a firmar porque no podía sostener la lapicera solo.

En esa detención fue todo traslados, palizas, buzones...Iba mi familia a visitarme, una vez tuve que salir con un bisturí corriendo al control de visitas. (Esto porque no le permitían llegar al sector de visitas donde ya estaba su familia esperándolo).

Setenta días antes de irme llego a la Unidad 42 (Florencio Varela), el SPB no tenía pabellones, pero un siervo dio la cara y peleó para que pueda llegar a un pabellón. Ahí estuve tranquilo. En esa causa, yo me voy con mi familia haciendo quilombo afuera. Me largaron 6 horas después de las 12. No me querían largar por las sanciones que tenía.

Se le pregunta si actualmente teme por alguna enfermedad, y relata *sí, tengo miedo a enfermarme, mi cuerpo, mi salud no es la misma, estoy mucho más débil. Con el covid, si yo me enfermo no lo voy a superar y me voy a morir, Y bueno, es triste...porque quiero vivir, irme a mi casa Miro los videos de mi hija y me animo, tengo que seguir esperando.*

Cómo cierre se le pregunta qué es la salud para él: *algo muy importante para el ser humano, hermoso, lindo, a través de la salud podemos disfrutar de la vida. Es triste estar sin salud.*

Entrevista N° 2

R. E. Alojado en Sanidad de la Unidad 48. San Martín

Edad 38 años

Desarrollo:

R se encuentra alojado en el sector de Sanidad, posee una hemiplejía que lo ha imposibilitado de caminar, se moviliza en silla de ruedas y además no controla esfínteres por lo que debe usar pañales.

Refiere que hace un año y siete meses que está detenido, en esta causa, antes tuvo una detención anterior por lo que permaneció detenido del año 2000 al 2010.

Se indaga sobre su problema de salud y cuándo comenzó a estar sin la posibilidad de caminar, refiere que esto fue en el año 2016, es de José C Paz, tenía pedido de captura de dos juzgado y lo “engancharon” en la detención la policía le dio varios tiros, uno en rodilla, otro en talón de Aquiles y otro en la cadera que según menciona fue lo que más lo complicó. Refiere *como ya sabía que andaba con pedido de captura cuando me pasa esto doy el nombre de mi hermano y la policía el mismo día me da la libertad. Y En el Hospital el alta, así como estaba, yo no se si era porque sabían que iba a quedar así.*

Refiere que en el año 2017 lo captura y lo llevan a la cárcel porque le saltó otra causa, en el juzgado de San Martín.

Se le pregunta si previo a esta situación, en la otra detención había tenido problemas de salud, refiere que en el año 2000 tuvo enfrentamiento con la policía, le dieron balazo en la tibia de la pierna izquierda, *el pie me quedó medio torcido pero si total ahora no siento nada.*

Se le pregunta cómo se las ingenia para estar en esas condiciones en la cárcel y refiere *ya la peleo como puedo. Acá los médicos no entran para nada, me caigo y tengo que andar gritando, por los pañales me voy acomodando y me lo pongo, lo extendiendo en la cama, me recuesto y me lo pongo, Acá los pibes me cocinan, pero nadie quiere hacerse cargo, me cago y meo señora. Nadie me quiere cambiar ni los médicos ni enfermeros. Ahora conmigo hay otro pibe internado, que se lastimó jugando al rugby y quedó mal de la cabeza, él sí me ayuda, pero ya le dieron la domiciliaria y hoy creo que se va. Pero bueno, es lo que me tocó.*

Se le pregunta si sabe si lo suyo tiene posibilidad de tratamiento, rehabilitación. Refiere que él se atendía en el hospital Vicente López de General Rodríguez, en el tiempo primero que así tuvo domiciliaria (se la revocaron porque salta otra causa) y su hermano iba a sacarle los turnos, pero el juzgado lo autorizaba en forma tardía y eso hacía que perdiera los turnos.

Actualmente su familia le lleva diclofenax, artrón, tramadol. *Lo único que me ofrece el SPB son los pañales pero me los dan cuando quieren. Y yo necesito 100 al mes, es lo que uso, mi familia me trae 100 cada quince días. Yo no sé qué piensan acá, que los vendo, y por eso no me los quieren dar. Yo soy una persona grande y soy limpito, apenas me meo yo no me voy a quedar con el apañal sucio, voy me baño y me lo cambio, Yo no uso pantalón corto porque a veces me mancho, por ese tema vio. Pero yo acá ni los molesto con el tema de los pañales. Porque yo ingresé en octubre de 2019, en noviembre me pasaron a la Unidad 48 (de San Martín), después como AT otra vez para acá, a la unidad 48, a fines de diciembre traslado a la Unidad 42 (Florencio Varela), ahí estuve un mes, después a la Unidad 24 (Florencio Varela), luego a la 18 (Gorina) y después a la 30 (General Alvear). Ahí mi familia me pudo llevar cosas y saqué un habeas corpus y hablé con mi juzgado que me tenían de acá para allá por el tema de pedir los pañales, Desde marzo ya estoy acá, en los pisos yo no puedo estar, yo soy un compromiso... (acá refiere que en algunos sectores no podrían ingresar con la silla de rueda, o en algunas celdas son 12 personas y con la silla el complicaría, además de hacerse encima.*

Acá nadie te da una mano, mi familia sí. Relata que tiene como familia a su madre, luego se corrije y dice que es la madrina, su madre falleció cuando él tenía 12 años, tiene hermanos, padres y le depositan cosas. *Yo mientras tenga pañales y crema, soy yo, yo se que estuve mal, ellos están enojados conmigo yo me tenía que quedar en mi casa y no lo hice.*

Con esto hace alusión al incumplimiento de arresto domiciliario que tuvo, vivía con su padre, pero muy cerca, en terrenos pegados viven sus hermanas y cuñados. El vivía con su padre y la señora de su papá. Recibía ayuda del padre, hermanas y cuñados.

Se retoma el tema de cómo hacer cuándo necesita algo en la cárcel y refiere hay guardias que se apiadan de mí, me agarran, me levantan y me acuestan, hay guardias que me dejan así (en relación a dejarlo en el piso cuando se cae). Me ayuda en la semana el pibe que trabaja en Sanidad (es un detenido que cumple funciones laborales).

En relación a la comida, dice que ya no come casi, *porque yo como y lo digiero al minuto cero. Prefiero tomar un te y mearme, estoy muy flaco. Acá la comida me la dan pero se la doy al resto, sí como lo que me trae mi familia para no despreciarla.*

Acá estoy sólo, no hay más pibes internados en Sanidad. Cuando yo llegué acá (a la Unidad), había 4 pibes internados y no me quisieron recibir y me iba sin destino a la Unidad 29 (Unidad de tránsito ubicada en Melchor Romero) y justo “engancho” al jefe del penal que me tenía de Mercedes y me conocía y no le quedó otra que sacar a dos de los pibes internados.

Se le pregunta por las características del lugar, relata que es un espacio de 8 por 4 mts aproximadamente, que hay un baño y comparte el lugar con este joven que hoy se iría.

Dice que ahí no pasa ningún médico ni enfermero, la única vez que entró un médico fue hoy, el jefe de Sanidad, porque se hizo presentación de habeas corpus por su atención de salud y arresto. El médico lo revisó y le dijo “Está a la vista lo que vos tenés, no sé qué quiere el juzgado” porque el juzgado pidió atención en Hospital Extramuros. *Dice nunca me hicieron nada, la único vez que me vio un médico fue hoy. La única persona que pasa y entra es Cristina, es enfermera, ella me pregunta si necesito algo.* Es enfermera de los viernes y hace 15 días que está de licencia porque tiene COVID.

Se le pregunta qué asocia con la salud y dice: *La salud es todo, desde que quedé así sé que la salud es todo, y yo delinquí toda la vida, yo sé que me pasó por todo lo que hice, yo soy una mala persona, no es nada lindo.*

Cuando se le pregunta qué asocia a la idea de enfermedad dice que es algo malo para todas las personas y también refiere “*también lo psicológico, así como estoy yo*”

Se le pregunta qué cuestiones para él podrían mejorar la atención de la salud en el encierro: *lo que tendría que mejorar...tienen que echarlos a todos y que venga gente humana, que tenga ganas de atender a los pacientes, que tengan corazón. Que se vayan a otro lado, médicos no pueden ser acá. Acá yo he visto como venían los pibes y lo meten en la leonera y al otro día está muerto En esa guardia (la de los viernes) viene el enfermero “Mono” que reemplaza a Cristina, es una re mala persona. Acá todos vienen a sentarse y dormir la siesta, como estoy yo ni siquiera me preguntan si necesito un analgésico. Yo no molesto porque se que me sacan de traslado. (el molestar lo relaciona con pedir los pañales y cuestiones que necesita).*

Yo no te voy a mentir, en las otras Unidades bolsas de nylon me daban como pañales “Yo soy un preso viejo y se cómo son las cosas, yo qué puedo hacer así como estoy, no me puedo defender, yo ya no sirvo para nada, sirvo para darle un abrazo a mi hijo y a mi familia, nada más.

Refiere que se comunica todos los días con su hijo de 11 años, que está con su madre, ex pareja, quien en la primera detención lo acompañó pero luego se cansó, él entiende eso y no tiene rencores, de hecho se lleva bien, pero nunca llevó al hijo a la cárcel, solo comunicación telefónica.

Entrevista N° 3

Entrevista con C. S. Unidad 49 Sector A Pabellón 4

Edad: 30 años

Tiempo detenido lleva 3 años y 6 meses privado de libertad, tuvo causa anterior por la que fue condenado a 6 años y 3 meses, la cumplió en su totalidad.

Lugar de procedencia: Nació en Concordia, Entre Ríos, a los 7 años se instalaron en San Martín Provincia de Buenos Aires con su familia por cuestiones laborales. El padre comenzó a trabajar en una fábrica y también consiguieron una casa.

Se comienza preguntando sobre enfermedades previas al encierro, refiere que desde muy chico tiene asma crónica, *“lo heredé de mi mamá”*. Refiere: *Iba una vez al mes al médico, de chico me agarraba muy fuerte, me hacía muchas nebulizaciones, hasta que la familia, trabajando compró un nebulizador y se hacía en la casa*. Primero se atendía en el Hospital Belgrano y luego en Hospital Thompson. No recuerda cómo era la atención porque era chiquito, pero su mamá siempre le habló bien de la atención allí.

A los 16 años le agarró la primera convulsión, refiere que *estaba tomando mate y cuando me desperté estaba en el Hospital con muchos cables en la cabeza, ahí el médico le preguntaba a mi mamá si había antecedentes de epilepsia, y si mi abuela tenía. El médico ahí dijo que con un buen tratamiento se podía ir porque era principio de epilepsia*. El tratamiento lo hizo hasta los 19 años, tomaba 5 medicaciones por día (2 balcote, 2 carbamacepina y una medicación más), le hacían estudios una vez al mes.

Sin embargo, refiere que le seguía agarrando, *perdía la conciencia y no me daba cuenta*. Tenía convulsiones y epilepsia. Le dijeron que debía hacer ejercicio y no ponerse nervioso. Relata que a veces corría o jugaba al fútbol, pero una vez le pasó lo mismo mientras estaba jugando.

Refiere que el médico le había explicado qué hacer cuando le sucediera, la gente que estaba con él debía ponerlo de costado, para que no se muerda la lengua, no tirarle agua porque era peor, le debían golpear la espalda y llamar a emergencias u Hospital para que lo atiendan rápidamente.

Relata que a los 19 años cae detenido (en causa anterior). *Me pasó lo mismo que ahora, me daban la medicación y lo primero que hacía al llegar a una celda era explicarles a los detenidos que tenían que hacer. Ellos me atendieron bien, ellos cuando me agarraba*

llamaban al encargado, y no venía más. Y me despertaba en Sanidad y ellos (por los médicos) me daban inyectable pero no me decían para qué. Y yo le preguntaba y le decía que me tenían que decir, y ellos me decían vos quédate tranquilo y ándate.

Relata que ahora le agarra pérdida de conciencia, dos o tres veces a la madrugada y tuvo dos convulsiones y nunca lo llevaron a sanidad, pese a que pidieron y reclamaron. “*Me trataron ellos*”, (por los detenidos), *me dieron vaso de agua*. Ahora la medicación se la dan cada tanto, cada dos o tres días. Refiere que la familia manda la medicación pero no se la entregan. Incluso la madre fue al Hospital donde lo trataban, explicó la situación, le aumentaron dosis y ella la llevó pero se la entregan en forma discontinuada.

El refiere que se viene sintiendo diferente de salud.

El 06/10 fue a sanidad tras un pedido que se hizo desde la Comisión Provincial por la Memoria a partir de denuncia de la madre, allí sólo le hicieron psicofísico, le médico le dijo que no sabía que no le entregaban la medicación. Le dijo que tenía los mismos síntomas que cuando tuvo Tuberculosis pero no le dieron respuesta. El médico le preguntó porque no lo había sacado el encargado en la última convulsión. Si bien le llamó la atención no hizo nada. Allí César le dijo que él sabe que puede agarrarle un paro cardio respiratorio, que lo tiene en claro porque no es nueva para él la enfermedad y sabe qué puede pasar. El médico le entregó medicación y le aumentó carbamacepina porque le dijo que estaba tomando poca. El le dijo al médico que el fenorbital que le dan no es el mismo que tomaba, supuestamente es la misma droga pero otra marca. Por lo de TBC el médico le dijo que lo iban a ver más adelante eso pero a él le preocupa está con los mismos síntomas: está flaco, tiene diarrea y vómitos, no puede terminar un plato de comida. él lo asocia a la vez que padeció TBC.

Como menciona lo de Tuberculosis se hace hincapié en eso, refiere que eso fue aproximadamente en noviembre de 2019, venía de la Unidad 30. Refiere que habló con el encargado de SPB en ese momento para que lo dejen ir a buscar su medicación. Cuando llegó a Sanidad explicó los síntomas que tenía y que estaba muy flaco. El médico lo pesó, le preguntó si orinaba color oscuro, él le dijo que sí y que cuando se lavaba los dientes solía salirse sangre. Dice que el médico miró a su compañera y le dijo: venía que te voy a sacar sangre. No le explicó absolutamente nada, lo mandó de nuevo al pabellón.

A la semana lo mandaron a llamar, le dijeron que tenía TBC y lo dejaron internado en el sector de Sanidad de la Unidad. Dice que no le explicaron nada sobre la enfermedad, fue su madre quién le explicó algunas cosas.

Cuando se lo detectan refiere que hacía 3 meses que venía con esos síntomas

Y ahora otra vez, *le expliqué y no me dijo nada el médico.*

Me siento con menos fuerza, con sueño

Se le pregunta qué estrategias ha utilizado, como ejemplo se le dice el tema de las autolesiones, y él automáticamente refiere: *Yo quiero estar con mi mamá, la causa pasada lo único que pude ganar fue el cambio de régimen.* Se le pregunta cómo hizo para acceder a sanidad cuando lo necesitó y dice que llamó a derechos humanos y al otro día lo sacaron. Pero por eso refiere que recibía amenazas y golpes por parte del Spb: *Dejate de llamar ahí, me decían, vos estás acá porque algo hiciste y ahora lo vas a pagar.*

Y dice, hice maldades en la causa anterior, por las maldades que recibí, por eso a veces me enojaba y me tiraba encima del encargado, y de ahí a buzones, estaba solo, no sabía qué hacer cuando tenía convulsiones.

Ahora está en una celda con 13 o 14 personas y sería solo para 4, duerme en el piso sobre mantas, no hay camas para todos, está todo el día en la celda, al patio salen cada tanto.

Se le pregunta qué asocia a la idea de salud y dice *lo importante, lo mejor para cualquier persona y no el sufrimiento.*

Se le pregunta qué cuestiones podrían mejorar su salud en la cárcel, refiere *que hagan bien su trabajo, yo fallé, yo sé que hice algo mal y por eso estoy acá, todos tenemos fallas pero hay que tratar de recuperarnos, ellos estudiaron...*

Una vida diferente es vivir acá, acá le podríamos sacar fotos y denunciar pero el mismo SPB después te amenaza, te hacen partes, te golpean y te llevan a buzón y pone que fue pelea entre internos.

La enfermedad es un desarrollo fea de la vida, me gustaría estudiar y trabajar. Yo se que está mal delinquir, yo cambié un montón en la up 30 tuve curso de formación ciudadana sobre cómo convivir con una persona, cómo conseguir trabajo. Acá no puedo estudiar ni trabajar. Termine primaria y seguí estudiando llegué hasta tercer ciclo (en la unidad 30) y justo me sacaron de traslado y acá piden los papeles de fin de primaria, le dijeron que necesitaban diploma y ahí quedo. Le dijeron que hay muchas personas esperando para trabajo y no hay mucho por hacer en la Unidad.

Se acuerda también entrevistar a su madre, quien es su referencia.

Entrevista N° 4

Entrevista a K, ex pareja de M. M

La entrevista se realiza previo acuerdo con Karen el día lunes 05/10 a las 16 hs, puesto que ella trabaja hasta la 14 hs y esa hora puede organizarse con la niña de 2 años.

Edad: 20 años

Domicilio: 9 de Julio (Provincia de Buenos Aires).

Vínculo con detenido: es la ex pareja, madre de niña en común.

Desarrollo de la entrevista:

K vive en 9 de Julio, trabaja en el horario de la mañana, hasta las 14 hs. Vive con sus abuelos, madre y hermanos.

En relación a su vínculo con M refiere que la pandemia afectó el vínculo, dejaron de verse pero tienen buen vínculo, refiere que estaban haciéndose una casa y nunca pudieron terminar, ahora como trabaja está intentando terminar para poder irse con su hija.

En relación a problemas de salud, de ella y su hija, refiere que son sanos, que no tienen ninguna problemática.

Se le pregunta por su vínculo con M, refiere que estuvieron juntos 4 años, que ella justo comenzaba a salir con él con la otra detención, cuando estuvo internado por puñaladas en el

Hospital de JUNÍN. Recuerda que fue a verlo al Hospital y que no la dejaron pasar porque estaba en terapia intensiva.

Desde el momento en que salió de terapia, a la mamá de M le dijeron que lo iban a cuidar, que lo iban a poner en lugar asilado, pero eso nunca sucedió. Nosotros reclamábamos pero no le daban atención, reclamamos con el abogado particular que tenía en ese momento. Y Maxi reclamaba, molestando como preso.

Se le pregunta qué cuestiones hacían además frente a esto y refiere que le llevaban ibuprofeno para clamar los dolores, era lo único que podían ingresar al penal, necesitaba otra medicación pero no se la entregan y ellos tampoco tenían permitido ingresarla. *Se fue recuperando a ibuprofeno, entró a un pabellón y ahí se acomodó.* (No recuerda si esto fue en la Unidad 13 de Junín o en la misma en la que está ahora, Unidad 49 también de Junín).

Cuando lo iba a visitar lo veía mal, lo veía con la cara amarillenta y cuando se trata de la salud uno se preocupa. Y un día google y vi que la cáscara de huevo triturada, tostada, la dejás y es buena, para el hierro, y otras cosas, el estaba anémico. La puse en un frasquito y le puse hierro y me la dejaron pasar. En otra oportunidad la familia le ha comprado vitaminas.

Yo lo conocí siendo menor de edad, en la calle tuvimos la nena, yo lo noto diferente, yo lo conocí cuando estaba sano, y cambió totalmente de salud, cuando estuvo afuera no podía hacer fuerza, no tenía la misma capacidad para respirar, tenía dolores. Antes era sano.

Se le pregunta por la situación actual del covid y preocupaciones sobre la salud de M, refiere: *Yo soy la que más habla con el defensor, es preocupante porque corre peligro, tuvo neumonía, hemos viajado al Juzgado y nos respondieron: ya pasaron varios años y no le pasó nada. Y nosotros tenemos miedo. Siempre mandamos la manera de mandarle cosas, ahora se complicó, no le mandamos la misma cantidad.*

M estuvo en huelga de hambre porque no le daban respuesta por cuestión de su causa, hace aproximadamente dos meses, Karen relata que cuando estaba en huelga, ella se comunicaba todos los días y le pedía que le pase el pese y calculaba si había bajado, aumentado, ella llevaba el registro.

Hemos hecho de todo por M, por esta causa, que es injusto que esté detenido, hemos viajado a Mercedes, a La Plata, con su mamá y dos hermanos con los que tiene más vínculo. Por esta causa hemos hecho de todo. En la primera causa era evidente que era culpable, en la segunda tuvo un conflicto mi cuñada con su pareja y él se metió y por eso estuvo un tiempo detenido y en esta causa...nosotros como familia notamos que cambió, notamos el cambio en él. Era antisocial, problemática, estaba muy mal psicológicamente, como...enojado con la sociedad. Creo le sirvió que yo fuera menor, él se cuidaba por mí, pero en realidad se cuidaba él. Y yo siendo menor, lo cuidaba, lo protegía, lo llevaba a la iglesia y le hice incorporar la palabra.

Nosotros en esta causa, viajamos a Mercedes, como familia buscamos pruebas y la respuesta que nos dan es que hay que esperar, que a M lo condenan por su pasado.

Se le pregunta que es la salud para ella y cómo se podría mejorar la salud en el encierro. Refiere que la salud es algo muy importante, lo tomo como algo de riesgo. Sea para cualquier persona. En la cárcel debería mejorar el cuidado del SPB, en la cárcel los chicos se cuidan pero el SPB no, debería haber respuestas inmediatas, lo único que te dan es ibuprofeno, ni te miran. Son muchas cosas que abarcan, no sólo la atención y cuidado sino en la forma en la que viven, son personas igual, tienen sentimientos sufren como cualquier persona. Nadie debe vivir en esa situación. Podrían mejorar las cárceles, están muy deterioradas, la comida es un tema. M a veces me manda fotos y esa comida es para perros.

Entrevista N° 5

Entrevista a V. E (Hermana de R. E)

Edad: 31 años

Vive en Moreno con su pareja y beba de 2 meses, la lado del padre, es un terreno compartido donde hay varias casas de la familia.

Refiere que ella el último tiempo, antes de la pandemia iba a visitar a su hermano a la cárcel. Relata “A mí me preocupa, con él siempre estábamos en contacto, le mandamos por

encomienda, dice que él está mal porque no lo atienden, nosotros le llevamos cosas, mercadería, pastilla para los dolores, pañales”.

Se le pregunta cómo hacen para comprar y refiere que juntan entre todos y *“cuando me dice que no tiene atención llamo para hacer reclamos pero no contestan”* (Esto en relación a defensoría y Juzgado).

Son cinco hermanos en total, 2 mujeres y 3 varones, entre ellos César que está detenido y uno de los hermanos se ocupa pero no está ahí en el barrio con ellos.

Se pregunta en relación a la atención de R, especifica que si lo trataran quedaría mejor, pero a la vez puede hacerse operación pero ellos tienen miedo que quede mostrado, entonces la familia se opuso a la operación porque al menos ahora se sienta. Es una intervención con muchos riesgos.

Refiere que R quiso operarse pero ellos como familia no quisieron y ahora él tampoco quiere. Especifica que mientras estuvo con domiciliaria ellos lo atendían, en higienizarlo, cambiarle los pañales, pero no saben cómo se les escapó. Relata que a veces se cansa, entró y salió muchas veces de la cárcel, pero que también le da pena dejarlo tirado. Esta vez él prometió que no iba a seguir delinquiendo y ella a veces lo nota diferente desde que quedó en la silla de ruedas. Dice *“él era jodido, ahora está más tranquilo, yo lo veo arrepentido ahora”* Y *“un rato te enojás con él, y después no lo podés ver mal., yo le dije, mirá que si salís ahora tenés que portarte bien”* *“Hacelo por tu hijo y nosotros”* *“Mi papá es duro, pero también lo espera”*

Relata que el hijo lo espera, que se comunica con su padre por teléfono pero que lo está esperando.

Si llegara a salir refiere que deberían tramitar pensión por discapacidad, eso habían empezado a tramitarlo pero luego cayó detenido, después de domiciliaria, cuando *“se les escapó”* como menciona ella. No se explica cómo sucedió porque estaban pendientes.

Se le pregunta que asocia a la salud y dice que es lo más primordial de uno, si uno tiene salud, tiene todo. Lo asocia también con la posibilidad de salir a trabajar. *“Yo prefiero que la familia tenga salud”*

Entrevista N° 6

Entrevista con A, madre de C. S, alojado en la Unidad 49 de Junín

Edad: 63 años

Ocupación: jubilada y empleada doméstica

Lugar de Residencia: Villa Ballester, Partido de San Martín

Se comienza la entrevista preguntándole cómo hacía con las visitas, dado la distancia, antes de la pandemia, Refiere que eran como 5 hs de viaje: *“refiere podía ir hasta Retiro y de ahí tomar un colectivo, o viajar con el ‘micro tumbero’, para eso tiene que ir a tomarlo a la Ruta 8 “y llegamos a las 2 am, a las 5 am nos hacen bajar para ir a la cola, te tenés que bancar frío y lluvia, a veces le pagaba el gas a mi yerno que trabaja como Uber y me llevaba o mi hijo”*.

Refiere que también podía ir con micros de empresa pero llegaba muy justo, a las 9 hs a la terminal y de ahí un taxi hasta el penal, pero de 8 hs a 10 hs se abre para que puedan depositar cosas, entonces a veces llegaba muy justo o a las corridas, o podía pasar ella pero no depositar las cosas.

“Yo últimamente trabajo para él y lo mismo me pasa con la medicación”. Refiere que la va a buscar al Hospital Castex de San Martín donde se atendía su hijo, este mes estaba pero hay veces que no y debe comprarla y es muy costosa.

Refiere: que esta no es su primer causa, antes estuvo 6 años y 4 meses y salió en libertad y estuvo 5 meses en la calle y no conseguía que lo atiendan un neurólogo y estaba con convulsiones, salió de la Unidad 47 sin medicación y ella no sabía que darle. Refiere que pagó una consulta a pareja de médicos (vio cartel en la puerta mientras caminaba y le dijo a su hija y ella sacó turno), cuando le dieron turno con el médico se enteraron que trabajaba en el Hospital Castex, era jefe del Servicio de Neurología.

Pero desde que está detenido, nunca más lo controlaron y le médico le da la medicación. Porque refiere que cuando lo vio en consulta particular lo hizo ingresar al Hospital Castex donde estaban dando turnos muy lejanos.

Se le pregunta si tenía convulsiones previo al encierro y refiere que sí, que arrancó a los 16 años, fue su primera convulsión trabajaba en una tapicería, con su hermano, subió escalera y se cayó y se golpeó la cabeza y después un domingo siguiente ella siente ruido en la habitación, va y estaba convulsionando y ella ya sabía cómo era porque a su madre también le agarraba.

Refiere que pese a la atención y medicación, nunca se la pudieron controlar, cuando le agarraba ella le habla, antes tenía preparada jarra con agua y le tiraba porque parecía que le calmaba.

Relata que *“ahora en cualquier momento le agarra a veces se pierde, en la visita a veces lo han tenido que agarrar los pibes y llevar a sanidad y después me lo traen otra vez”*.

“En ninguna Unidad le dejan tener la medicación, además el tuvo Tuberculosis”. Se le pregunta cómo se dieron cuenta que tenía TBC, refiere *“yo veía que él iba adelgazando. El estaba estuvo en Alvear (Unidad 30 de General Alvear), yo lo noté muy flaco y pasaba...después ya en la 49, tenía como gripe, fiebre, pero como siempre tuvo asma pensé que era bronquitis, pero un día me llamó y me dijo que vaya al Juzgado”*.

“Mi hija fue al Juzgado, hizo un lío bárbaro para que la escuchen”. Se le pregunta en qué consistió ese lío, dijo que discutieron hablaron fuerte, fue a defensoría y luego logró subir e ir a plantear al juzgado, *“le agrandó el tema para que la escuchen”*. Así a los dos días lo llevaron a Sanidad, *“me avisó que lo sacaban a la calle y después me avisa que lo van a internar, no sabía que tenía, estaba esperando resultado de análisis de sangre, así que cuando no tuve más contacto con él, llamé a un compañero (era el mismo teléfono que su hijo usaba prestado para comunicarse) y este le dijo que tenía TBC*. Ella no sabía que era. El compañero no sabía si estaba internado en hospital o ahí, sabía que estaba aislado porque contagiaba.}

Como no podía comunicarse por teléfono con el Penal *“un día viajé para ver qué pasaba, hablé en el Penal, me dijeron que él estaba aislado por TBC y que no podía verlo”* Ahí ella refiere que pidió verlo desde la puerta aunque sea cinco minutos (la internación era en sanidad de la Unidad). *“Cuando voy la sorpresa, todo le quedaba grande, era la piel y los huesos, él lloraba porque se veía mal, encima las condiciones, fue muy fea la situación, mucho olor,*

desagradable y ellos (por el personal de salud) no querían acercarse el único era un preso que estaba ahí”

Así ella le pidió a ese detenido, que no recuerda bien qué funciones cumplía ahí que le acerque cosas, que lo atienda y cuide y que ella después arreglaba con él. El detenido le dijo que se encargaría.

A la semana siguiente volvió a ir y le llevó cosas. *“La comida creo se la daban, pero con mis hijas le compramos carne, pero comía en ese momento, después me enteré que podía llevarle fruta (1 o 2) y leche en sachet pero se lo comía en el momento que duraba la visita nomás.”*

Pasó la internación en ese Unidad, ella dice que cuando le dieron el alta pidió un informe sobre el estado de salud al juzgado y nunca lo tuvo y luego comenzó la pandemia. Refiere que él le dice que ahora también está muy flaco. Y ahora se comunicó ella con defensoría y juzgado para pedir lo mismo pero no atienden, fue personalmente, le dieron correo electrónico y números telefónico para que se comunique pero nunca le contestaron.

“Yo quería que le hagan un estudio y ver si quedó bien o mal, yo no se mucho de la TBC, en ese momento no le daban la medicación de la convulsión y ahí parece que él se quejó y se la dieron”.

A refiere que todos los meses le manda la encomienda, *“me cuesta una fortuna, con el tema de la pandemia no podía trabajar...yo tuve control, la pasé en mi casa con controles telefónicos, no me hicieron hisopado, salía 7 mil pesos pagué uno particular y me hizo el de anticuerpos, lo busqué en cartilla de PAMI, en el Hospital público no entro porque soy de PAMI. Soy asmática e hipertensa, acá vivo con mi hijo y mi nieto, los contagié también a ellos. Relata que el hijo de 23 años sólo tuvo presión baja y su nieto de 16 años estuvo tres días con fiebre, y muchos dolores musculares, a ninguno de los dos le hicieron hisopado. Sólo el control telefónico.*

Se le pregunta cómo ella fue asistida en esos días, refiere que fue ayudada por sus dos hijas.

Relata que pese a que trabaja con una de sus hijas no se contagió. Ella es empleada doméstica de una promotora que con la pandemia está haciendo comidas, como su hija es pastelera, trabaja con ella. Amalia retomó el trabajo cuando se autorizó la actividad de empleadas

domésticas, sólo va martes y sábados a trabajar. También especifica que tiene la jubilación por dicho trabajo.

Se retoma el tema de su cuidado a su hijo detenido, refiere *“la que lleva las cosas soy yo, todos colaboran igual”* Uno de sus hijos es carpintero, tiene camioneta entonces a veces la lleva hasta la cárcel. Aunque refiere que es un tema lo de la encomienda, no puede comprarle muchas cosas porque eso genera problema en el pabellón. *“Es una bomba de tiempo. Acá estamos todos acostumbrados”*

Me preocupa el covid, si le agarra no se cómo lo va a encontrar. Como madre sufro un montón por todo lo que pasa y a la vez pienso que ya pasó por eso y volvió a caer. Pero tampoco es mu culpa...tengo sentimientos encontrados, me preocupa y a la vez pienso que se arregle”

Se le pregunta qué asocia a salud y enfermedad y refiere: *“la salud es estar bien, sentirse bien, es todo y con alguna enfermedad se complica, yo no sé cómo toma la medicación, por más que él me diga. Antes hacía cualquier cosa y la médica me dijo que yo le dé la medicación, además el tiene que se olvida...lo tenés que hacer reaccionar, el otro día no se acordaba el cumpleaños del hijo”*

“Y yo lucho con mi problema, la vejez y él con su enfermedad, yo veo que con mi memoria me trabajo, tengo seis hijos y a veces me olvido edades”

Se le pregunta cómo podría mejorar la salud en el encierro y refiere que con buen trato y medicación, *“ellos dicen está internado y el lugar dónde vas es una mugre y eso trae más enfermedades, eso tendría que cambiar, que tengan cosas de limpieza, pintura, que desinfecten. El problema con la medicación no puede ser así, él me dice: ‘mamá no me pasan la medicación y tengo que estar peleando’. Pero yo no quiero el traslado de Unidad, porque en otro lugar se tiene que adaptar y no se con qué se va a encontrar, a mí me quedaría cerca en San Martín, (por Unidades del complejo penitenciario San Martín), pero no se cómo va a estar”*.

“A dónde no fui, desde que cumplió 20 años me recorrí todos los penales, me cansa y a la vez me da bronca, yo llego de trabajar, no descanso, ando a las corrida, llego de trabajar y

tengo que preparar las cosas. La que estoy siempre soy yo. Ellos se lavan las manos (por el resto de hijos) y yo siempre estoy. Me a pasado en Alvear que viajaba sin aire, o bajarme y que esté todo inundado, entraba al penal con los pies mojados, yo ya le dije que sea la última causa. Quiero hacer arreglos en la casa o comer esto otro y no puedo. Pero es mi hijo y me hago cargo, es lo que me tocó.”