

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Derechos reproductivos de las mujeres en cárcel
"Casa Medio Camino"

Carolina Rodríguez

Tutor: Celmira Bentura

2012

"Yo quiero romper la vida,
Cómo cambiarla quisiera,
Ayúdeme, no demore,
Que una gota, con ser poco,
Con otra se hace aguacero".

Daniel Viglietti

INDICE:

INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO I: Dialéctica Salud-Enfermedad	
1.1).¿Qué tipo de Salud reciben las Mujeres Privadas de Libertad en Cárcel “ Casa Medio Camino”	7
1.2).¿Porqué el Equipo de Salud visualiza a la Salud ligada a la Enfermedad?.....	11
CAPÍTULO II: Algunas consideraciones sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud.	
2.1). Aproximándonos al Sistema Nacional Integrado de Salud.....	15
2.2).¿Promoción y Prevención de Salud Reproductiva o control de la reproducción? ¿Qué ocurre en Cárcel “Casa Medio Camino”	21
CAPÍTULO III: ¿Cómo repercute la dialéctica salud-enfermedad en la Vida Cotidiana de las Mujeres Privadas de Libertad en Cárcel “Casa Medio Camino”	
3.1).Género y “Salud Asistencialista” dentro de Cárcel “Casa Medio Camino”	30.
3.2). Aproximándonos a la Vida Cotidiana de las mujeres en Cárcel Casa Medio Camino.....	39.
REFLEXIONES:	43.
BIBLIOGRAFÍA:	48.
ANEXOS:	58.

INTRODUCCIÓN:

El presente trabajo constituye la Monografía Final para acceder al título de Licenciada en Trabajo Social. El tema seleccionado es abordar la temática de los Derechos Reproductivos de las Mujeres Privadas de Libertad en Cárcel “Casa Medio Camino”, reconociendo la importancia de la dialéctica salud-enfermedad en dicha temática.

Para el mismo se tomará como antecedente al proyecto de investigación realizado en el año 2010, correspondiente a la materia Taller de Investigación “Salud y Sociedad”, en el que se abordó el tema Salud Sexual y Reproductiva, en la institución arriba mencionada.

“Casa Medio Camino” es una Cárcel que cumple el rol de anexo a la Cárcel de Mujeres Cabildo, y por tanto depende de la Dirección Nacional de Cárceles. Esta “ Casa”, tiene un régimen semi-abierto donde las mujeres privadas de libertad tienen salidas transitorias y deben poseer determinadas requisitos a la hora de su ingreso, entre ellos haber cumplido la mitad de la pena, así como también haber tenido buena “conducta” y “comportamiento” en Cabildo. Es un lugar que aloja aproximadamente a 20 mujeres, por lo tanto la oportunidad de integrarse allí es reducida.

Nuestro objeto de estudio fue: Conocer como se efectivizan los Derechos Reproductivos de las Mujeres Privadas de Libertad en Cárcel “Casa Medio Camino”.

La investigación consistió en indagar: ¿Se contemplan los lineamientos generales que se promueven desde el Ministerio de Salud Pública, en materia de Salud Reproductiva?

Para ello, se plantearon como objetivos específicos: a) la prevención y tratamiento de enfermedades de nuestro aparato reproductivo.

b).La información clara sobre distintas opciones en anticoncepción, tener garantizado el acceso a los diversos métodos de forma gratuita o a bajo costo. Poder elegir libremente y adoptar el de nuestra preferencia, incluida la anticoncepción de emergencia.

c).métodos irreversibles como ligadura de trompas y vasectomía.

Las técnicas utilizadas para dicha investigación fueron: la entrevista semi-estructurada individual, observación y el registro.

Para ello fue necesario conocer el discurso de los/as actores involucrados, entre ellos se destacan los informantes claves: las Mujeres privadas de libertad en Cárcel “Casa Medio Camino” y los informantes calificados: el Director de la Cárcel y el equipo de salud¹: Doctora y Enfermero.

Una vez realizado las entrevistas se pudo concluir que en Cárcel “Casa Medio Camino” se trabaja a partir de la demanda puntual, quedando el trabajo a un nivel asistencial o curativo, posicionándose frente a una visión fragmentada de las personas, no tomando en cuenta su totalidad, es decir, dejando de lado la prevención, promoción y el trabajo grupal e interdisciplinario con las mujeres privadas de libertad que allí residen.

Es preciso mencionar que se tomará como antecedente al material empírico que se utilizó en dicha investigación en Cárcel “Casa Medio Camino”.

Tomando como referencia el trabajo realizado en taller de investigación, y utilizando el material empírico es que se origina en mí el interés por abordar teóricamente la problemática que padecen las mujeres de Cárcel “Casa Medio Camino”, respecto a sus Derechos Reproductivos.

Para ello en el Capítulo I se trabajará la concepción desde la que se posiciona el equipo salud frente a la concepción salud-enfermedad. Es por esto que considero necesario problematizar: ¿Qué tipo de salud reciben las mujeres privadas de libertad? ¿Por qué el equipo de salud visualiza la salud ligada a la enfermedad?

En el Capítulo II nos cuestionamos ¿cómo se manifiesta el Sistema Integral de Salud en Cárcel Casa Medio Camino?, realizando algunas consideraciones sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud y sus implicancias en las mujeres privadas de libertad.

¹ Definido por la OMS, en 1973, como *“una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible”*.

Así como también contextualizaremos a modo general la evolución a nivel internacional de los Derechos Sexuales y Reproductivos y en nuestro país. Una vez hecha esta contextualización nos preguntamos: “¿Promoción” y “prevención” de salud reproductiva o control de la reproducción?, ¿Qué ocurre en Cárcel “Casa Medio Camino?”

En el capítulo III se retomará la dialéctica salud-enfermedad pero buscando visualizar, ¿Cómo repercute la misma en la Vida Cotidiana de las mujeres privadas de libertad en “Casa Medio Camino”?

A modo de cierre, se reflexionará sobre la temática abordada a lo largo de este trabajo, intentando visualizar cual podría ser aporte del Trabajo Social en la atención de las Mujeres Privadas de Libertad.

CAPÍTULO I

Dialéctica salud-enfermedad:

1.1)- ¿Qué tipo de salud reciben las Mujeres privadas de libertad en Cárcel Casa Medio Camino?

Buscando aproximarnos a la respuesta de esta interrogante es necesario plantear bajo que concepción de Salud se pretender trabajar. Para ello se ha decidido retomar la definición planteada por Villar y Capotte quienes entienden por Salud: “(...) *una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social; que permite al individuo el cumplimiento de su rol social, está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad y constituye una inestimable bien social*”.(Hugo Villar y Roberto Capotte, extraído de la exposición de motivos, Parlamento Nacional).

Cabe destacar que Cárcel “Casa Medio Camino” cuenta con un equipo de salud conformado por: Doctora y Enfermero. Es decir atienden a las mujeres privadas de libertad solo con demandas puntuales referidas a la enfermedad: “curar a los enfermos”, control del cuerpo por medio del control de la enfermedad, marcado por el proceso de medicalización, más que en “cuidar y proteger a los enfermos”, careciendo de un equipo interdisciplinario para abordar la salud desde el punto de vista integral.

Esto se ha visto reflejado en las diferentes entrevistas, donde por ejemplo se relata las carencias en cuanto a la atención ginecológica de las mujeres privadas de libertad

“(...)estamos intentando de tener un servicio más integrado con ella (...) es lo que me queda pendiente; yo le pregunto a cada una

lo que va tomando, pero ese control al que tiene derecho la mujer una vez por año, hacerse un Papanicolaou, mujeres mayor de 40 años hacerse una mamografía, o la que tiene menos, consultas por flujo; eso es algo que yo lo planteo al servicio médico, al director nuestro y él quedo en que iba a venir la ginecóloga, pero yo pienso que no se ha dado la visita de la ginecóloga en cuanto que no tenemos lo necesario para implementar una asistencia, no tenemos una camilla(...). (Ver entrevista a Doctora, pregunta 6, Anexo 2).

Otro elemento que reafirma lo antes mencionado acerca del abordaje de la salud solo como atención a la enfermedad, es mediante lo que expresa la Doctora cuando afirma:

“El enfermero, está trabajando en la parte de policlínica en la policía, esta acá a la vuelta, cuando él tiene algo que lo llaman de acá él concurre, si hay una indicación puntualmente, si hay que suministrar alguna medicación intravenosa, intramuscular que no sea oral, él concurre hacerla y a veces cuando estoy acá, se da una vuelta para coordinar cosas, pedidos de fármacos, las que toman psicofármacos”. (Ver entrevista a Enfermero, pregunta N°4, Anexo 2).

Otro aspecto a resaltar que la Médica reconoce la necesidad de que la Salud pueda ser abordada desde un equipo integrado por más profesionales, se podría decir que esta institución carece por completo de dicho equipo:

“(...) a veces me plantean cosas a mí, que no son de mi especialidad (...).” (Ver entrevista a Doctora, pregunta N°16, Anexo 2).

En base a lo antes dicho, podría decirse que en esta Institución prima la definición utilizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual, en su Carta Magna o Carta Constitucional del año 1946 define a la Salud como: *“El Estado de completo bienestar físico, mental, y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*².

Esta definición se correspondía con la realidad histórica del momento en que fue formulada y tiene como eje central no sólo lo biológico sino que

²http://www.zuhaizpe.com/articulos/salud_oms.htm

incorpora lo mental y lo social, que era adecuado a ese periodo histórico.

Esta concepción define a la salud en forma negativa, entendiendo la misma como ausencia de enfermedad, esto implica un límite entre lo patológico y lo normal. Pero la fijación del mismo no es estática, se va modificando a lo largo de la historia, en tanto cambian las concepciones de enfermedad³.

Esta visión mecánica y biologicista de entender la salud constituyó y conformó las tradicionales formas legítimas de atención médica de la salud en nuestro país.

Se ha sostenido así un paradigma de la salud como ausencia de enfermedad o como completo estado de bienestar, sin incluir las tensiones conflictivas que se conjugan en el proceso de Salud y Enfermedad con aspectos concurrentes, contradictorios y complementarios.

De las diferentes entrevistas realizadas tanto a los integrantes del equipo de salud (Doctora y Enfermero), como a las mujeres privadas de libertad, se recoge que la salud no es considerada desde punto de vista de la prevención y promoción de manera integral sino desde la enfermedad, donde únicamente se busca atender a una demanda puntual. Se podría decir que existe una mirada naturalizada desde el punto de vista equipo de salud.

En contraposición a esto, el enfoque de Salud integral, implica que la conceptualización de la salud se realice desde una perspectiva multidimensional, de complejidad y contextualización histórica.

Es decir salud y enfermedad como estados que no se producen aislados uno del otro, *"(...) sino que constituyen manifestaciones de un mismo proceso dinámico en continua interacción dialéctica, con rupturas, cambios y contradicciones, tal como el organismo vivo está también en continua transformación y adaptación"*. (Villar;s/d:7).

Salud y enfermedad son expresiones diferentes, contradictorias, y complementarias de un mismo proceso dinámico.

Los abordajes hegemónicos en el sector salud tienden a minimizar la incidencia y el reconocimiento de los determinantes de orden sociocultural,

³ "Enfermedad procede del latín infirmitas-atís, es una alteración de la salud de las personas abarcando los aspectos biológicos, psicológicos, morales o espirituales."

económico y político, en la producción y solución de los problemas de salud-enfermedad.

Siguiendo en la misma línea de trabajo Friedson, plantea que *“El diagnóstico y tratamiento de la enfermedad no son actos comunes a los ratones, monos, y seres humanos, sino actos sociales peculiares de las personas. La enfermedad como tal puede ser una afección biológica, pero la idea de enfermedad no lo es, ni tampoco lo es el modo en que los seres humanos responden a ella. En estos términos, la desviación o enfermedad biológica se define socialmente y se circunscribe mediante actores sociales que la condicionan”*. (Friedson 1978:213)

Afirmando la idea anterior, tomando los aportes de Mitjavila, M (1992) el poder hegemónico del conocimiento y control médico se ha introducido en la vida cotidiana de las personas, en la familia, profesiones e instituciones, entre otros, donde predomina el control del cuerpo y la mente como herramienta de disciplinamiento, regulación y control social.

La vulneración de las personas por ser diferentes a lo normativo, a lo esperado, el surgimiento de la medicalización como potencializadora de la división entre las personas el “muro social”, cultural, entre las personas que son definidas como “normales” y las personas estigmatizadas como “anormales”.

De acuerdo a lo anteriormente expresado es que se considera necesario trabajar con la unidad biológica y lo social, desde ambos, desde una relación dialéctica, en la cual primará lo biológico o lo social según la situación. Se podría afirmar que la salud y enfermedad han sido condicionadas por variaciones históricas y socioculturales de cada época.

Salud y enfermedad son expresiones diferentes, contradictorias, y complementarias de un mismo proceso dinámico. La salud y enfermedad como un proceso multicausal *“todas las relaciones que se establecen entre los individuos, políticas, economía, culturales, filosóficas, y psicológicas repercuten de alguna manera sobre cada persona y están a su vez determinadas por las conductas de las propias personas. La experiencia clínica y patológica enseña que ante un enfermo esas interrelaciones se intrincan, se influyen mutuamente y resulta difícil en muchos casos determinar cual de los factores involucrados*

ha desempeñado un papel más importante en la génesis y desarrollo de un proceso patológico. En general las enfermedades no responden a una sola causa, a un factor etiológico aislado, se trata más bien de una cadena causal, en la que participan elementos físicos-químicos (microorganismo, tóxicos, compuestos químicos, radiaciones, factores genéticos), psíquicos (ansiedad, angustia, stress, temor) y factores sociales (desempleo), dificultades económicas, represión, malas reacciones)".(Villar;s/d;8).

De-construir el paradigma dominante que sostiene, a la vez, las producciones del saber científico hegemónico y las concepciones y demandas de la población, exige pensar la Salud–Enfermedad como un proceso al mismo tiempo singular y colectivo sustentado por diferentes factores: las determinantes socioeconómicos; incluyendo los valores y sensibilidades de los diferentes estamentos sociales, la producción socio-económica de masculinidades y feminidad y sus relaciones; el sistema de valores y creencias en relación al cuerpo y sus cuidados; los procesos de empoderamiento ciudadano en relación a sus derechos; los modelos de intervención técnico-profesional, donde se institucionalizan o se problematizan asimetrías de poder entre técnicos y usuarios.

1.2)- ¿Por qué el equipo de salud visualiza la salud ligada a la enfermedad?

La ideología que utiliza el equipo de Salud en la Cárcel “Casa Medio Camino”, podría ser claramente analizada desde Iris Lauz (2005), quién refiriéndose a la antigua concepción de salud la menciona como una práctica que pone énfasis en lo curativo, considerando a las personas en forma fragmentada, no tomando en cuenta al mismo en su totalidad sino dividiéndolo en especialidades médicas demasiado autónomas y desconectada de lo social, desvalorizando las dimensiones históricas, antropológicas, comunitaria, entre otras del ser humano. Se podría afirmar que es un modelo deshumanizante.

Considerando que el equipo de Salud en la Institución trabajada está integrado por una Médica y un Enfermero, podría dar un indicio del por qué a

este abordaje de la salud, entendemos que para que la misma sea abordada en forma integral, se requiere de un equipo interdisciplinario⁴.

Por otro lado nos cuestionamos la perspectiva de salud por el cual trabaja los técnicos en Cárcel “Casa Medio Camino” con las mujeres privadas de libertad. De esta manera, nos preguntamos: ¿Desde qué paradigma de salud se posiciona los técnicos? ¿Integral o asistencialista?

Se visualiza entonces que en dicha Cárcel predomina el modelo hegemónico de la salud como ausencia de enfermedad, implicando un control del cuerpo, a través de la cura de las enfermedades, transversalizado por el proceso de medicalización; ya que como se ha mencionado anteriormente su trabajo se centra en la atención de una demanda puntual de una situación de enfermedad.

Apoyándonos en los estudios realizados por L.Acosta sobre la medicalización de la sociedad uruguaya, se entiende la misma como un: “(...) *proceso cultural que torna el cuidado del cuerpo un bien inestimable es designado como medicalización de la sociedad, su contracara es la socialización del saber médico, por lo cual los valores (o sea los de la clase dominante) son internalizados en la racionalidad del médico*”. (Acosta. 1997:132)

Siguiendo la misma línea del autor, este proceso es resultado del tratamiento de las secuelas de la “cuestión social” en el marco de la secularización de la sociedad, del predominio del estilo de pensamiento positivista, cuyo modelo son las ciencias naturales (particularmente de la medicina). Esta a su vez, es la expresión ideal de la mercantilización de la vida social, del predominio del modo de producción capitalista. El estilo de pensamiento científico natural se corporativiza en la institución médica, desde donde será difundido como una forma “infra-estructural” de poder estatal en la práctica del “higienismo”. (Acosta 1997:130).

⁴ Se entiende que la interdisciplina se va produciendo a través de preguntas que una disciplina le hace a las otras, para operar con una situación concreta, tratando de superar las comprensiones fragmentarias. La intercircularidad entre ellas, además de integrar saberes, reduce el imperialismo intelectual entre algunas disciplinas (Kisnerman.1998)

De este modo, se podría afirmar que el higienismo fue parte de un proyecto socio-cultural de gobernar por hegemonía a las “clases peligrosas”, en el marco del “industrialismo” o de la implantación del *ethos* “productivista”, acostumbrándolas a ser constantemente vigiladas y controladas en nombre de la salud, obteniendo por otro lado de ellas la información necesaria para este control.

Lo anteriormente mencionado refleja en cierta forma lo que ocurre en Cárcel “Casa Medio Camino” con respecto al control del cuerpo. En dicha Institución mediante la entrega de métodos anticonceptivos podría decirse que, se busca tener cierto control de las mujeres privadas de libertad en cuanto a su reproducción y control de enfermedades. Retomando el discurso de la Doctora:

“Los anticonceptivos nos los mandan, tenemos anticonceptivos de barrera femenino y masculino, el femenino es medio rechazado, algunas prefieren colocarse el diu y eso conlleva un control y a su vez el control de toda mujer que lo están reclamando y yo soy consciente de que eso lo reclame para ver si se podía organizar”. (Ver entrevista a Doctora, pregunta N°6, Anexo 2).

Tanto el higienismo como el proceso de medicalización implicaron un cierto control y disciplinamiento de la sociedad. Es decir, en ambos casos se pretendía expandir la intervención de la medicina no solo a quienes estaban enfermos, sino también a toda la población, se podría decir que, en el sistema capitalista, los productos del trabajo son despojados a la clase trabajadora por aquella clase que posee los medios de producción material de la vida – burgueses-, hecho que deviene en una creciente reproducción de los mecanismos de explotación y dominación de una clase sobre la otra.

Se podría decir que lo antedicho estaría relacionado a la Cuestión Social entendiendo la misma como “(...) *el conjunto de problemas políticos, sociales y económicos que el surgimiento de la clase obrera impuso en la construcción de la sociedad capitalista. Así la cuestión social está fundamentalmente vinculada al conflicto entre el capital y el trabajo*”. (Netto, J. P. 1997:5).

En tal sentido, en la sociedad capitalista se podría decir que el trabajador no se apropia de la riqueza generada por su trabajo debido a la explotación que sufre los medios de producción, recibe un salario de acuerdo a las reglas de juego del mercado que no satisfacen sus necesidades, por lo cual el Estado debe implementar Políticas Sociales para conservar el statu-quo de la sociedad y que asegure el mantenimiento y reproducción de la sociedad capitalista.

Es así que como respuestas a las manifestaciones de la Cuestión Social es que surgen las Políticas Sociales, implementadas por el Estado principalmente dirigidas a los trabajadores para responder a las exigencias del mercado, en tanto síntesis de la tensión existente entre capital y trabajo.

Recordando a L. Weinstein(1978), en su texto hace mención que en el sistema capitalista- burgués necesitaba salud no para el goce, la comunicación, la creatividad, sino para mantener el trabajo, sin el cual no hay producción, no hay plusvalía, no hay ganancias. De ahí el desarrollo de la salud pública con la revolución industrial, el nacimiento de los sistemas de provisión para los trabajadores. La producción refleja el sistema. El capital impregna todos los ámbitos de la vida, y la medicina, ciencia aplicada del desarrollo de la vida, la sigue en todos los pliegues y diversifica funciones para cumplir con muchos requerimientos del sistema.

A modo de cierre de este capítulo se puede visualizar que más allá que han surgido nuevas formas de definir la Salud desde un enfoque integral y que éste es adoptado desde el discurso del equipo de salud de Cárcel “Casa Medio Camino”, se podría decir que en la práctica aún no ha podido implementarse ya que la salud parece sigue vinculada a la dialéctica salud-enfermedad, arraigada al viejo modelo, es decir a la salud ligada a la enfermedad.

A continuación, explicitaremos a grandes rasgos el Sistema Nacional Integral de Salud (SNIS) con la finalidad de aproximarnos a la visión de salud imperante en la actualidad y como dicha visión de la salud repercute en la vida cotidiana de las mujeres en Cárcel “Casa Medio Camino”.

CAPÍTULO II:

Algunas consideraciones sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud y sus implicancias en las mujeres privadas de libertad.

2.1)- Aproximándonos al Sistema Nacional Integrado de Salud.

Comenzando este capítulo es necesario hacer referencia a los lineamientos generales que en materia de políticas públicas conforman los programas del Ministerio de Salud Pública (M.S.P).

Tomando en cuenta los aportes de C. Midaglia y F. Antía (2007), desde el año 2005 con la asunción del gobierno de izquierda, el cual se planteó mejorar la situación de vulnerabilidad y exclusión social sufrida por un sector de la población, debido a la crisis del 2002. Una de las preocupaciones consistía en reajustar las Políticas Sociales, implementándoles una cierta orientación universalista e integral, que a su vez se articulara con algunas acciones focalizadas en la atención de las situaciones sociales más urgentes. Una de las reformas de las políticas sociales que se destacan es la reforma de la salud, implementada el año 2008.

De acuerdo a estas autoras, tiende a mantenerse un patrón de provisión social tipo mixto, en el que conviven servicios con orientaciones diferentes, generando así una matriz de bienestar y protección relativamente híbrida.

Siguiendo con lo que plantea C. Midaglia y F. Antía (2007), con la reforma de Salud cuyo objetivo es asegurar el acceso universal a los Servicios de Salud, guiado por principios de equidad, calidad y descentralización. La innovación de estas propuestas se plantean en tres planos: I) en el modelo de atención de salud, a través de la jerarquización del primer nivel de atención; II) en la forma de gestión, mediante la articulación de servicios públicos y privados, con un órgano central de gobierno, la Junta Nacional de Salud, III) en

el sistema de gasto y financiamiento del sector, a través de la creación de un fondo único de Salud: FONASA.

Con la descentralización de ASSE se busca separar la función prestadora que tiene la amplia red de servicios de salud del Estado, de la función de regulación y de control que siempre ha tenido el MSP y que busca necesariamente fortalecer desde el punto de vista normativo.

La reforma de la salud es una reforma estructural que desde la perspectiva institucional implica la creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado por la Ley N° 18.161 del 29/7/07 como servicios descentralizado, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), por la Ley N° 18.131 del 18/5/07; el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) por la Ley N°18.211 del 5/12/07 y la elaboración de un conjunto de norma que establecen el nuevo rol rector del M.S.P sobre el conjunto de sistema.

Los distintos centros de Salud y las policlínicas dependen de la Red de Atención al Primer Nivel de Atención (RAP), el cual a su vez, dependen de la Dirección del Sistema de Atención Integral (derivado de ASSE) y por ende del Ministerio de Salud Pública.

Brevemente podríamos nombrar los tres niveles según el grado de complejidad de las patologías de la siguiente manera: en el primer nivel se atienden las patologías que se resuelven con procedimientos simples (Centros de Salud, Policlínicas); en el segundo nivel, los que requieren para su resolución tecnologías y recursos más especializados (Hospitales); y en el tercer nivel los casos con mayor complejidad que los anteriores, que requieren más especialización aún; (Vale destacar que la frecuencia es mucho menor también).

Al organizar un sistema de atención de Salud, uno de los criterios para organizar los recursos de la atención médica, es establecer niveles de atención, teniendo como principal objetivo alcanzar la mayor cobertura posible de Salud en la población, garantizando el uso racional de los mismos.

En tal sentido, el sistema de atención de Salud en niveles, permite establecer de manera ordenada y estratificada las diferentes necesidades de la población.

En función de lo expuesto retomamos el primer nivel de atención en salud, en el cual se “articula” la promoción y prevención de la salud a nivel general de la población, cuyo eje central es parte del presente análisis.

Emili Cuenca define a la prevención como:“(…) *cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión*”. (Cuenca E: 1999:1)

De acuerdo a dicha definición se podría decir que la prevención, por tanto está ligada conceptualmente a la enfermedad; su fin último es mantener la salud evitando la enfermedad.

A su vez, la carta de Ottawa define la promoción de la salud como *“proceso de capacitación del conjunto de individuos para que se ejercen un mayor control sobre su propia salud y puedan así como mejorarla”*.

A modo de síntesis se podría decir que tanto la prevención y la promoción persiguen como meta la salud, pero la prevención lo hace situando su punto de referencia en la enfermedad, se podría decir que la prevención tiene como objetivo evitar la enfermedad, mientras que mediante la promoción de la salud se trata de mejorar y aumentar los niveles de salud.

En la Atención Primaria en Salud⁵ (APS) es donde las personas deberían acceder y satisfacer sus necesidades básicas de salud y trabajar en pro de mejorar su calidad de vida.⁶

⁵ Para una mayor comprensión se presenta la ley N° 18.211 en el capítulo IV, en el artículo N°36, la misma dice:“*El Primer Nivel de Atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigidas a la persona, familia, comunidad y por el medio ambiente, tendiente a satisfacer con la adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de calidad de vida desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se*

Vertugo,M(1995) apud: Cabrera,G(2008)se refiere a la Calidad de Vida como “(...) un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales, que representa el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos”.

Esta rescata la idea de la reflexión por parte del individuo de su propia vida, lo que implica un continuo cuestionar acerca de los sucesos que en su vida cotidiana van desarrollándose.

Con respecto a las necesidades expresadas por el autor, las mismas presentan un concepto multidimensional, el cual busca integrar todos los espacios de la vida cotidiana de las personas incluyendo tanto factores ambientales como personales.

Si bien actualmente la Calidad de Vida es utilizada desde las Ciencias Sociales como una categoría central, en tanto es utilizada para referir a condiciones generales de reproducción social, el abordaje de la misma debe llevarse a cabo por parte de un equipo interdisciplinario, teniendo en cuenta que abarca todos los ámbitos de la vida de las personas.

La Calidad de Vida, surge como lo menciona Falero, A (1996) de la propia “praxis social”, lo que la convierte en una categoría inclusiva que surge de la propia sociedad.

El nuevo modelo se propone evitar la fragmentación existente y propone un énfasis particular en la A.P.S. Se plantea conforme a esto fortalecer el

priorizará la coordinación local, departamental o regional entre los servicios de salud del primer nivel nacional, departamentales y comunitarias”.

⁶ La elaboración conceptual desarrollado fueron extraídos de: Alonso, Daniel y Arroyo, Alvaro.(1992) *Políticas sociales de salud: aportes desde una organización no gubernamental*. En Revista Uruguaya de Ciencias Sociales, Cuadernos del CLAEH N° 62, Año 17. Editada por CLAEH- 2da. Serie. Montevideo. Proyecto de Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud. 2006. En: <http://www.parlamento.gub.uy>

primer nivel de atención llevando adelante programas enmarcados en un esquema de promoción, protección, diagnóstico y tratamiento precoz y rehabilitación.

En este documento se pondrá énfasis en el primer nivel de atención que se define como:(...) *“la organización de los recursos, que permita resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes de una población dada, que pueden ser resueltas por actividades de promoción y prevención, y por procedimientos simples de recuperación y rehabilitación”*. (León, I; Herrera, M: 2008:s/d:45)

A modo de ejemplo en el primer nivel de atención, se desarrollan actividades de prevención dirigidas al individuo sano como protección y promoción de la salud.

La APS constituye la posibilidad de que las personas puedan acceder directamente a un establecimiento, facilitado por la proximidad de éstos en la comunidad, así como también tender a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de Salud y mejoramiento de la calidad de vida.

Permitiendo la coordinación si así lo requiere con otros servicios que presentan mayores especializaciones y complejidades, a su vez las acciones de atención integral de salud serán practicadas por el equipo interdisciplinario con infraestructura y tecnologías adecuadas.

Esta nueva organización del Sistema Nacional Integrado de Salud propone también un cambio en el modelo de atención a la salud. Considerando que el anterior modelo, al que llamaremos “modelo médico hegemónico” tiene como características según señala Clara Netto (s/d,9) *“ser biologicista, asistencialista, ahistórico, sin un enfoque social”*.

Al nuevo modelo lo denominaremos “modelo de atención integral” dado el énfasis que le atribuye al hecho de superar la fragmentación anterior. Se propone brindar una atención a la salud que parta de una mirada distinta del sujeto, una mirada integral que incorpore lo biológico, y consideraciones acerca de su entorno social, modos de vida, entre otros.

El SNIS orienta las políticas de salud hacia la construcción de un modelo bio-psico-social (integral) y participativo en la salud enfatizando la dimensión preventivo-promocional de la misma, teniendo como estrategia la Atención Primaria en Salud, así como también el trabajo en equipo de salud interdisciplinario donde cada disciplina ya no impone su conocimiento sobre los demás, sino que establecen un diálogo entre saberes para así construir un nuevo marco de trabajo.

Ahora bien, de acuerdo a los diferentes niveles de atención, nos cuestionamos: ¿La estrategia del primer nivel de atención en salud alcanza a Cárcel “Casa Medio Camino”?

De acuerdo de los discursos de los entrevistados, entre ellos con la Doctora nos comparte:

“(...) nosotros estamos como medio tratando de proporcionar, yo en mi caso, en este lugar que estoy ahora, tratando de proporcionar, por lo menos que funcione una policlínica (tener una consulta), que ellas tengan de referencia, tal día una vez por mes, que tengan lugar para irse chequeando (...)”. (Ver entrevista a Doctora, pregunta N°16, Anexo 2).

Cuando se le preguntó a la Doctora: ¿Se puede llevar adelante un trabajo desde este establecimiento carcelario, que parta desde una perspectiva integral de salud?, su respuesta fue:

“(...) En el contexto hay cosas que demoran bastante, las coordinaciones, por ejemplo psicólogos, asistentes sociales, no tenemos, hablando de un sistema integrado, (...) hay cosas que no las solucionas solo con comprimidos, necesitas un psicólogo (...)”. (Ver entrevista a Doctora, pregunta N°5, Anexo 2).

De lo anteriormente mencionado en Cárcel “Casa Medio Camino”, se podría decir que, sigue predominando el enfoque del “modelo hegemónico”, biologicista, asistencialista, sin un enfoque social y psicológico es decir no

tomando en cuenta la mirada de la salud integral de las mujeres que residen allí.

Otro elemento que refleja la concepción de salud que brinda el equipo a las mujeres privadas de libertad es que la Doctora en su discurso afirma:

El enfermero, (...) cuando él tiene algo que lo llaman de acá él concurre, si hay una indicación puntualmente, si hay que suministrar alguna medicación intravenosa, intramuscular que no sea oral, él concurre hacerla y a veces cuando estoy acá, se da una vuelta para coordinar cosas, pedidos de fármacos, las que toman psicofármacos".
(Ver entrevista a Doctora, pregunta N°4, Anexo 2).

Es decir tomando al sujeto en partes y no como un todo, las consultas que brinda la Doctora son a través de demandas puntuales y de su especialidad, así como también se les suministra comprimidos para "*que no molesten*", recordando palabras textuales de una de las mujeres en Cárcel Casa Medio Camino.

Las mujeres privadas de libertad que allí residen, sus derechos humanos entre ellos la salud podría decirse que aún están siendo vulnerados.

Esto podría ser un simple reflejo del lugar que ocupan a nivel estatal las personas privadas de libertad, la escasez de recursos humanos y planificación de programas que aborden la dignificación de la re-inserción de las personas, así como también la mirada del equipo de salud desde el enfoque de la enfermedad.

2.2)- “¿Promoción y prevención de salud reproductiva? o ¿Control de la reproducción? ¿Qué ocurre en Cárcel “Casa Medio Camino?”

Una vez que contextualizamos los lineamientos generales del Ministerio de Salud Pública (M.S.P), en materia de políticas públicas que conforman los programas de salud sexual y reproductiva de la población uruguaya.

Estos se basaron en conquistas de movimientos sociales y feministas reflejadas en tratados internacionales, por ejemplo: la Conferencia del Cairo y

la Conferencia Mundial de la Mujer en Pequín, que desarrollaremos a continuación.

Hasta el final de la década del 70 a nivel internacional, los derechos sexuales y reproductivos estaban centrados en las demandas-derechos de las mujeres por la igualdad, por la decisión de su propio cuerpo, la fecundidad y la atención especial de la salud. Fue un período fuertemente marcado por reivindicaciones de naturaleza jurídica como el querer legalizar el aborto o el acceso a la anticoncepción.

Posteriormente en los años 1980 a 1990 la agenda de los derechos sexuales y reproductivos incorporó la concepción del ejercicio de la maternidad y de las nuevas técnicas reproductivas⁷.

El resultado de ese movimiento histórico de reconstrucción, los movimientos sociales de las feministas sobre las cuestiones reproductivas y sexuales, estaban garantizadas en los tratados internacionales de derechos humanos y en diversos documentos internacionales consensuados en la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

En la Conferencia del Cairo, se afirma la noción de que los derechos reproductivos forman parte y hacen parte de los derechos humanos, así como también de los derechos sociales, como el derecho a la salud, a la educación, entre otros, deben ser orientados a partir de los derechos humanos. Se re plantea la relación entre el mundo público y privado, “(...) *este cambio de*

⁷La elaboración conceptual que hemos desarrollado al respecto de la evolución de los derechos sexuales y reproductivos fueron extraídos de: Cátedra Libre en Salud reproductiva, Sexualidad y Género UdelaR, facultad de Psicología (2003): “Primer Encuentro Universitario: Salud, Género, Derechos sexuales y Derechos Reproductivos”; CNS Mujeres (2006): “Uruguay y las políticas en salud sexual y reproductiva”. Ed. CNS Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía. Montevideo Uruguay; Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud (2005-2010), Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género: “Guías en Salud Sexual y Reproductiva” Capítulo Anticoncepción, (Métodos Reversibles) Ed. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). Montevideo-Uruguay.

paradigma ubica el campo de la sexualidad y la reproducción, en un cruce de caminos entre lo íntimo - personal, y lo público – social”⁸.

A su vez uno de los ejes del SNIS se destacan los principales programas y proyectos de salud: Programa Nacional de la mujer y género, el objetivo es contribuir la resolución de las inequidades presentes en la salud de la población, tendiendo a que tanto mujer como hombre logren ejercer sus derechos ciudadanos de salud, libre y responsable.

Organizaciones como CLADEM (comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la mujer), la fundación instituto de la mujer; mujer y salud en Uruguay (MYSU), Mujer Ahora, entre otras, tienen como finalidad trabajar con la mujer en sus diversos aspectos, promoviendo y defendiendo la salud y los derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva de género.

El Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo (1994) establece que *“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.”⁹*

Siguiendo en la misma línea de análisis, el documento de la Conferencia Mundial de la Mujer llevado a cabo en Pequín en 1995, se legitimó el concepto de los derechos reproductivos en la concepción actual y se establecieron nuevos modelos de intervención de la salud reproductiva y de acción jurídica, comprometidos como los principios de los derechos humanos.

⁸ “Guías en Salud Sexual y Reproductiva”, Capítulo Anticoncepción, (Métodos Reversibles); 2005-2010. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, (Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género). Ed. UNFPA, Montevideo-Uruguay. Pág.12.

⁹Naciones Unidas (1994): “Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo” Cairo. Pág.18

El campo de la salud y derechos sexuales y reproductivos en el Uruguay adquirió especial visibilidad a partir de las conferencias internacionales de las organizaciones de las naciones unidas sobre población y desarrollo (el Cairo 1994) y sobre la Mujer (Beijing ,1995).

Es a partir del impacto de estas conferencias y de las acciones de organizaciones sociales de mujeres que el Estado Uruguayo comienza a asumir paulatinamente la responsabilidad de definir políticas públicas sobre la salud sexual y reproductiva de la población.

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos convierte la responsabilidad reproductiva que es del orden de lo privado y personal en materia de sexualidad y reproducción en decisiones sociales y políticas.

De este modo, se podría afirmar que la salud sexual y reproductiva ha sido tempranamente medicalizado. Lo que se ha dado en llamar *medicalización* reside-según lo explica Foucault (en Mitjavila, 1998:4). En que ella resume una modalidad bajo la cual las prácticas discursivas desarrolladas en el campo médico-sanitario revelan que “(...) *a saúde, a doença e o corpo comecam a ter bases de socializacao e, simultâneamente, convertem-se em instrumentos de socializacao dos individuos.*”.

Se podría decir al respecto de la salud sexual y reproductiva que es defendida y visibilizada por las organizaciones de mujeres y feministas, como por ejemplo Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), Mujer Ahora, entre otras y los distintos movimientos sociales, cumplieron un rol central en la incorporación de nuevos enfoques de salud. Las mismas han realizado propuestas para la inclusión de las perspectivas de derechos humanos y de género en el campo de la reforma, aportando evidencias y herramientas para el análisis de la inequidad en la atención de la salud como derecho básico de todo/a ciudadano/a.

Se podría señalar que, la concepción respecto al cuidado de la salud que tienen los profesionales de la salud en Casa “Cárcel Medio Camino” y los lineamientos generales del Sistema Nacional Integrado de Salud actual, específicamente en el primer nivel de atención en el que se basa el presente

documento, debatimos respecto a la coherencia respecto al cuidado de la salud que existe entre estas dos concepciones.

Dicha Casa cuenta con un equipo de salud (Médica y Enfermero) que atienden demandas puntuales, según las preguntas que cada mujer tenga, no existiendo un equipo de trabajo interdisciplinario debido a lo cual se podría decir que se sigue implementando el enfoque asistencial e individualista donde la consulta médica es clínica y personal suministrándoles medicamentos y anticonceptivos mensualmente que a veces no mantienen una entrevista personal-individual con las mujeres privadas de libertad.

De las entrevistas realizadas nos permite visualizar la concepción de salud por parte de los profesionales de Casa Medio Camino es cuando se le preguntó al enfermero: ¿En cuánto a los métodos anticonceptivos? ¿Existen charlas educativas?

“Específicamente taller informativo no, volcamos si más o menos a lo que cada una podría haber asistido a charlas, secciones, jornadas, a lo que es la salud reproductiva centros de reclusión femeninos volcamos eso de forma individual. A nivel grupal no, sino educativo individual, tampoco creo que haya una negativa el caso de proponerlo. Son consciente de que eso, es más se preocupan tanto de los anticonceptivos y de los psicofármacos, o sea acá el pedido se hace mensualmente de la medicación en general de anticonceptivos y psicofármaco, (...) la demanda que se le están por terminar los anticonceptivos es primaria, a la que se están por terminar los psicofármacos. Creo que está bastante balanceado a la prioridad que se le da. Nosotros pedimos la medicación más o menos 10 días antes por todo lo que implica el trámite, de acá hay que hacer el pedido y de ahí se eleva a Cabildo y de ahí a farmacia y luego a Cabildo y recién acá. Y luego se los distribuimos, por eso es que se hace con muchos días de anticipación. (Ver entrevista a Enfermero, pregunta N°7, Anexo 2).

Podemos citar palabras textuales de una de las mujeres privadas de libertad que ilustra claramente esta idea:

“(...) la asistencia médica, en Medio Camino, es patética, a nivel general. Tenemos dos días a la semana un médico que viene a traernos la medicación, que la medicación se llama pastillas para dormir, para que no molestemos a nadie o para la depresión, para que no estemos deprimidas (...) hay un psiquiatra, que acá tampoco ha venido nunca, que es él que decide que pastilla tenemos que tomar, pero lo cómico es que ni siquiera nos ve (...)”. (Ver entrevista a Gabriela, mujeres privadas de libertad, pregunta N°2, Anexo 3).

Según las entrevistas realizadas con las mujeres privadas de libertad y con el equipo de salud, aún no se ha desarrollado construir colectivamente información y conocer respecto a la salud y específicamente a sus derechos reproductivos.

Se podría decir que lo anteriormente expresado limita su capacidad de empoderamiento¹⁰ y decisión, al no tener la posibilidad de recibir información y conocer sobre qué métodos anticonceptivos utilizar, determina a su vez la capacidad de elegir sus derechos reproductivos.

También se visualiza que no se ha trabajado en pro del empoderamiento de las personas, ni en la promoción de la salud y prevención de enfermedades como uno de los ejes centrales que propone el A.P.S, sino que el trabajo parece estar relacionado a la enfermedad de las mujeres que allí residen y por lo tanto atendíendolas en demandas puntuales.

Es por esto, que es necesario repensar el abordaje del proceso salud-enfermedad y no meramente desde el punto de vista de la atención sobre la enfermedad en sí. Esta visión puede verse reflejada en la creación del S.N.I.S, cuando entre otros puntos plantea que se busca: *“ implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas , programadas integrales y acciones de promoción protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la*

¹⁰ Sen (1997) señala que el (...) *“empoderamiento refiere a los procesos por y en los cuales las personas y los colectivos adquieren poder sobre los recursos de distinta naturaleza- materiales, ideológicos, etc- con relación a lo extrínseco a su propia persona, así como a su propia existencia, adquiriendo mayores niveles de autonomía e individuación. (...)”*

salud de sus usuarios, incluyendo cuidado paliativos “. Así como también “promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipo interdisciplinarios y la investigación científica”. (Ley18211; 2007:2).

De lo anteriormente expresado, se podría decir que no se implementa la concepción de promoción y prevención de la salud como propone en sus lineamientos generales el SNIS, desde el punto de vista integral en la Cárcel “Casa Medio Camino”.

Siguiendo el análisis, se considera necesaria la promoción ya que de esta forma las personas podrían ejercer plenamente sus derechos como ciudadanas, pudiendo ejercer los mismos en base al conocimiento de que éstos existen, la educación sobre los mismos, la información adecuada, pertinente y suficiente, formarían parte de poder participar y por ende elegir libremente y materializar sus derechos.

“La autodeterminación en el campo de la salud sexual y reproductiva implica elementos tales como: contar con información; tener conocimiento de los derechos, tener condiciones para ejercerlos; el auto-cuidado; el cuidado del otro; el respeto a la diversidad; la responsabilidad social; la capacidad de negociación sexual desde un lugar de equidad”¹¹.

De lo expuesto anteriormente, se podría decir que, en Cárcel “Casa Medio Camino” a la mayoría de las mujeres no se les brinda conocimiento-información acerca de lo que implica su salud sexual y reproductiva, de sus derechos al respecto, limitando de esta manera la capacidad de empoderamiento y decisión.

La consideración de la Salud Sexual y Reproductiva como parte del concepto de salud integral, y de los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos y por tanto universales, inalienables, aplicables a cada una de las personas, es un hecho relevante que apoyan y promueven varios organismos referenciales, entre ellos la OMS.

¹¹Guías en Salud Sexual y Reproductiva”, Capítulo Anticoncepción, (Métodos Reversibles); 2005-2010. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, (Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género). Ed. UNFPA, Montevideo-Uruguay. Pág. 13

Cuando se le preguntó a una de las mujeres privadas de libertad sobre la atención en salud reproductiva en dicha Casa, su respuesta fue:

“En si la atención médica en las cárceles en general, es patética, yo perdí mi ovario en la cárcel de Florida, no se me dio asistencia, cuando pedí asistencia teniendo hemorragias, me vio un médico de medicina general, nunca me pasó a ginecólogo, hasta que se me reventó el ovario, tenía un tumor en el ovario(...)Estoy privada de libertad, pero no estoy privada de mi salud.” (Ver entrevista a Gabriela, mujeres privadas de libertad, pregunta N° 2, Anexo 3).

Esto es un reflejo que posee algunos profesionales que trabaja en este tipo de Institución, donde no se les brinda atención en salud de ningún tipo y menos aún la mirada integral desde la perspectiva bio-psico-social a las personas privadas de libertad.

Un ejemplo que nos permite visualizar, la vulneración de sus derechos reproductivos es que tres de las mujeres entrevistadas, compartieron que hace más de dos años que no se realizan ningún tipo de control ginecológico (papanicolaou, mamografías, tacto vaginal, revisión de mamas).

Por otro lado con respecto a si conocen sus derechos reproductivos, varias de ellas no conocen o conocen muy poco sus derechos reproductivos, manifestaron que la información es muy importante y en “Casa Medio Camino” es inexistente.

Así como también una de las mujeres privadas expresó:

“Pienso que debería haber más información, y que se dé obligatoriamente, en forma periódica ya que acá la gente rota”. “En cuanto a los Derechos Sexuales y Reproductivos no hay información de ningún tipo. Acá nos preguntamos entre nosotras y así es que nos sacamos las dudas. Hay una desinformación muy grande”, (...) acá en Casa Medio Camino no tenemos opción de elegir porque no hay conocimiento”. (Ver entrevistas a Raquel, Mujeres Privadas de Libertad, pregunta N°20, Anexo 3).

Lo anterior refleja claramente lo que se venía analizando en el transcurso del presente documento, es decir la dialéctica salud-enfermedad, primando lo asistencial, biológico, higienista, ahora bien nos cuestionamos: ¿qué lugar ocupa las mujeres de Cárcel Casa Medio Camino en el equipo de salud? ¿Qué tipo de calidad de vida les brinda el Estado a las mujeres de allí? ¿Y la sociedad?

Para finalizar es necesario resaltar que *“El enfoque de derechos sexuales y reproductivos está muy vinculado con la noción de empoderamiento, que supone generar las condiciones para que las personas puedan tener el poder de la decisión, lo que implica una transformación de todas aquellas relaciones de poder que generan situaciones de desigualdad y discriminación”*¹².

El conocimiento y la información como herramienta constitutiva de la promoción y prevención de la salud en la sociedad, como fuente del derecho a participar y construir condiciones básicas de vida.

Este proceso debe ser concebido como un proceso de transformación de lo individual y de lo colectivo, permitiendo que las personas, y en especial las mujeres, se construyan como sujetos de derechos respecto a la sexualidad y a la reproducción, con acceso a poder y recursos para tomar decisiones sobre sus vidas y sus cuerpos autodeterminándose y sustentándose en el principio ético de la autonomía. Cada mujer tiene derecho a desarrollar su vida de acuerdo a sus necesidades y deseos.

¹²Guías en Salud Sexual y Reproductiva”, Capítulo Anticoncepción, (Métodos Reversibles); 2005-2010. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, (Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género). Ed. UNFPA, Montevideo-Uruguay. Pág. 13.

CAPÍTULO III

¿Cómo repercute la dialéctica salud-enfermedad en la Vida Cotidiana de las mujeres privadas de libertad en “Casa Medio Camino”?

3.1) Género y “Salud asistencialista” dentro de la Cárcel “Casa Medio Camino”.

De acuerdo a lo expuesto hasta este momento en el presente documento, el paradigma teórico al cual se retoma sustenta que la salud debe ser abordada de forma integral, considerando a las personas como unidades bio-psico-sociales en relación dialéctica. Se trata de un proceso complementario y contradictorio, en el cual tienen influencia factores multicausales ya sean biológicos, sociales, culturales, y no sólo como ausencia de enfermedad. Enfermedad entendida como desviación de lo considerado “normal” por el poder hegemónico médico, y en las instituciones, transversalizado por un proceso de medicalización que impregna nuestra sociedad.

Teniendo en cuenta que Cárcel “Casa Medio Camino” es un Centro de privación de libertad en el que conviven mujeres, es que se considera necesario abordar la categoría Género, entendiendo esta como una construcción social, cultural, e histórica que asigna ciertas características y roles a las personas según su sexo.

Quizá el hecho de ser mujer, estar privada de su libertad, pertenecer a cierta cultura, podría determinar o condicionar la imagen que se puede tener de ellas.

El género identifica lo que se espera que hagan que varía según cada sociedad. Cabe resaltar que se modifica en cada momento histórico, de cada sociedad, así como también variará de una cultura a otra.

Es importante saber desde que lugar nos situamos para visualizar y problematizar la perspectiva de género, se podría decir que parte de una construcción social y cultural; por tanto varía según el contexto social y según

cada cultura. Este concepto (Género), no es estático ha ido variando en el correr de la historia. Aguirre (1998) plantea que es usado para referir a las formas históricas y socioculturales en que hombres y mujeres interactúan y dividen sus funciones.

Además, a través de este término, es posible realizar un análisis de las limitaciones y oportunidades diferentes entre hombres y mujeres en diversos espacios tales como la familia, lugar de trabajo, comunidad, país, entre otros.

Reconoce que las diferencias entre hombres y mujeres son tanto biológicas como sociales, y lo que se entiende como hombre y mujer es una construcción cultural y social.

Tomando los aportes de Jelin (1998): *“(…) Reproducción biológica, en un plano familiar significa gestar y tener hijos, (...) se ocupa de la organización y de gran parte de las tareas de la reproducción cotidiana, o sea de la tareas domésticas que permiten el mantenimiento y la subsistencia familiar, (...) desempeña un papel fundamental en la reproducción social, en las tareas dirigidas al mantenimiento del sistema social, (...) transmitiendo normas y patrones de conducta esperados y aceptados”.* (Jelin,E: 1998:34).

Retomando a la autora, en el transcurso histórico de nuestra sociedad ha existido una subordinación de lo masculino sobre lo femenino, por ejemplo asociando el mundo público -sistemas reproductivos como masculino ya que tradicionalmente el hombre era quien salía a trabajar (sostén económico de la familia), mientras que el mundo privado ha estado vinculado a la mujer en la crianza, cuidados de sus hijos y del hogar, es decir al sistema reproductivo femenino, a nivel biológico, de la cotidianeidad familiar y social lo cual continua reafirmando el rol reproductivo de la mujer-madre-cuidadora.

De las diferentes entrevistas realizadas a los integrantes del equipo de salud (Doctora y Enfermero) que conforman en Cárcel “Casa Medio Camino” encontramos en sus discursos: ¿Han podido trabajar los derechos reproductivos?

El equipo de salud asoció los derechos reproductivos de las mujeres exclusivamente con el embarazo:

“En “Casa Medio Camino” es por una consulta particular, los recursos serán más aplicables por ejemplo, si me decís mujeres embarazadas pero acá no, pueden ingresar mujeres por controles, (...) un control de embarazo de alto riesgo, un control de embarazo a término, una simple pérdida, una amenaza de aborto, obviamente todo esto tiene ventaja Cabildo, pero no tengo muchos elementos porque acá no hay mujeres embarazadas”.(Ver entrevista a Enfermero, pregunta N°5, Anexo 2).

Respecto a la Doctora, los dos ejes de su respuesta giraron en torno al embarazo y estudios propios del aparato reproductivo femenino. Se podría decir que ambos discursos estarían relacionados con concepción de las mujeres como objeto de la reproducción de la especie humana, reflejándose de esta manera un rol construido social y culturalmente.

Teniendo en cuenta que se trata de mujeres privadas de libertad, resulta pertinente retomar a Carmen Antony (2007) quien refiere a que la prisión para las mujeres es un espacio especialmente discriminador y opresivo, hecho que se manifiesta en la desigualdad del tratamiento penitenciario, que no sólo está basado en ideas estereotipadas sobre las mujeres que infringen la ley penal, sino que, al haber sido diseñado para varones, no presta atención a las problemáticas específicas de las mujeres, sumado a ello la pena privativa de la libertad es en sí misma violenta y luego la concepción que la sociedad les atribuye.

De las diferentes propuestas que pueden existir en Centros de Privación de Libertad, como son: las visitas familiares e íntimas; sistema de atención médica; actividades recreativas, educativas, formativas y laborales y programas de rehabilitación; encarcelamiento de las mujeres que residen en prisión con sus hijos/as; tratamiento disciplinario y violencia contra las mujeres; se destaca que en Cárcel “Casa Medio Camino” las mujeres solo acceden a algunos

Talleres¹³, dejando a un costado los cuidados de su salud atendiendo a demandas puntuales haciendo referencia a lo biologicista y asistencialista.

De algunas entrevistas a las mujeres se recoge que el “rompimiento del contacto continuo con sus familiares y sobre todo, con sus hijos es extremadamente difícil de soportar”¹⁴. Este aspecto podría estar vinculado a lo anteriormente mencionada con respecto al rol que dentro de la sociedad se le asigna a la mujer, entendida como protectora y cuidadora de la familia y especialmente de sus hijos.

Por otra parte la atención médica de las mujeres privadas de libertad también presenta características diferenciales.

Durante el encierro, las mujeres padecen problemas de salud relacionados con su extracción social –condiciones y calidad de vida–, con experiencias previas al encierro –violencia de género– y con hábitos toxicológicos. El estado de salud se agrava por el mayor sufrimiento psicológico. Se ha indicado que la pérdida de las relaciones materno–filiales ocasiona mayor ansiedad en las mujeres y que padecen seriamente las malas condiciones higiénicas de las salas donde se encuentran, la comida indigesta, la falta de aire y la violencia de las requisas. A la luz de estas afecciones, la atención médica brindada en los centros de detención femeninos presenta graves deficiencias.

Ilustraremos algunos ejemplos de las entrevistas realizadas a las mujeres de Cárcel Casa Medio Camino:

“(...)se ha pedido psicólogo, yo tuve un intento de autoeliminación hace tres semanas atrás,(...)estaba pidiendo psicóloga(...),sabía que estaba mal, nunca vino, después que sucedió lo que sucedió, estuve dos días en el CTI, recién ahí se preocuparon de buscarme un psicólogo, que vienen una vez por semana, a veces”; “(...) en cuanto a ginecología, no llega jamás, nunca ha venido (...)”. (Ver entrevista a Gabriela, Mujeres Privadas de Libertad, pregunta N°2, Anexo 3).

¹³ Ver entrevista a Adriana, mujeres privadas de libertad, pregunta N°16, Anexo 3.

¹⁴ Ver entrevista a Yenny, mujeres privadas de libertad, pregunta N°18, Anexo 3.

La violencia ejercida contra las mujeres es un modo de penalizarlas y controlarlas, dado que su propósito es mantenerlas, tanto en lo individual, como en lo grupal, en una posición de sumisión y subordinación. Existen estudios que han demostrado que dentro de las cárceles, las mujeres están expuestas a agresiones físicas y sexuales que, dependiendo de la severidad del sufrimiento, pueden ser calificadas como tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Es por lo anteriormente mencionado y tomando las contribuciones de E. Almeda (2005) que se podría decir que una mujer que comete un acto delictivo se la considera definida como una doble desviación: por transgredir la ley vigente en su sociedad y no cumplir con lo que se espera de ella en la sociedad.

La autora aporta, que el tipo de castigo para las mujeres transgresoras de las normas se ha ido desarrollando históricamente a través de elaborar un tipo de tratamiento y control que ha definido el sujeto de mujer presa como una mujer transgresoras no solamente de las leyes penales que deben ser sancionadas, confinándolas, aislándolas de la sociedad, estigmatizándolas, y también por no acatar las normas sociales que regulan lo que ha de ser su condición femenina. (Desviación social).

De las entrevistas realizadas a las mujeres privadas de libertad en Cárcel “Casa Medio Camino”, se podría constatar cierta discriminación que el equipo de salud ejerce hacia las mujeres. Un ejemplo de ello es que las mayorías de las mujeres expresan no sentirse contenidas por el equipo de salud.

Cuando se le preguntó a una de las mujeres privadas de libertad:

(...) en Medio Camino, si alguna necesita un análisis o un estudio ginecológico, ¿la ginecóloga de Cabildo viene en algún momento?, ¿Cómo cubren ustedes esos exámenes?

“No, jamás, ¿cómo los cubrimos?, peleando con la guardia, peleando con la guardia para que haga el trámite a Cabildo, se comunique con la parte médica, digamos, Dirección de Cárceles, ellos

programa una cita, es un trámite que puede durar seis meses,(...) o nunca, ellos no tiene apuro ninguno, (...) tenés que estar peleándote, para ver a la ginecóloga". (Ver Entrevista a Gabriela, Mujeres Privadas de Libertad pregunta N° 2, Anexo 3).

Existe la necesidad de incorporar la perspectiva de género en el análisis del perfil epidemiológico, de la planificación y normalización y acciones de salud, que tengan como objetivo promover el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas, la equidad y los derechos a la ciudadanía de la mujer.

Por otro lado, podríamos asociar la postura del enfermero a lo que refiere Goffman con respecto al Estigma. Para introducirnos brevemente al concepto, nos aproximamos a la idea que trabaja el autor.

Según Goffman, en la sociedad se categoriza a las personas de diversas maneras, *"(...) es probable que al encontramos frente a un extraño las primeras impresiones nos permitan prever en qué categoría se halla y cuáles son sus atributos, es decir, su "identidad social". (Goffman:2008:14).*

Podríamos visualizar en Enfermero por ejemplo, quién parece aportar una mirada un estigmatizadora de la concepción que tienen las mujeres del cuidado de su cuerpo,

"Haber, la población privada de libertad a veces es carenciada de naturaleza, donde en sus primeros ciclos menstruales no se habló, no se le informó, no se le pautó sobre determinados cuidados donde en esa falta de parámetros fueron creciendo. Bueno... en la adultez se mantiene".(Ver Entrevista a Enfermero, pregunta N° 4, Anexo 2).

Nos cuestionamos, ¿Por qué el enfermero asocia a la población privada de libertad como "carenciada de naturaleza"? ¿Qué paradigma teórica metodológica se posiciona para asegurar lo antes mencionado?

Se podría decir que, en el discurso de los integrantes del equipo de salud quienes trabajan con las mujeres en Cárcel Casa Medio Camino, parece por momentos reflejar cierto estigma con respecto ellas.

Según Goffman *“un atributo de esa naturaleza es un estigma, en especial cuando él produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio; a veces recibe el nombre de defecto, falla o desventaja”*. (Goffman:2008:14)

Las personas pueden adoptar diferentes actitudes respecto de las personas estigmatizadas, dentro de las más negativas se encuentran los diferentes tipos de discriminación.

Lo anteriormente mencionado se visualiza cuando el equipo de salud identifica claras diferencias en la población con la que trabajan, por ejemplo la Doctora identifica contrastes en cuanto al contexto, dice *“(...) a veces puedes lograr mucho más en otro contexto”*.

Retomando con el análisis de las entrevistas realizadas, podríamos asociar la postura de la Doctora y Enfermero a lo que asegura Goffman: el estigma está muy relacionado a los estereotipos, los comentarios de ambos son un claro ejemplo de ello.

Podríamos decir que el estigma es como un disfraz puesto involuntariamente a raíz de lo que otros piensan o creen, *“construimos una teoría del estigma una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona, racionalizando a veces una animosidad que se basa en otras diferencias como, por ejemplo, la de clase social”*.(Goffman: 2008: 17).

A partir de cómo los/as técnicos/as de salud de “Casa Medio Camino” visualizan a las mujeres privadas de libertad, es que identificamos una fuerte estigmatización, no sólo presente en la concepción que tienen de la población con la cual trabajan, sino que también la forma de trabajo que desarrollan y en cómo perciben las mujeres privadas de libertad dicha atención. Esta fuerte estigmatización se encuentra en nuestra sociedad, en cómo cada ciudadano/a identifica a las personas privadas de libertad.

A modo de ejemplo ilustraremos los discursos de las mujeres privadas de libertad:

“(...) acá no tenemos un ginecólogo que nos evalúe y nos hagan los estudios. Dependen de Cabildo el envío de las pastillas anticonceptivas porque la ginecóloga ya nos conocen, ya saben el tipo de pastillas que toma cada una de nosotras, así como también la medicación psiquiatra”. “En cuanto a los Derechos Sexuales y Reproductivos no hay información de ningún tipo. Acá nos preguntamos entre nosotras y así es que nos sacamos las dudas. Hay una desinformación muy grande”; “(...) siento que estamos en una isla”.(Ver entrevistas a Mujeres Privadas de Libertad, Anexo 3).

De acuerdo a las entrevistas realizadas en Cárcel “Casa Medio Camino” al equipo de salud se podría visualizar cierta violencia simbólica que ejerce hacia las mujeres que residen allí.

Es decir que la violencia simbólica no sólo se ejerce físicamente, sino que también se visualizan en el plano de la significación de las relaciones sociales, es decir a lo que está determinado a que una persona sea inferior al resto, de los roles sociales, de las categorías cognitivas y de las estructuras mentales. Agregando a lo anteriormente mencionado, la violencia simbólica socialmente construida que, esconde relaciones de poder entre quienes participan en el espacio de intervención de los profesionales y dura en el tiempo dado la invisibilidad de la misma.

La violencia simbólica definida por Bourdieu (1999) no sólo hace referencia a violencia ejercida quizás invisiblemente que se materializa inconcientemente por medio de la imposición de quien domina o dirige la entrevista, o quizás también mediante el rol de los profesionales y la legitimación por parte de quien es el entrevistado hacia una población determinada, esto se refleja la situación de las mujeres privadas de libertad.

Siguiendo con la idea del autor, la violencia simbólica caerá sobre signos diferentes del individuo y sobre su estilo de vida, lo que afecta su modo de reproducción material y simbólica.

De este modo podríamos afirmar que, es el Estado que tiene el monopolio de la violencia simbólica y de componer como universales normas coercitivas.

Recordando a Bourdieu (2005): *“La Violencia Simbólica (...) es la violencia que se ejerce sobre un agente social con su complicidad. (...)Para decirlo más rigurosamente: los agentes sociales son agentes cognoscentes que, aún cuando estén sometidos a determinismos, contribuyen a producir la eficacia de aquello que los determina en la medida en que lo estructura. (...)Yo llamo desconocimiento al hecho de reconocer una violencia que se ejerce precisamente en la medida en que uno no la percibe como tal”.* (Bourdieu: 2005: 240).

A modo de cierre del presente capítulo, podríamos decir que a través de las entrevistas recogidas con el equipo de salud se visualiza cierto estigma y violencia simbólica que ejercen los técnicos hacia las mujeres en Cárcel “Casa Medio Camino”, quizás tiene que ver con la concepción de salud por el cual trabaja los técnicos en dicha Casa.

Así como también afirmamos que aún no se efectivizan sus derechos humanos, entre ellos la salud, específicamente sus derechos reproductivos, es decir, el motivo de que estas mujeres estén encerradas, privadas de libertad, quizás podría demostrar de forma in-intencionadas la reproducción de la violencia simbólica que realiza el equipo de salud con la población privada de libertad.

3.2)- Aproximándonos a la Vida Cotidiana de las mujeres en Cárcel “Casa Medio Camino”.

Otras de las categorías que se podría trabajar ya que permite un acercamiento a la realidad de las mujeres que se encuentran en Cárcel “Casa Medio Camino” es Vida Cotidiana, ya que las mismas transcurren parte de su vida en dicha Cárcel.

Entendiendo que la salud y el cuidado de la misma es parte fundamental de su vida, ya que se encuentra determinada por condiciones objetivas y subjetivas.

Todos los sujetos contamos con Vida Cotidiana, y es donde se producen todos los fenómenos en la vida del hombre en términos genéricos. En tal sentido,“(…) *es la vida del hombre entero o sea: el hombre participa de la vida cotidiana con todos los aspectos de su individualidad, de su personalidad. En ella se “ponen en obra” todos sus sentidos, todas sus capacidades intelectuales, sus habilidades manipulativas, sus sentimientos, pasiones, ideas, ideologías*”. (Heller, A: 1985: 39)

El hombre en términos genéricos se va desarrollando inserto en su cotidianeidad adaptándose a los cambios biológicos propios de cada sujeto, como también a los cambios sociales, siendo sus necesidades comunes a los demás individuos.

Al mismo tiempo que el hombre empieza a generar intereses y logros en su vida cotidiana, esto determina sus relaciones sociales, desarrollando diferentes roles dentro de la sociedad, y esto ocurre en el correr de toda la vida de los sujetos, ya que desde que el hombre toma conciencia de su existencia ya asume un rol, primero como hijo dentro del núcleo familiar, luego como alumno, compañero, dentro de la escuela, y así durante cada actividad que desempeña en su cotidianeidad.

Cabe preguntarse ¿Cómo viven su vida cotidiana las mujeres privadas de libertad?

Tomando los aportes de Heller se podría decir que existe una controversia al decir que estas personas al estar privadas de libertad aun tiene

la posibilidad de elegir. La autora menciona que el individuo tiene la posibilidad de elegir su propio modo de vida, dentro de las posibilidades dadas.

Estas mujeres tuvieron y tienen alternativas o elecciones que han ido condicionando y conformando su realidad. La autora aporta "(...) esas elecciones puede ser del todo indiferentes desde el punto de vista moral (...) pero también puede estar motivadas moralmente."

A modo de ejemplo ilustraremos los discursos de las mujeres privadas de libertad:

"A mí me corresponde entrar en la revista de cárceles ahora; la revista es una gracia, un beneficio, como una libertad anticipada a personas que ya llevan dos tercios de la pena que ya se le imputó, desfilan por la revista, te analizan, miran tu conducta, si trabajaste o estudiaste, evalúan si estas apto o no para volver a la calle. Yo estudié, trabajé, fui paciente de oncología al pie de la letra, excelente conducta y simplemente por negligencia de Cabildo, no se entregó en tiempo y forma la rendición de pena,(...) y no pase a la revista". (Ver entrevista a Gabriela, Mujeres Privadas de Libertad, pregunta N°23, Anexo 3).

Ahora bien, en relación a lo que se viene planteando se podría visualizar un cierto interés por dar un salto hacia otra situación distinta a la que se encuentra, esto se podría constatar en algunas entrevistas de las mujeres privadas de libertad.

De esta manera recordamos a Sartre: *" El proyecto, que al mismo tiempo fuga y salto hacia adelante, negativa y realización, mantiene y muestra a la realidad superada, negada por el mismo movimiento que la supera; así resulta que el conocimiento que es un momento de la praxis, aún de las más rutinarias; pero este conocimiento no tiene nada de un Saber absoluto: definida como esta por la negación de la realidad rechazada en nombre de la realidad que tiene que producirse queda cautiva de la acción que ella ilumina, y desaparece como ella". (Sartre, J: 1970: 78).*

Otra ejemplo es: *"(...) las chicas durante el invierno estuvieron haciendo torta fritas en la entrada y les fue súper bien (...); (...) es que realmente nos queremos re*

insertar en la sociedad. (Ver entrevista a Gabriela, Mujeres Privadas de Libertad, pregunta N°26, Anexo 3).

De este modo, se podría decir que el Proyecto de Vida es una creación humana y surge como respuesta a las condiciones dadas, como es la situación de las mujeres privadas de libertad que residen allí.

Ahora bien, cabe destacar que si bien existen condicionantes que afectan a dicha superación, no significa que la persona no logre proyectarse, ya que en todos los individuos existe la posibilidad de un Proyecto de Vida.

Se desprende de los discursos de las mujeres privadas de libertad estarían demostrando un cambio de la situación inicial que podría influir en su Proyecto de Vida y Vida Cotidiana.

“La vida cotidiana es en gran medida heterogénea, y ello desde varios puntos de vista, ante todo desde el del contenido y la significación o importancia de nuestros tipos de actividad. Son partes orgánicas de la vida cotidiana la organización del trabajo y de la vida privada, las distracciones y el descanso, la actividad social sistematizada, el tráfico y la purificación”. (Heller:1985: 40).

Los diferentes discursos retomados anteriormente de las entrevistas realizadas, se observa que las mujeres privadas de libertad, mediante las elecciones que realizan, principalmente aquellas que tiene que ver con la moral¹⁵ podría de cierta forma condicionar su futuro, por ejemplo el hecho de realizar tareas dentro de la Cárcel buscan disminuir su pena privativa de libertad. No es menor el dato de que uno de los requisitos para ingresar en Cárcel “Casa Medio Camino”, es haber cumplido parte de su pena y haber tenido buena conducta en Cárcel Cabildo.

Concluyendo este capítulo se podría decir que, cada persona posee su papel en la sociedad y variará en función del contexto en que participe, por

¹⁵ Tomando los aportes de Jiménez de Aréchaga (2007), entendemos por moral: un conjunto restringido de normas que tienen por misión ordenar la conducta de los hombres. Kant (2005) refiere a que la moral gobierna a los actos internos del hombre, sus pensamientos, sus intenciones más íntimas. Son prescripciones que nos indican cómo nos debemos comportar.

tanto son variados los roles que las personas poseen, visualizando desde una perspectiva de equidad e integración, igualdad de oportunidades y derechos; si problematizamos estas cuestiones se logrará construir cuestiones de empoderamiento en las personas y es fundamental para defender sus derechos y para alcanzar la igualdad de oportunidades. Así como también con acceso a poder y recursos para tomar decisiones sobre sus vidas y sus cuerpos de manera autodeterminada, sustentadas por el principio ético de la autonomía.

Reflexiones Finales

Luego de haber analizado la situación de las mujeres privadas de libertad en Cárcel “Casa Medio Camino”, es momento de reflexionar sobre todos los aspectos abordados.

Para comenzar es necesario pensar que ocurre con la dialéctica salud-enfermedad, es decir se podría decir que la salud que reciben las mujeres privadas en Cárcel Casa Medio Camino, es a través de una demanda puntual, reivindicando el modelo asistencialista, biologicista, dejando de lado el trabajo integral e interdisciplinario con ellas. Esto quizás se podría decir que se debe a la carencia que existe en la conformación de un equipo de profesionales que pertenezca a diferentes disciplinas.

O quizás también, podríamos decir de qué manera ó desde qué paradigma se posicionan los técnicos para abordar la salud con las mujeres en Cárcel “Casa Medio Camino”.

La falta de recursos materiales, tales como camillas, consultorio adecuado, transporte que permita trasladar a las reclusas, son todos factores que aumentan las dificultades que permita abordar a la salud desde un enfoque integral. Se entiende que no solo enfermedades crónicas son aspectos a ser abordados, sino que los controles periódicos de toda mujer deberían ser contemplados.

Sin intentar desvalorizar el trabajo de equipo de salud, en las diferentes entrevistas realizadas no se ha observado un interés por parte de ellos de implementar talleres o charlas educativas que apuesten a la información, educación, prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva.

Por otro lado, cabe destacar la importancia de la reforma de la salud, tomando como uno de los ejes principales la APS promoción y prevención de las enfermedades dirigido a toda la población. Aquí cabría preguntarse: ¿dónde quedan las mujeres privadas de libertad? Quienes parecería que por estar dentro del sistema carcelario no están contempladas en el abordaje de la

atención a su salud. Esto podría ser un simple reflejo del lugar que ocupa la persona privada en el imaginario social del sistema estatal.

Podría decirse que todo lo antes planteado nos daría un indicio de la existencia de cierta violencia simbólica, institucional, violación de derechos, que se ejerce hacia las mujeres privadas de libertad.

Si entendemos por ciudadanía el pleno reconocimiento de los derechos de los habitantes de un país y el ejercicio activo y responsable de los mismos, podemos visualizar como uno de los principales obstáculos al proceso de construcción de ciudadanía a la exclusión social.

Coraggio resalta la noción de que la *“exclusión más seria y sobre la cual hay que actuar estratégicamente, no es la exclusión como consumidor, sino la exclusión como productos”*.(Coraggio,J . apud Lauz,I: 2005: 37).

En este concepto de productor, se incluye también la producción de saberes. Exclusión como productores con respecto a los conocimientos de los usuarios, a sus estilos de vida, a sus valores y su cultura. Esto se relaciona con cómo y de forma participar e incidir en mi salud como persona y como comunidad y como llegar a participar como “Ser político” que aspira a una acción articulada e integrada fomentando una actitud protagónica en la promoción y prevención de la salud individual y colectiva.

Por otro lado, en el transcurso del trabajo de acuerdo a la reforma de salud implementada en el 2008, con la asunción del gobierno de izquierda, donde uno de sus ejes principales es la atención en el primer nivel, nos cuestionamos sobre el alcance del mismo en Cárcel “Casa Medio Camino”.

Se podría constatar que no desmereciendo el trabajo del equipo de salud, es que la estrategia del primer nivel de atención no ha alcanzado en dicha Casa. Es decir, no fomentando la promoción y la prevención de la salud integral de las mujeres. Predominando de esta manera el “modelo médico hegemónico”, asistencialista y biológico, tomando al sujeto en partes y no como un todo. Lo anteriormente mencionado se pudo visualizar con las entrevistas realizadas en Cárcel “Casa Medio Camino” con las mujeres privadas de libertad.

Ahora bien, recapitulando sobre lo trabajado en este documento, pudimos visualizar que la dialéctica Salud-enfermedad ha sido condicionada por variaciones históricas y socioculturales de cada época.

A años de implementación de la reforma de la salud integral aún sigue predominando en Casa Medio Camino el viejo “modelo hegemónico”: “salud como ausencia de enfermedad”, donde prima lo biológico, lo unidireccional, y no desde una relación dialéctica lo biológico y lo social.

De acuerdo a la ley 18.211 del SNIS: “(...) *derecho a la protección de la salud q tienen todos los habitantes residentes en el país*”. Se podría visualizar que en la Ley no estarían contempladas las personas privadas de libertad, cabe preguntarse: ¿Cuál sería el rol del aparato estatal frente a personas que están privadas de libertad? ¿Quién cuida su salud?

Luego de haber mencionado una breve reseña histórica sobre la salud reproductiva a nivel internacional y contextualizando en nuestro país, donde los derechos sexuales y reproductivos forman y hacen parte de los derechos humanos. Se afirma que las mujeres están privadas de libertad y de salud reproductiva, aún no se ha desarrollado construir colectivamente información y conocer respecto a la salud y específicamente a sus derechos reproductivos.

Es decir, no contando con información, acceso y poder elegir qué métodos anticonceptivos utilizar. Donde el equipo de salud les “*brinda los que hay en plaza*” recordando palabras de una de las mujeres privadas de libertad.

Retomando a Rebellato enfatizando la práctica social y el trabajo comunitario inspirados en una ética de la liberación que vaya sustituyendo a la actual “ética que violenta al excluir y que nos ciega para que no percibamos las exclusiones”.

Otro punto a destacar es que, el equipo de salud (Doctora y Enfermero) asoció a los derechos reproductivos de las mujeres exclusivamente con el embarazo, y a estudios propios del aparato reproductivo esto podría ser por el rol construido social y culturalmente en nuestra sociedad patriarcal de la mujer como madre-cuidadora.

Por último resaltaremos que, las mujeres de Cárcel “Casa Medio Camino” tuvieron y tienen alternativas o elecciones que han ido condicionando y conformando su realidad.

Así como también se podría decir que los profesionales que trabajan con dichas mujeres, se expresa diversas formas la violencia simbólica que normalmente se efectúan de manera inconsciente e in-intencionadas, por lo tanto es importante reconocer que lo anteriormente expresado no formen parte de la cotidianidad de los profesionales debido a que de cierta forma se estaría tomando la intervención con las mujeres privadas de libertad como acríticamente y como naturales.

Otro elemento que se pudo visualizar es el Estigma problematizado por Goffman que predomina en Cárcel “Casa Medio Camino”, donde no predomina la salud desde el punto de vista integral sino que se podría decir que, trabaja desde estereotipos y estigmatización de las mujeres que residen allí.

Esto quizás podría ser, desde la perspectiva desde la cual se posiciona los profesionales, teniendo una mirada acrítica, no pudiendo concebir y comprender a las mujeres en su contexto histórico e socio-cultural que condiciona y determina.

El equipo de salud visualiza como “conductas desviadas”; “hay cosas que se podrían lograr mejor en otro contexto”; visualizando a las personas como “islas” (es así como lo expresa una de las mujeres privadas de libertad”).

A modo de reflexión, retomando a los derechos reproductivos seleccionados para la investigación entre ellos se destacan: la prevención y tratamiento de nuestro aparato reproductivo; la información clara sobre las distintas opciones en anticoncepción, tener garantizado el acceso a los diversos métodos de forma gratuita o a bajo costo. Poder elegir libremente y adoptar el de nuestra preferencia, incluida la anticoncepción de emergencia; métodos irreversibles como ligaduras de trompas y vasectomía. Podríamos afirmar que sigue predominando el viejo modelo higienista, basado en una perspectiva clínica donde la enfermedad y saber médico tienen más protagonismo que las demás disciplinas. Esto se visualiza en Casa Medio Camino, donde el equipo de salud está conformado por una doctora y

enfermero .Es decir, es a través de los roles de estos profesionales que se materializa esa concepción arraigada de salud, implicando un control del cuerpo, por medio del control de enfermedades marcado por el proceso de medicalización.

De este modo, ¿pueden las mujeres en dicha Cárcel elegir que, cuando y como método anticonceptivos utilizar?; ¿Qué aporta o puede aportar a los sujetos con los cuales interactúa?

Ahora bien, recapitulando sobre lo expresado en este documento es necesario visualizar, que podría hacer el Trabajador Social para favorecer el acceso a una atención de salud integral con las mujeres en Cárcel “Casa Medio Camino”.

Coincidiendo con las autoras Failache, y Salgado, quienes proponen en su texto lo siguiente: *“(...) apostemos a la reflexión a partir de nuestra disciplina, que nos permita llegar al consenso y a la discrepancia con el “usuario” en nuestras intervenciones mediadoras. Nuestra mirada debe convivir con la diversidad y el conflicto. No debemos convertirnos con meros persuasores de los mandatos médicos sin acompañar y proceso de análisis donde se sopesen los pasos desde el lugar de la realidad del usuario, su tiempo, su cuestionamiento, su dolor, sus inseguridades, sus derechos y sus opiniones.”* (Failache, M y Salgado, M:2002: 69).

A modo de reflexión: *“Nada más difícil que un comienzo”*. Lord Byron.

Bibliografía:

- Acosta. L (1997): "Modernidad y Servicio Social: un estudio sobre la génesis del servicio social en el Uruguay". Disertación de Maestría UFRJ/ESS, Rio de Janeiro.
- Acosta, L (1999): Consideraciones generales sobre la historia del Servicio Social. En: Temas de Trabajo Social, equipo de Trabajo Social del Ciclo Básico-FCS.
- Amico, L. (2005). La institucionalización de la locura. Ed. Espacio. Buenos Aires.
- Basaglia, F; Barrientos,G; Langer, M; Szasz ,T; Caruso, I; Verón E; Suárez, A. (1979). Razón, locura y sociedad.Ed. Siglo XXI. Madrid.
- Berlinguer,G (1994): " La enfermedad, sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo". Ed. Lugar S.A. Buenos Aires.
- Bourdieu,P(1999): " La miseria del mundo". Fondo de Cultura Económica de Argentina. Ed.Akal. Buenos Aires.
- Bourdieu. P y Wacquant,L(2005): " Una invitación a la sociología reflexiva". Ed. Siglo XXI. Buenos Aires.
- Canguilhem,G(1971): Lo normal y lo patológico. Ed.siglo XXI. Buenos Aires.
- Carballeda, A. (2002). La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Castel, R. (1985). De la peligrosidad al riesgo, en Materiales de sociología crítica. Ed. La piqueta. Barcelona.
- Castel, R. (1995). La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado. Ed. Paidós. Buenos Aires.

- Colombo, E(1993): " El Imaginario Social".Ed.Nordan-Montevideo.
- Cuenca,E; Baca P(1999). Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Cáp.I. Principios de la prevención y promoción de la salud en odontología.Ed.Masson.Barcelona.
- Foucault, M. (1988).Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión.14a.ed. D.F .México.
- Foucault, M. (1990).Historia de la locura en la época clásica. Fondo de Cultura Económica. México.
- Foucault,M(1990). " Microfísica del Poder".Genealogía del Poder N°1.Ed. Piqueta.Madrid.
- Friedson,E(1978).La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Ed.Península. Barcelona.
- Goffman, E. (1980). Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.
- Goffman, E (2008) . Estigma, la identidad deteriorada. Ed. Amorrortu. Buenos Aires
- Heller, A. (1985). Historia y Vida Cotidiana. (3ª Edición). Ed. Grijalbo. México
- lamamoto. M(1997). Servicio Social y división del trabajo. Ed. Cortez. Brasil.
- Jelin,E(1998)." Pan y Afecto".La transformación de las familias. Ed. Fondo de cultura económica. Buenos Aires.
- Lourau, R (1988). El análisis institucional. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.

- Martinelli, L (1995). Servicio Social. Identidad y alineación. Ed. Cortez. Brasil.
- Montero, M (2004) "Teoría y práctica de la psicología comunitaria; la tensión entre comunidad y sociedad". Ed. Paidós.
- Netto, J. P. (1997). Capitalismo monopolista y Servicio Social. Ed. Cortez. Sao Paulo.
- Netto, C: "Redes sociales, salud y participación. Un análisis crítico". En: "La salud de todos: desde el proyecto a la acción. La experiencia de Montevideo. I.M.M. Unión Europea e Instituto del hombre. Montevideo.
- Pereira, P. (1998). "La política social en el contexto de seguridad social del Welfare State: la particularidad del Asistente Social" En: Revista Servicio social e sociedade. Nº. 56. Editorial Cortéz. San Pablo.
- Rebellato, JL (1997). "Ética de la Autonomía". Desde la práctica de la Psicología con las Comunidades. Ed. Roca Viva. Montevideo.
- Rebelatto, JL. (2000) "Ética de la Liberación". Ed: Nordan Montevideo.
- Sartre, J (1970). "Crítica de la razón dialéctica". Cap.3. Ed. Losada. Buenos Aires.
- Valles, M (1997). "Técnicas cualitativas de investigación Social". Pág.6. Ed. Síntesis de S.A. Madrid.
- Ventura, M (2003): "Dilemas y Desafíos en Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos". En Primer Encuentro Universitario: SALUD, GÉNERO, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. Ed. UNFPA. Montevideo.
- Villar, H.; (1992). Concepto de Salud-enfermedad. Curso de posgrado. Facultad de Odontología, Universidad de la República. Ed. Mimeo. Montevideo.

- Wacquant,L(2000): Las cárceles de la miseria.Ed. Manantial. Buenos Aires

- Weinstein.L(1978):Salud y Autogestión. Ed. Nordan Comunidad. 1ª. Edición. Montevideo.

- Weinstein, L(1995): El desarrollo de la salud y la salud del desarrollo. Ed.Nordan Comunidad .Montevideo.

Fuentes documentales:

- ADASU. (2001).Código de Ética para el Servicio Social o Trabajo Social del Uruguay. Montevideo.
- Alonso, D y Arroyo, A(1992): “ Políticas sociales de salud: aportes desde una organización no gubernamental”. En Revista Uruguaya de Ciencias Sociales, Cuadernos CLAEH.Nº 62, Año 17. Editada por CLAEH-2da. Serie. Montevideo.
- Bentura,J.P(1997):Teoría y práctica notas para el debate de Trabajo Social. En revista Fronteras. Departamento de Trabajo Social.Nº2 .
- Bentura,J.P(1998): Teoría y práctica en la reconceptualización del Servicio Social.
- Cátedra Libre en Salud reproductiva, Sexualidad y Género UdelaR, facultad de Psicología (2003): “Primer Encuentro Universitario: Salud, Género, Derechos sexuales y Derechos Reproductivos”.
- Comisión PCET- MALUR (2008). Compilación de Procesos y condiciones de estudio y trabajo y medio ambiente laboral en la UdelaR.
- Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM). (2008): “Violencia contra las mujeres privadas de libertad”. Sistematización Regional: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Paraguay y Uruguay. Ed Verónica Aparcana. Lima. www.cladem.org. 1 de julio del 2010.
- Cuadrado, M(2007). Mujer salud, género. Título de especialista en medicina familiar y comunitaria. Monografía final. Dpto. de medicina familiar y comunitaria. Facultad de medicina. Udelar. Montevideo.

- Failache, M y Salgado, M(2002).Trabajo Social y VIH-Sida. El transitar hacia un equilibrio cotidiano. En revista de Trabajo Social. N°24. Montevideo.
- Falero, A. (1996): “Calidad de Vida: ¿Eslogan afortunado o categoría de análisis?”. Revista de Ciencias Sociales. Año 11, N° 12. Fundación de Cultura Universitaria. Montevideo.
- Grassi, E(1994): “ La implicancia de la investigación social en la práctica profesional de Trabajo Social. Revista de Trabajo Social 135.s/d. Barcelona.
- “Guías en Salud Sexual y Reproductiva”. Capítulo Anticoncepción, (Métodos Irreversibles).(2005-2010). Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, (Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género). Ed. UNFPA.Montevideo.
- Informe de Actuación y evaluación del Sistema Penitenciario Nacional. Enero-junio 2009. República Oriental del Uruguay. Poder Legislativo. Comisionado Parlamentario.
- Inmujeres-MIDES: “Primer Plan Nacional de Igualdad de oportunidades y Derechos”, Políticas Públicas hacia las mujeres uruguayas 2007-2011, Versión amigable.
- Lauz, I(2005): “ La participación ciudadana en salud”. Revista regional en Trabajo Social. N°33. Montevideo.
- León, I; Herrera,M(2008) Atención médica. Niveles de atención. Dpto de Medicina Preventiva.s/d. Montevideo.
- Mesa de trabajo sobre las condiciones de las mujeres privadas de libertad (2006): “*Mujeres Privadas de Libertad. Informe sobre las condiciones de reclusión*”. Montevideo-Uruguay.

- Mitjavila, M (1992) Es saber médico y la medicalización del espacio social. Documento de Trabajo N°33. Departamento de Sociología- FCS, Udelar Montevideo.
- Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud (2005-2010), Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género: "Guías en Salud Sexual y Reproductiva".Cáp.Anticoncepción,(Métodos Irreversibles).Ed.Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).Montevideo.
- Mujeres y Salud en el Uruguay (MYSU) (2007): "Tu cuerpo tu salud y tu vida te pertenecen". Cuadernos de divulgación sobre derechos y salud sexual y reproductiva. Época 1, nº1 Montevideo-Uruguay. www.mysu.org.uy. 1 de julio.
- Naciones Unidas (1994): "Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo" Cairo.
- Naciones Unidas (1995): "Declaración y Plataforma de Acción de la IV Conferencia Internacional sobre la Mujer". Beijing-China.
- Ortega, E (2003) El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad Uruguaya en el período neobatllista. Tesis de Maestría. Udelar. Montevideo.
- Plan de estudios 1992. Udelar. F.C.S. DTS. Licenciatura de Trabajo Social
- Primer Encuentro Universitario(2003): "Salud, Género, Derechos Sexuales y Reproductivos", Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género.UDELAR.Facultad de Psicología.
- Rovira, C.Dornell, T.García, S. (1994)."Contribuciones a la definición del objeto en Trabajo Social"

.Montevideo.Uruguay.UdelaR.FCS.DTS.Programa Investigación básica disciplinaria.

- Verdugo, M. (1995) apud: Cabrera, Gimena (2008): "La calidad de vida como mediación en la vida cotidiana de las personas con discapacidad. Una mirada al departamento de San José". Monografía Final. San José, Uruguay.

Páginas web:

- Prieto, P. y Matkovich, N: "Criminalidad femenina en Uruguay". www.monografias.com.
- <http://www.definicionabc.com/general/carcel.php>. Consultada, Viernes 2 de julio del 2010.
- <http://www.definicionabc.com/derecho/prision.php>. Consultada, Viernes 2 de julio del 2010.
- http://www.zuhaizpe.com/articulos/salud_oms.htm. Consultada, Viernes 2 de julio del 2010.

Referencias Bibliográficas

- Barrán, J.P. (1992). Medicina y Sociedad en el Uruguay del 900". Tomo III. "La intervención del cuerpo". Ed. de la Banda Oriental. Montevideo.
- Barrán, J. P.; (2004). Historia de la sensibilidad. Tomos I y II. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo.
- Castel, R.; (1980). El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo. Ed. La Piqueta. Madrid.
- Conde, Susana y Col. (2004). Salud comunitaria, Diagnóstico, Estrategia y Participación. Editorial Espacio. Buenos Aires.

- Cuenca,Emili: Principios de la Prevención y Promoción de la Salud en Odontología. Cáp.1.Montevideo.
- Czereznia, D. y Machado de Freitas, C. (2006). Promoción de la Salud- conceptos, reflexiones, tendencias. 1ª edición. Buenos Aires.
- Declaración de Nowak Manfred (Relator Especial de la ONU sobre la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas y degradantes) 27 marzo de 2009.
- Foucault, M.; (1974b). Historia de la medicalización. Ed.Mimeo.
- Hark, Sydney y col. (2007). Atención Primaria Orientada a la Comunidad. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- Johnson.N;López.Alejandra; y otros.(2001).(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, discursos. Abordajes interdisciplinarios sobre la realidad compleja.s/d.Montevideo.
- Lapassade, G. (2000). Socio-análisis y potencial humano. Editorial Gedisa, S.A. Barcelona.
- Montaña,C e Pastorini,A(s/f). Génesis y Legitimidad del Servicio Social. Dos tesis sobre el origen del Servicio Social, su Legitimidad y su función en relación a las Políticas Sociales. En Servicio de Documentación en Trabajo Social. N°20.Montevideo; Fundación Cultura Universitaria.
- Murillo, S.; (1996). El discurso Foucaultiano: Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno. Editorial Oficina de Publicaciones del CBC, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.

- Sanforcada, Enrique (1992). Psicología Sanitaria. Análisis crítico de la situación de Atención de Salud. 1ª Edición. Ed.Paidós. Buenos Aires.
- Stephen, H y Cass R. Sunstein (2001). "El costo de los derechos". Porque la libertad depende de los impuestos. Ed.Veintiuno. Buenos Aires.