



**UNR**



**CENTRO DE ESTUDIOS  
INTERDISCIPLINARIOS**

**Universidad Nacional de Rosario  
Centro de Estudios Interdisciplinarios  
Maestría en Salud Pública**

**Percepción de salud/enfermedad y acceso a la atención de la salud de la  
población privada de la libertad en el Servicio Penitenciario Federal.  
Argentina 2013**

**Autor: Nicolás Kreplak**

**Directora: Dra. Yamila Comes**

**BUENOS AIRES, 01 DE NOVIEMBRE DE 2019**

## AGRADECIMIENTOS

Hacer una tesis de maestría en Argentina es, en general, un proceso de esfuerzo individual que debe darse sustrayéndole tiempo a todas las demás actividades de la vida del maestrando. Sin embargo, en este caso he tenido la ventaja de encontrarme transitando un camino colectivo, que hace que nada, nunca más, se haga en soledad, al menos desde los aspectos emocionales y simbólicos.

Sin embargo, es preciso explicitar una serie de agradecimientos que hicieron posible llegar hasta acá. Al equipo con el que comenzamos el trabajo en el Ministerio de Justicia, Pablo Kohan, Salvador Giorgi y Joaquín Larrabide. A quien fuera Secretario de Justicia, Julián Álvarez, y la Subsecretaria de Gestión Penitenciaria, Laura Lopresti, que permitieron realizar el trabajo y también que investiguemos sobre nuestras prácticas y sus consecuencias. También agradecer al equipo del Ministerio de Salud a cargo de Silvia Baez Rocha, Guido Sintas y especialmente a la memoria de Alejandro Diaco. Del equipo de la Facultad de Medicina de la UBA que trabajaron en la investigación, agradecer también a Sebastián Sustas y Adriana Alberti.

Más allá de quienes tuvieron que ver con la experiencia que resulta fuente para esta tesis, es necesario mencionar a Mario Rovere, no solo como director de la maestría, sino también como continuo faro sobre la búsqueda de conocimiento y reflexión en salud, siempre con la perspectiva de la justicia social.

A Victoria Alcoba, por su acompañamiento y ayuda continua, por la generosidad y fortaleza para continuar trabajando por mejorar la vida de las personas privadas de la libertad.

También quiero agradecer por haber tenido la oportunidad de ser dirigido por Yamila Comes, quien con mucha paciencia me mostró el camino para poder llevar adelante esta tesis, con gran generosidad para la búsqueda de textos y referencias, con gran inteligencia para mejorar los análisis y con gran pragmatismo para orientarme en el proceso.

Finalmente, quiero agradecer a los grandes referentes políticos que nos inspiran a esforzarnos por mejorar la calidad de vida de todas las personas que viven en nuestro país. Néstor Kirchner y Cristina Fernández de Kirchner instituyeron al eje de los Derechos Humanos transversalmente a todas las políticas, dando sentido al trabajo que realizamos en las cárceles y a esta tesis.

## Resumen

**Palabras clave:** Percepción salud/enfermedad, percepción acceso a la salud, salud y Derechos Humanos

**Introducción:** Las prisiones están ligadas históricamente a los conceptos de punición, disciplinamiento y control. La lógica de encierro se basa en el castigo igualitario para todos. Para cumplir su objetivo, es necesario aislar y clasificar a los internos, corregirlos y transformarlos en personas útiles o reeducadas. Para este ideario se desarrollan procesos de trabajo, se delimitan funciones y se genera una estructura basada en una arquitectura de panóptico sobre la que se construyó el Servicio Penitenciario Federal en Argentina. Este sistema incluye el control de la salud de la población encarcelada y no es ajeno al espíritu de la época. Los profesionales que trabajan allí también reproducen el modelo carcelario en sus prácticas. No obstante el sistema penitenciario federal adhiere al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que reconoce el usufructo del derecho a la salud en contextos de encierro. Esta población además de demandar servicios en caso de necesidad, tiene derecho a controles periódicos de salud. **Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo analizar la situación de salud/enfermedad y acceso de la población privada de la libertad del Servicio Penitenciario Federal Argentino durante el año 2013 y esbozar un debate ético/político sobre el derecho a la salud de la población carcelaria. **Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal utilizando la base de datos sobre salud percibida del Servicio Penitenciario Federal, con 835 casos registrados mediante muestreo intencional. Los datos se analizaron con procedimientos de la estadística descriptiva y se cruzaron las variables sexo, nivel educativo y tiempo en prisión con las variables de estudio. **Resultados:** la percepción de salud entre los reclusos fue entre buena y regular y las mujeres tuvieron peor percepción que los varones. Los de menor tiempo en prisión percibieron peor su salud. Entre las patologías de mayor frecuencia figuran en primer lugar las crónicas y luego las trasmisibles, las mujeres mostraron mayor conocimiento que los varones sobre la presencia de enfermedades. También las mujeres mostraron mejor accesibilidad a los servicios médicos aunque existen problemas tanto simbólicos como organizacionales para que se produzca ese encuentro. **Conclusiones:** las percepciones de salud de los sujetos expresan un componente de género sin embargo los servicios no incorporan esta perspectiva entre sus prácticas, constituyendo un problema de violencia hacia las mujeres y colectivos LGBT. El gran problema de accesibilidad es simbólico porque hasta la dimensión organizacional, depende de decisiones propias del sujeto en función del vínculo que establece con los servicios de salud. En esta población existen estigmas que se potencian y que contienen

una opresión de género y clase. Por todo esto se concluye que existe un cumplimiento deficitario del derecho a la salud en la población privada de la libertad del Servicio Penitenciario Federal.

## LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1 .....	17
Tabla 2.....	18
Tabla 3.....	18
Tabla 4.....	19
Tabla 5.....	46
Tabla 6.....	47
Tabla 7.....	47
Tabla 8.....	47
Tabla 9.....	48
Tabla 10.....	50
Tabla 11.....	51
Tabla 12.....	51
Tabla 13.....	52
Tabla 14.....	52
Tabla 15.....	53
Tabla 16.....	53
Tabla 17.....	54
Tabla 18.....	54
Tabla 19.....	54
Tabla 20.....	55
Tabla 21.....	55
Tabla 22.....	56
Tabla 23.....	56
Tabla 24.....	56
Tabla 25.....	57
Tabla 26.....	57
Tabla 27.....	58
Tabla 28.....	59
Tabla 29.....	59
Tabla 30.....	60
Tabla 31.....	60
Tabla 32.....	61
Tabla 33.....	61
Tabla 34.....	62
Tabla 35.....	62
Tabla 36.....	62
Tabla 37.....	63
Tabla 38.....	64
Tabla 39.....	65
Tabla 40.....	66
Tabla 41.....	67
Tabla 42.....	67
Tabla 43.....	68

Tabla 44.....	68
Tabla 45.....	69
Tabla 46.....	69
Tabla 47.....	70
Tabla 48.....	70
Tabla 49.....	71
Tabla 50.....	72
Tabla 51.....	74
Tabla 52.....	74
Tabla 53.....	75
Tabla 54.....	75
Tabla 55.....	76
Tabla 56.....	76
Tabla 57.....	76
Tabla 58.....	77
Tabla 59.....	77
Tabla 60.....	78
Tabla 61.....	78
Tabla 62.....	78
Tabla 63.....	78
Tabla 64.....	79
Tabla 65.....	79
Tabla 66.....	80
Tabla 67.....	80
Tabla 68.....	80
Tabla 69.....	81
Tabla 70.....	81
Tabla 71.....	82
Tabla 72.....	82
Tabla 73.....	83
Tabla 74.....	83
Tabla 75.....	83
Tabla 76.....	84
Figura 1.....	48
Figura 2.....	50
Figura 3.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Figura 4.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

# ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	2
<b>Resumen</b> .....	4
<b>LISTA DE TABLAS Y FIGURAS</b> .....	6
<b>ÍNDICE</b> .....	8
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	11
<b>OBJETIVOS</b> .....	15
<b>Objetivo General:</b> .....	15
<b>Objetivos específicos</b> .....	15
<b>HIPÓTESIS</b> .....	16
<b>Capítulo 1: Marco teórico</b> .....	21
<b>1.1 Pre historia de las prisiones</b> .....	22
<b>1.2 El pensamiento de Foucault y los siete principios del Sistema Carcelario</b> .....	24
<b>1.3 El concepto de Disciplina</b> .....	26
<b>1.4 El concepto de utilidad y moral como ideario social del capitalismo naciente</b> .....	28
<b>1.5 Modelos de vigilancia y control</b> .....	29
<b>1.6 Las sociedades de control y las modalidades de encierro</b> .....	31
<b>1.7 Las Cárceles Federales en Argentina</b> .....	31
<b>1.8 El Servicio Penitenciario Federal (SPF)</b> .....	33
<b>1.9 El control del cuerpo y la salud de la población carcelaria</b> .....	35
<b>1.10 Salud en contextos de SPF</b> .....	37
<b>1.11 El derecho a la Salud en Argentina</b> .....	38
<b>1.11.1 Bases del derecho a la salud</b> .....	38
<b>1.11.2 El derecho a la salud en Argentina</b> .....	40
<b>1.12 El concepto de acceso, accesibilidad y percepción de salud</b> .....	43
<b>Capítulo 2: Resultados</b> .....	45
<b>2.1 Descripción socio demográfica de la población estudiada</b> .....	46

<b>2.2 Descripción de la disponibilidad de servicios y recursos humanos en el Servicio Penitenciario Federal .....</b>	<b>48</b>
<b>2.3 Breve descripción de la morbilidad de los internos en el año 2011 ..</b>	<b>49</b>
<b>2.4 Percepción de salud, problemas y accesibilidad de la población en general .....</b>	<b>50</b>
<b>2.5 Percepción de salud, problemas y accesibilidad de la población según sexo masculino y femenino.....</b>	<b>53</b>
<b>2.6 Percepción de salud, problemas y accesibilidad de la población según nivel educativo .....</b>	<b>58</b>
<b>2. 7 Percepción de salud, problemas y accesibilidad de la población según tiempo de estadía en la prisión .....</b>	<b>65</b>
<b>2.8 Accesibilidad a tratamientos con regularidad dentro de la unidad de detención.....</b>	<b>73</b>
<b>2.9 accesibilidad a exámenes preventivos según sexo .....</b>	<b>77</b>
<b>2.10 Accesibilidad a exámenes preventivos según nivel de escolaridad.....</b>	<b>79</b>
<b>2.11 accesibilidad a exámenes preventivos según años de estadía en la prisión .....</b>	<b>82</b>
<b>2.12 La salud de la población travesti o transgénero en los cinco casos reportados.....</b>	<b>84</b>
<b>Capítulo 3: Discusión.....</b>	<b>86</b>
<b>3.1 bases filosóficas de las prisiones argentinas.....</b>	<b>87</b>
<b>3.2 La garantía del derecho a la salud en las prisiones Argentinas.....</b>	<b>89</b>
<b>3.2.1 Perfil sociodemográfico de la población encerrada .....</b>	<b>89</b>
<b>3.2.2 La estructura y procesos de salud/enfermedad en las cárceles ....</b>	<b>91</b>
<b>3.2.3 La salud percibida en la población carcelaria encuestada .....</b>	<b>93</b>
<b>3.2.4 Los problemas de salud en la población encuestada .....</b>	<b>94</b>
<b>3.2.5 Accesibilidad organizacional y simbólica a los servicios de salud penitenciarios .....</b>	<b>95</b>
<b>3.2.6 Accesibilidad a exámenes preventivos.....</b>	<b>98</b>
<b>3.3 La salud de la población transgénero.....</b>	<b>99</b>
<b>3.4 Reflexiones sobre el cumplimiento del derecho a la salud en las cárceles federales argentinas .....</b>	<b>100</b>

<b>3.5 Limitaciones del estudio .....</b>	<b>101</b>
<b>Conclusiones del estudio .....</b>	<b>103</b>
<b>4. Bibliografía .....</b>	<b>108</b>

## INTRODUCCIÓN

El Servicio Penitenciario Federal (SPF) se encuentra bajo la órbita del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, su director tiene rango de Director Nacional, dependiente de la Subsecretaría de Gestión Penitenciaria. Si bien el Director Nacional es un civil, el SPF se compone de una fuerza especialmente preparada para cumplir con el doble rol que signa toda la institución penitenciaria: la seguridad y la rehabilitación social.

Durante la primera mitad del año 2012 el autor de la tesis comenzó a trabajar en la Subsecretaría de Gestión Penitenciaria del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos junto al programa de Salud en Contextos de Encierro, del Ministerio de Salud de la Nación, y la Dirección de Sanidad del SPF donde se crearon y consolidaron equipos de trabajo. Se trabajó desde la perspectiva de inclusión y respeto por los Derechos Humanos, entre ellos, el derecho a la salud (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2008), organizando los recursos disponibles para garantizar una mejor calidad de vida en la población privada de la libertad, particularmente desde la perspectiva de la salud.

Durante la primera etapa de trabajo se visitaron los hospitales penitenciarios y las áreas médicas de todos los complejos y unidades penitenciarias federales del país. En ese período se establecieron espacios de diálogo sobre las perspectivas de los trabajadores de los equipos de salud acerca de los procesos y modelos de atención, sobre las necesidades y demandas principales. Se realizaron auditorías y evaluaciones de procesos de trabajo, derivaciones, registros epidemiológicos, utilización de insumos sanitarios, procesos de compras y sobre el sistema de derivación de referencia y contra-referencia. También se comenzaron a generar espacios de intercambio directo con la población privada de la libertad, para poder conocer su percepción de los procesos de salud/enfermedad/atención.

Desde aquel equipo de trabajo, se propuso la sistematización de objetivos y líneas de acción para orientar los recursos y las prácticas dentro del sistema de salud del SPF en el marco de la consolidación de un sistema integral de atención de la enfermedad y cuidado de la salud, con continuidad en el exterior que incluya a las personas privadas de la libertad.

Dado que se observó una preponderante orientación de los esfuerzos a la contención y atención de la demanda espontánea, según solicitud de la población a cargo, y al cumplimiento de los protocolos, se propusieron las siguientes acciones, entre otras: desarrollar la estrategia de atención primaria de la salud en el SPF, crear un programa de formación continua para los profesionales de la salud, promover la capacitación en salud para el personal general del SPF, crear un sistema de información en salud, desarrollar una línea de base epidemiológica e indicadores de seguimiento, organizar la administración integrada de los insumos, etc.

La estrategia implementada llevó a la concreción del Plan Estratégico de Salud Integral en el Servicio Penitenciario Federal 2012-2015. Este se concibió durante el 2012 y lo presentaron a comienzos de 2013 el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación y el Ministerio de Salud de la Nación (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2013).

Durante el proceso de elaboración del Plan, el equipo trabajó con la idea inicial de que los recursos económicos y logísticos dedicados al cuidado de la salud en la población alojada en el SPF podrían ser utilizados con mayor eficiencia, eficacia y efectividad. Situación que demandaría conocer la complejidad de las relaciones sociales iatrogénicas dentro de las instituciones de encierro y de la situación de salud para poder aseverarla, razón por la cual, se desarrolla el Plan Estratégico de Salud Integral en el SPF. El Plan propone objetivos, estrategias de acción, metas y define algunos indicadores. Las áreas en las que se puede sintetizar abarcan: el conocimiento epidemiológico del proceso salud/enfermedad/atención, el control de la utilización de recursos e insumos, la formación de recursos humanos, prevención y promoción de la salud, generación un sistema de continuidad dentro del SPF y con el sistema de salud externo (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2013).

Las características particulares de la población privada de la libertad constituyen un interrogante respecto de las condiciones de salud. La información disponible hasta el momento de la confección del Plan, consistía exclusivamente en los reportes realizados por la Dirección de Sanidad del SPF, que resultaban de la consolidación de las planillas de asistencia de los profesionales de la salud que se desempeñan en las unidades penitenciarias. Según las experiencias que el

equipo había reunido en las conversaciones con los diversos profesionales en las unidades del país, y con los usuarios, la mayoría de las consultas realizadas tenían una lógica sintomática, como el trabajo habitualmente realizado en las guardias de los hospitales.

Resultaba, entonces, importante realizar esfuerzos para acercarse a conocer el proceso salud/enfermedad/cuidado (Michalewicz, Pierri, & Ardila-Gomez, 2014) para este grupo. Durante el 2013 se confeccionó y realizó una encuesta basada en una muestra de conveniencia, para conocer la percepción de la situación de salud por parte de esta población. Esta encuesta, realizada en conjunto con investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, se proponía como una fuente de información primaria con una perspectiva diferente a la que habitualmente utilizaba el SPF para organizar sus servicios. Por otro lado, se realizaron otros registros relacionados con las prácticas asistenciales y la demanda de atención.

Hasta el día de la fecha, no se publicaron los resultados de la encuesta de salud percibida de esta población. La pregunta que viene a responder esta tesis tiene que ver con: ¿Cuál es la situación de salud percibida por las personas privadas de la libertad que están en instituciones carcelarias del Servicio Penitenciario Federal? ¿Cómo es la percepción de acceso a los servicios de salud en prisión? ¿Cuáles son las barreras de accesibilidad a estos servicios?

Esta problemática reviste mayor relevancia dado que las personas privadas de la libertad se encuentran especialmente impedidas de ejercer su derecho a la deambulación. Por lo tanto, cuentan con menos recursos para procurarse interacciones con los servicios de salud. Entonces resulta de vital importancia que quienes conducen y planifican los servicios de salud cuenten con información sobre la salud y el acceso de la población que tienen a cargo.

El siguiente trabajo tiene como propósito profundizar en el análisis de la salud percibida de esta población en situación de encierro y comenzar a comprender cómo es el acceso y las barreras de accesibilidad, para reflexionar sobre la garantía del derecho a la salud de esta población.

Conocer la situación de salud de la población privada de la libertad resulta indispensable para poder enfocar la gestión de los programas y servicios de

salud del medio carcelario, mejorar las condiciones de vida y garantizar los derechos de este grupo poblacional, uno de los más vulnerados y bajo estricta dependencia del Estado.

Por último, se aclara que en este marco se trabajó con la noción de salud percibida, tanto porque es una estrategia reconocida y utilizada para acercarse a la situación del proceso salud/enfermedad/cuidado, como por existir cierta ausencia en la información conocida por el SPF y el sistema jurídico nacional sobre la salud de la población a cargo.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Analizar la situación de salud/enfermedad y acceso de la población privada de la libertad que habita el Servicio Penitenciario Federal argentino durante el 2013 esbozando un debate ético/político sobre el derecho a la salud de la población carcelaria.

### **Objetivos específicos**

1. Describir las características demográficas y sociales de la muestra de conveniencia la población privada de la libertad en cárceles federales durante el año 2013.
2. Analizar la salud percibida y las enfermedades de la muestra de conveniencia de la población privada de la libertad en cárceles federales durante el año 2013.
3. Analizar el acceso y las barreras de accesibilidad a los servicios de salud de la muestra de conveniencia la población privada de la libertad en cárceles federales durante el año 2013.
4. Interpretar los resultados a la luz del debate ético/político sobre el derecho a la atención de la salud de la muestra de conveniencia población privada de la libertad en cárceles federales durante el año 2013.

## **HIPÓTESIS**

Dado que los estudios descriptivos sirven para construir hipótesis (en los modelos hipotético deductivos), se presenta a continuación algunos supuestos que guiaron al tesista en la interpretación de los resultados sin llegar a una construcción lógica a modo de hipótesis.

- La población privada de la libertad percibiría varias problemáticas relacionadas con el proceso Salud/Enfermedad/Cuidado.
- El género, la situación social y el tiempo de encierro influirían la percepción del proceso Salud/Enfermedad/Cuidado.
- El acceso a los servicios de salud podría tener barreras relacionadas con la aceptabilidad o accesibilidad simbólica.
- En las prisiones existiría un déficit en la garantía del derecho a la salud.

## METODOLOGÍA

Se trata de un **estudio descriptivo** de **corte transversal** que busca comprender la sensación de salud percibida así como también indagar sobre el acceso y la garantía del derecho a la salud en la población privada de la libertad. Se basa en una **estrategia metodológica cuantitativa** construida con **fuentes secundarias**, tales como revisión de literatura, documentos y **utilización de una base de datos** de salud percibida solicitada al Servicio Penitenciario Federal. En esta base, las **unidades de análisis fueron cada persona privada de la libertad** en los presidios federales descriptos en los resultados. Para la **encuesta, fue realizada una muestra intencional** (Fontanella et al., 2012) de casos que alcanzó el 8,52% del total de la población carcelaria. **Los datos se analizaron con herramientas de la estadística descriptiva utilizando el software SPSS 21** (IBM). Se seleccionaron las siguientes variables sociales y demográficas (Tabla 1)

TABLA 1

<i>Variables sociales y demográficas</i>	<b>Valores</b>
<b>Sexo</b>	Masculino
	Femenino
	Trans/Travesti/Transgénero
<b>Edad</b>	19-27
	28-40
	41-72
	Sin datos
<b>Tiempo detenido en la unidad</b>	Menos de un año
	Entre 1 y 2 años
	Más de 2 y hasta 5 años
	Más de cinco años
	No sabe, no contesta
<b>Máximo nivel de estudios alcanzado</b>	Primario incompleto o menos
	Primario / Secundario incompleto
	Secundario completo o más
<b>Trabajo dentro de la unidad</b>	No
	Si
<b>Horas semanales trabajadas en la unidad</b>	Hasta 20 horas.
	Entre 21 y 40 horas.
	Más de 41 horas.

	No sabe, no contesta
<b>Tipo de trabajo realizado dentro de la unidad</b>	Fajina
	Oficios
	Ambos (fajina y oficios)
	No sabe, no contesta
<b>Estudio dentro de la unidad</b>	No
	Si

Entre las variables de salud/enfermedad, se eligieron las de percepción de salud y los problemas de salud de las últimas 4 semanas (Tabla 2).

TABLA 2

<b>Variables sobre salud y sus problemas</b>	<b>Valores</b>
Percepción de la salud	Buena
	Regular
	Mala
Problemas de salud en las últimas 4 semanas	No
	Si

Para analizar la percepción de las enfermedades se seleccionaron algunas enfermedades crónicas y otras transmisibles consideradas relevantes, (Tabla 3).

TABLA 3

<b>Variables sobre Percepción de enfermedades</b>	<b>Valores</b>
Problemas de presión alta	No sé
	No
	Si
Problemas de colesterol alto	No sé
	No
	Si
Problemas de diabetes	No sé
	No
	Si
Problemas de tuberculosis	No sé
	No
	Si
Problemas de Chagas	No sé
	No

	Si
Problemas de asma	No sé
	No
	Si
Problemas de VIH/Sida	No sé
	No
	Si
Problemas de Sífilis	No sé
	No
	Si

También se seleccionaron variables de experiencia de aplicación de tests diagnósticos (Tabla 4)

TABLA 4

Variable	Valores
Realizaron examen general de salud	No
	Si
Aplicaron Vacunas	No
	Si
Realizaron test VIH/Sida	No
	Si
Detección de tuberculosis	No
	Si
Realizaron test Chagas	No
	Si
Realizaron test Sífilis	No
	Si

En cuanto al acceso, que según se consigna en el marco teórico incluye la disponibilidad, la accesibilidad y la aceptabilidad (Giovanella, Ligia; Fleury, 1996), se ofrecen datos de fuentes secundarias sobre disponibilidad de personal de salud y algunas variables de accesibilidad como entre los que tuvieron problemas de salud en las últimas 4 semanas, si solicitaron audiencia en el área de sanidad y los motivos de las respuestas negativas y si fue positiva cuánto tardó y si se concretó la atención.

El análisis de los resultados fue basado en la frecuencia de variables numéricas o el recuento en variables nominales (diferente concepto para idea similar) también se tuvo en cuenta la frecuencia/recuento relativo de casos (porcentajes). Las variables fueron cruzadas sucesivamente con el comando de seleccionar casos en la base de datos del software SPSS y el comando de dividir base. Los valores seleccionados se filtraron con “seleccionar casos” y luego fue utilizado el comando de “tablas dinámicas o personalizadas” hasta conseguir los resultados esperados.

Se aclara que, la variable sexo, contemplaba los casos de identidad sexual transexual y travesti. Dado que los mismos totalizaron 5 de 835 casos que contenía la base (0,5%), no se utilizaron para cruzar con otras variables dependientes pero se describirán al finalizar los resultados.

# ***Capítulo 1: Marco teórico***

## 1.1 Pre historia de las prisiones

En el régimen penal de la época clásica existieron cuatro formas de táctica punitiva (Foucault, 1996a):

1. Deportar, expulsar, impedir el paso a determinados lugares, destruir la casa, borrar el lugar de nacimiento, confiscar los bienes y las propiedades.
2. Imponer una recompensa, convertir el daño infligido en una deuda de reparación, reconvertir el delito en obligación pecuniaria.
3. Exponer a la vista pública, marcar, señalar con una cicatriz, marcar en el cuerpo (apoderarse del cuerpo y grabar en él las marcas del poder).
4. Encerrar.

A modo de hipótesis se pueden relacionar los modos de punición a las distintas épocas y sociedades: de destierro (la sociedad griega), de rescate (las sociedades germánicas), sociedades que imponían marcas (las sociedades occidentales a finales de la Edad Media) y sociedades que encierran (contemporáneas). En la actualidad ha prevalecido el encierro solo desde finales del siglo XVIII ya que los encarcelamientos que se practicaban en los siglos XVI y XVII estaban al margen del sistema penal (Foucault, 1996a).

Desde su imposición, esta penalidad fue objeto de críticas en razón de todas las posibles disfuncionalidades que la prisión podía introducir en el sistema penal y en la sociedad. Algunas eran que podía dificultar al poder judicial controlar y verificar la aplicación de las penas porque no podían penetrar en las cárceles ya que eran núcleos de población enemiga. La prisión no contribuía a reformar a los delincuentes sino a potenciar sus malos hábitos (Foucault, 1996a).

Antes de la universalización de la prisión se proponían modelos punitivos muy distintos (Foucault, 1996a):

- la infamia: efectos de la opinión pública. Pena que se ajusta al crimen sin necesidad de un código, sin tener que ser aplicada por un tribunal, sin riesgo de ser instrumentalizada por un poder público.
- la ley del talión: se impone al culpable un castigo del mismo tipo y de la misma gravedad que el crimen cometido.

-castigo de esclavitud en beneficio de la sociedad. La esclavitud sitúa al culpable en una posición que lo convierte en un ser incapaz de dañar a la sociedad; el trabajo lo convierte en algo útil; el permanente y largo sufrimiento intimida a quienes puedan sentirse tentados de imitarlo.

Todo esto demuestra como la prisión no aparece como la forma general de la penalidad ni como la condición necesaria para una transformación psicológica y moral del delincuente. La práctica de la prisión no se enraíza por tanto en la teoría penal sino que nació en otro lugar y se formó por otras razones. En cierto modo vino impuesta desde el exterior a la teoría penal, que a su vez se vio obligada a realizar un reajuste interior para justificarla (Foucault, 1996a).

Para comprender el funcionamiento real de la prisión, es preciso remontarse hasta las instancias de control para-penal entre las cuales figuró ella misma en el siglo XVII y sobre todo en el siglo XVIII. En esas instancias el encierro desempeñó un papel que supone tres caracteres distintos:

-interviene en la distribución espacial de los individuos, mediante el encarcelamiento temporal de mendigos y vagabundos (se utiliza así un medio negativo para controlar su posición en relación con el aparato de producción agrícola o manufacturero; se posee un medio para intervenir en el flujo de población teniendo en cuenta a la vez las necesidades de la producción y del mercado de empleo).

-el encierro interviene también en el ámbito de la conducta de los individuos en nombre del orden y de la regularidad. El sujeto irregular, agitado, peligroso e infame, es objeto de encierro. Mientras que la penalidad castiga la infracción, el encierro penaliza el desorden.

-el encierro no es el instrumento exclusivo del poder arbitrario y absoluto. El estudio de las órdenes reales de encierro (lettres de cachet) muestra que estas eran en su mayoría solicitadas por los padres de familia, por notables locales, comunidades territoriales, religiosas y profesionales, contra individuos que provocaban a su juicio cualquier molestia o desorden. Las órdenes reales ascienden desde abajo (a través de solicitudes) antes de descender desde el aparato del poder. Estas misivas constituían el instrumento de un control local "capilar"(Foucault, 1996a).

## **1.2 El pensamiento de Foucault y los siete principios del Sistema Carcelario**

Foucault afirma que la forma-prisión, como él la llama, preexiste a su utilización sistemática en las leyes penales. Para el autor, dicha forma nace del exterior del aparato judicial, previo a que la ley estableciera la pena por excelencia. Nace a través del cuerpo social, en los procedimientos que permitieron la codificación del comportamiento de los individuos, la educación de sus cuerpos, la distribución de los mismos, la extracción de ellos de un máximo de tiempo y de fuerzas. Es en esta forma general de volver a los individuos dóciles y útiles, que se diseñó la institución-prisión (Foucault, 2002).

El autor afirma que se tomó como pena la “privación de libertad” porque se pensaba que la pérdida de la misma tenía igual precio para todos, “un castigo igualitario”. Las técnicas correctoras son formas sustanciales del armazón institucional de la detención penal y la misma es medida según la variable tiempo. Para la sociedad la prisión es “natural”, como lo es el uso del tiempo para medir los intercambios (Foucault, 2002).

El sistema carcelario debe cumplir con siete principios primordiales (Foucault, 2002), tiene que ser la máquina más poderosa para imponer una nueva forma al individuo pervertido. En primer lugar, debe cumplir con el principio de aislamiento respecto del mundo exterior. Debe ser una pena individualizante, lo que garantiza que se pueda ejercer un poder que no será contrarrestado por ninguna otra influencia, condición primera para la sumisión total.

El segundo principio es el de clasificación, donde los detenidos deben estar aislados o al menos repartidos según la gravedad penal de su acto, pero sobre todo según su edad, sus disposiciones, las técnicas de corrección que se tiene intención de utilizar con ellos y las fases de su transformación. El eje central y principio general del sistema carcelario es la corrección, transformación y perfeccionamiento del preso.

En tercer lugar está el principio de trabajo como obligación y derecho, siendo uno de los elementos esenciales de la transformación y de la socialización progresiva de los detenidos. Debe ser concebido como si fuera de por sí una

maquinaria que transforma al violento en una pieza que desempeña su papel con regularidad perfecta.

Foucault da cuenta de que el trabajo no es “aplicado” como actividad de producción, por lo que se la considera intrínsecamente útil, sino por los efectos que ejerce en la mecánica humana. Tener al recluso ocupado genera hábitos de orden y de obediencia, lo hace diligente y activo. El trabajo penal da en retribución la utilidad, ya que impone al detenido la forma moral del salario como condición de existencia. Con utilidad se refiere a la constitución de una relación de poder, de una forma económica vacía, de un sistema de sumisión individual y de su ajuste a un aparato de producción. El salario del trabajo de la prisión no retribuye una producción, funciona como motor y punto de referencia de las transformaciones individuales.

En cuarto lugar, Foucault habla de la longitud de las penas. Las mismas no deben medir el valor de cambio de la infracción sino que debe ajustarse a la transformación útil del recluso en el curso de su pena. “Una vez operada esta reforma, el criminal debe reintegrarse a la sociedad”. La calidad y contenido de la detención no deberían estar determinados por la sola índole de la infracción.

Como quinto principio nos encontramos con la educación: el detenido debe ser educado en pos de su inserción social.

Para lograr la transformación de los detenidos, la prisión debe ser el lugar que permite un saber crítico sobre los mismos, deber asegurar la vigilancia y el conocimiento de cada uno en profundidad. Foucault afirma que para el sistema carcelario es primordial mantener al preso sobre una mirada permanente. Es por eso que se piensa en una estructura panóptica, como puede ser “el semicírculo”, el cual permite ver a los detenidos desde cualquier punto, una arquitectura que facilita una gestión del poder transparente.

Cuanto más fácil y exacta es la vigilancia habrá menor necesidad de solidez en construcciones contra la tentativa de evasión o de comunicaciones entre los detenidos. Es por esto que el autor menciona que el régimen de la prisión debe ser controlado y tomado a cargo de un personal especializado que posea la capacidad moral y técnica para velar por la buena formación de los individuos. Este es el sexto principio: el control técnico de la detención.

En último y séptimo lugar, el autor enumera el principio de las instituciones ajenas, es decir, la prisión debe ir seguida de medidas de control y de asistencia hasta lograr la readaptación definitiva del ex detenido.

Por otra parte, el autor hace una distinción entre la figura del infractor y la del delincuente, afirmando que el correlato del aparato penitenciario responde al delincuente, entendido como una unidad biográfica, núcleo de peligrosidad, representante de un tipo de anomalía.

### **1.3 El concepto de Disciplina**

El concepto de disciplina ha sido trabajado ampliamente por el filósofo francés, Michael Foucault. En su libro *“Vigilar y castigar”* (Foucault, 2002), el autor describe que fue durante la edad media donde se comenzó a percibir que el cuerpo humano podría ser objeto de poder y manipulación. Este descubrimiento conlleva el nacimiento de un cuerpo humano donde se lo educa para la obediencia y la utilidad. Disciplinar los cuerpos sería controlarlo minuciosamente

Este concepto remite no solamente al control de la conducta sino que el control estaría ligado a la economía y eficacia de movimientos garantizando el control y docilidad de los individuos. Para este autor, la disciplina tiene como objetivo la transformación de multitudes “confusas”, “inútiles” o “peligrosas” en multiplicidades ordenadas (Foucault, 2002).

Según este autor, la disciplina actuaría sobre dos ejes principales: el espacio y el tiempo; la disciplina define la distribución de los individuos en el espacio. Exige el principio de localización, el cual supone un lugar para cada individuo; este busca evitar las distribuciones en grupos y permitir saber dónde y cómo encontrar a cada individuo. El espacio disciplinario tiene tantas parcelas como cuerpos o elementos que repartir. El autor llama *“emplazamientos funcionales”* a aquellos mecanismos de control que comienzan a codificar, dentro de las instituciones, espacios determinados para responder a la vigilancia y romper aquellas comunicaciones que podrían ser consideradas peligrosas y que promueven la unificación en multitudes. Todos los emplazamientos funcionales apuntan a la utilidad de los individuos, a la optimización del espacio y la distribución correcta de los mismos. Dentro de este, cada elemento es

intercambiable puesto que cada uno se define por el lugar que ocupa en una serie y por la distancia que lo separa del resto (Foucault, 2002).

El segundo eje sobre el que actúan las disciplinas es el tiempo. El control del tiempo tiene su origen en la institución monástica donde había ritmos asociados a ocupaciones. La composición de los espacios y jerarquías garantizan la obediencia de los individuos, pero también permite lograr una medición de la cantidad de los mismos y un análisis de sus movimientos, lo que resulta en una mejora de la economía del tiempo y de los gestos, los cuales remiten a la mejora de la utilidad de estos (Foucault, 2002).

Este autor expresa que las disciplinas crean constantemente nuevas técnicas para optimizar el tiempo, las cuales Foucault denomina como la elaboración temporal del acto. En ellas se descomponen los gestos y movimientos, desde la posición del cuerpo, hasta la de las articulaciones. Nada puede permanecer inútil sino que todo debe estar domado buscando la mejor forma de articular el cuerpo con los objetos. En primera instancia se los diferencia y se define paso a paso de qué manera se debe mover el cuerpo para luego ponerlo en correlación con los objetos que va a manipular según cierto número de gestos simples (Foucault, 2002).

Para el autor el éxito del poder disciplinario se debe al uso de instrumentos simples como la inspección jerárquica y la sanción normalizadora.

Foucault (Foucault, 2002) concluye que para lograr el correcto funcionamiento del poder disciplinario se necesita de espacios que permitan la vigilancia de los individuos y en este sentido da cuenta del *“esquema panóptico”*. Gracias a su estructura este permite vigilar de manera constante a todos los individuos sin que los mismos noten la vigilancia.

Como expresa el autor, las prisiones se basan en el concepto de re socialización, casi mecánica, sin problematizar los determinantes por los cuales los sujetos llegan hasta ellas. La figura del delincuente se corporiza de tal manera que se invisibiliza la historia de cada uno de ellos y las complejidades que los llevaron a violar la ley.

Como parte de un círculo vicioso, la prisión es la fabricante de los delincuentes, por el tipo de existencia al que lleva a los mismos: su aislación en celdas, o la

imposición de un trabajo inútil, para el cual no encontrarán empleo; ahora bien, todo su funcionamiento se desarrolla sobre el modo de abuso de poder. El delincuente es un producto de la institución.

#### **1.4 El concepto de utilidad y moral como ideario social del capitalismo naciente**

Jeremy Bentham, filósofo inglés en 1791, propone la reinserción del delincuente en la sociedad. Cree que lo mejor que se puede hacer es guardar a los presos con más seguridad y economía, y trabajar al mismo tiempo en la reforma moral de los mismos para asegurarse de su buena conducta y su subsistencia después de su liberación. Además de su propuesta de “*sistema*”, crea una propuesta arquitectónica, de lo que considera debería ser una prisión; esta fue denominada como “*El Panóptico*” y consistía en una planta semicircular donde los prisioneros están constantemente expuestos a la mirada de los guardianes o “*inspectores*”. Durante el siglo XVIII y principios del siglo XIX se concluye lo que el autor llama “*la generalización del cambio*”. Existían grandes deficiencias en la organización del poder y se requería transformar a la justicia en algo más sutil, más fino, con una mayor expansión en el tejido social, mayores controles y con intervenciones más precoces. “*No es castigar menos, sino castigar mejor*” (Gudín Rodríguez-Magariños, 2014).

Se observa en este desarrollo, un trasfondo ideológico que es necesario des-invisibilizar. Tiene que ver con el concepto de utilidad, ya nombrado por Foucault y pilar fundamental del capitalismo naciente y de la ética utilitarista, ideario de las sociedades del siglo XIX y XX (Read, 2007). Esta corriente bioética, es un derivado del hedonismo, de quien fue un autor destacado Adam Smith, el mismo que después se dedicó a teorizar sobre los principios del liberalismo económico. Dentro de la corriente hedonista, el mayor bien supremo es el bienestar individual, de ahí el concepto de libertad individual inalterable del capitalismo del siglo XX. Dentro de los utilitaristas, el valor supremo es la utilidad. Si algo es valioso, es porque es útil. Bentham, nombrado precedentemente, es un destacado utilitarista inglés que desarrolla el principio del interés basado en la utilidad (Rawls, 1999)

Se puede observar entonces que el modelo de prisión, tal como está organizada actualmente, y explicado en detalle por el filósofo Michel Foucault, responde a un modelo de individuo y sociedad del siglo XIX y XX donde se le afecta la libertad porque es el bien máspreciado y el único objetivo es volverlo útil. Para el capitalismo es útil quien es productivo económicamente o reproductivamente. Podría expresarse entonces que las cárceles son creadas como instituciones que disciplinan individuos bajo el criterio de utilidad sin preguntarse por la complejidad de la historia que los llevó hasta allí y en el marco de la necesidad de modelizar individuos para la productividad, valor fundamental ya que se transforma en plusvalía para la burguesía creciente del momento.

### ***1.5 Modelos de vigilancia y control***

Lo que ha transformado la penalidad de un siglo a otro ha sido el ajuste del sistema judicial a un mecanismo de vigilancia y de control, su integración común en un aparato de Estado centralizado; a su vez, el desarrollo de toda una serie de instituciones para penales sirvieron de punto de apoyo al aparato principal. Un sistema general de vigilancia-encierro (desde las grandes prisiones-Panóptico hasta las sociedades filantrópicas dirigidas a socorrer a los delincuentes, a los niños abandonados, a los huérfanos, los aprendices, los estudiantes, los obreros, etc.) (Foucault, 1996a)

El concepto de Control aparece en el vocabulario de Foucault a partir de los años 70 y se refiere a una serie de mecanismos de vigilancia entre los siglos XVIII y XIX que tienen como objetivo no tanto punir como corregir y prevenir. Todo el sistema penal se transforma en control (Revel, 2005).

En este contexto nace lo que se llamó el “*sistema celular o de aislamiento*”, basado en el trato que los cuáqueros de Filadelfia adoptaban hacia todo individuo que había faltado a su idea de lo correcto. Esta nueva construcción tomaba a los delincuentes como personas y no como meros objetos. El sistema tenía como eje dos ideas: la primera era evitar el aspecto corruptor de las prisiones, para que no se pervirtieran unos a otros y la segunda era provocar en el preso, mediante la meditación en aislamiento, el arrepentimiento. Debido al total aislamiento, este nuevo sistema generó un número incontado de dementes (Gudín Rodríguez-Magariños, 2014).

En Nueva York, Auburn creó otro sistema que tenía como objetivo revertir lo sucedido en “*el sistema celular*”. Este constaba de un sistema híbrido donde se entremezclaban dos zonas de tratamiento, uno de carácter nocturno y otro diurno. El objetivo era mantener las ventajas de la incomunicación sin los inconvenientes que el total aislamiento tenía para la organización del trabajo y la enseñanza. Pero los intentos de impedir la comunicación entre reclusos que debían trabajar próximos resultaba imposible (Gudín Rodríguez-Magariños, 2014).

No será hasta el siglo XVIII cuando se encuentren en Europa las dos primeras manifestaciones de establecimientos penitenciarios propiamente dichos, es decir, de lugares construidos específicamente para servir de prisión. Los primeros fueron el hospicio de San Michele en Roma (Italia) en 1704 y la prisión de Gante (Bélgica) en 1773 (Gudín Rodríguez-Magariños, 2014).

En 1777 un británico, John Howard conocido como el creador del derecho penitenciario, escribió una obra titulada “*El estado de las prisiones de Inglaterra y Gales*”. En esta describe el estado horroroso de las prisiones y, por otra parte, propone una reforma sobre el sistema penitenciario; su fórmula básica era: aislamiento (solamente nocturno para evitar contaminaciones morales y físicas), trabajo e instrucción del hombre en prisión; propugna por tanto el cambio del castigo (simplemente expiatorio y corporal) por la pena (método para transformar al individuo). La concepción penitenciaria de Howard es la de un establecimiento destinado a la reclusión de sujetos penados a un régimen expiatorio, que al mismo tiempo trata de regenerarlos. La finalidad del escritor es buscar un derecho penal más humano. Como consecuencia de esta labor se crea la corriente denominada “*penitenciarismo*” (Gudín Rodríguez-Magariños, 2014).

Con el nacimiento del nazismo se dio impulso a la “*escuela de Kiel*”, cuyos postulados penitenciarios se acomodaban a las exigencias represivas del III Reich. En este sentido las esterilizaciones y lobotomías eran tratamientos penitenciarios adecuados para inmunizar a la sociedad (entendida como un conjunto racial superior) de los comportamientos de determinados elementos que representan anomalías sociales reflejadas en deficiencias raciales.

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, se produjo un proceso de concientización acerca de los derechos humanos y se replanteó la concepción de readaptación

social del delincuente. La discusión giró en torno a cómo optimizar el sistema, ya no a través de las reformas, sino por medio de tratamiento penitenciario y postpenitenciario para lograr la reinserción (Gudín Rodríguez-Magariños, 2014).

Con la antesala en 1948 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en 1955 se incorporaron a la Constitución las Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos en las Naciones Unidas y en 1973 se publicaron las Reglas Mínimas del Consejo de Europa (Gudín Rodríguez-Magariños, 2014).

### ***1.6 Las sociedades de control y las modalidades de encierro***

En pleno siglo XX el filósofo Gilles Deleuze, en línea Foucaultiana, escribe sobre la vigilancia en tempos de control (Rodríguez, 2008). Este autor sale del concepto de encierro al expresar que para controlar no es necesario encerrar. Se controla con estadísticas, con reglas o normas sociales y hasta con medios de difusión. El nacimiento de las sociedades de control, está ligado al avance del neoliberalismo. Podría pensarse como estrategia las condenas domiciliarias donde ya no se necesita una cárcel o institución de encierro para castigar. En este momento, el paradigma de la rehabilitación está siendo cuestionado ya que no se necesita encierro para vigilar. Sin embargo, en Argentina, se continúa con el modelo de cárcel del siglo XIX.

### ***1.7 Las Cárceles en Argentina***

Para contextualizar el problema a investigar, se describirá la historia del sistema carcelario federal en Argentina a partir del estudio realizado por la investigadora Viviana Martino (Martino, 2015).

Para 1832 en Buenos Aires existían cinco cárceles, una para deudores, otra de policía destinada al encierro de delincuentes que infringían los reglamentos, la tercera para militares y marineros, la cuarta era la Cárcel Pública para acusados y condenados y la quinta era el presidio para los convictos y condenados a trabajos públicos. Muy pocas mujeres iban presas y las que estaban detenidas era por vagancia, ebriedad, escándalos públicos, raterismo, infracciones a las ordenanzas policiales y reglamentos, por homicidios pasionales o prostitución. Todas pertenecían al estrato social inferior, analfabetas pero incorregibles (Martino, 2015).

A los presos se los distribuía según su delito:

- 1) los procesados por delitos graves
- 2) los rematados
- 3) los procesados por delitos leves o aprehendidos por delitos de policía
- 4) los presos por deudas civiles
- 5) las mujeres, privadas de toda comunicación con los demás presos y guardias de la cárcel.

En la década del 30 comenzaron a aplicarse, especialmente en Capital Federal, torturas de todo tipo, como la picana eléctrica, el “*pouching*”, el “*gallito ciego*”. También se incorporó la utilización de uniformes por parte de los presos. A su vez, se flexibilizó el régimen de visitas para los penados con buena conducta y se crearon locutorios sin rejas. En algunas cárceles se introdujeron las visitas íntimas (Martino, 2015).

En el contexto mundial, específicamente en Europa entre 1830 y 1848, ciertas formas de castigo fueron reemplazadas por otras: el cuerpo dejó de ser el blanco de la represión penal y se dejó de lado el descuartizamiento, amputación y marcas en los cuerpos (Martino, 2015).

En Argentina, las dos cárceles más grandes eran la de Devoto y la de Caseros. La primera comenzó con 900 personas y en el año 1994 ya había 2.800. En otro momento se registraron 4000 internos y en el año 2006 eran 2110 alojados, si bien en esa época tenía capacidad para 1694 personas (Martino, 2015).

En cuanto a las distintas identidades y prácticas que se crearon actualmente (desde 1900 hasta la actualidad) en el interior de las cárceles argentinas estaba “*la ranchada*”, un grupo que se originó con los presos políticos que juntaban los alimentos que les enviaban y los colocaban en un fondo común. El jefe o dueño era un preso que tuviera una cierta antigüedad en el penal (generalmente dos o más años) y se ocupaba de supervisar la vida en su ranchada, aceptar o excluir a algún miembro, de representar a su ranchada y de intercambiar elementos con otras. En el fondo de los pabellones se situaba “*la pesada*” y su ranchada, que estaba formada por reclusos de mayor tiempo o delitos más graves (Martino, 2015).

En segundo lugar estaba “*el grata*”, el líder del pabellón odiado por los presos de inteligencia. En cuanto a los “*guardia cárceles*”, generalmente tenían un origen humilde, muchos de ellos provenían del mismo barrio que los presos, carecían de todo tipo de especialización y su única calificación era la fuerza física y una psicología organizada para atacar y reprimir (Martino, 2015).

Las visitas eran permitidas dos veces por semana y se daban en el patio al aire libre y cuando llovía en los pasillos (Martino, 2015).

En el pabellón las ventanas no tenían vidrios por lo que en invierno los reclusos dependían de su familia para abrigarse (Martino, 2015).

En cuanto a la educación, con el retorno de la democracia, la Universidad de Buenos Aires firmó un acuerdo con el Servicio Penitenciario Federal para enseñar en las cárceles. De a poco el número de estudiantes fue creciendo hasta conseguir la privacidad con respecto al Servicio Penitenciario Federal ya que en este recinto no se aceptaban sus imposiciones (Martino, 2015).

### **1.8 El Servicio Penitenciario Federal (SPF)**

El Servicio Penitenciario Federal (SPF) se funda, formalmente, en 1933, con la Ley 11.833. En la actualidad su funcionamiento se rige por la Ley Orgánica 17.236 texto según Ley 20.416, la Ley de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad Nro. 24.660 y reglamentos complementarios (Servicio Penitenciario Federal, 2019).

En la actualidad el SPF depende de la Subsecretaría de Asuntos Penitenciarios y Relaciones con el Poder Judicial y la Comunidad Académica del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la nación.

Tiene entre sus funciones las de:

- *Velar por la seguridad y custodia de las personas sometidas a proceso procurando que el régimen carcelario contribuya a preservar o mejorar sus condiciones morales, su educación y su salud física y mental.*
- *Promover la readaptación social de los condenados a sanciones privativas de libertad.*
- *Participar en la asistencia postpenitenciaria.*

- *Producir dictámenes criminológicos para las autoridades judiciales y administrativas sobre la personalidad de los internos, en los casos que legal o reglamentariamente corresponda.*
- *Asesorar al Poder Ejecutivo Nacional en todo asunto que se relacione con la política penitenciaria.*
- *Cooperar con otros organismos en la elaboración de una política de prevención de la criminalidad.*
- *Contribuir al estudio de las reformas de la legislación vinculada a la defensa social.*
- *Asesorar en materia de su competencia a otros organismos de jurisdicción Nacional o provincial (Servicio Penitenciario Federal, 2019)*

Cuenta con capacidad para alojar 12.242 internos en establecimientos de todo el país. Cada establecimiento tiene funciones específicas donde se tienen en cuenta aspectos de la región, el tipo de régimen y la clasificación y categorización de las personas privadas de la libertad. En términos de infraestructura se cuenta con: 6 complejos penitenciarios; un centro Penitenciario de enfermedades infecciosas, 24 unidades Penitenciarias, 13 Alcaldías Federales.

El personal trabajador posee carrera para cada escalafón y debe aprobar cursos y capacitaciones de la Dirección Principal de Institutos de Formación y Capacitación del Personal. Para ello posee tres escuelas:

- Escuela de Suboficiales Subdirector Nacional Juan Carlos García Basalo
- Escuela Penitenciaria de la Nación Dr. Juan José O'Connor
- Academia Superior de Estudios Penitenciarios Roberto Pettinato

En el SPF se encuentran alojadas personas por disposición del Poder Judicial Federal, ya sean procesados con prisión preventiva o condenados por delitos federales. Además, en algunas provincias que no cuentan con prisiones propias para ejecutar penas en la jurisdicción de cada Poder Judicial Provincial, pueden alojarse en las prisiones federales según acuerdos específicos (Servicio Penitenciario Federal, 2019).

Para proteger los derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud (motivo de esta Tesis) el SPF posee como objetivo el acceso a la salud a través de

Programas de Prevención y Promoción de la Salud (Servicio Penitenciario Federal, 2019)

Para finalizar, se podría expresar que la cárcel y su fin resocializador tienen origen en los principios de la escuela clásica y por los postulados de la criminología positivista y el correccionismo. Para mitigar los efectos negativos que produce la prisión en aquella persona que permaneció privada de su libertad sería necesario adoptar más programas de inclusión social. Las cárceles argentinas tienen altos índices de sobrepoblación, muchos presos preventivos, déficit de infraestructura, baja calificación, capacitación, profesionalización y equipamiento del personal penitenciario, elevadas tasas de muertes intramuros y un gran número de población carcelaria infectada por enfermedades infecto-contagiosas (Martino, 2015).

Por ello, para poder revertir mínimamente estos problemas y respetar el principio de humanidad, debe existir una actitud que intente cambiar y transformar las cárceles para que éstas dejen de ser un depósito de personas y se trate de resocializar a los internos.

### ***1.9 El control del cuerpo y la salud de la población carcelaria***

Se explicó anteriormente cómo el modelo de control, percibe al cuerpo humano como objeto de poder y manipulación y se lo educa para la obediencia y utilidad. También se relató cómo surgen las prisiones, por fuera del sistema penal. La historia de las mismas se encuentra en relación a la necesidad de control de los individuos considerados “desviados” de una norma (normalidad). En las prisiones confluyen la disciplina y el control del cuerpo y sus desviaciones. El modelo de prisión actual, no se pregunta por las condiciones por las cuales individuos llegan a esta institución sino que aplica un esquema a todos por igual. Esta situación de opresión impacta subjetivamente ya que imponen hábitos cotidianos donde los individuos no tienen libertad para elegir. La des subjetivación o la maquinización que impone a los cuerpos, provoca sufrimiento psíquico o emocional ya que la sensación es de des subjetivación (al igual que toda institución total (Goffman, 2001)) y tiene consecuencias para la salud en general. Se suma a esta situación, que los individuos que entran a las prisiones,

en general pertenecen a sectores sociales desfavorecidos y, en el marco de la pobreza y/o la marginalidad, la situación de salud se ve generalmente vulnerada. Doble vulneración que se potencia e impactaría potenciada en la situación de salud/enfermedad de esta población.

La limitación de las libertades inherentes a la privación de la libertad hacen que las personas no tengan capacidad real de elegir médico o de pedir una segunda opinión. Además viven en un régimen cerrado, vigilados permanentemente, con un clima de escasez de ilusiones y abundancia de ansiedad, depresión y conflictos comunitarios. Estos, y otras no mencionadas, son verdaderos factores de riesgo para la salud. Los profesionales, por su parte, se encuentran ante una población completamente distinta a la de sus compañeros de profesión, muy afectada por patologías directamente relacionadas con la vida carcelaria. Los profesionales de la salud en el ámbito carcelario dependen jerárquicamente de los penitenciarios y no de otros profesionales. En este contexto se pierden algunos derechos de los pacientes, como el derecho a la intimidad, confidencialidad, consentimiento informado, etc. (Bellver Capella, 2007).

Varios son los estudios encontrados sobre salud en cárceles, la mayoría declama que, si bien se han realizado avances importantes para garantizar la atención en salud a la población privada de la libertad, en los centros de reclusión aún persisten obstáculos y limitaciones que vulneran el derecho a la salud de esta población (Hernández & Mejía, 2010). En Colombia, autores expresan que éste no ha sido considerado como un problema de salud pública, por lo cual se considera un reto incorporarlo como tal. En relación a este tema, en un artículo (Hernández & Mejía, 2010) se plantea como excepción lo que ocurrió en Argentina con el programa Cárceres Saludables. España sería otra de las excepciones donde se ha logrado desarrollar el modelo de atención primaria en los establecimientos penitenciarios y en los hospitales adscritos para la atención de reclusos. El modelo de la OMS aplicado en este país permitió mejorar la situación de salud de la población reclusa (Hernández-Fernández & Arroyo-Cobo, 2010).

En otro estudio realizado en Colombia, fue propuesta una revisión de literatura integrativa sobre la prestación de servicios de salud de las personas privadas de la libertad, con el fin de identificar estrategias de intervención ejecutadas por las

instituciones penitenciarias, en relación a la atención médica, intervenciones en salud mental y beneficios de servicios oportunos. La revisión de los trabajos arroja la necesidad de realizar estrategias a partir de políticas públicas que permitan garantizar el acceso a la salud. Se pueden distinguir los siguientes puntos en común: desde una perspectiva de derecho, es preciso establecer políticas y prácticas que constituyan una asistencia sanitaria que busque garantizar la atención integral por género, producir bienestar en la población a través de la provisión de evaluaciones integrales de salud, desarrollo de competencias y habilidades para realizar educación en salud, establecimiento de redes de apoyo de salud (Espitia & Velandia, 2018).

El profesional de la salud debe procurar profundizar en el conocimiento y la confianza con los pacientes privados de la libertad, porque existen muchas posibilidades de que se vulneren los derechos de los pacientes en estas condiciones. Si bien no es esperable que sus profesionales se conviertan en aliados incondicionales, hay que evitar que sean ejecutores de una lógica de seguridad, ni por brindar información ni por ejecutar acciones que no son propias de la atención de la salud. La altura moral de una sociedad bien puede medirse por el trato que tiene su población privada de la libertad (Bellver Capella, 2007).

### **1.10 Salud en establecimientos del SPF**

En el principio 9 para el tratamiento de reclusos del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* se reconoce que toda persona privada de la libertad deberá usufructuar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Cuando el Estado priva a una persona de su libertad, asume la responsabilidad de la atención sanitaria. El aumento del VIH y tuberculosis en las prisiones demanda medidas necesarias para garantizar este derecho. En este mismo tratado, en el principio 24 se expresa que es indispensable que todas las personas privadas de la libertad sean sometidos a un examen médico apropiado e individual en el momento de ingreso a prisión. Este permite garantizar que los recursos comiencen a recibir tratamiento si tuvieron necesidad y a descubrir cualquier indicio de malos tratos (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2012)

Cuando un sujeto ingresa a la institución, se realiza un control de salud. Para eso se debe completar la historia clínica. Existe un plazo de treinta días para hacerlo a partir del ingreso a la unidad. Dadas las características del encierro y su facilitación en la transmisión de enfermedades infecto contagiosas, se deben buscar problemas de salud que sean de riesgo para el paciente o los convivientes. Por ejemplo: patología respiratoria, VIH-sida, enfermedades de transmisión sexual, otras infectocontagiosas, antecedentes de tratamiento psiquiátrico o en curso, abstinencia.

Además de completarse la historia clínica, debe realizarse un control de salud antes de los 30 días de la admisión. También debe realizarse un examen físico y estar atentos a la existencia de quejas de torturas o malos tratos.

A todo ingresante se le realizan los siguientes exámenes complementarios: VIH, VDRL, Hepatitis A;B, C y PPD (Kreplak, Larrabide, Giorgi, & Kohan, 2015)

El control periódico de salud debe ser realizado obligatoriamente una vez al año ya que no solamente, esta población tiene riesgo aumentado debido al encierro sino que la falta de libertad para ir a un centro de salud también atenta contra la garantía del derecho a la salud (Kreplak et al., 2015). Dentro del control se rastrea el calendario de vacunación previo y si es desconocido, se ofrece, según protocolo, completar el esquema. Existe un manual con procedimientos para el abordaje de patologías prevalentes en las cárceles (Kreplak et al., 2015).

## ***1.11 El derecho a la Salud en Argentina***

### ***1.11.1 Bases del derecho a la salud***

La intervención del Estado en la regulación de la vida social, con la intención de generar la incorporación de nuevos derechos, es la base del pensamiento keynesiano. Se instituyen formas de regulación del mercado con leyes laborales, impuestos y regulaciones de la vida económica en general. De aquí surge el Estado de bienestar, que con sus matices fue institucionalizándose en diversos países del mundo.

Cristina Laurell, retomando a Sping Andersen (Laurell, 1992) describe tres formas de estados de bienestar:

El Estado de bienestar “socialdemócrata” de los países escandinavos, universalizó los beneficios sociales y excluyó al mercado.

El Estado de Bienestar “conservador corporativo” en países como Alemania, Francia o Italia, que si bien garantiza los derechos sociales, no los universaliza, y los asigna según las características del mercado laboral. Se afianzan así diferencias sociales. Además los efectos redistributivos finales son mínimos y se abre el mercado para los servicios sociales.

El Estado de Bienestar “Liberal” en EEUU, Canadá, donde no existe la obligación del Estado de garantizar servicios como el sanitario, porque no admite los derechos sociales, sino que el beneficio es dependiente del trabajo, reforzando la condición de mercancía de la fuerza laboral.

Junto con la creación de las Naciones Unidas se crea la Organización Mundial de la Salud (OMS). En 1945 se solicita a la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, la tarea de redactar una Carta Internacional de Derechos Humanos, que defina los derechos y libertades mencionados en la Carta de las Naciones Unidas. El 10 de diciembre de 1948 se aprueba por unanimidad la Declaración Universal de los Derechos Humanos como “una norma de aspiraciones comunes a todos los pueblos y a todas las naciones” (Levin, 1981) a la que Argentina adhiere a través de la adhesión Constitucional al pacto de San José de Costa Rica.

Si bien el derecho a la atención de la salud goza de cierto consenso mundial, existen corrientes y pensadores dentro de la Filosofía del Derecho que niegan la necesidad de garantizarlo. Estas corrientes filosóficas y éticas, en algunos casos, han servido de modelos para pensar los sistemas sociales en distintas partes del Mundo.

En la obra de Rawls la Justicia se interpreta esencialmente como justicia social

*“para nosotros, el objeto primario de la justicia es la estructura básica de la sociedad o, más exactamente, el modo en que las instituciones sociales más importantes distribuyen los derechos y deberes fundamentales y determinan la división de las ventajas provenientes de la cooperación social” (Rawls, 1971).*

La equidad es entendida como la igualdad de oportunidades para el acceso a bienes sociales básicos o primarios. Se encuentra íntimamente ligada al concepto de Justicia y de Derecho. Puede leerse como *“lo que es justo para todos”*. Dado que el concepto de justicia se corresponde con significados bastante disímiles, dicha concepción también refleja estas diferencias.

### **1.11.2 El derecho a la salud en Argentina**

Las ideas modernas provenientes de la ilustración se introdujeron tempranamente en los inicios del siglo XIX, aún en el territorio del Virreinato del Río de la Plata. Ideas de Estado que colisionaban con el modelo monárquico existente.

En el Estado liberal, la pobreza adquiere connotación moral y económica. El pobre es definido como víctima de *“vicios”* e ignorancia, motivo por el cual se organizan instituciones para reordenar y controlar la cotidianeidad de este estrato social. Estas políticas fueron enmarcadas en representaciones propias del pensamiento utilitario de Bentham, que equipararon, en lo que refiere al valor, *“lo que es útil”, a “lo que es bueno”*(Facciuto, 2005).

La creación de la Sociedad de Beneficencia fue en 1823, impulsada por el presidente Rivadavia. Desde esta organización, la filantropía absorbería las labores de caridad desde una perspectiva laica de origen racional (Facciuto, 2005). Esta corriente filantrópica, se caracterizaba por la idea de encerrar a los pobres y desamparados, polemizando con otra línea de pensamiento, proveniente del higienismo. Esta última plantea que *“los preceptos higiénicos deben expandirse más allá del ámbito de las instituciones, a través de campañas de esclarecimiento, y del ordenamiento de la vida cotidiana de los marginados”* (Carballeda, 2004).

Pero es recién en 1880 cuando la salud se constituye en un objeto de intervención política, con la creación del Departamento Nacional de Higiene, que continua con la orientación del control social.

El higienismo tiene sus principales acciones con la aparición de enfermedades epidémicas y endémicas, impulsando la acción estatal sobre la salud del conjunto de la población. Así se inician obras para potabilización de aguas, se

establece un sistema de estadísticas sanitarias, se lanzan campañas de vacunación, etc. (Arce, 1993).

En materia de salud, además de las organizaciones de caridad, surgen las asociaciones mutuales, con el fin de brindar asistencia médica y cobertura a los accidentes laborales. Estas mutuales eran constituidas por grupos de trabajadores o de integrantes de una colectividad, que realizaban un aporte mensual; si algún miembro de ésta necesitara asistencia médica, podría utilizar el aporte colectivo (Arce, 1993)

El gobierno peronista introdujo profundas modificaciones en este sistema. En el año 1944 fueron confiscados los bienes de la Sociedad de Beneficencia y fue creada la Dirección Nacional de Asistencia Social y Salud Pública en la órbita del Ministerio del Interior. Más tarde, en el año 1946 se transforma esta dirección en Secretaría, y finalmente en el año 1949 se crea el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Desde el Ministerio de Salud Pública, el ministro Dr. Ramón Carrillo llevó a cabo una planificación centralizada en el sector salud, situación novedosa para la Argentina (Arce, 1993).

El Dr. Carrillo plantea la socialización de la medicina, en un proyecto en el que si bien se fortalece, el modelo del seguro social al estilo alemán (Bismarkiano), por otro lado también se fortalece enormemente el sector estatal, sistema al que también se asemejará el que por esa época se constituía en Inglaterra (Arce, 1993). El ministro de Perón, en sus discursos, resaltaba el papel fundamental de las condiciones sociales a la hora de enfermar o morir. Carrillo se refiere al derecho a la “preservación” de la salud de la siguiente manera: *“El derecho a la salud comporta, como todo derecho, un deber social: el de cada individuo de cuidar su propia salud... el Estado debe cuidarlo, pero el individuo también está obligado a cuidarse”* (Carrillo, 2005).

Con relación al derecho a la salud, el Presidente Juan Domingo Perón manifestó su posición, constituyente de la doctrina peronista: *“Proclamo igual derecho para todos los argentinos frente a la enfermedad y frente a la vida. Todos los argentinos deben tener el mismo derecho a vivir sanos, a ser bien atendidos en caso de enfermedad y a las mismas posibilidades para prolongar su existencia*

*en forma de ser felices y útiles a los suyos y a la sociedad”* (Frase del Presidente Perón al inaugurar la primer exposición de Salud Pública en (Carrillo, 2005)).

Durante el Primer Gobierno de Perón se institucionaliza el acceso gratuito e irrestricto a la asistencia médica para toda la población Argentina. Es en este momento histórico cuando se comienza a enunciar la idea de derecho, y de derecho a la salud como definición de política de Estado.

En las palabras del Dr. Carrillo *“La incorporación de los derechos sociales a la Constitución Nacional en la reforma de 1949, en su parte dogmática, concreta el derecho a la salud y por consiguiente el deber de los gobernantes de proveer a las prestaciones para que se haga efectivo”*. Entre los hitos de su gestión se destaca la construcción de 234 hospitales, 60 institutos de especialización, 62 centros materno-infantiles, 5 laboratorios y unidades sanitarias en todas las provincias. Carrillo duplicó las camas por habitante -de 4 cada mil en el 46 a 8 cada mil en el 54. (Muñoz, 2006)

Posteriormente, de la mano del autoritarismo impuesto por la revolución libertadora, se intentaría deshacer todo lo que el peronismo construyó, dando lugar a que otros actores del sector emerjan con fuerza y luchen por sus intereses (Arce, 1993). Así se constituye lo que Rovere llama la **primera bomba de fragmentación** (Rovere, 2019). En el 55 el Ministerio de Salud se desmantela. Esta primera bomba atacó la estructura del sistema sanitario desdibujando el rol rector de la Nación. La salud pública pasaría a considerarse una función esencialmente provincial, profundizando las desigualdades entre las provincias más ricas y las más pobres (Alvarez, 2013).

La **segunda bomba de fragmentación** llegó con la Ley 18.610 de 1970, que corrió al Estado de su rol como único financiador del sistema de salud. Esta ley fue fruto del pacto entre el gobierno militar de Juan Carlos Onganía y el dirigente metalúrgico Augusto Vandor, impulsor del ala del sindicalismo que se oponía a Perón. El acuerdo consistió en la creación del sistema de obras sociales, con aportes del Estado, el empleador y los trabajadores. Si bien los sindicatos, particularmente los gremios ferroviario y bancario, habían impulsado la construcción de infraestructura propia, durante este período se frenó. Así, los fondos fueron a financiar en gran medida a las clínicas y hospitales privados

donde las trabajadoras y los trabajadores recibirían atención médica (Rovere, 2019).

La **tercera bomba de fragmentación** llegaría con la libre opción de obras sociales en 1989. El trabajador de un gremio, entendido ahora como dueño-portador de sus aportes, podía derivarlos a otro. La libre opción eventualmente llevó a las pequeñas obras sociales a tener que buscar una estrategia de supervivencia. Para sumar afiliados a los que tenían a través de su rama sindical hicieron convenios con empresas de medicina prepaga y, hasta el día de hoy, estas obras sociales funcionan como puente entre el sistema solidario y el sistema de los seguros privados. Este nuevo esquema terminó de oficializarse en el año 2000 mediante un decreto que desreguló definitivamente el subsector de las obras sociales y habilitó a las empresas de medicina prepaga a captar y concentrar a millones de afiliados de altos ingresos. Así se cristalizaba la individualización de los aportes y se resquebrajaba definitivamente la lógica de solidaridad: el más rico complementa al más pobre, el más sano al más enfermo y el más joven al más anciano (Rovere, 2019).

### **1.12 El concepto de acceso, accesibilidad y percepción de salud**

El concepto de acceso ha sido desarrollado por Barbara Starfield en su libro sobre Atención Primaria (Starfield, 2002). Lo define como “puerta de entrada” que permite la continuidad de cuidados.

Otras perspectivas dan cuenta de la complejidad conceptual ya que el acceso universal a los sistemas de salud requiere de múltiples dimensiones de análisis (Assis & de Jesus, 2012).

Diferentes abordajes sitúan al acceso como el grado de ajuste entre los servicios y la comunidad. En él incluyen la disponibilidad, la accesibilidad y la aceptabilidad por parte de la población. La disponibilidad es referida a la existencia de oferta de servicios de salud para la población. Ya la accesibilidad la refieren a un componente económico ligado a los costos directos e indirectos de los cuidados, a la organización de la oferta, al uso de transporte y tiempo para poder acercarse a los servicios. La aceptabilidad es interpretada como la actitud de la población frente a esos servicios ofertados (Jesus & Assis, 2010). En esta

concepción de acceso, entraría la disponibilidad de servicios (si no hay disponibilidad, no hay acceso), aspectos económicos, geográficos y organizacionales y por último la aceptabilidad, reinterpretada por otros autores como la dimensión simbólica de la accesibilidad (Comes, Solitario, Garbus, Mauro, Czerniecki, Vazquez, et al., 2006).

El concepto de aceptabilidad o accesibilidad simbólica es interpretado como las representaciones sociales sobre la atención a la salud en los servicios. Este concepto comparte una realidad concreta y otra subjetiva (Barbiani, Junges, Nora, & Asquidamini, 2014).

El acceso estaría directamente relacionado con la resolutivez del sistema (Barbiani et al., 2014).

La población carcelaria es una de las que mayores problemas presenta de inequidad en el acceso; la desvalorización del preso y sus demandas de salud son en general banalizadas por el personal carcelario (Assis & de Jesus, 2012). Esto va en contra de la accesibilidad simbólica o aceptabilidad. La cuestión de género también imprime un diferencial en el acceso, privilegiando a la población femenina en detrimento de las demandas masculinas.

En este estudio se analizará tanto la percepción de salud enfermedad como la percepción de la accesibilidad a los servicios y la aceptabilidad de los mismos. Por otro lado será analizada la disponibilidad para ver si existe una oferta adecuada a la demanda.

Se trabajará con el concepto de percepción que acercará al investigador a una situación objetiva aunque se reconoce un componente de subjetividad entrelazado.

No se intenta entrar en el análisis de la subjetividad de los internos, en esta tesis, sino que el objetivo es poder aproximarse a una situación de salud/enfermedad y condiciones de acceso, donde no existen registros ni datos epidemiológicos.

La falta de acceso en alguna de las dimensiones estudiadas entre los reclusos, será interpretada como una limitación al derecho a la salud de esta población ya que habiendo oferta de servicios (disponibilidad) no hay encuentro o vínculo entre ambos (Comes, Solitario, Garbus, Mauro, Czerniecki, Vazquez, et al., 2006)

## ***Capítulo 2: Resultados***

## 2.1 Descripción socio demográfica de la población estudiada

Como esta aclarado en la metodología, se trató de una muestra intencional que incluyó un 8,52% de la población carcelaria (835 casos de 9795 internos al 31 de diciembre de 2013, según los datos del Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena). Participaron de la muestra varias unidades y la que mayor cantidad de población aportó fue la de Marcos Paz con un 21,6% de la muestra (Tabla 5)

TABLA 5

Unidad penitenciaria	Frecuencia	Porcentaje
Complejo Penitenciario Federal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires	96	11,5
U7 "Prisión regional del Norte" (Resistencia-Chaco)	120	14,4
Complejo Penitenciario Federal II (Marcos Paz-Provincia de Buenos Aires)	180	21,6
Complejo Penitenciario Federal III (Güemes-Salta)	82	9,8
Complejo Penitenciario Federal I (Ezeiza-Provincia de Buenos Aires)	147	17,6
Prisión regional del Sur Unidad 9 (Neuquén)	60	7,2
Complejo Penitenciario Federal IV de Mujeres (Ezeiza-Provincia de Buenos Aires)	90	10,8
Instituto Correccional de Mujeres Nuestra Señora del Carmen Unidad 13 (La Pampa)	26	3,1
Centro Federal de Detención de Mujeres "Nuestra Señora del Rosario" Unidad 31 (Ezeiza, embarazadas y madres con hijos)	34	4,1
Total	835	100,0

Fuente: Elaboración propia

La mayoría de los encuestados fueron hombres, con un 75,9% de la muestra, las mujeres representaron el 23,5% mientras que la población trans, travesti o transgénero fue de 0,6%.

Se trató fundamentalmente de personas adultas jóvenes, la mediana de edad de la población fue de 34 años, la moda de 26 y la media de 39 años.

El tiempo de detención de la mayoría de las personas encuestadas fue de menos de un año (Tabla 6). La mediana se encuentra entre menos de un año y 2 años<sup>1</sup>, es decir, se trata de personas con escaso tiempo en las unidades.

TABLA 6

Tiempo de detención en la unidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de un año	318	38,1	38,1
Entre 1 y 2 años	253	30,3	68,4
Entre 2 a 5 años	179	21,4	89,8
Más de cinco años	57	6,8	96,6
No sabe/No contesta	28	3,4	100,0
Total	835	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La mayoría de los encuestados posee hasta primario completo o secundario incompleto como nivel de escolaridad. La mediana se encuentra en este intervalo. (Tabla 7)

TABLA 7

Máximo nivel de estudios alcanzados	Frecuencia	Porcentaje
Primario incompleto o menos	179	21,4
Primario / Secundario incompleto	449	53,8
Secundario completo o más	207	24,8
Total	835	100,0

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la situación laboral, la mayoría trabaja dentro de la unidad penitenciaria (Tabla 8), lo hacen en oficios (40,1%) y otros trabajan en fajina (20,7%) o en ambas actividades simultáneamente (17,2%).

TABLA 8

Trabajo dentro de la unidad	Frecuencia	Porcentaje
No	182	21,8
Sí	653	78,2
Total	835	100,0

Fuente: Elaboración propia

<sup>1</sup> Se presenta en formato de mediana porque en la base cedida esta variable estaba cargada como ordinal y no como numérica. Por lo tanto no es posible calcular una media.

La mayoría también estudia dentro de la unidad (Tabla 9)

TABLA 9

Estudio dentro de la unidad	Frecuencia	Porcentaje
No	169	20,2
Si	666	79,8
Total	835	100,0

Fuente: Elaboración propia

## **2.2 Descripción de la disponibilidad de servicios y recursos humanos en el Servicio Penitenciario Federal**

Según un documento del año 2011, en el área metropolitana existían diez establecimientos penitenciarios, siete en el centro, siete en el Noroeste Argentino (NOA) otros 4 en el Noreste Argentino (NEA), y tres en el Sur. En el año 2017 los establecimientos pasaron de 31 a 33 en total. (Procuración Penitenciaria de la Nación, 2018). En el año 2011 existían 9.621 personas presas de los cuales un 92% eran varones y un 8% mujeres (Dirección de Sanidad - Servicio Penitenciario Federal, 2011a). En el año 2017 la población ascendió a 11.861 personas (Procuración Penitenciaria de la Nación, 2018)

La mayoría de las personas presas estaban en el área metropolitana (62%) siendo que el resto era en un 11,8% de la región Centro, un 8,5% del NOA, un 9,8% del NEA y el 7,6% en la región sur. La distribución de los profesionales de salud sigue el mismo patrón con porcentajes similares a la cantidad de población en cada una de las regiones (Figura 1)

FIGURA 1

Especialidad	METRO	CENTRO	NOA	NEA	SUR	TOTAL
Bioquímicos	7	2				9
Cardiólogos	3	1	1	1		6
Cirujanos	3	1		1	5	10
Clínicos	77	22	7	12	8	126
Dermatólogos	2		1			3
Gastroenterólogos	2					2
Tocoginecólogos	5	1	3		1	10
Infectólogos	11	1	2	2	1	17
Nemonólogos	1					1
Oftalmólogos	3	1				3
Otorrinolaringólogos	3	1				4
Pediatras	7		2			9

<b>Psiquiatras</b>	18	3	4	5	2	<b>32</b>
<b>Traumatólogos</b>	4	5	1	2	2	<b>14</b>
<b>Urólogos</b>	2					<b>2</b>
<b>Psicólogos</b>	61	5	6	4	5	<b>81</b>
<b>Nutricionistas</b>	5	1	2	1		<b>9</b>
<b>Odontólogos</b>	30	7	7	6	5	<b>55</b>
<b>Enfermeros *</b>	147	25	29	22	17	<b>240</b>
<b>Total por región</b>	391	77	65	56	46	<b>635</b>
<b>Distribución %</b>	61.60%	12.10%	10.25%	8.80%	7.25%	<b>100%</b>

\* Incluye enfermeros auxiliares de enfermería, enfermeros/as profesionales y licenciados/as

Fuente: Situación Sanitaria 2011 – Servicio Penitenciario Federal.

Existía en ese año, en el SPF un total de 241 médicos, esto significaba un médico cada 40,2 personas, un psiquiatra cada 302 personas, un infectólogo cada 570, un psicólogo cada 119, un odontólogo cada 176 y un enfermero cada 40 personas. (Dirección de Sanidad - Servicio Penitenciario Federal, 2011a).

En términos de producción, cada médico clínico realizó 981 consultas promedio en ese año, cada ginecólogo unas 108, cada infectólogo 359, cada psiquiatra 523, cada psicólogo 258 y cada odontólogo 435. Cada usuario ha efectuado 12 consultas clínicas en el año, 3,7 consultas ginecológicas, 1,7 consultas psiquiátricas, 1,6 consultas psicológicas, 1,5 consultas odontológicas y en promedio fueron 3,19 consultas anuales por interno (Dirección de Sanidad - Servicio Penitenciario Federal, 2011a).

Las camas de internación se encuentran, la mayoría, ubicadas en la región metropolitana (78%) siendo que el informe recomienda re adecuar la capacidad de las regiones centro y sur que poseen 6 y 5 camas de internación respectivamente (Dirección de Sanidad - Servicio Penitenciario Federal, 2011a).

### **2.3 Breve descripción de la morbilidad de los internos en el año 2011**

Entre los datos de morbilidad, el informe destaca que en ese año existían 2.016 personas afectadas por enfermedades crónicas y dentro de ellas un 14,2% conviven con VIH, 1,88% se encuentra en tratamiento por tuberculosis, un 20,8% padece una afección respiratoria, un 13,7% sufre de diabetes tipo 1 o 2, un 0,9% posee serología positiva para Chagas y un 4,8% posee serología positiva para

el virus de la hepatitis B o C (Figura 2) (Dirección de Sanidad - Servicio Penitenciario Federal, 2011a).

FIGURA 2

PATOLOGIA	TOTAL DE CASOS	DIST%	TASA/1000 INT
VIH	287	14,25	29,6
Tuberculosis	38	1,88	3,9
Cardiovasculares	764	37,9	78,8
Respiratorias	405	20,08	41,7
Diabetes 1	58	2,87	5,9
Diabetes 2	219	10,86	22,5
Chagas	18	0,9	1,8
Sífilis	117	5,8	12
Toxoplasmosis	8	0,39	0,8
Hepatitis B	37	1,83	3,8
Hepatitis C	59	2,92	6

Fuente: Situación Sanitaria 2011 – Servicio Penitenciario Federal.

## 2.4 Percepción de salud, problemas y accesibilidad de la población en general

Se describe a continuación la percepción de salud de los encuestados; los problemas de salud que percibieron en las últimas cuatro semanas; la percepción de un grupo determinado de enfermedades y por último se analizará la accesibilidad y/o aceptabilidad de los servicios de salud de la población.

La percepción de cada detenido en relación su propia salud resulta buena o regular en la mayoría de los casos mientras que un 12,5% considera que es mala. Se trabajó con el total de los casos (n 835) (Tabla 10).

TABLA 10

Variables de salud/enfermedad	Valores	Frecuencia	Frecuencia relativa
Percepción de la salud	Buena	357	42,8
	Regular	374	44,8
	Mala	104	12,5
	Total	835	100,0

Fuente: Elaboración propia

Más de la mitad de los encuestados refiere haber tenido problemas de salud en las últimas cuatro semanas (Tabla 11).

TABLA 11

Variables de salud/enfermedad	Valores	Frecuencia	Frecuencia relativa
<b>Problemas de salud en las últimas 4 semanas</b>	No	340	40,7
	Si	495	59,3
	Total	835	100,0

Fuente: Elaboración propia

Entre los problemas de salud de mayor frecuencia figuran la hipertensión, hipercolesterolemia y en menor medida asma, diabetes, Chagas, sífilis y tuberculosis (Tabla 12).

TABLA 12

Variables de salud/enfermedad	Valores	Frecuencia	Frecuencia relativa
<b>Problemas de asma</b>	No	707	84,7
	No sé	62	7,4
	Si	66	7,9
	Total	835	100,0
<b>Problemas de Chagas</b>	No	743	89,0
	No sé	80	9,6
	Si	12	1,4
	Total	835	100,0
<b>Problemas de colesterol alto</b>	No	528	63,2
	No sé	247	29,6
	Si	60	7,2
	Total	835	100,0
<b>Problemas de diabetes</b>	No	625	74,9
	No sé	178	21,3
	Si	32	3,8
	Total	835	100,0
<b>Problemas de presión alta</b>	No	476	57,0
	No sé	228	27,3
	Si	131	15,7
	Total	835	100,0
<b>Problemas de sífilis</b>	No	769	92,1
	No sé	48	5,7
	Si	18	2,2
	Total	835	100,0
<b>Problemas de tuberculosis</b>	No	746	89,3

	No sé	80	9,6
	Si	9	1,1
	Total	835	100,0
<b>Problemas de VIH/Sida</b>	No	756	90,5
	No sé	57	6,8
	Si	22	2,6
	Total	835	100,0

Fuente: Elaboración propia

De los que solicitaron atención debido a esos problemas, la mayoría fueron atendidos con más de 12 horas de espera o no fueron atendidos. (Tabla 13)

TABLA 13

<b>Demora entre audiencia y atención (para quienes solicitaron atención)</b>	<b>Valores</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia relativa</b>
	No me atendieron	104	28,8
	Menos de 1 hora	22	6,1
	De 1 a 4 horas	41	11,3
	De 4 a 12 horas	29	8,0
	Más de 12 horas	164	45,5
	Total	360	100,0

Entre las personas que plantearon tener algún problema de salud en las últimas cuatro semanas y no pidieron audiencia en el área de sanidad, los motivos de la negativa fueron mayoritariamente una sensación de no obtener respuesta o de una gran demora (Tabla 14).

TABLA 14

	<b>Argumentos para la falta de solicitud de audiencia de sanidad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>
<b>Válidos</b>	No me pareció grave	9	8,2	10,0
	Demoran mucho	35	31,8	38,9
	No dan respuesta a este tipo de audiencias	46	41,8	51,1
	Total	90	81,8	100,0
<b>Perdidos</b>	Ns-Nc	20	18,2	
<b>Total</b>		110	100,0	

Fuente: Elaboración propia

## 2.5 Percepción de salud, problemas y accesibilidad de la población según sexo masculino y femenino

Se presenta a continuación una descripción de la muestra según sexo femenino y masculino. Para este cruce de variables fueron analizados el total de casos (n 835).

Los hombres perciben su salud como buena, en mayor medida que las mujeres. (Tabla 15).

TABLA 15

Sexo	Percepción de la Salud	Recuento	Porcentaje
<b>Masculino</b>	Buena	281	44,3
	Regular	276	43,5
	Mala	77	12,1
	Total	634	100,0
<b>Femenino</b>	Buena	74	37,8
	Regular	95	48,5
	Mala	27	13,8
	Total	196	100,0

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la percepción de los problemas de salud en las últimas cuatro semanas, se observa que las mujeres los percibieron en mayor medida que los hombres (Tabla 16).

TABLA 16

Sexo	Percepción de problemas de salud de las últimas 4 semanas	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	No	268	42,3
	Sí	366	57,7
	Total	634	100,0
Femenino	No	69	35,2
	Sí	127	64,8
	Total	196	100,0

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al tipo de problemas, se puede observar que las mujeres refieren tener asma en mayor porcentaje que los hombres y son los hombres los que menos saben de la presencia de esta enfermedad (Tabla 17).

TABLA 17

Sexo	Percepción de presencia de Asma	Recuento	Porcentaje
<b>Masculino</b>	No sé	55	8,7
	No	535	84,4
	Si	44	6,9
	Total	634	100,0
<b>Femenino</b>	No sé	7	3,6
	No	168	85,7
	Si	21	10,7
	Total	196	100,0

Fuente: Elaboración propia

En relación a la enfermedad de Chagas, los porcentajes son similares. Se observa que son las mujeres las que tienen mayor certeza en relación al padecimiento o no de la enfermedad. (Tabla 18)

TABLA 18

Sexo	Percepción de presencia de Chagas	Frecuencia	Porcentaje
<b>Masculino</b>	No sé	67	10,6
	No	558	88,0
	Si	9	1,4
	Total	634	100,0
<b>Femenino</b>	No sé	13	6,6
	No	180	91,8
	Si	3	1,5
	Total	196	100,0

Fuente: Elaboración propia

La hipercolesterolemia, junto con la hipertensión, son los problemas de salud de mayor prevalencia, según percepción de los encuestados.

En este caso específico de colesterol alto, el porcentaje de hombres duplica al de mujeres que no conocen si padecen o no, esta problemática y el porcentaje de percepción positiva de la misma es mayor en mujeres. (Tabla 19)

TABLA 19

Sexo	Percepción de presencia de Hipercolesterolemia	Frecuencia	Porcentaje
<b>Masculino</b>	No sé	210	33,1
	No	387	61,0
	Si	37	5,8
	Total	634	100,0
<b>Femenino</b>	No sé	35	17,9
	No	139	70,9

	Si	22	11,2
	Total	196	100,0

Fuente: Elaboración propia

Resulta llamativa la cantidad de hombres que no saben si tienen diabetes, comparado con las mujeres. El porcentaje de presencia de la enfermedad es mayor en mujeres y podría estar asociado no necesariamente a una mayor prevalencia sino a la presencia de un diagnóstico de la enfermedad (Tabla 20).

TABLA 20

Sexo	Percepción de presencia de Diabetes	Frecuencia	Porcentaje
<b>Masculino</b>	No sé	158	24,9
	No	459	72,4
	Si	17	2,7
	Total	634	100,0
<b>Femenino</b>	No sé	20	10,2
	No	162	82,7
	Si	14	7,1
	Total	196	100,0

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la hipertensión, se observa el mismo patrón que con la hipercolesterolemia, las mujeres tienen mayor conocimiento sobre la presencia de la enfermedad y la duda sobre el padecimiento de la misma es el doble en hombres que en mujeres (Tabla 21).

TABLA 21

Sexo	Percepción de presencia de Hipertensión	Frecuencia	Porcentaje
<b>Masculino</b>	No sé	192	30,3
	No	365	57,6
	Si	77	12,1
	Total	634	100,0
<b>Femenino</b>	No sé	33	16,8
	No	110	56,1
	Si	53	27,0
	Total	196	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la enfermedad de sífilis, se observa un patrón parecido en cuanto a no saber si se tiene o no la enfermedad. Las mujeres tienen mayor conocimiento que los hombres. La percepción de la presencia de la enfermedad es mayor en hombres que mujeres (Tabla 22).

TABLA 22

Sexo	Percepción de presencia de Sífilis	Frecuencia	Porcentaje
<b>Masculino</b>	No sé	41	6,5
	No	577	91,0
	Si	16	2,5
	Total	634	100,0
<b>Femenino</b>	No sé	6	3,1
	No	188	95,9
	Si	2	1,0
	Total	196	100,0

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la tuberculosis, las mujeres parecerían tener más certezas que los hombres, no obstante las tasas de percepción de prevalencia son similares para ambos sexos (Tabla 23).

TABLA 23

Sexo	Percepción de presencia de Tuberculosis	Frecuencia	Porcentaje
<b>Masculino</b>	No sé	72	11,4
	No	555	87,5
	Si	7	1,1
	Total	634	100,0
<b>Femenino</b>	No sé	7	3,6
	No	187	95,4
	Si	2	1,0
	Total	196	100,0

Fuente: Elaboración propia

El VIH/SIDA presenta las mismas características en cuanto a la presencia/ausencia de la misma entre varones y mujeres. En términos de prevalencia, es algo mayor en hombres sin embargo las mujeres tienen menos incerteza sobre su padecimiento (Tabla 24).

TABLA 24

Sexo	Percepción de presencia de VIH	Frecuencia	Porcentaje
<b>Masculino</b>	No sé	49	7,7
	No	567	89,4
	Si	18	2,8
	Total	634	100,0
<b>Femenino</b>	No sé	8	4,1
	No	185	94,4
	Si	3	1,5
	Total	196	100,0

Fuente: Elaboración propia

Entre los que necesitaban atención médica y la solicitaron, las mujeres fueron las que consiguieron, con mayor rapidez, la atención y fue menor el porcentaje de quienes no fueron atendidas (Tabla 25).

TABLA 25

<b>Sexo</b>	<b>Distancia entre solicitud de atención y audiencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>
<b>Masculino</b>	No te atendieron	83	13,1	30,3
	Menos de 1 hora	11	1,7	4,0
	De 1 a 4 horas	28	4,4	10,2
	De 4 a 12 horas	12	1,9	4,4
	Más de 12 horas	122	19,2	44,5
	Ns-Nc	18	2,8	6,6
	Total	274	43,2	100,0
	No necesitaron	360	56,8	--
	Total General	634	100,0	--
<b>Femenino</b>	No te atendieron	21	10,7	19,3
	Menos de 1 hora	11	5,6	10,1
	De 1 a 4 horas	13	6,6	11,9
	De 4 a 12 horas	17	8,7	15,6
	Más de 12 horas	40	20,4	36,7
	Ns-Nc	7	3,6	6,4
	Total	109	55,6	100,0
	No necesitaron	87	44,4	--
	Total General	196	100,0	--

Fuente: Elaboración propia

Entre quienes expresaron tener problemas de salud y no pidieron audiencia a sanidad, las mujeres fueron las mas pesimistas, en términos de porcentaje ya que fueron quienes en mayor número expresaron que no pedían porque no darían una respuesta. En segundo lugar, el argumento en ambos sexos fue que demorarían mucho para atenderse aunque el porcentaje fue mayor entre los hombres (Tabla 26).

TABLA 26

Sexo	Argumentos para la falta de solicitud de audiencia de sanidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
<b>Masculino</b>	No me pareció grave	7	7,6	9,1
	Demoran mucho	32	34,8	41,6
	No dan respuesta a este tipo de audiencias	38	41,3	49,4
	Total	77	83,7	100,0
	Ns-Nc	15	16,3	
	Total	92	100,0	
	<b>Femenino</b>	No me pareció grave	2	11,1
Demoran mucho		3	16,7	23,1
No dan respuesta a este tipo de audiencias		8	44,4	61,5
Total		13	72,2	100,0
Ns-Nc		5	27,8	
Total		18	100,0	

Fuente: Elaboración propia

## 2.6 Percepción de salud, problemas y accesibilidad de la población según nivel educativo

En cuanto a la salud percibida según nivel educativo, se observa que a medida que mejora la educación, hay una leve mejoría en la percepción de salud como buena y una leve decaída en la percepción de mala salud. La percepción de salud como regular, se mantiene más estable que las otras dos categorías (

Tabla 27).

TABLA 27

Máximo nivel de estudios alcanzado	Percepción de Salud	Frecuencia	Porcentaje
<b>Primario incompleto o menos</b>	Buena	73	40,8
	Regular	81	45,3
	Mala	25	14,0
	Total	179	100,0
	Buena	193	43,0

<b>Primario / Secundario incompleto</b>	Regular	201	44,8
	Mala	55	12,2
	Total	449	100,0
<b>Secundario completo o más</b>	Buena	91	44,0
	Regular	92	44,4
	Mala	24	11,6
	Total	207	100,0

Fuente: Elaboración propia

Entre quienes percibieron tener problemas de salud en las cuatro últimas semanas, se observa un porcentaje similar en todos los estratos educativos (Tabla 28).

TABLA 28

<b>Máximo nivel de estudios alcanzado</b>	<b>Problemas de salud en las últimas 4 semanas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Primario incompleto o menos</b>	No	74	41,6
	Si	104	58,4
	Total	178	100,0
<b>Primario / Secundario incompleto</b>	No	180	40,2
	Si	268	59,8
	Total	448	100,0
<b>Secundario completo o más</b>	No	83	40,7
	Si	121	59,3
	Total	204	100,0

Fuente: Elaboración propia

En relación a los problemas de salud, en este caso el asma, la duda sobre la presencia/ausencia es levemente mayor a medida que mejora la situación educativa. La percepción de presencia de esta enfermedad es mayor en el nivel educativo alto y bajo. En el nivel intermedio se observa una leve caída de la misma (Tabla 29).

TABLA 29

<b>Máximo nivel de estudios alcanzado</b>	<b>Percepción de presencia de Asma</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Primario incompleto o menos</b>	No sé	9	5,1
	No	153	86,0
	Si	16	9,0
	Total	178	100,0
<b>Primario / Secundario incompleto</b>	No sé	36	8,0
	No	384	85,7
	Si	28	6,3
	Total	448	100,0
<b>Secundario completo o más</b>	No sé	17	8,3
	No	166	81,4

	Si	21	10,3
	Total	204	100,0

Fuente: Elaboración propia

La presencia/ausencia de Chagas es bastante homogénea entre las tres categorías de educación de la población encerrada en las cárceles (Tabla 30).

TABLA 30

Máximo nivel de estudios alcanzado	Percepción de presencia de Chagas	Frecuencia	Porcentaje
<b>Primario incompleto o menos</b>	No sé	16	9,0
	No	159	89,3
	Si	3	1,7
	Total	178	100,0
<b>Primario / Secundario incompleto</b>	No sé	45	10,0
	No	397	88,6
	Si	6	1,3
	Total	448	100,0
<b>Secundario completo o más</b>	No sé	19	9,3
	No	182	89,2
	Si	3	1,5
	Total	204	100,0

Fuente: Elaboración propia

La presencia de hipercolesterolemia es similar en todos los estratos educativos, sin embargo, la duda en cuanto al padecimiento de esta enfermedad es menor en el estrato de menor nivel educativo que en el de mayor nivel (Tabla 31).

TABLA 31

Máximo nivel de estudios alcanzado	Percepción de presencia de Hipercolesterolemia	Frecuencia	Porcentaje
<b>Primario incompleto o menos</b>	No sé	39	21,9
	No	126	70,8
	Si	13	7,3
	Total	178	100,0
<b>Primario / Secundario incompleto</b>	No sé	143	31,9
	No	273	60,9
	Si	32	7,1
	Total	448	100,0
<b>Secundario completo o más</b>	No sé	63	30,9
	No	127	62,3
	Si	14	6,9
	Total	204	100,0

Fuente: Elaboración propia

La duda sobre la percepción de presencia de diabetes es mayor en el estrato intermedio. En cuanto a la certeza sobre la presencia, se observa mayor porcentaje, en el estrato de menor condición educativa (Tabla 32).

TABLA 32

Máximo nivel de estudios alcanzado	Percepción de presencia de Diabetes	Frecuencia	Porcentaje
<b>Primario incompleto o menos</b>	No sé	30	16,9
	No	136	76,4
	Si	12	6,7
	Total	178	100,0
<b>Primario / Secundario incompleto</b>	No sé	110	24,6
	No	323	72,1
	Si	15	3,3
	Total	448	100,0
<b>Secundario completo o más</b>	No sé	38	18,6
	No	162	79,4
	Si	4	2,0
	Total	204	100,0

Fuente: Elaboración propia

Sobre la presencia de hipertensión, se observa que la percepción afirmativa de la enfermedad desciende levemente a medida que aumenta el nivel educativo. En cuanto a las dudas, se observa una mayor cantidad de casos en el estrato educativo intermedio (Tabla 33).

TABLA 33

Máximo nivel de estudios alcanzado	Percepción de presencia de Hipertensión	Frecuencia	Porcentaje
<b>Primario incompleto o menos</b>	No sé	47	26,4
	No	100	56,2
	Si	31	17,4
	Total	178	100,0
<b>Primario / Secundario incompleto</b>	No sé	129	28,8
	No	247	55,1
	Si	72	16,1
	Total	448	100,0
<b>Secundario completo o más</b>	No sé	49	24,0
	No	128	62,7
	Si	27	13,2
	Total	204	100,0

Fuente: Elaboración propia

La percepción de enfermedad de sífilis tiene menos dudas y mayores certezas. Si bien los porcentajes son bajos, puede observarse una mayor presencia en el estrato intermedio (Tabla 34).

TABLA 34

Máximo nivel de estudios alcanzado	Percepción de presencia de Sífilis	Frecuencia	Porcentaje
<b>Primario incompleto o menos</b>	No sé	13	7,3
	No	159	89,3
	Si	6	3,4
	Total	178	100,0
<b>Primario / Secundario incompleto</b>	No sé	23	5,1
	No	418	93,3
	Si	7	1,6
	Total	448	100,0
<b>Secundario completo o más</b>	No sé	11	5,4
	No	188	92,2
	Si	5	2,5
	Total	204	100,0

Fuente: Elaboración propia

La percepción de presencia de tuberculosis es mayor en estratos con mayor nivel educativo, si bien los porcentajes son bajos (Tabla 35).

TABLA 35

Máximo nivel de estudios alcanzado	Percepción de presencia de Tuberculosis	Frecuencia	Porcentaje
<b>Primario incompleto o menos</b>	No sé	12	6,7
	No	164	92,1
	Si	2	1,1
	Total	178	100,0
<b>Primario / Secundario incompleto</b>	No sé	51	11,4
	No	395	88,2
	Si	2	,4
	Total	448	100,0
<b>Secundario completo o más</b>	No sé	16	7,8
	No	183	89,7
	Si	5	2,5
	Total	204	100,0

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al HIV/SIDA la percepción de presencia de casos es mayor en estratos educativos altos (y la duda está presente en mayor medida, en el estrato educativo alto también (Tabla 36).

TABLA 36

Máximo nivel de estudios alcanzado	Percepción de presencia de VIH-SIDA	Frecuencia	Porcentaje
Primario incompleto o menos	No sé	12	6,7
	No	163	91,6
	Si	3	1,7
	Total	178	100,0
Primario / Secundario incompleto	No sé	27	6,0
	No	411	91,7
	Si	10	2,2
	Total	448	100,0
Secundario completo o más	No sé	18	8,8
	No	178	87,3
	Si	8	3,9
	Total	204	100,0

Fuente: Elaboración propia

Entre los internos que tenían problemas de salud y solicitaron audiencia en el área de sanidad, la mayoría tardaron más de 12 horas en darles atención. Si bien hay problemas que no constituyen urgencia/emergencias. Lo que resulta llamativo es que a muchos de ellos no los atendieron nunca y se observa que solamente baja ese porcentaje cuando la escolaridad es alta (Tabla 37).

TABLA 37

Máximo nivel de estudios alcanzado	Distancia entre solicitud y audiencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Primario incompleto o menos	No te atendieron	24	13,4	29,6
	Menos de 1 hora	6	3,4	7,4
	De 1 a 4 horas	7	3,9	8,6
	De 4 a 12 horas	7	3,9	8,6
	Más de 12 horas	33	18,4	40,7
	Ns-Nc	4	2,2	4,9
	Total	81	45,3	100,0
	No necesitaron	98	54,7	--
	Total General	179	100,0	--
	No te atendieron	63	14,0	30,1

<b>Primario / Secundario incomp.</b>	Menos de 1 hora	9	2,0	4,3
	De 1 a 4 horas	20	4,5	9,6
	De 4 a 12 horas	13	2,9	6,2
	Más de 12 horas	90	20,0	43,1
	Ns-Nc	14	3,1	6,7
	Total	209	46,5	100,0
	No necesitaron	240	53,5	--
	Total General	449	100,0	--
<b>Secundario compl. o más</b>	No te atendieron	17	8,2	17,9
	Menos de 1 hora	7	3,4	7,4
	De 1 a 4 horas	14	6,8	14,7
	De 4 a 12 horas	9	4,3	9,5
	Más de 12 horas	41	19,8	43,2
	Ns-Nc	7	3,4	7,4
	Total	95	45,9	100,0
	No necesitaron	112	54,1	--
	Total General	207	100,0	--

Fuente: Elaboración propia

De los que no solicitaron audiencia a sanidad, a pesar de tener problemas, los motivos fueron, en los estratos medio y alto de educación, en primer lugar que no dan respuestas a las audiencias y en segundo que demoran mucho. En el nivel de menor educación esto fue al contrario siendo que el primero motivo fue que demoraban mucho y el segundo que no daban respuesta (Tabla 38).

TABLA 38

<b>Máximo nivel de estudios alcanzado</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>
<b>Primario incompleto o menos</b>	Válidos	1	4,3	5,0
	No me pareció grave	10	43,5	50,0

		No dan respuesta a este tipo de audiencias	9	39,1	45,0
		Total	20	87,0	100,0
	Perdidos	Ns-Nc	3	13,0	
	Total		23	100,0	
<b>Primario / Secundario incompleto</b>	Válidos	No me pareció grave	7	11,9	14,9
		Demoran mucho	15	25,4	31,9
		No dan respuesta a este tipo de audiencias	25	42,4	53,2
		Total	47	79,7	100,0
	Perdidos	Ns-Nc	12	20,3	
	Total		59	100,0	
<b>Secundario completo o más</b>	Válidos	No me pareció grave	1	3,6	4,3
		Demoran mucho	10	35,7	43,5
		No dan respuesta a este tipo de audiencias	12	42,9	52,2
		Total	23	82,1	100,0
	Perdidos	Ns-Nc	5	17,9	
	Total		28	100,0	

Fuente: Elaboración propia

## **2. 7 Percepción de salud, problemas y accesibilidad de la población según tiempo de estadía en la prisión**

El total de personas que respondieron al tiempo de detención fueron en total 807 (n 807) ya que hubieron 28 casos perdidos.

Se observa que los internos con menos de un año en reclusión son los que perciben, en mayor medida, su salud como “Buena”. Los que tienen más de cinco años son los que, en mayor medida la perciben regular o mala. Inclusive son los que, en mayor medida la perciben directamente como mala (Tabla 39).

TABLA 39

Tiempo detenido en la unidad	Percepción de salud	Frecuencia	Porcentaje
<b>Menos de un año</b>	Buena	158	49,7
	Regular	127	39,9
	Mala	33	10,4
	Total	318	100,0
<b>Entre 1 y 2 años</b>	Buena	97	38,3
	Regular	128	50,6
	Mala	28	11,1
	Total	253	100,0
<b>Entre 2 a 5 años</b>	Buena	76	42,5
	Regular	77	43,0
	Mala	26	14,5
	Total	179	100,0
<b>Más de cinco años</b>	Buena	18	31,6
	Regular	27	47,4
	Mala	12	21,1
	Total	57	100,0

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los problemas de salud en las últimas cuatro semanas se observa que más de la mitad los percibió. La mayor percepción se encuentra entre el grupo de cinco años y más seguido por los grupos de entre 1 y 2 años y dos y cinco años (Tabla 40).

TABLA 40

Tiempo detenido en la unidad	Problemas de salud de las últimas 4 semanas	Frecuencia	Porcentaje
<b>Menos de un año</b>	No	150	47,2
	Sí	168	52,8
	Total	318	100,0
<b>Entre 1 y 2 años</b>	No	91	36,0
	Sí	162	64,0
	Total	253	100,0
<b>Entre 2 a 5 años</b>	No	73	40,8
	Sí	106	59,2
	Total	179	100,0
<b>Más de cinco años</b>	No	17	29,8
	Sí	40	70,2
	Total	57	100,0
<b>Ns/Nc</b>	No	9	32,1
	Sí	19	67,9
	Total	28	100,0

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los problemas de asma, se observa que a medida que pasa el tiempo en prisión, la percepción de estos problemas es menor, entre la población detenida y encerrada (Tabla 41).

TABLA 41

Tiempo detenido en la unidad	Percepción de presencia de Asma	Frecuencia	Porcentaje
<b>Menos de un año</b>	No sé	27	8,5
	No	260	81,8
	Si	31	9,7
	Total	318	100,0
<b>Entre 1 y 2 años</b>	No sé	16	6,3
	No	221	87,4
	Si	16	6,3
	Total	253	100,0
<b>Entre 2 a 5 años</b>	No sé	13	7,3
	No	152	84,9
	Si	14	7,8
	Total	179	100,0
<b>Más de cinco años</b>	No sé	6	10,5
	No	48	84,2
	Si	3	5,3
	Total	57	100,0

Fuente: Elaboración propia

Con relación a la enfermedad de Chagas, si bien los porcentajes son pequeños, se observan mínimamente mayores entre la población con menos de un año de detención y en la de más de cinco años (Tabla 42).

TABLA 42

Tiempo detenido en la unidad	Percepción de presencia de Chagas	Frecuencia	Porcentaje
<b>Menos de un año</b>	No sé	39	12,3
	No	273	85,8
	Si	6	1,9
	Total	318	100,0
<b>Entre 1 y 2 años</b>	No sé	17	6,7
	No	234	92,5
	Si	2	,8
	Total	253	100,0
<b>Entre 2 a 5 años</b>	No sé	17	9,5
	No	161	89,9
	Si	1	,6
	Total	179	100,0
<b>Más de cinco años</b>	No sé	6	10,5
	No	50	87,7
	Si	1	1,8
	Total	57	100,0

Fuente: Elaboración propia

La percepción de colesterol alto, es mayor entre los estratos de cinco y más años y en la de menores de un año (Tabla 43).

TABLA 43

<b>Tiempo detenido en la unidad</b>	<b>Percepción de presencia de Hipercolesterolemia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Menos de un año</b>	No sé	104	32,7
	No	187	58,8
	Si	27	8,5
	Total	318	100,0
<b>Entre 1 y 2 años</b>	No sé	64	25,3
	No	173	68,4
	Si	16	6,3
	Total	253	100,0
<b>Entre 2 a 5 años</b>	No sé	55	30,7
	No	114	63,7
	Si	10	5,6
	Total	179	100,0
<b>Más de cinco años</b>	No sé	15	26,3
	No	36	63,2
	Si	6	10,5
	Total	57	100,0

Fuente: Elaboración propia

La percepción de diabetes es similar entre los grupos de menos de un año y hasta cinco años. No existe percepción de presencia de diabetes en grupos de más de cinco años de detención (Tabla 44).

TABLA 44

<b>Tiempo detenido en la unidad</b>	<b>Percepción de presencia de Diabetes</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Menos de un año</b>	No sé	79	24,8
	No	226	71,1
	Si	13	4,1
	Total	318	100,0
<b>Entre 1 y 2 años</b>	No sé	46	18,2
	No	196	77,5
	Si	11	4,3
	Total	253	100,0
<b>Entre 2 a 5 años</b>	No sé	34	19,0
	No	137	76,5
	Si	8	4,5
	Total	179	100,0
<b>Más de cinco años</b>	No sé	11	19,3
	No	46	80,7
	Total	57	100

Fuente: Elaboración propia

La percepción de presencia de hipertensión es mayor en grupos de menos de un año y más de cinco años de detención (Tabla 45).

TABLA 45

Tiempo detenido en la unidad	Percepción de presencia de Hipertensión	Frecuencia	Porcentaje
<b>Menos de un año</b>	No sé	110	34,6
	No	150	47,2
	Si	58	18,2
	Total	318	100,0
<b>Entre 1 y 2 años</b>	No sé	59	23,3
	No	161	63,6
	Si	33	11,7
	Total	253	100,0
<b>Entre 2 a 5 años</b>	No sé	39	21,8
	No	119	66,5
	Si	21	11,7
	Total	179	100,0
<b>Más de cinco años</b>	No sé	13	22,8
	No	30	52,6
	Si	14	24,6
	Total	57	100,0

Fuente: Elaboración propia

La percepción de presencia de sífilis, sigue el mismo patrón que las anteriores, es mayor entre los detenidos de más de cinco años, y en segundo lugar entre los de menos de un año. En los grupos de entre 1 y 5 años la prevalencia disminuye (Tabla 46).

TABLA 46

Tiempo detenido en la unidad	Percepción de presencia de sífilis	Frecuencia	Porcentaje
<b>Menos de un año</b>	No sé	22	6,9
	No	286	89,9
	Si	10	3,1
	Total	318	100,0
<b>Entre 1 y 2 años</b>	No sé	11	4,4
	No	239	94,5
	Si	3	1,2
	Total	253	100,0
<b>Entre 2 a 5 años</b>	No sé	13	7,3
	No	165	92,2
	Si	1	,6
	Total	179	100,0
<b>Más de cinco años</b>	No sé	2	3,5
	No	51	89,5

	Si	4	7,0
	Total	57	100,0

Fuente: Elaboración propia

La percepción de presencia de tuberculosis es similar en todos los grupos de detención (Tabla 47).

TABLA 47

Tiempo detenido en la unidad	Percepción de presencia de Tuberculosis	Frecuencia	Porcentaje
<b>Menos de un año</b>	No sé	33	10,4
	No	284	89,3
	Si	1	,3
	Total	318	100,0
<b>Entre 1 y 2 años</b>	No sé	20	7,9
	No	229	90,5
	Si	4	1,6
	Total	253	100,0
<b>Entre 2 a 5 años</b>	No sé	20	11,2
	No	156	87,2
	Si	3	1,7
	Total	179	100,0
<b>Más de cinco años</b>	No sé	5	8,8
	No	51	89,5
	Si	1	1,8
	Total	57	100,0

Fuente: Elaboración propia

La percepción de presencia de VIH/SIDA es levemente mayor entre los detenidos de cinco años y más y en segundo lugar entre los de menos de un año, si bien se aclara que son pocos casos en total (Tabla 48).

TABLA 48

Tiempo detenido en la unidad	Percepción de presencia de VIH/SIDA	Frecuencia	Porcentaje
<b>Menos de un año</b>	No sé	39	12,4
	No	270	84,9
	Si	9	2,8
	Total	318	100,0
<b>Entre 1 y 2 años</b>	No sé	10	4,0
	No	237	93,7
	Si	6	2,4
	Total	253	100,0
<b>Entre 2 a 5 años</b>	No sé	7	3,9
	No	168	93,9
	Si	4	2,2

	Total	179	100,0
<b>Más de cinco años</b>	No sé	1	1,8
	No	54	94,7
	Si	2	3,5
	Total	57	100,0

Fuente: Elaboración propia

De las personas que manifestaron percibir problemas de salud y pidieron audiencia en sanidad, a la mayoría o bien no la atendieron o lo hicieron en más de 12 horas. Si bien no se sabe cuáles eran los problemas y si necesitaban o no atención de emergencia, resulta llamativo que una tercera parte no recibió esa atención y este es un dato que parecería no tener que ver con el tiempo de estancia en la unidad (Tabla 49)

TABLA 49

Tiempo detenido en la unidad	Tiempo entre la solicitud y la atención	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
<b>Menos de un año</b>	No te atendieron	38	11,9	30,6
	Menos de 1 hora	6	1,9	4,8
	De 1 a 4 horas	9	2,8	7,3
	De 4 a 12 horas	16	5,0	12,9
	Más de 12 horas	46	14,5	37,1
	Ns-Nc	9	2,8	7,3
	Total	124	39,0	100,0
	No necesitaron	194	61,0	--
	Total General	318	100,0	--
<b>Entre 1 y 2 años</b>	No Total te atendieron	38	15,0	29,5
	Menos de 1 hora	5	2,0	3,9
	De 1 a 4 horas	18	7,1	14,0
	De 4 a 12 horas	6	2,4	4,7
	Más de 12 horas	57	22,5	44,2
	Ns-Nc	5	2,0	3,9
	Total	129	51,0	100,0
	No necesitaron	124	49,0	--
	Total General	253	100,0	--
<b>Entre 2 a 5 años</b>	No te atendieron	14	7,8	16,7
	Menos de 1 hora	10	5,6	11,9
	De 1 a 4 horas	8	4,5	9,5
	De 4 a 12 horas	4	2,2	4,8

	Más de 12 horas	42	23,5	50,0
	Ns-Nc	6	3,4	7,1
	Total	84	46,9	100,0
	No necesitaron	95	53,1	--
	Total General	179	100,0	--
<b>Más de cinco años</b>	No te atendieron	10	17,5	31,3
	Menos de 1 hora	1	1,8	3,1
	De 1 a 4 horas	4	7,0	12,5
	De 4 a 12 horas	3	5,3	9,4
	Más de 12 horas	12	21,1	37,5
	Ns-Nc	2	3,5	6,3
	Total	32	56,1	100,0
	No necesitaron	25	43,9	
		57	100,0	--

Fuente: Elaboración propia

Los que tuvieron problemas de salud en las cuatro últimas semanas y que no solicitaron audiencia al área de sanidad, no lo hicieron porque o bien perciben que demoran mucho en la respuesta o piensan que no se dan respuestas a esas solicitudes. Los que llevan más de cinco años, en mayor medida, piensan que no les darían respuestas y los que llevan entre 1 y 2 años son los que más piensan que demoran mucho en atenderlos (Tabla 50).

TABLA 50

Tiempo detenido en la unidad		Motivos para no pedir audiencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
<b>Menos de un año</b>	Válidos	No me pareció grave	5	11,4	13,5
		Demoran mucho	15	34,1	40,5
		No dan respuesta a este tipo de audiencias	17	38,6	45,9
		Total	37	84,1	100,0
	Perdidos	Ns-Nc	7	15,9	
	Total		44	100,0	
<b>Entre 1 y 2 años</b>	Válidos	No me pareció grave	2	6,1	8,0
		Demoran mucho	11	33,3	44,0

		No dan respuesta a este tipo de audiencias	12	36,4	48,0
		Total	25	75,8	100,0
	Perdidos	Ns-Nc	8	24,2	
	Total		33	100,0	
<b>Entre 2 a 5 años</b>	Válidos	No me pareció grave	1	4,5	5,6
		Demoran mucho	7	31,8	38,9
		No dan respuesta a este tipo de audiencias	10	45,5	55,6
		Total	18	81,8	100,0
	Perdidos	Ns-Nc	4	18,2	
	Total		22	100,0	
<b>Más de cinco años</b>	Válidos	No me pareció grave	1	12,5	14,3
		Demoran mucho	2	25,0	28,6
		No dan respuesta a este tipo de audiencias	4	50,0	57,1
		Total	7	87,5	100,0
	Perdidos	Ns-Nc	1	12,5	
	Total		8	100,0	

Fuente: Elaboración propia

### **2.8 Accesibilidad a tratamientos con regularidad dentro de la unidad de detención**

Para analizar otra perspectiva del acceso, se va a observar a internos que tenían previamente al ingreso a la prisión, problemas de salud y si ya estaban en tratamiento. Esto va a ser cruzado con la variable sobre si reciben tratamiento con regularidad en la unidad o no. Esta situación será visibilizada con las enfermedades consideradas relevantes que fueron indagadas en la encuesta. Un problema que formará parte del contexto de interpretación, es que no se sabe de los internos que no recibían tratamiento, si tenían la enfermedad, antes de entrar a prisión y si perciben que tienen la enfermedad y no reciben tratamiento, si se trata de una percepción subjetiva o refrendada con diagnóstico médico.

Se observa que internos que tenían problemas de asma antes de entrar a la unidad y ya estaban con tratamiento, no siempre consiguen mantenerlos. También hay otros que no teniendo problemas anteriormente, ahora perciben que tienen y no reciben tratamiento. En total fueron 66 personas con percepción de problemas de asma (Tabla 51).

TABLA 51

Asma				Recuento	% del N de la columna	% del N de la tabla
¿Recibías tratamiento antes de entrar a la unidad?	No	¿En la unidad, recibís con regularidad tratamiento?	No	22	91,7	<b>33,3</b>
			Si	2	8,3	3,0
	Si	¿En la unidad, recibís con regularidad tratamiento?	No	17	40,5	<b>25,8</b>
			Si	25	59,5	37,9

Fuente: Elaboración propia

Entre los que afirmaron que tenían problemas de hipertensión (n 131), varios de ellos recibían anteriormente tratamiento y ahora no reciben con regularidad. Aquellos que no recibían tratamiento antes de entrar a la unidad, ahora perciben su necesidad pero no reciben el tratamiento (Tabla 52).

TABLA 52

Problemas de Hipertensión				Recuento	% del N de la columna	% del N de la tabla
¿Recibías tratamiento antes de entrar a la unidad?	No	¿En la unidad, recibís con regularidad tratamiento?	No	54	87,1	<b>41,2</b>
			Si	8	12,9	6,1
	Si	¿En la unidad, recibís con regularidad tratamiento?	No	31	44,9	<b>23,6</b>
			Si	38	55,1	29

Fuente: Elaboración propia

Entre los que dijeron que tenían problemas de hipercolesterolemia (60 personas en total), hay algunos que ya recibían tratamiento y ahora no reciben. Entre los

que no recibían tratamiento, ahora, teniendo percepción de ese problema, hay un porcentaje que tampoco lo recibe. (Tabla 53).

TABLA 53

<b>Hipercolesterolemia</b>				<b>Recuento</b>	<b>% del N de la columna</b>	<b>% del N de la tabla</b>
¿Recibías tratamiento antes de entrar a la unidad?	No	¿En la unidad, recibís con regularidad tratamiento?	No	28	75,7	<b>46,7</b>
			Si	9	24,3	15,0
	Si	¿En la unidad, recibís con regularidad tratamiento?	No	15	65,2	<b>25,0</b>
			Si	8	34,8	13,3

Fuente: Elaboración propia

Los internos que argumentaron tener problemas de diabetes, algunos ya tenían y recibían tratamiento, y ahora continúan. Otros recibían tratamiento previo a entrar en prisión y ahora no reciben. Otros no tenían tratamiento afuera y ahora perciben que tienen ese problema y no tienen tratamiento tampoco (Tabla 54).

TABLA 54

<b>Diabetes</b>				<b>Recuento</b>	<b>% del N de la columna</b>	<b>% del N de la tabla</b>
¿Recibías tratamiento antes de entrar a la unidad?	No	¿En la unidad, recibís con regularidad tratamiento?	No	7	77,8	<b>21,9</b>
			Si	2	22,2	6,3
	Si	¿En la unidad, recibís con regularidad tratamiento?	No	9	39,1	<b>28,1</b>
			Si	14	60,9	43,8

Fuente: Elaboración propia

Si bien las personas con tuberculosis fueron 9 en total, hay seis que antes de entrar en prisión recibían tratamiento y ahora adentro, percibiendo padecer esa enfermedad, no lo reciben (Tabla 55). En este caso no es posible discernir si la

discontinuidad se debe a conclusión del esquema terapéutico o simplemente a abandono.

TABLA 55

<b>Tuberculosis</b>				<b>Recuento</b>	<b>% del N de la columna</b>	<b>% del N de la tabla</b>
¿Recibías tratamiento o antes de entrar a la unidad?	No	¿En la unidad, recibís con regularidad tratamiento?	No	1	50,0	11,1
			Si	1	50,0	11,1
	Si	¿En la unidad, recibís con regularidad tratamiento?	No	6	85,7	66,7
			Si	1	14,3	11,1

Fuente: Elaboración propia

Los casos de Chagas también son pocos en internos dentro de la prisión. (Tabla 56).

TABLA 56

<b>Chagas</b>				<b>Recuento</b>	<b>% del N de la columna</b>	<b>% del N de la tabla</b>
¿Recibías tratamiento o antes de entrar a la unidad?	No	¿En la unidad, recibís con regularidad tratamiento?	No	7	100,0	<b>58,3</b>
			Si	0	0,0	0,0
	Si	¿En la unidad, recibís con regularidad tratamiento?	No	1	20,0	<b>8,3</b>
			Si	4	80,0	33,3

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al VIH/SIDA, los que percibían que lo padecían, existen 4 casos que ni antes ni ahora reciben tratamiento y 4 casos que antes recibían y ahora no reciben (Tabla 57).

TABLA 57

<b>VIH/SIDA</b>				<b>Recuento</b>	<b>% del N de la columna</b>	<b>% del N de la tabla</b>
¿Recibías tratamiento o antes	No	¿En la unidad, recibís con	No	4	57,1	18,2
			Si	3	42,9	13,6

de entrar a la unidad?		regularidad tratamiento?				
	Si	¿En la unidad, recibís con regularidad tratamiento?	No	4	26,7	18,2
			Si	11	73,3	50,0

Fuente: Elaboración propia

Entre las personas con percepción de padecer sífilis, existen 7 que perciben que la padecen (Tabla 58).

TABLA 58

Sífilis				Recuento	% del N de la columna	% del N de la tabla
¿Recibías tratamiento antes de entrar a la unidad?	No	¿En la unidad, recibís con regularidad tratamiento ?	No	7	87,5%	38,9%
			Si	1	12,5%	5,6%
	Si	¿En la unidad, recibís con regularidad tratamiento ?	No	6	60,0%	33,3%
			Si	4	40,0%	22,2%

Fuente: Elaboración propia

## 2.9 accesibilidad a exámenes preventivos según sexo

Al ingresar a prisión, se observa que a las mujeres les ofrecieron en mayor medida un examen de salud que a los hombres (Tabla 59).

TABLA 59

Sexo	Examen de salud	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	No	486	76,7
	Sí	148	23,3
	Total	634	100,0
Femenino	No	76	38,8
	Sí	120	61,2
	Total	196	100,0

Fuente: Elaboración propia

En relación a la aplicación de vacunas, se observa que fueron las mujeres las que, en mayor porcentaje se aplicaron (Tabla 60).

TABLA 60

<b>Sexo</b>	<b>Aplicación de Vacunas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Masculino	No	428	67,5
	Sí	206	32,5
	Total	634	100,0
Femenino	No	94	48,0
	Sí	102	52,0
	Total	196	100,0

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al test diagnóstico de VIH/SIDA, fueron las mujeres las que lo realizaron, en mayor medida que los hombres (Tabla 61).

TABLA 61

<b>Sexo</b>	<b>Detección de VIH/SIDA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Masculino	No	413	65,1
	Sí	221	34,9
	Total	634	100,0
Femenino	No	92	46,9
	Sí	104	53,1
	Total	196	100,0

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la detección de tuberculosis, también fueron las mujeres las que tuvieron mayor acceso (Tabla 62).

TABLA 62

<b>Sexo</b>	<b>Detección de tuberculosis</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Masculino	No	612	96,5
	Sí	22	3,5
	Total	634	100,0
Femenino	No	175	89,3
	Sí	21	10,7
	Total	196	100,0

Fuente: Elaboración propia

El Diagnóstico de Chagas también fue realizado mayoritariamente por mujeres (Tabla 63).

TABLA 63

Sexo	Diagnóstico de Chagas	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	No	621	97,9
	Sí	13	2,1
	Total	634	100,0
Femenino	No	182	92,9
	Sí	14	7,1
	Total	196	100,0

Fuente: Elaboración propia

La aplicación de un test preventivo para detectar sífilis sigue el mismo padrón. Son las mujeres las que lo aplicaron en mayor medida que los hombres (Tabla 64).

TABLA 64

Sexo	Realización de test de sífilis	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	No	615	97,0
	Sí	19	3,0
	Total	634	100,0
Femenino	No	174	88,8
	Sí	22	11,2
	Total	196	100,0

Fuente: Elaboración propia

## 2.10 Accesibilidad a exámenes preventivos según nivel de escolaridad

Se observa mayor oferta de exámenes de salud al ingresar al penal, en las personas con nivel de primario incompleto o menos que el resto (Tabla 65).

TABLA 65

Máximo nivel de estudios alcanzado	Realización de examen de salud	Frecuencia	Porcentaje
Primario incompleto o menos	No	102	57,3
	Si	76	42,7
	Total	178	100,0
Primario / Secundario incompleto	No	323	72,1
	Si	125	27,9
	Total	448	100,0
Secundario completo o más	No	137	67,2
	Si	67	32,8
	Total	204	100,0

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la aplicación de vacunas, se observa un mayor porcentaje entre niveles de mayor escolaridad (Tabla 66).

TABLA 66

Máximo nivel de estudios alcanzado	Aplicación de vacunas	Frecuencia	Porcentaje
Primario incompleto o menos	No	120	67,4
	Si	58	32,6
	Total	178	100,0
Primario / Secundario incompleto	No	275	61,4
	Si	173	38,6
	Total	448	100,0
Secundario completo o más	No	127	62,3
	Si	77	37,7
	Total	204	100,0

Fuente: Elaboración propia

La realización de test de VIH/Sida se mantiene estable en los tres estratos de educación (Tabla 67).

TABLA 67

Máximo nivel de estudios alcanzado	Test VIH/Sida	Frecuencia	Porcentaje
Primario incompleto o menos	No	109	61,2
	Si	69	38,8
	Total	178	100,0
Primario / Secundario incompleto	No	270	60,3
	Si	178	39,7
	Total	448	100,0
Secundario completo o más	No	126	61,8
	Si	78	38,2
	Total	204	100,0

Fuente: Elaboración propia

La realización de diagnóstico de tuberculosis también fue similar en los tres estratos de educación (Tabla 68).

TABLA 68

Máximo nivel de estudios alcanzado	Diagnóstico Tuberculosis	Frecuencia	Porcentaje
Primario incompleto o menos	No	166	93,3
	Si	12	6,7
	Total	178	100,0

Primario / Secundario incompleto	No	429	95,8
	Si	19	4,2
	Total	448	100,0
Secundario completo o más	No	192	94,1
	Si	12	5,9
	Total	204	100,0

Fuente: Elaboración propia

La realización de test de Chagas es levemente mayor en menores niveles educativo (Tabla 69).

TABLA 69

Máximo nivel de estudios alcanzado	Test de Chagas	Frecuencia	Porcentaje
Primario incompleto o menos	No	169	94,9
	Si	9	5,1
	Total	178	100,0
Primario / Secundario incompleto	No	433	96,7
	Si	15	3,3
	Total	448	100,0
Secundario completo o más	No	201	98,5
	Si	3	1,5
	Total	204	100,0

Fuente: Elaboración propia

Con relación a la realización de test de sífilis, se observa que es similar en los tres niveles de educación (Tabla 70).

TABLA 70

Máximo nivel de estudios alcanzado	Test de Sífilis	Frecuencia	Porcentaje
Primario incompleto o menos	No	170	95,5
	Si	8	4,5
	Total	178	100,0
Primario / Secundario incompleto	No	424	94,6
	Si	24	5,4
	Total	448	100,0
Secundario completo o más	No	195	95,6
	Si	9	4,4
	Total	204	100,0

Fuente: Elaboración propia

## 2.11 accesibilidad a exámenes preventivos según años de estadía en la prisión

El examen de salud al ingreso al penal fue ofrecido en mayor medida a personas que están entre 1 y 2 años en la misma. (En segundo lugar, se ubican los que están con mas de cinco años. Los que perciben, en menor medida, que no les fue ofrecido un examen de salud al ingresar al penal fueron los que están con menos de un año en prisión (Tabla 71).

TABLA 71

Tiempo de estadía en la Prisión	Realización de examen de Salud	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un año	No	225	71,4
	Sí	90	28,6
	Total	315	100,0
Entre 1 y 2 años	No	158	62,9
	Sí	93	37,1
	Total	251	100,0
Entre 2 a 5 años	No	123	68,7
	Sí	56	31,3
	Total	179	100,0
Más de cinco años	No	37	64,9
	Sí	20	35,1
	Total	57	100,0

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la aplicación de vacunas se observa que cuanto mayor el tiempo en prisión, es mayor la aplicación de vacunas (Tabla 72).

TABLA 72

Tiempo de estadía en la Prisión	Aplicación de Vacunas	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un año	No	269	85,4
	Sí	46	14,6
	Total	315	100,0
Entre 1 y 2 años	No	133	53,0
	Sí	118	47,0
	Total	251	100,0
Entre 2 a 5 años	No	86	48,0
	Sí	93	52,0
	Total	179	100,0
Más de cinco años	No	16	28,1
	Sí	41	71,9
	Total	57	100,0

Fuente: Elaboración propia

La realización de Test de VIH/Sida también crece a medida que pasa el tiempo en la prisión (Tabla 73).

TABLA 73

Tiempo de estadía en la Prisión	Test VIH/Sida	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un año	No	226	71,7
	Sí	89	28,3
	Total	315	100,0
Entre 1 y 2 años	No	148	59,0
	Sí	103	41,0
	Total	251	100,0
Entre 2 a 5 años	No	89	49,7
	Sí	90	50,3
	Total	179	100,0
Más de cinco años	No	22	38,6
	Sí	35	61,4
	Total	57	100,0

Fuente: Elaboración propia

La realización de test de tuberculosis crece levísimamente a medida en que las personas pasan más tiempo en la cárcel (Tabla 74).

TABLA 74

Tiempo de estadía en la Prisión	Detección de Tuberculosis	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un año	No	305	96,8
	Sí	10	3,2
	Total	315	100,0
Entre 1 y 2 años	No	238	94,8
	Sí	13	5,2
	Total	251	100,0
Entre 2 a 5 años	No	164	91,6
	Sí	15	8,4
	Total	179	100,0
Más de cinco años	No	52	91,2
	Sí	5	8,8
	Total	57	100,0

Fuente: Elaboración propia

Entre los que solicitaron la realización de test de Chagas, se observa que los que más tiempo pasaron en la cárcel fueron los que más demandaron y los que estuvieron entre 1 y 2 años en segundo lugar (Tabla 75).

TABLA 75

Tiempo de estadía en la Prisión	Test de Chagas	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un año	No	308	97,8
	Sí	7	2,2
	Total	315	100,0
Entre 1 y 2 años	No	240	95,6
	Sí	11	4,4
	Total	251	100,0
Entre 2 a 5 años	No	176	98,3
	Sí	3	1,7
	Total	179	100,0
Más de cinco años	No	53	93,0
	Sí	4	7,0
	Total	57	100,0

Fuente: Elaboración propia

La realización de test de sífilis es mayor entre los que están entre 1 y 2 años en prisión y en segundo lugar entre los que están entre 2 y 5 años (Tabla 76).

TABLA 76

Tiempo de estadía en la Prisión	Test de Sífilis	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un año	No	308	97,8
	Sí	7	2,2
	Total	315	100,0
Entre 1 y 2 años	No	230	91,6
	Sí	21	8,4
	Total	251	100,0
Entre 2 a 5 años	No	168	93,9
	Sí	11	6,1
	Total	179	100,0
Más de cinco años	No	56	98,2
	Sí	1	1,8
	Total	308	97,8

Fuente: Elaboración propia

### **2.12 La salud de la población travesti o transgénero en los cinco casos reportados**

Dado que fueron cinco casos relevados de población trans/travesti o transgénero, se realiza una descripción de la situación de los mismos sin usar herramientas de estadística ya que cuando existen pequeños números no se logra representar la muestra con frecuencias relativas.

Estas 5 personas tienen 22, 28, 32 y dos de ellas, 43 años. Dos de ellas llevan entre 1 y 2 años detenidas en la unidad y las tres restantes llevan menos de un

año. Una de ellas no terminó la escuela primaria, otra no terminó el secundario y tres de ellas tienen secundario completo o más. Cuatro trabajan dentro de la unidad, entre 20 y 40 horas semanales. Dos hacen fajina y dos trabajan en oficios. Cuatro de ellas también estudian dentro de la unidad.

En cuanto a su percepción de salud, dos de ellas la perciben buena y las tres restantes la perciben como regular. Dos de ellas tuvieron problemas de salud en las últimas 4 semanas y visitaron el área de sanidad. De las cinco personas, una de ellas tiene problemas de presión alta, una de colesterol, otra de diabetes, una de asma y una de VIH/SIDA. La persona que se percibió con problemas de presión alta, no recibía tratamiento regularmente antes de entrar en la unidad y no recibe ahora. La persona con problemas de colesterol alto no recibía tratamiento regularmente antes de entrar en la unidad y recibe ahora; la persona con problemas de diabetes recibía tratamiento y recibe regularmente ahora. La persona que se percibe con problemas de asma ni recibía tratamiento ni recibe ahora y la persona con problemas de HIV/SIDA no recibía tratamiento y no recibe ahora regularmente.

En cuanto a los exámenes de salud, dos de ellas los realizaron en el último año; una se aplicó vacunas, a dos le hicieron test de HIV/SIDA y a ninguna le hicieron test de sífilis, tuberculosis o Chagas.

# Capítulo 3: Discusión

### **3.1 bases filosóficas de las prisiones argentinas**

El modelo de castigo infundido al que infringe normas (sociales y/o culturales o traición) nace por fuera del sistema penal consolidado y se remite, en un inicio, al acto de expulsar (desterrar), exponer a la vista pública (infamia), castigar con esclavitud y también a partir del siglo XVIII, a privar de la libertad.

Foucault (Foucault, 2002) explica que la privación de la libertad comenzó a ser percibida como un castigo igualitario para todos y este es uno de los argumentos para la elección de la configuración del sistema punitivo occidental. El aislamiento así como también la clasificación de los individuos, la corrección, transformación y perfeccionamiento del preso, el trabajo como obligación y derecho para la socialización, la longitud de las penas, la educación, la vigilancia y la asistencia conforman los ejes del sistema carcelario desde el siglo XVII y hasta la fecha.

Ha de notarse que en el estudio realizado, las cárceles federales denotan la misma lógica. Personas privadas de la libertad, aisladas de sus redes de apoyo, localizadas según tipo de crímenes, incentivadas para educarse y trabajar, con penas diferentes en el tiempo según el tipo de delito y vigiladas y asistidas por el Estado (Procuración Penitenciaria de la Nación, 2011).

Otro tópico relevado en la revisión de la literatura, es el concepto de disciplina, el cual se organiza en el espacio y el tiempo. El espacio que impone jerarquías para garantizar la obediencia (el preso estaría en el lugar de menor jerarquía dentro del sistema carcelario) y el análisis de los movimientos para modelar los cuerpos en función de transformarlos en útiles para el sistema.

El proceso de disciplinamiento utiliza la violencia, más o menos encubierta, para modelar cuerpos y subjetividades y esto también es descripto como práctica del Sistema Penitenciario Federal (Procuración Penitenciaria de la Nación, 2011). Para modelar los cuerpos se utiliza el castigo basado en torturas y aislamiento y en un informe de la Procuración Penitenciaria de la Nación sobre la situación de derechos humanos en las cárceles federales, se relata que entre el año 2007 y 2011 hubieron 925 casos de torturas denunciadas (Procuración Penitenciaria de la Nación, 2011). Por otro lado, para modelar subjetividades, son convidados los psicólogos solicitando hacia ellos un conjunto de prácticas evaluadoras que no

hacen más que obstruir la presencia de lo subjetivo (Procuración Penitenciaria de la Nación, 2011).

Si para Foucault la victoria del poder disciplinario, se basa en el control de espacios que permitan la vigilancia de los individuos, se puede decir que la estructura arquitectónica se correlaciona con la del “esquema panóptico”. El Sistema Carcelario Argentino replica la estructura panóptica en el inicio de construcción de sus cárceles (Raffa, 2007) y éste continúa hasta la actualidad (Bellón, Nausa, Paturianne, & Pérez Mereles, 2014). Coincidentemente, el modelo del panóptico fue introducido por Jeremy Bentham, autor de la teoría utilitaria y precursor del utilitarismo inglés que, como se expresó en el marco teórico, consolida las bases del liberalismo económico.

Desde esta concepción filosófica se percibe la experiencia del dolor o placer de esta manera: no importa si es grande o pequeña o si es intensa o leve, el tema es que si multiplicamos por cada persona, la intensidad y la duración de esos sentimientos, vamos a obtener un valor. Si sumamos los valores individuales, podemos llegar a una medida del bienestar social. Entonces no importa la situación individual, siempre que sea un resultado que, para toda la sociedad, sea positivo (Read, 2007). Bentham justifica el dolor por parte de una minoría, si la mayoría, sosteniendo esta situación, vive con mayor placer. Este autor basa sus contribuciones en lo que se denomina la ética hedonista y sobre esas bases compone el concepto de utilitarismo. De ahí proviene el criterio de utilidad. Si es útil para la mayoría, no importa qué minorías pierdan o sufran (Guariglia & Vidiella, 2011). De esta propuesta moral sobre la teoría de justicia, surgen las bases del liberalismo económico y se desprenden determinados lineamientos, limitados a criterio del autor, sobre el concepto de derecho a la salud (Vidiella, 2000). También se desprende el concepto de la función de una prisión. Las cárceles sirven para moldear sujetos que sean útiles a la sociedad, aun sabiendo que el dolor de la pérdida de la libertad forma parte de esa transformación. O que es tolerable una minoría encerrada para que una mayoría pueda usufructuar sus derechos individuales sin temor a ser violados. El fin justificaría los medios. Otro concepto fundamental de Foucault, retomado por Deleuze, y pertinente para interpretar los datos de esta tesis, alude al control y al concepto de sociedades

de control. Las instituciones carcelarias son los sistemas de control de la sociedad para más que punir; corregir y prevenir (Revel, 2005)

El SPF surge del mismo contexto, profundamente liberal (control, disciplinamiento, utilidad y prevención) y, entre sus funciones, se observa el discurso del utilitarismo inglés: *debe contribuir a preservar y mejorar sus condiciones morales, educación, salud* (disciplinamiento para transformar sujetos desviados en útiles) *y readaptación social (prevención)*.

### **3.2 La garantía del derecho a la salud en las prisiones Argentinas**

Como se describo precedentemente, el derecho a la salud en argentina está garantizado por la adhesión Constitucional al Pacto de San José de Costa Rica. El mismo contempla, desde la época del Primer Gobierno de Perón, la universalidad y la gratuidad entre sus principios. Sin embargo estos no son constitucionales.

El SPF sostiene entre sus principios, el derecho a la salud como derecho humano y la garantía del cumplimiento del mismo va a ser refrendada con los datos de salud presentados en los resultados.

Para tal fin se procede a una descripción de los resultados de la encuesta que, al no ser representativa y no incluir criterios de aleatorización, no es posible generalizar a un universo de estudio, sin embargo, partiendo de los principios de la metodología cualitativa, las muestras intencionales traen trazos de realidad que es necesario comprender (Bassett, 2004).

#### **3.2.1 Perfil sociodemográfico de la población encerrada**

La mayoría de los encuestados fueron hombres y esto tiene que ver con la predominancia de este sexo en las cárceles argentinas. En un estudio realizado en el año 2011 (Dirección de Sanidad - Servicio Penitenciario Federal, 2011b) se observa que un 91% de los presos eran hombres y el resto mujeres. Partiendo de esa proporción, en este estudio los hombres están levemente supra representados. En un estudio en Andalucía, España, se observa este mismo porcentaje de 92% de hombres en cárceles comparado con el 8% restante de mujeres (Oviedo-Joekes, March Cerdà, Ramos Montserrat, Ballesta Gómez, &

Prieto Rodríguez, 2005). Parecería que las cárceles son espacios de disciplinamiento predominantemente masculinos. Podría expresarse que el patriarcado disciplina a las mujeres y las cárceles, en mayor medida, a los varones.

En el año 2016 ya se publica información sobre población trans (63 casos), no obstante aparece sin información los datos del colectivo LGBT (todes menos trans) (Procuración Penitenciaria de la Nación, 2018). Se estima entonces que está siendo invisibilizado un colectivo, cuestión que aporta a un cuestionamiento de la perspectiva de género del SPF.

Las personas fueron adultas jóvenes, de una media de 39 años siendo que en un informe de la procuraduría que describe la distribución sociodemográfica del total de reclusos, existen resultados similares. Estiman que el 61% son menores de 35 años y el 39% tienen entre 25 y 35 años (Procuración Penitenciaria de la Nación, 2018).

El tiempo de detención de los encuestados poseía una mediana de entre menos de un año y dos años. Se trata de población con escaso tiempo de estadía en prisión. El informe de la procuración no detalla este dato en el año 2018 sin embargo expresa que la mayoría de los internos están con prisión preventiva a expensas de una minoría ya condenada (Procuración Penitenciaria de la Nación, 2018).

La mayoría de los encuestados poseía una escolaridad entre primario completo y secundario incompleto propia de una población de un estrato socioeconómico bajo.

En cuanto a la educación dentro de las unidades, se expresa en el citado informe, las dificultades para el acceso debido tanto a la falta de oferta, discontinuidad de los servicios, cuanto a las dificultades burocráticas con relación a certificaciones para la continuidad de estudios de los que ingresan por primera vez o la superposición de horarios de estudio. La falta de bibliotecas e incorporación de tecnologías de la información y comunicación al proceso educativo también forman parte de estas dificultades. Otro obstáculo, expresado en el citado informe se refiere a la superposición de horarios entre trabajo y estudio (Procuración Penitenciaria de la Nación, 2018)

La situación laboral de la mayoría de los encuestados es activa y en oficios o limpieza dentro de la cárcel. Si bien en el informe sobre derechos humanos de detenidos en el SPF se relata que existen escasa proporción de detenidos afectados a actividades pagas (Procuración Penitenciaria de la Nación, 2018)

### **3.2.2 La estructura y procesos de salud/enfermedad en las cárceles**

Se observa en los últimos años un aumento de la población carcelaria y una disminución de centros de detención comparado con las cifras del año 2001, siendo que no se conoce el motivo de esta oscilación.

En cuanto a la cantidad de profesionales de la salud, se observa que existe, a priori, una distribución equitativa, ya que la misma acompaña los porcentajes de cantidad de población en cada una de las regiones. La cantidad de profesionales en cada una de las especialidades, por interno, sería adecuada según un informe de la Dirección de Sanidad del año 2011 (Dirección de Sanidad - Servicio Penitenciario Federal, 2011b).

Entre las enfermedades de los internos, encontradas en el informe de la Dirección de Sanidad, se observa que conviven las crónicas con las trasmisibles, siendo proporcionales a los patrones de distribución poblacional carcelaria (Dirección de Sanidad - Servicio Penitenciario Federal, 2011a)

Existen datos del SPF del año 2011 que ya muestran un riesgo aumentado en la población encerrada tal como también lo expresa la bibliografía internacional y nacional sobre la salud en las cárceles (Oviedo-Joekes et al., 2005)(Procuración Penitenciaria de la Nación, 2018).

Las tasas de notificación de morbilidad de VIH- SIDA en la población general para el año 2011 fueron 4 de cada mil habitantes (ETS, 2011) siendo que en las personas privadas de la libertad ascendió a 29,6 cada mil internos. Esta situación está descripta en un informe del SPF del año 2015 donde se considera que las personas alojadas en estas instituciones poseen los mismos factores de riesgo que la población general y aumentados por el contexto de encierro y la falta de libertad (Kreplak et al., 2015).

La tasa de notificación de Tuberculosis en el país en el año 2011 fue de 0,25 por mil (Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación, 2018) sin embargo en la

población encerrada la tasa fue de 3,9 por mil, existiendo también un exceso de riesgo de 16 veces en la población en prisión si comparada con la población general (Kreplak et al., 2015).

En estudio sobre cárceles andaluzas se observa la misma situación, el VIH y la TBC se encuentran con un riesgo aumentado (Oviedo-Joekes et al., 2005)

La morbilidad por enfermedades cardiovasculares y respiratorias, resulta difícil cuantificar en la población general. Se puede inferir a partir de los egresos hospitalarios, o por la tasa de mortalidad, lo que significa que ese evento no tuvo solución. Por tanto, no serán comparadas con las tasas de la población carcelaria.

La prevalencia de diabetes en la población general, según los datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del año 2013 fue de 9,8 cada cien personas (Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación, 2013). En la población privada de libertad esta cifra disminuye a menos de una persona cada cien internos y esto podría estar relacionado con una deficiente detección y diagnóstico de la misma.

En cuanto a la prevalencia de las enfermedades seleccionadas para este estudio, puede observarse que la enfermedad de Chagas, las tasas de notificación del país en el año 2010 estimaron un 0,1 afectado cada diez mil habitantes de Chagas agudo vectorial, un 0,37 cada diez mil de Chagas agudo congénito y otros tipos de Chagas en un 0,11 por diez mil. Si bien estiman una prevalencia de dos millones de niños y adultos infectados (Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación, 2010). En las cárceles del SPF la prevalencia asciende a 1,8 por mil habitantes o 18 por diez mil siendo mayor que las tasas notificadas en el país. Se hace la salvedad de que se aproximan los datos de población general al año de estudio ya que no siempre se encuentra la información del año 2011.

La notificación de sífilis en el país en el año 2010 era de 0,1 para la sífilis congénita y de 0,5 para la sífilis temprana cada cien mil habitantes, sin embargo, en los datos publicados por el SPF figuran 12 casos cada mil, siendo 1200 casos cada cien mil habitantes, observándose una prevalencia mayor a la de la población general.

### **3.2.3 La salud percibida en la población carcelaria encuestada**

La percepción de salud de los sujetos encarcelados se posiciona, en la mayoría de los casos, entre buena y regular. En un estudio realizado en España también ocurre la misma situación y es descripta esta percepción también en cárceles de otros países (Oviedo-Joekes et al., 2005). También coincide en este estudio y en el español, que las mujeres tienen peor percepción que los varones. El cuidado de la salud es una actividad socialmente más derivada al género femenino por lo tanto las mujeres están mejor instruidas para esto, que los varones. Las representaciones de género forman parte de las prácticas en salud de la población carcelaria. Por el contrario, al ser el cuidado de la salud una tarea femenina, los hombres buscan menos asistencia. La idea de que el hombre es fuerte y aguanta el dolor se escondería tras estas observaciones (Machin et al., 2011).

Los internos de menos de un año en prisión, son los que, en mayor medida perciben la salud como buena y los de más años de prisión la perciben, en su mayoría como regular o mala. En un estudio español, esto es interpretado como que la percepción de mayor tiempo en prisión resulta amenazadora y genera un desanimo que puede incidir en la morbilidad o en un pesimismo que repercute en el estado de salud (Oviedo-Joekes et al., 2005).

No obstante esta percepción de salud, se observó en los resultados que más de la mitad de los individuos refiere haber tenido problemas de salud en las últimas cuatro semanas y esta situación no tiene una distribución diferente por nivel educativo. No obstante y como expresado anteriormente, es más acentuado en la población de cinco años y más de estadía en prisión y en personas de sexo femenino.

En estudios sobre salud en la prisión se destaca la prevalencia de enfermedades en mujeres no solo por el riesgo asociado a la edad y condiciones de vida sino también por el encierro, la abstinencia, los problemas de salud mental, el hacinamiento, la ociosidad, la falta de perspectiva, la violencia y relaciones de conflicto (Pinzón Espitia & Meza vElandia, 2018).

### **3.2.4 Los problemas de salud en la población encuestada**

Entre los problemas de mayor frecuencia figuran las patologías crónicas y en menor medida las trasmisibles.

La distribución por sexo muestra que las mujeres perciben tener asma en mayor cantidad que los hombres y también colesterol alto e hipertensión, no obstante los hombres no conocen si tienen estos problemas. Tampoco saben si tienen diabetes, comparado con las mujeres. Las mujeres tienen mayor conocimiento sobre el padecimiento de sífilis. Entre los hombres existen mayores incertidumbres en cuanto a la presencia de enfermedades. Lo mismo ocurre con el VIH-SIDA, en cuanto a no saber, y el mismo patrón se observa para la tuberculosis sin embargo la presencia, en casos, es igual para ambos géneros. Nuevamente los patrones de género están sobre la base de las percepciones de enfermedad de las mujeres donde el concepto de mujer frágil hace que demanden más los servicios de salud y por lo tanto detecten más enfermedades (Ferraz & Kraiczky, 2010).

No obstante esta situación, los servicios penitenciarios continúan sin incorporar las concepciones de género; las cárceles tienen una estructura y servicios masculinizados o pensados para los hombres y que suelen aplicar las mujeres (Añaños-bedriñana & Jiménez-bautista, 2016). Constituyendo esta situación, un tema de violencia simbólica contra ellas (Bourdieu, 1997).

En cuanto al nivel educativo, no se observa un patrón en las enfermedades seleccionadas, no obstante con la tuberculosis y VIH-SIDA (Diwana et al., 2008) (Oviedo-Joekes et al., 2005) que son una preocupación central de la salud en las cárceles, se percibe mayor cantidad de casos en estratos educativos altos.

En relación a las enfermedades seleccionadas, según los tiempos de estadía en prisión, se observa que la percepción de hipertensión, la sífilis, el VIH y el colesterol son mayores en los estratos de cinco o más años, aunque el colesterol también se expresa en menores de un año, mientras que las otras patologías o son similares entre los grupos o son mayores en grupos de menos de un año, como el caso del asma. Si bien no existe un patrón específico, el tiempo en prisión podría ser un factor que deteriora la percepción de las condiciones de salud (Oviedo-Joekes et al., 2005).

### **3.2.5 Accesibilidad organizacional y simbólica a los servicios de salud penitenciarios**

Dado que se analizará a continuación tanto el tiempo de espera para ser atendido cuanto la toma de decisiones de no ser asistido, en el caso de tener un problema de salud, se trabajará con los conceptos de accesibilidad organizacional y simbólica o aceptabilidad (Comes, Solitario, Garbus, Mauro, Czerniecki, Vázquez, et al., 2006) (Landini, Cowes, & D'amore, 2014).

En primer lugar, se hará la salvedad de que, si analizamos la definición de Comes et al, se considera la accesibilidad como un vínculo entre servicios y usuarios y en cualquier caso, la base del vinculo es la confianza. Por lo tanto existirán problemas de accesibilidad si no existe confianza; aunque la presencia de la misma podría no ahorrar problemas debido a variables contextuales. Partiendo de la base de que la población carcelaria tiene una confianza relativa en los médicos que prestan servicios, podría decirse que estos problemas serán crónicos si esto no se modifica. Uno de los aspectos referentes a la confianza están en la falta de legislación sobre la información sanitaria del paciente y esta situación puede traer conflictos legales y éticos cuando el médico trabaja en una institución con intereses a veces enfrentados al paciente (González & Álvaro-Brun, 2012). Si bien existen normas locales sobre secreto médico, la justicia argentina, en algunos casos, autoriza a ser violadas, como es en el caso del aborto (Iglesias Díez, 2018). Es necesario evitar que los médicos sean ejecutores de una lógica de seguridad dentro de la cárcel (Bellver Capella, 2007).

La accesibilidad organizacional da cuenta de la espera, en los turnos de la atención que, debería ser acorde a la problemática por la cual se demanda el servicio y a su clasificación de riesgo. Como en este caso no se cuenta con el dato sobre cuan urgente era la demanda, no se puede describir a priori que existan problemas de accesibilidad organizacional por el hecho de haber esperado 12 horas o más para ser atendidos. Cuando las personas demandaron y comentan que nunca fueron atendidas allí sí existe un problema, de mínima, accesibilidad simbólica (perciben que no fueron atendidos) o de máxima de accesibilidad organizacional (de hecho no fueron atendidos). En todos los casos

hay problemas de accesibilidad porque una parte de la muestra demandó y no recibió atención.

Describiendo la muestra, se puede observar que los que solicitaron atención debido a los problemas seleccionados, la mayoría fue atendida con más de 12 horas de espera o no fueron atendidos. Si se analiza por sexo, se observa que las mujeres fueron las que en mayor medida consiguieron atención, con mayor rapidez y hubo menos desistimiento. Se podría decir que las concepciones de género sobre la fragilidad y las prácticas de cuidado de la salud, tan cotidianas para las mujeres, funcionarían como un factor protector dentro de la prisión. A diferencia de estas, los hombres se perciben como inmunes a la enfermedad, y buscan servicios cuando ya están con síntomas manifiestos (Schraiber et al., 2010).

Analizando por escolaridad, la mayoría de los internos que tenían problemas de salud solicitaron audiencia y tardaron más de 12 horas en darle atención. Los que declararon que no los atendieron nunca, son los internos de baja escolaridad y esto podría estar relacionado con un desistimiento precoz debido a la falta de insistencia por causa de un déficit de conocimiento sobre sus derechos. Aunque no se relevaron artículos científicos que den cuenta de la relación entre escolaridad y conocimiento de derechos ni artículos que la nieguen.

Los que percibieron tener problemas de salud en las últimas cuatro semanas y no solicitaron audiencia a sanidad, la argumentación fue que no irían a obtener respuesta o que sería con una gran demora y aquí se observa un problema de accesibilidad simbólica. Ellos tienen la creencia (basada en hechos objetivos o no) de que no van a recibir atención o va a ser demorada (medida por la urgencia que ellos consideran) y por lo tanto desisten.

Entre los que tienen un grado de educación más alto pensaron que no les darían respuestas mientras que los estratos más bajos, pensaron que demorarían mucho. Los internos que tienen entre 1 y 2 años en prisión también pensaron que demorarían mucho mientras que los de más tiempo en prisión pensaron que no les darían audiencia.

Los problemas de accesibilidad en población absolutamente dependiente del Estado, como es la población carcelaria, constituyen una limitación al concepto de derecho a la salud.

En una revisión bibliográfica sobre accesibilidad en las cárceles, se observó que los enfoques de investigación estaban referidos fundamentalmente a las enfermedades de transmisión sexual, consumo de drogas, perfil de salud, procesos de exclusión social a los que están sometidos. En términos de acceso se destacó que en España fue relevante la incorporación del modelo de atención primaria; de la Argentina, destacan el programa de cárceles saludables que incorpora los derechos humanos, éticos y legales de los internos y el personal penitenciario. En México el acceso es reconocido como un problema al igual que en Colombia y Panamá. En Uruguay también se denuncia la falta de atención especializada. En los Estados Unidos los presos son sometidos a la lógica de los seguros privados. Se realizan exámenes de rutina sin estar incorporados el VIH ni la Hepatitis C. Se describe que profesionales que fueron sancionados al ejercer su profesión, pueden trabajar en establecimientos penitenciarios. Para concluir, se expresa que en la mayoría de los estudios existen deficiencias del sistema penitenciario para proteger la salud de la población a su cargo y que las excepciones serían España y Argentina (Hernández & Mejía, 2010). Aún con la presencia en este país del programa de Cárceles Saludables, se observa, a través de este estudio, la persistencia de problemas de acceso y accesibilidad tanto administrativa como simbólica.

Por último, destacar que no existen problemas, aparentes, de oferta de servicios, entonces el foco no estaría tanto en el acceso como en la accesibilidad y la aceptabilidad.

Con relación a la accesibilidad a los tratamientos con regularidad en las unidades de atención se observa que en todas las enfermedades indagadas, de aquellos que percibían que la tenían antes de entrar en prisión, algunos recibían tratamientos y ahora no reciben, otros no recibían y ahora reciben, otros recibían y ahora continúan recibiendo y otros no recibían y no reciben ahora. Sin entrar en detalles en los números y bajo el supuesto de que, aún se tratase de un solo caso, existiría una limitación del derecho a la salud, se observa que se trata de una situación de deficiencia de cumplimiento del mismo (Castro, 2006), tanto en

términos abstractos de su significado como de incumplimiento, dado el amplio abanico de normas jurídicas sobre el derecho a la salud existente en Argentina para esta población (Marisa Aizenbrg (Directora), 2014).

### **3.2.6 Accesibilidad a exámenes preventivos**

Por lo observado en las encuestas se observa que a las mujeres les ofrecieron en mayor medida que a los varones, la realización de un examen de salud. También fueron ellas las que se aplicaron mayor cantidad de vacunas, se realizaron examen diagnóstico de HIV-SIDA, se realizaron más diagnósticos de tuberculosis, Chagas y sífilis. Dado que la función de la prisión es fundamentalmente disciplinadora y basada en el control, se observa que, el control es mas acentuado sobre el cuerpo de la mujer que del varón, por lo menos desde la percepción de la población encuestada. Esto trae nuevamente la dimensión de género y en este caso, al modelo foucaultiano, como disciplinadora y normalizadora del cuerpo femenino más que del masculino o por lo menos, con otras tecnologías. *“El control de la sociedad sobre los individuos no opera por la ideología sino que se ejerce a través del cuerpo. El cuerpo es una realidad biopolítica y la medicina es una estrategia biopolítica”* (Foucault, 1996b) pag. 53). Por otro lado, a esta posible interpretación se le suma la de todo el acúmulo teórico sobre género, ya citado precedentemente, donde se observa que son las mujeres las que en mayor medida cuidan de su propia salud y su núcleo familiar en comparación con los varones que solo acuden a la consulta médica ante síntomas manifiestos. También se podría expresar que, en el caso de que sean ofrecidos mayor cantidad de exámenes a mujeres que varones, esto constituiría un acto de violencia hacia las mujeres (Pedrosa, Jane, & Spink, 2011), por parte de los profesionales porque solo sería explicado bajo el supuesto de fragilidad o de debilidad o de disciplinamiento de los cuerpos (Mendes, 2006) femeninos. En el caso de las mujeres existiría intersección de estigmas (Hirata, 2014); por presa y por mujer, que superarían los estigmas asociados al varón.

En cuanto al nivel de escolaridad, se observa una mayor oferta de exámenes de salud, a personas con nivel primario incompleto o menos, sin embargo la aplicación de vacunas es mayor entre reclusos de mayor nivel de escolaridad. Parecería no existir un patrón claro, entre nivel de escolaridad y acceso a

exámenes de salud sin embargo si a los de menor nivel de escolaridad (menor estrato social) se les ofrece en mayor medida, la realización de exámenes de salud, podríamos estar ante una situación de discriminación positiva con un componente de clase.

En cuanto al tiempo en prisión, se observa que el examen de salud fue ofrecido a una tercera parte de la población de entre 1 y más de cinco años. Esto refuerza la idea de la limitación del derecho ya que es obligatorio una vez al año para toda la población (Kreplak et al., 2015). Resulta llamativo que a los que tienen menos de un año, se les haya ofrecido en menor medida aún y una posible explicación podría ser que como en el ingreso se realiza que los consideren parte de la rutina de ingreso y no como examen de salud.

En relación a la aplicación de vacunas, cuando mayor es el tiempo en prisión, más la tasa de aplicación y lo mismo ocurre con la realización de test de VIH-SIDA, tuberculosis y sífilis y esta situación podría tener que ver con la sensación de que, a medida que pasa el tiempo en la cárcel, el cuerpo se desgasta, entonces acuden más a los exámenes diagnósticos. También existe una sensación de pesimismo, después de años en la cárcel, que no sería ajeno a las condiciones de salud del recluso. Parecida situación con la que se relata en un estudio en España (Oviedo-Joekes et al., 2005)

### **3.3 La salud de la población transgénero**

Dado que se trató de cinco casos, poco es posible generalizar o comparar entre sí o con otra población, sin embargo se expresa que el estigma por estar recluso, debe asociarse al estigma sexual y quien fuera mujer, aún asociado a un estigma de género, ya que existen socialmente discursos de discriminación debido a la identidad o elección sexual (Barrientos, 2016) en argentina. Estas tres intersecciones (Hirata, 2014) potenciarían la segregación de estas personas. Teniendo en cuenta que el cuerpo es el territorio del ejercicio de poder en las sociedades occidentales (Mendes, 2006), estas cinco personas no escaparían a todos estos mecanismos y esto también seguramente se refleja en el acceso a los servicios de salud.

Una de las formas de violencia contra la población LGBT es la invisibilización de la misma en los servicios de salud, proponiendo ofertas hetero normativas para

utilizar los servicios (Albuquerque, Garcia, Alves, Queiroz, & Adami, 2013). Las prisiones no escapan a esta situación y aquí también se observaría un mecanismo más de disciplinamiento o control de los cuerpos.

### ***3.4 Reflexiones sobre el cumplimiento del derecho a la salud en las cárceles federales argentinas***

Partiendo del concepto de Rawls, del derecho a la salud como la igualdad de oportunidades aún dentro de la lógica del liberalismo (Vélez Arango, 2010) para que cada uno realice sus planes de vida, y dada la situación de encierro donde las personas no pueden elegir libremente, deberían existir mecanismos que garanticen la igualdad de oportunidades en la atención.

La consolidación del sistema penitenciario en los países occidentales, tiene entre sus bases el utilitarismo de Bentham. En dicha corriente se argumenta que no es importante el sufrimiento de una minoría si con esto una mayoría esta bien. Dicho de otra manera, no es importante el encierro de pocos si con esto la mayoría tiene sus derechos garantizados. Por lo tanto las prisiones sirven para albergar a esa minoría que no cumple con la ley. El objetivo, no sería la igualdad de oportunidades dentro de la prisión sino que es el control de los cuerpos, el disciplinamiento de los sujetos y la reeducación moral de los mismos. En este sentido, estas posiciones éticas entre la teoría de justicia de Rawls y el utilitarismo inglés, serían contradictorias en su aplicación.

En las prisiones prima el utilitarismo en cada una de las tecnologías de control y de esta manera nos alejamos, desde el punto de vista ético, al concepto de igualdad de oportunidades.

Si nos alejamos de la igualdad de oportunidades, el derecho a la salud deja de ser universal y acomodado a las necesidades de los usuarios y pasa a ser considerado dentro de la lógica utilitarista donde se niega el derecho universal en función del concepto costo/beneficio (Vidiella, 2000). Las políticas neoliberales en materia de salud, restrictivas en su oferta, se basan en esta concepción. Si bien el SPF ofrece servicios de salud, no parecería existir una preocupación por que sean accesibles. No se encontraron documentos o artículos que analicen la accesibilidad a estos servicios en el SPF y por lo que

se pudo observar a partir de la encuesta existen grandes desafíos en este sentido:

Se observa que parte de la población percibe que padece alguna enfermedad y no recibe tratamiento;

Existen problemas de accesibilidad organizacional y de aceptabilidad de los servicios por parte de los usuarios;

Parte de la población vivencia que necesita un servicio y no lo tiene, más allá del entrelazamiento subjetivo con otras necesidades que podrían existir;

Los exámenes de salud no son ofrecidos una vez al año como declaran las normas.

A esta situación se suman los preconceptos de género y en algunas oportunidades, de clase. La oferta de servicios es hetero normativa y basada en la población supuestamente normal y no contempla los colectivos LGBT. Esto, junto con la invisibilización de estos colectivos por parte del SPF, genera violencia hacia la población con éstas identidades o elección sexual además de la violencia contra las mujeres que ejercen los servicios de salud carcelarios al no reconocerlas con diferencias con los varones.

Por lo expresado anteriormente se podría argumentar que existen deficiencias en el cumplimiento del derecho a la salud de la población reclusa en las cárceles del SPF.

### **3.5 Limitaciones del estudio**

Se aclara que en este estudio existen limitaciones referidas a la memoria ya que se trató de la aplicación de un cuestionario que indagaba por acciones del pasado. En ese caso, pudieron haber ocurrido fallos en la misma y como consecuencia, inexactitud de las respuestas, en especial cuando se trata de la propia salud/enfermedad. Otra limitación clara fue la muestra. Se trató de una encuesta de muestra intencional y por lo tanto no puede generalizarse esta situación al universo de población carcelaria. Por último, otro limitante es el concepto de percepción donde se anudan vivencias objetivas y subjetivas y la trama entre ambas es difícil de separar. Por lo tanto las vivencias están mediatizadas por la subjetividad que las expresa y pueden estar iluminadas por

fenómenos que el investigador desconoce o apagadas por esos mismos fenómenos. Por lo tanto se trata de una aproximación al estudio de la situación de salud enfermedad y accesibilidad en las cárceles que no pretende ser abarcativo sino que pretende dejar algunos retazos de ideas para que otros investigadores puedan continuar con estudios mas específicos.

## **Conclusiones del estudio**

Las prisiones argentinas nacen del modelo de castigo al que infringe normas (sociedad punitiva) propias del modelo liberal de la conformación de los estados modernos. Este modelo se caracteriza por la privación de la libertad como castigo igualitario; mediante aislamiento, clasificación de los individuos, correctivos y disciplinamiento moral de los reclusos. Este sistema, si bien ha sufrido transformaciones, propias de la conquista y avance de derechos del siglo XX, no se ha modificado en su esencia. Otros de los valores fuertemente observados en la literatura de fines del siglo XIX e inicios del XX y referida al espíritu carcelario, es el concepto de utilidad que tiñó las instituciones argentinas de bienestar social pre peronistas y también al sistema carcelario. Los reclusos deben transformarse en personas útiles. La filosofía utilitarista también se encuentra sobre la base del sistema penitenciario y coincidentemente forma los pilares del liberalismo económico. Se podría decir que las cárceles no escapan al ideario de la época en que fueron pensadas y nunca hubo, hasta la fecha, un cambio de paradigma, sino que se incorporaron derechos y garantías sin cambiar de fondo las filosofías que sustentan el encierro.

A la hora de cumplir el derecho a la salud en las cárceles argentinas se evidencia que el mismo tiene indirectamente un rango constitucional y contempla, en Argentina y a partir del primer gobierno de Perón, su característica de universalidad y gratuidad. El SPF sostiene entre sus principios el derecho a la salud como derecho humano y garantiza el cumplimiento del mismo a todos sus reclusos con la salvedad de que, como las personas están privadas de su libertad, son ellos los que deben proveerlos con acceso irrestricto y la reflexión sobre esto, es lo que ofrece la presente tesis.

Se observó que existe, dentro del SPF, una cantidad de profesionales trabajando y distribuidos de forma tal, que a priori serían adecuados para garantizar este derecho. También se pudo observar que existe, dentro de la población, un riesgo aumentado de enfermedades crónicas y trasmisibles potenciado por la situación de privación de la libertad y el tiempo de encierro.

La percepción de salud de los sujetos encarcelados expresa un componente de género. Las mujeres son las que cuidan en mayor medida de su salud y están más atentas con estos cuidados. Los hombres y su sensación de potencia y fortaleza, los aleja de los servicios creando mayores vulnerabilidades. Se

observa que los internos de mayor tiempo van empeorando su percepción de salud y este desánimo podría repercutir en las condiciones de vida de los mismos. En cuanto a la percepción de las enfermedades seleccionadas en este estudio, nuevamente se encuentra un componente de género donde las mujeres están más atentas a los padecimientos que los varones.

No obstante esta situación, los servicios penitenciarios no parecerían incorporar las concepciones de género entre sus prácticas, y la literatura indica que ofrecen el mismo tipo de servicios para ambos sexos, siendo el patrón el masculino. Se constituye así un problema de violencia hacia las mujeres y colectivos LGBT.

En relación al acceso a los servicios penitenciarios, la primera barrera estaría sorteada porque existe oferta de servicios. Los problemas encontrados estarían más próximos a los conceptos de accesibilidad y aceptabilidad o accesibilidad simbólica. El primero de los problemas tiene que ver con la confianza en el vínculo con el profesional, sabiendo que existe una asimetría en la relación entre ambos y también la posibilidad de los médicos de romper el secreto profesional.

Un segundo problema, ligado a la accesibilidad organizacional, da cuenta que existen problemas en la espera de los turnos para la atención. Gran parte de la muestra o se queja por la espera o decide no atenderse. Podría tratarse también de un problema de accesibilidad simbólica ya que si existen contradicciones entre la representación de demora de los internos y la de los médicos, es porque el vínculo necesita ser trabajado.

Las mujeres, de todas maneras, son las que en mayor medida resolvieron su situación de salud, comparadas con los varones y esto podría interpretarse en este caso, que los determinantes de género conformaron para esta situación, un factor protector.

Con relación a la accesibilidad a los tratamientos con regularidad, se observan algunas situaciones donde antes de entrar a la cárcel tomaban medicación por alguna enfermedad previa y ahora no lo hacen o que perciben que tienen esa enfermedad y no reciben tratamiento. Si bien las percepciones se anudan a las condiciones subjetivas y pueden ser parte de esta trama, hay varias personas que expresaron esta situación y es necesario escucharlas. Nuevamente la accesibilidad simbólica estaría en juego.

A las mujeres se les fue ofrecido, en mayor medida que a los hombres, el examen periódico de salud anual, desde el punto de vista de sus percepciones y esto también tiene un tinte de género. Las cárceles son disciplinadoras y la disciplina se ejerce sobre el cuerpo. El cuerpo femenino ha sido mucho más disciplinado a lo largo de la historia y por medio de prejuicios morales que el masculino y las cárceles no escapan a este ideario social. Aquí comienza a observarse alguna intersección de estigmas que más que sumarse se potencian; el de reclusa y el de mujer. Por otro lado, según la memoria de los encuestados, este examen fue ofrecido a una parte reducida de la población y no debería ser así ya que figura en las normas como obligatorio.

En relación al acceso a test diagnósticos, se observa que cuanto más pasa el tiempo en prisión mayor es el consumo de estos y podría relacionarse con la sensación de pesimismo y deterioro de las condiciones de salud debidas al encierro.

La población trans fueron pocos casos sin embargo se infiere que no existen diferencias entre dentro y fuera de prisión y que si afuera existe discriminación debe existir adentro también. La condición de estigma por la reclusión, sobre la sexualidad de la/el reclusa/o y en algunos casos de género, tiende a segregar a esta población y a vivir con una triple intersección de valoraciones negativas. También existe violencia contra el colectivo LGBT al ser invisibles para los servicios de salud y solamente ser ofrecidas ofertas hetero normativas y masculinizadas.

Por lo descrito en el trabajo se observa que el ideario carcelario entra en conflicto con el ideario de garantía de derechos basados en la igualdad universalidad y gratuidad, en términos teóricos. No obstante en la práctica, existen servicios de salud en las prisiones que dan cobertura con estructura acorde a la demanda aunque con problemas de accesibilidad tanto organizacional como y fundamentalmente simbólica ya que algunos problemas de acceso organizacional primero ponen en juego decisiones en la población que son parte del universo simbólico de la misma. A esta situación se le suma la violencia de género de los servicios, la discriminación por género y las intersecciones entre género y clase (estar detenido es la más baja casta social)

que exponen a esta población a vulnerabilidades que afectan a la salud y dificultan el encuentro con los servicios de salud.

## 4. Bibliografía

- Albuquerque, G. A., Garcia, C. de L., Alves, M. J. H., Queiroz, C. M. H. T. de, & Adami, F. (2013). Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde Em Debate*, 37(98), 516–524. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000300015&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300015&lang=pt)
- Alvarez, A. C. (2013). El impacto de los brotes de poliomiélitis en las formas de organización ciudadana (Buenos Aires). *Revista de Historia de La Medicina y Epistemología Médica*, 1(2), 1–17.
- Añaños-bedriñana, F. T., & Jiménez-bautista, F. (2016). *Población Y Contextos Sociales Vulnerables: la prisión y el género al descubierto*. Granada.
- Arce, H. (1993). *El territorio de las decisiones Sanitarias*. (Macci editores, Ed.) (1era ed.). Buenos Aires.
- Assis, M. M. A., & de Jesus, W. L. A. (2012). Acesso aos serviços de saúde: Abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciencia e Saude Coletiva*, 17(11), 2865–2875. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>
- Barbiani, R., Junges, J. R., Nora, C. R. D., & Asquidamini, F. (2014). A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: Avanços, limites e desafios. *Saude e Sociedade*, 23(3), 855–868. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300010>
- Barrientos, J. (2016). Situación social y legal de gays, lesbianas y personas transgénero y la discriminación contra estas poblaciones en América Latina. *Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana*, 22(abril), 331–354.
- Bassett, C. (2004). *Qualitative Research in Health Care*. (Whurr Publishers, Ed.), University of Sheffield (1era ed.). London and Philadelphia. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7046.1619a>
- Bellón, M., Nausa, J., Paturianne, R., & Pérez Mereles, M. (2014). Re-inserción social después de la cárcel. ¿Qué queda después de las rejas? VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional En Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores En Psicología Del MERCOSUR, 31–34.
- Bellver Capella, V. (2007). Ética, Salud Y Atención Sanitaria En Las Prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9(1), 7–9. <https://doi.org/10.4321/s1575-06202007000100001>
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. (Anagrama, Ed.). Barcelona.
- Carballeda, A. (2004). *Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad*. (E. Editorial, Ed.) (1era ed.). Buenos Aires.
- Carrillo, A. (2005). *Ramon Carrillo, el hombre, el médico, el sanitarista*.

- (Augusto Ramón Carrillo y Arturo Carrillo, Ed.) (1era ed.). Buenos Aires.
- Castro, A. (2006). Sobre el derecho a la salud \*, 32(1), 1–4.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vazquez, A., ... Stolkiner, A. (2006). EL CONCEPTO DE ACCESIBILIDAD : LA PERSPECTIVA RELACIONAL ENTRE POBLACIÓN Y SERVICIOS. *Anuario de Investigaciones de La Facultad de Psicología, XIV*, 201–209.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., ... Stolkiner, A. (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *FACULTAD DE PSICOLOGÍA - UBA / SECRETARÍA DE INVESTIGACIONES / ANUARIO DE INVESTIGACIONES, XIV*, 201–209. Retrieved from [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/comes\\_\\_accesibilidad.Accesibilidad..v14a19.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/comes__accesibilidad.Accesibilidad..v14a19.pdf)
- Dirección de Sanidad - Servicio Penitenciario Federal. (2011a). *Acceso a Salud y Morbilidad en el SPF Situación Sanitaria 2011*.
- Dirección de Sanidad - Servicio Penitenciario Federal. (2011b). *Situación Sanitaria 2011 - Servicio Penitenciario Federal*.
- Diwana, V., Sánchez, A. R., Araújo, L., Duarte, A. M., Garcia, M., Milanez, E., ... Larouze, B. (2008). Health in the prison system: Representations and practices by prison guards in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saude Publica, 24*(8), 1887–1896. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800017>
- Espitia, O. L. P., & Velandia, S. P. M. (2018). Prestación de Servicios de Salud de las Personas Privadas de la Libertad. *Insight Medical Publishing, 14*(26), 1–6. <https://doi.org/10.3823/1388>
- ETS, D. de S. y. (2011). *Boletín sobre el VIH-sida en al Argentina*. Buenos Aires.
- Facciuto, A. (2005). *La sociedad de beneficencia Argentina. Lo oculto tras la bondad de una época*. (Ed. Paidós, Ed.) (1era ed.). Buenos Aires.
- Ferraz, D., & Kraiczky, J. (2010). Gênero e políticas públicas de saúde - construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Rev. Psicol. UNESP, 9*(1), 70–82. Retrieved from <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/view/166/215>
- Fontanella, B. J. B., Luchesi, B. M., Saidel, M. G. B., Ricas, J., Turato, E. R., & Melo, D. G. (2012). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública, 27*(2), 388–394. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2011000200020>
- Foucault, M. (1996a). Cap. 3 La Sociedad Punitiva. In E. Altamira (Ed.), *La vida de los hombres infames* (1era ed., pp. 1–144). La Plata.
- Foucault, M. (1996b). *La vida de los hombres infames*. (Editorial Altamira, Ed.) (1era ed.). La Plata.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. (S. X. Editores, Ed.) (1 reimpres). Buenos Aires.

- Giovanella, Ligia; Fleury, S. (1996). Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise. In Fiocruz (Ed.), *Política de saúde: o público e o privado* (pp. 177–198). Rio de Janeiro.
- Goffman, E. (2001). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. (Ammorrortu Editores, Ed.). Buenos Aires.
- González, M. V., & Álvaro-Brun, E. (2012). El Secreto Médico en Instituciones Penitenciarias. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 3(1), 22–29. Retrieved from <http://sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/204/450>
- Guariglia, O., & Vidiella, G. (2011). *Breviario de Etica*. (Edhasa, Ed.) (1era ed.). Buenos Aires.
- Gudín Rodríguez-Magariños, F. (2014). Introducción historia de las prisiones. In criminología y E. S. Tirant lo blanch (Ed.), *La historia de las penas: de Hammurabi a la cárcel electrónica* (pp. 1–557).
- Hernández-Fernández, T., & Arroyo-Cobo, J. M. (2010). Resultados de la experiencia española: una aproximación global al VIH y al VHC en prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 12(3), 86–90. <https://doi.org/10.4321/s1575-06202010000300004>
- Hernández, J., & Mejía, L. M. (2010). Accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa colombiana: un reto para la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28(2), 132–140. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/120/12016346005.pdf>
- Hirata, H. (2014). Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo Social*, 26(1), 61–73. <https://doi.org/10.1590/S0103-20702014000100005>
- Iglesias Díez, A. (2018). La violación del Secreto Médico en Argentina. *Revista de La Facultad de Derecho de México*, 68(272–2), 821. <https://doi.org/10.22201/fder.24488933e.2018.272-2.67572>
- Jesus, W. L. A. De, & Assis, M. M. A. (2010). Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 161–170. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100022>
- Kreplak, N., Larrabide, J., Giorgi, S., & Kohan, P. (2015). *Atención y Cuidado de la Salud de Personas Privadas de su Libertad*. (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos - Presidencia de la Nación, Ed.) (1era ed.). Buenos Aires. <https://doi.org/10.1007/978-981-287-065-0>
- Landini, F., Cowes, V. G., & D'amore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(2), 231–244. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00030313>
- Laurell, A. (1992). Avanzar al pasado: Las políticas sociales del neoliberalismo. In UAM Xochimilco - Fund F Ebert. (Ed.), *Políticas sociales y salud en el neoliberalismo* (1era ed.). México.
- Levin, L. (1981). *Derechos Humanos . Preguntas y Respuestas*. (Ediciones de la UNESCO, Ed.). París.
- Machin, R., Couto, M. T., Silva, G. S. N. Da, Schraiber, L. B., Gomes, R.,

- Santos Figueiredo, W. Dos, ... Pinheiro, T. F. (2011). Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4503–4512. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200023>
- Marisa Aizenbrg (Directora). (2014). *Estudios acerca del derecho a la salud*. (L. S. A. E. e I., Ed.) (1era ed.). Buenos Aires.
- Martino, M. V. (2015). Las cárceles federales argentinas. Su historia desde 1553 hasta la. *Rev. Pensamiento Penal*, 1–61.
- Mendes, C. L. (2006). O corpo em Foucault: superfície de disciplinamento e governo. *Revista de Ciências Humanas*, 0(39), 167–181.
- Michalewicz, A., Pierri, C., & Ardila-Gomez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/Atención al proceso de salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones de La Facultad de Psicología*, XXI, 217–224.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Convenio Marco de Cooperación y Asistencia “Justicia con Salud, Salud para incluir” (2008).
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Plan Estratégico de Salud Integral en el Servicios Penitenciario Federal 2012-2015 (2013).
- Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación. (2003). *Tercera Encuesta Nacional de Factores de riesgo para enfermedades no trasmisibles*. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación. (2010). *Boletín Epidemiológico Anual*. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación. (2018). *Boletín sobre Tuberculosis en la Argentina Nro. 1*.
- Muñoz, R. (2006). Carrillo, El primer Ministro de Salud. *La Política Online*, p. 3.
- Oficina de las Naciones Unidad contra la Droga y el Delito. (2012). El sistema penitenciario. Manual de instrucciones para la evaluación de la justicia penal. *Medidas Privativas y No Privativas de La Libertad.*, 62.
- Oviedo-Joekes, E., March Cerdà, J. C., Ramos Montserrat, M. J., Ballesta Gómez, R., & Prieto Rodríguez, M. Á. (2005). Percepción del estado de salud y utilización de servicios sanitarios por parte de las personas internas en una prisión andaluza, 1999. *Revista Espanola de Salud Publica*, 79(1), 35–46. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272005000100004>
- Pedrosa, C. M., Jane, M., & Spink, P. (2011). A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde : desafios para a formação médica. *Saúde e Sociedade*, 20(1), 124–135.
- Penitenciario, C. F. (2019). Servicio Penitenciario FEderal.
- Pinzón Espitia, O., & Meza vElandia, S. (2018). Prestación de Servicios de Salud de las Personas Privadas de la Libertad. *Archivos de Medicina*, 14(2:6), 1–6. <https://doi.org/10.3823/1388>
- Procuración Penitenciaria de la Nación. (2011). *Informe anual de la procuración penitenciaria de la Nación: La situación de los derechos humanos en las*

*cárceles Federales de la Argentina.*

- Procuración Penitenciaria de la Nación. (2018). *La situación de los derechos humanos en las cárceles Federales de la Argentina. Informe anual 2017.* (Procuración Penitenciaria de la Nación 2018, Ed.) (1era ed.). Buenos Aires.
- Raffa, C. (2007). El modelo panóptico en la arquitectura penitenciaria argentina: la primera cárcel en la ciudad. Mendoza, 1864. *Argos*, 24(47), 15–27.
- Rawls, J. (1971). *Teoría de la Justicia* (Fondo de C). México.
- Rawls, J. (1999). Justicia como equidad. *Revista Española de Control Externo*, 129–168.
- Read, D. (2007). *Experienced utility: Utility theory from Jeremy Bentham to Daniel Kahneman. Thinking and Reasoning* (Vol. 13). <https://doi.org/10.1080/13546780600872627>
- Revel, J. (2005). *Michel Foucault: conceitos essenciais.* (Claraluz, Ed.) (1st ed.). San Carlos. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Rodríguez, P. E. (2008). ¿ Qué son las sociedades de control ? *Sociedad. Revista de La Facultad de Ciencias Sociales de La UBA*, (27), 177-192.
- Rovere, M. (2019). Organismos Internacionales de salud y la Argentina.
- Schraiber, L. B., Figueiredo, W. dos S., Gomes, R., Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Machin, R., ... Valença, O. (2010). Necesidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(5), 961–970. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500018>
- Starfield, B. (2002). *Atenção Primaria. Equilibrio entre necesidades de saúde, serviços e tecnologia.* UNESCO, Ministerio da Saúde. Brasilia. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Vélez Arango, A. L. (2010). La protección de la salud en la filosofía liberal. *Hacia La Promoción de La Salud*, 15(1), 63–77.
- Vidiella, G. (2000). *El derecho a la Salud.* (EUDEBA, Ed.) (1era ed.). Buenos Aires.