



Sociología
Facultad de Ciencias Sociales

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA
Monografía Final de Grado

Un híbrido de trancas y conquistas

Interacción internos-personal de salud y dinámicas del
primer nivel de atención en una unidad de internación para
personas privadas de libertad de Uruguay

Gerónimo Brunet Vilarrubí

Tutora: Marcia Barbero

Montevideo

2020

Agradecimientos

A todas las personas que se sumaron y compartieron alguna parte de este largo viaje.

A Sofi, por su ayuda en el pensamiento, guía en esos tantos cruces de caminos.

A mamá, por su escucha y compañía, siempre.

Resumen

El presente trabajo pretendió describir y analizar la interacción internos-personal de salud y las dinámicas de funcionamiento del primer nivel de atención de salud en un macro penal para hombres adultos del sur de Uruguay. Constituye un estudio de caso en el que se realizaron entrevistas semiestructuradas a integrantes del personal de salud y a internos asistentes a consulta mediante un muestreo por bola de nieve y oportunidad. Se aplicó la técnica de observación participante en sucesivas instancias de atención no urgente dentro del establecimiento. Los principales hallazgos indican que los roles de los internos y del personal médico de policlínica se corresponden con las expectativas institucionales respecto al desarrollo de una consulta típica. Los internos observan a los integrantes del personal de salud como interlocutores diferenciales de escucha y solución ante problemas sanitarios y sociales dentro de la institución. Los conciben como “médicos” (sin distinción alguna entre áreas de especialidad), mientras que estos construyen una triple imagen sobre los internos: “pacientes” (su amplia mayoría), seguida de “personas privadas de libertad”, y finalmente “personas”. Los operadores penitenciarios representan actores receptivos y habilitadores ante las solicitudes de atención efectuadas por los internos. Los funcionarios policiales suponen la emergencia de filtros y barreras para el alcance del encuentro médico no urgente. Se constata que la atención de policlínica constituye un servicio rudimentario y no prioritario, el cual se inserta en un medio hostil carente de recursos técnicos, humanos y condiciones suficientes para un adecuado funcionamiento. Se observa un escenario de suspensión del orden jurídico vigente, en el que la asistencia médica no constituye un derecho general, sino que depende del status y roles detentados y protagonizados por los internos, así como de aspectos referidos a sus condiciones de reclusión.

Palabras clave: cárcel, prisión, salud, medicina, interacción.

Tabla de contenidos

Introducción	6
Problema de investigación	7
Elaboración del problema.....	7
Objetivo general	9
Objetivos específicos.....	9
Fundamentación	9
Estado del arte y antecedentes.....	10
Marco institucional.....	10
Horizontes vitales	11
Academia, cárceles y salud.....	13
Enmarcando. Medicina y prisión	15
La cárcel de ayer y hoy.....	15
La cárcel de ayer	15
La cárcel de hoy	16
Ayer y hoy	18
¿Preso o paciente?	21
La medicina social y el siglo XXI. El aporte del método arqueológico	21
Ejerciendo la profesión médica.....	23
Goffman. La salud, la enfermedad y el interaccionismo simbólico.	25
Metodología	27
Estrategia metodológica	27
Universo de estudio, unidad de análisis y muestra	28
Técnicas	28
Trabajo de campo	29
Estrategia de análisis	30
Análisis.....	30
La enfermería.....	30
Haciendo números. La atención de policlínica en el módulo	30
De guardia. La atención de policlínica en el centro de salud	36
Los internos y la consulta de policlínica.....	39
Ventanas	43
Representaciones sobre los internos y el personal de salud.....	43
Actuaciones y mentalidad del médico de cárceles	47
Lo rudimentario	47

(De)bajo las normas de la casa	49
La guardia buena y la guardia mala	49
Desde la retina. El interno.....	51
Estado de excepción y medicina carcelaria	56
Consideraciones finales.....	58
Bibliografía	61
Anexo A. Aspectos generales sobre el caso de estudio	70
Anexo B. Instrumentos de relevamiento	72
Anexo C. Actividades y plan de análisis.....	80
Anexo D. Entrevistados y análisis	82
Anexo E. Otros estudios sobre salud y privación de libertad	87
Anexo F. Bitácora de campo	89

Introducción

Las personas privadas de libertad de Uruguay presentan un estado de salud extremadamente deteriorado en comparación con el de la población general. Sus elevados indicadores de morbilidad y mortalidad se encuentran vinculados a sus condiciones de reclusión, las cuales comprenden: elevados índices de violencia; superpoblación y hacinamiento en algunos centros; extensos periodos de encierro y abuso en la utilización de recursos represivos; carencia de suficientes propuestas de rehabilitación; infraestructuras con marcado estado de deterioro edilicio y no aptas para ser habitadas; cobertura del servicio de atención sanitaria insuficiente; entre otros aspectos (Nowak, 2009; Vigna, 2016; Levcovitz et al., 2016a; Comisionado Parlamentario Penitenciario¹ [CPP], s/f, 2016a, 2016b, 2017, 2018a, 2018b, 2019). En este marco, se hace imprescindible que la academia contribuya activamente en procesos de generación de conocimiento sobre los factores asociados a las problemáticas sanitarias que afectan a gran parte de este segmento de la población.

El objetivo de la presente investigación consistió en describir y analizar la interacción internos-personal de salud y las dinámicas de funcionamiento del primer nivel de atención al interior de un macro penal para hombres adultos del sur de Uruguay. Se adoptó un marco teórico nutrido de las contribuciones de Foucault y Wacquant con el fin de contextualizar y caracterizar el medio estudiado, así como del enfoque interaccionista-simbólico de Goffman y los aportes de Freidson para llevar adelante el análisis micro-sociológico de los intercambios, vínculos y roles desempeñados por estos actores.

Constituye un estudio exploratorio ya que no se constata la existencia de antecedentes regionales directos que puedan ser utilizados como base teórico-empírica para el análisis de nuevas dimensiones o el contraste de hipótesis emergentes. Mediante un diseño metodológico cualitativo de estudio de caso, se seleccionó una UIPPL² con condiciones de reclusión altamente heterogéneas. El relevamiento comprendió la utilización de técnicas complementarias: entrevistas abiertas a informantes calificados, semiestructuradas al personal de salud e internos, y observación participante en instancias de intercambio entre el personal de salud, los internos y los funcionarios penitenciarios (civiles y policías).

En primer lugar, este trabajo representa una apertura hacia la reflexión y el debate en torno a las principales características de los procesos de atención de salud y las condiciones de vida de la población privada de libertad de Uruguay. En segundo término, implica el avance hacia estadios

¹ Órgano del poder legislativo facultado para la observancia del funcionamiento del sistema penitenciario. Por más información, véase: <https://parlamento.gub.uy/cpp>

² Unidad de Internación para Personas Privadas de Libertad.

más profundos de planificación, diseño, implementación y modificación de políticas sanitarias y penitenciarias para el alcance de transformaciones sustantivas de urgencia en la materia.

La monografía se estructura de la siguiente manera. Inicialmente se explicita el problema, los objetivos y la fundamentación. Luego se realiza un recorrido por el estado del arte y estudios antecedentes sobre la materia para dar paso al marco teórico que sustenta el abordaje. Posteriormente se detallan los principales aspectos metodológicos de la investigación. Los resultados y el análisis se presentan en cuatro apartados consecutivos, dejando lugar a reflexiones finales a modo de síntesis. Los datos e información complementaria se exponen en seis anexos.

Problema de investigación

Elaboración del problema

Las cárceles constituyen espacios donde se insertan sectores de la población vulnerados por procesos estructurales de explotación, segregación, difamación, privación del acceso a recursos y oportunidades; dinámicas que estos establecimientos reproducen en forma ampliada. La privación de libertad representa un carácter jurídico que restringe el ejercicio de una serie de derechos propios del ciudadano, así como una situación social de extrema complejidad en materia de vínculos, relaciones e intercambios. En este contexto, el derecho a la salud, si bien constituye una garantía que los internos comparten con la población general, se enfrenta a cuantiosas dificultades que atentan contra su efectivo cumplimiento. Por su parte, la atención sanitaria se inserta en un campo que escapa a las características de los marcos de trabajo típicos de extramuros. No solo supone un servicio abocado a la asistencia de individuos expuestos a constantes y diversos riesgos para su salud, sino que se encuentra mediado por la infraestructura, normativa, procedimientos, actores y tensiones propias del sistema penitenciario.

La presente investigación se enmarca en una impostergable necesidad de echar luz sobre las interacciones y dinámicas desarrolladas en torno a la atención de la salud de esta población. Reviste particular importancia conocer cómo se desenvuelven y cuáles son las características de estos procesos dentro del espacio carcelario. Se considera vital realizar avances hacia la comprensión de las vivencias del proceso salud-enfermedad durante la privación de libertad, analizar las barreras y los facilitadores para el alcance y el mantenimiento de un estado de salud favorable por parte de los internos, así como los intercambios, relaciones y conceptos que se desarrollan entre estos y el personal de salud. Asimismo, caracterizar el rol profesional llevado adelante por los médicos en el espacio carcelario representa un puente para la búsqueda de puntos

de contacto, tensiones y especificidades entre lo acontecido en este medio y la realidad de extramuros.³

Se torna necesario describir las acciones efectuadas por los funcionarios penitenciarios en estas instancias con el fin de delimitar las formas en las que el sistema incide en la relación entre el personal de salud y los internos, así como descubrir sus influencias sobre las condiciones de vida de estos últimos. Por un lado, esto representa un acercamiento hacia las contingencias del mundo carcelario como espacio de restricción de libertades. Por el otro, permite profundizar en las intersecciones entre este medio y la institución médica como organismo garante de un derecho fundamental.

Finalmente, explorar las formas de ejercicio del poder, así como circunscribir aquellos grupos o actores dominantes que se manifiestan e imponen en los procesos de atención, representa una contribución sustantiva hacia estudios de mayor alcance teórico vinculados a la prisión y la medicina como instituciones modeladoras de la vida en Occidente. Conocer quiénes, en qué circunstancias, bajo qué modalidades y sobre qué grupos se desarrollan acciones de gobierno – dominación, distribución, segregación, privación, represión, castigo, etc.- emerge como vital a la hora de comprender la situación de la población privada de libertad en el marco del proceso salud-enfermedad. Las preguntas que guían este trabajo se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1

Preguntas que guían la investigación

1. ¿Cómo son las interacciones desarrolladas entre los internos y el personal de salud en las instancias de atención de policlínica en una unidad de internación para personas privadas de libertad?
2. ¿Cómo son las actuaciones de los funcionarios penitenciarios en el marco de las instancias de atención?
3. ¿Qué imágenes o conceptos construye el personal de salud respecto a los internos y viceversa?
4. ¿Cuáles son las características de los roles profesionales desempeñados por los integrantes del personal médico?
5. ¿Qué forma(s) de ejercicio del poder pueden ser identificada(s) en el marco de los procesos de atención de salud dentro de la unidad y cuáles son sus características?

³ Es necesario destacar que esta investigación careció de alcance comparativo ya que se enfocó exclusivamente en el estudio de los procesos de atención desarrollados dentro de un establecimiento carcelario. Más allá de esto, el ejercicio de contraste entre las características del accionar dentro y fuera del espacio se efectuó en base al aporte teórico proporcionado por Freidson.

Objetivo general

Describir y analizar la interacción internos-personal de salud⁴ y las dinámicas de funcionamiento del primer nivel de atención⁵ de salud al interior de un macro penal⁶ para hombres adultos del sur de Uruguay.

Objetivos específicos

1. Analizar la interacción internos-personal de salud en torno a la atención de policlínica.
2. Describir las actuaciones de los funcionarios penitenciarios en el marco de las instancias de atención.
3. Conocer los conceptos que los internos y el personal de salud construyen recíprocamente unos sobre otros.
4. Caracterizar el rol profesional de los médicos de policlínica.
5. Explorar la(s) forma(s) de ejercicio del poder manifiestas en los procesos de atención de salud de los internos.

Fundamentación

En Uruguay, si bien la retracción de las políticas de bienestar mantiene un carácter tenue y no acompaña las dinámicas que caracterizan a la región sudamericana, las penales se han disparado y potenciado en las últimas dos décadas. En el marco de una cruzada en contra de crecientes niveles de delincuencia y mayores grados de percepción de inseguridad en todos los estratos y regiones del país, el sistema penitenciario –cuya población se conforma principalmente por hombres jóvenes de bajos ingresos e instrucción– se encuentra saturado. No solo existen considerables niveles de superpoblación carcelaria, sino que se observan grandes deficiencias en lo que refiere a las condiciones edilicias, los recursos humanos básicos para el mantenimiento de la vida en un mínimo grado de humanidad, y el alcance de los fines de rehabilitación y profilaxis del delito. Esta realidad abre interrogantes respecto a los distintos factores que moldean sus vidas dentro de este tipo de establecimientos, entre los cuales la atención de su salud es un elemento trascendente. Conocer, describir y caracterizar las formas que adoptan los intercambios mantenidos entre internos, personal de salud y funcionarios penitenciarios, representa un puente

⁴ Personal médico y de enfermería.

⁵ Tal como expresan Vignolo, et al. (2011) el primer nivel de atención: “Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes.” (p.12).

⁶ En esta investigación, el término “macro penal” es utilizado para dar cuenta de la envergadura de la población de este establecimiento. A pesar de no contar con cuantiosas referencias bibliográficas que lo sustenten, se acostumbra catalogar como macro penales a aquellos recintos que albergan una cantidad mayor o igual a mil internos. Un ejemplo de este uso puede encontrarse en CPP (2019, p. 97).

hacia la construcción de conocimiento sobre las condiciones de vida, enfermedad, y muerte de esta población. Asimismo, constituye un aporte hacia la formulación de políticas, planes e iniciativas gubernamentales y no gubernamentales referidas a la mejora de su calidad de vida.

En lo que respecta a la esfera académica, este trabajo se inserta en un contexto en el que las investigaciones desarrolladas desde las ciencias sociales son escasas y resultan poco conclusivas. Sin embargo, la sociología ha construido una base analítica gestacional que ha dado lugar a la generación de conocimientos de relevancia sobre la temática. En términos generales, los estudios coinciden en que la práctica y el discurso médicos dentro de una institución de encierro no pueden ser equiparados con las actividades *muros afuera*.⁷ En este sentido, se torna necesario realizar aportes que permitan profundizar sobre las intersecciones institucionales entre la prisión y la medicina, con el fin de avanzar hacia la comprensión de las dinámicas de tratamiento de los aspectos sanitarios de esta población. De esta manera, se pretende contribuir hacia el desarrollo de líneas de investigación sobre salud y privación de libertad, y en último término, sobre salud en los márgenes del cuerpo social.

Estado del arte y antecedentes

Marco institucional

La discusión sobre el estado sanitario de la población privada de libertad en Uruguay puede verse cristalizada en dos hechos de considerable magnitud. Uno de ellos remite a la declaración de emergencia humanitaria en el sistema penitenciario realizada por el Gobierno Nacional en el año 2005, así como la concomitante aprobación de la Ley N° 17.897, la cual estableció un régimen de libertades anticipadas y de disminución de pena por estudio o trabajo (Vigna, 2016, p.81). El segundo acontecimiento refiere al informe sobre el estado de situación de las cárceles nacionales elaborado por el Relator Especial de las Naciones Unidas contra la Tortura. Este constató la existencia de elevados niveles de hacinamiento, la no separación de los internos con prisión preventiva respecto a los que cumplían condena y el acceso limitado a los servicios médicos en casi todos los establecimientos visitados (Nowak, 2009, p.2). De esta manera se consolidó la gestación de una reforma en el sistema penitenciario, creándose el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), cuyas características principales incluyen el ingreso de funcionarios penitenciarios civiles para la gradual sustitución del personal de custodia policial. Estas transformaciones ocurrieron en el marco de otra reforma sobre la atención de la salud de esta población. En el año 2008 se firmó un acuerdo entre los Ministerios del Interior y Salud Pública,

⁷ La discusión en torno a cuáles son los motores y contingencias que impulsan tales particularidades va más allá de esta convergencia y e implica escisiones teóricas sustanciales.

determinándose posteriormente modificaciones en el servicio de atención sanitaria del sistema penitenciario bajo la Ley N° 18.719. Se creó el Sistema de Atención Integral - Personas Privadas de Libertad (SAI-PPL)⁸ dependiente de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), diseñado con el objetivo de sustituir gradualmente en sus funciones a la Dirección Nacional de Sanidad Policial (DNSP).⁹ Según el CPP actualmente se observa un detenimiento en el avance del proceso de reforma¹⁰, luego de un comienzo favorable en el 2009 y una profundización de la cobertura en el período 2010-2015 (CPP, 2019). Este diagnóstico coincide con el de años anteriores (CPP, 2017; 2018), afirmándose que “en la mayoría de los centros los servicios médicos se limitan a la atención de enfermedades, no realizando actividades preventivas, de educación de salud o atención primaria” (CPP, 2019, p. 97).

Horizontes vitales

Los trabajos de diagnóstico de las condiciones de vida de la población privada de libertad de Uruguay provienen de informes elaborados por el CPP (CPP, s/f, 2016a, 2016b, 2017, 2018a, 2018b, 2019), así como de iniciativas específicas tales como el “I Censo Nacional de Reclusos” (Departamento de Sociología [DS], 2010), y el estudio descriptivo “Salud y enfermedad en condiciones de privación de libertad. Diagnóstico Epidemiológico” (Levcovitz, et al., 2016a). Para el año 2015, el informe de Levcovitz, et al. (2016a) destacó el alto contraste existente entre la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles¹¹ y el ínfimo porcentaje de población bajo tratamiento por estas afecciones, en términos no solo absolutos, sino relativos a la población general (menos del 17% de los diagnosticados con Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus o Hipercolesterolemia se encontraba bajo tratamiento). Asimismo, el documento arrojó datos sobre los factores de riesgo de este tipo de padecimientos. Se observó que el porcentaje de personas con sobrepeso; el de aquellas que pasan entre 4 y 10 horas “sentadas o recostadas”; el de personas que no consumen frutas o verduras; fueron todos superiores al 30%. En lo que refiere a lesiones, la

⁸ La visión del sistema consiste en: “Ser un servicio de excelencia que garantice a las personas privadas de libertad, una atención integral de salud, de calidad adecuada; en un entorno de respeto a sus DD.HH., que contribuya a su reinserción social en las mejores condiciones posibles” (Sistema de Atención Integral de las Personas Privadas de Libertad [SAI-PPL], s/f).

⁹ Esta división, dependiente del Ministerio del Interior, cubría casi la totalidad del servicio hasta el momento. En el primer período las funciones de SAI-PPL se abocaron al primer nivel de atención: medicina general, salud mental, y salud bucal.

¹⁰ Según datos del informe, actualmente SAI-PPL cubre el 61% del sistema (principalmente establecimientos de la zona metropolitana y el departamento de Rivera) mientras que el porcentaje restante se mantiene bajo la órbita de DNSP (CPP, 2019).

¹¹ La Hipertensión Arterial fue diagnosticada en un 15,9% de la población (16,9% se encontraba en tratamiento durante la privación de libertad, 40 % en la población general); la Diabetes Mellitus fue diagnosticada en un 3,9% del total (9,3% se encontraba en tratamiento durante la privación de libertad, 52% en la población general); y la Hipercolesterolemia fue diagnosticada en un 16% de los internos (1,7% se encontraba en tratamiento durante la privación de libertad) (Levcovitz, et al., 2016a, p. 81).

tasa de incidencia para los últimos doce meses fue de 22,2%. Un 37% de los casos presentaron carácter de gravedad requiriendo hospitalización (internación por al menos una noche). Por otra parte, un 41,8% de los internos manifestó tener dificultades para acceder a la atención de urgencia, situación atribuida principalmente al accionar del personal de custodia (Levcovitz et al., 2016a).

A partir de los últimos informes elaborados por el CPP (CPP, s/f, 2016a, 2016b, 2017, 2018a, 2018b, 2019), se constata que un porcentaje considerable de la población privada de libertad de Uruguay se encuentra en establecimientos enteros o módulos en los que sufren “Tratos Crueles Inhumanos o Degradantes”. Esto implica el sometimiento a insuficientes condiciones para el desarrollo de la vida y a elevados niveles de violencia interna. Son espacios donde no se lleva adelante el cumplimiento efectivo de las “Reglas Mandela”¹² y del Artículo N°26 de la Constitución Nacional¹³ (CPP, 2019). Para el año 2018, un 35% del total de los internos se encontraba en esta situación, porción correspondiente en su mayor parte a aquellos ubicados en unidades de la zona metropolitana (N°1, 3, 4, 5 y 7), a las que se adicionan algunas del interior del país en menor proporción (N° 13, 16, 19 y 24).

En el año 2016, el CPP publicó un informe referido a la temática “Muertes en custodia” (CPP, 2016b), en el cual se realiza un análisis sobre la evolución de los decesos en el período 2006-2015. En este periodo se registraron 381 fallecimientos. Los homicidios constituyeron un 24,4% del total y los suicidios el 15,5%. El 52,5% del total de muertes fueron tipificadas como muertes naturales y el 7,6% de las muertes ocurrieron debido a “otras causas” no especificadas. Respecto a su distribución territorial, un 84,5% de estos se concentraron en las Unidades N° 4, 3, 7, 5 y 6; todas ubicadas en la zona metropolitana del país. Respecto a los últimos datos disponibles sobre esta temática, mientras para el año 2017 el número de fallecimientos no implicó variaciones significativas respecto al periodo 2006-2015, el informe sobre el año 2018 presentó una disminución en el valor global de defunciones (37 en total; 10 casos por debajo de la cifra para los tres años anteriores). A su vez, el 2018 registró la mayor tasa de homicidios en custodia desde el año 2006, a lo que se suma una interrupción en la tendencia a la concentración de muertes no violentas en las unidades de la zona metropolitana. Por su parte, las muertes violentas continuaron nucleadas en esta región, con elevados niveles de sobrerepresentación en las unidades N°4 y N°3 (CPP, 2018a; 2019).

¹² Las “Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos” son un conjunto de 122 prescripciones aprobadas por las Organización de Naciones Unidas en el año 2015. Estas remiten a una actualización de la normativa del organismo en la materia, abocándose a la protección y el otorgamiento de garantías básicas para las personas privadas de libertad de todo el mundo.

¹³ Este artículo hace referencia a los fines del sistema penitenciario local: “A nadie se le aplicará la pena de muerte. En ningún caso se permitirá que las cárceles sirvan para mortificar, y sí sólo para asegurar a los procesados y penados, persiguiendo su reeducación, la aptitud para el trabajo y la profilaxis del delito” (Constitución de la República Oriental del Uruguay, 1967, Artículo 26).

Todos estos factores, considerados tanto individualmente como en su conjunto, confluyen en un diagnóstico que alinea a Uruguay respecto a la realidad penitenciaria latinoamericana¹⁴. Existen evidencias que indican que el sistema se encuentra inmerso en un marco institucional de transformaciones en pos de una mejora global. Sin embargo, se visualizan grandes disparidades en lo que refiere a las posibilidades de rehabilitación, reinserción social de los internos, así como se detecta un segmento de población mayúsculo que se encuentra bajo dinámicas de vulneración de derechos básicos fundamentales¹⁵. Gran parte de la población privada de libertad del país se encuentra sometida a condiciones insuficientes para el desarrollo de una vida digna durante el periodo de reclusión, las cuales a su vez atentan contra su calidad de vida futura –y en definitiva contra la de la población general-.

Academia, cárceles y salud

El cuerpo de conocimientos circulante sobre temas vinculados a la salud y la privación de libertad se remite a iniciativas llevadas adelante desde la medicina, los servicios de sanidad penitenciaria, y en menor medida de trabajos provenientes del campo de la sociología y el derecho.¹⁶ Sin dejar de lado la relevancia que suponen estos abordajes, existe una serie de estudios sociológicos que representan guías fundamentales a los efectos de la presente investigación.

El trabajo de Lindquist y Lindquist (1999) describe y analiza aspectos referidos al estado de salud de los internos, su acceso a la atención sanitaria y la evaluación del servicio en una cárcel estadual de Estados Unidos para hombres y mujeres de aproximadamente mil internos. Adicionalmente explora factores que se asocian con un peor estado de salud y un mayor número de solicitudes de atención médica, así como aquellos referidos a las dificultades para el acceso al servicio. Dentro de las conclusiones, los autores destacan: “(...) gender and age are the most consistent demographic predictors of health status and medical care utilization, with females and older inmates reporting higher morbidity and concomitantly higher numbers of medical encounters” (Lindquist y Lindquist, 1999, p. 285).

¹⁴ Para una ampliación sobre este contexto, véase “Anexo E. Otros estudios sobre salud y privación de libertad”.

¹⁵ Sobre esta cuestión, Levcovitz, et al. (2016b) expresan: “No existen diferencias en cuanto a la definición normativa del derecho a la salud entre las PPL y la población general del país. Este derecho está consagrado en la Constitución de la República en su artículo 44° y en la Ley de creación del SNIS en su artículo 1° (...), otorgándole los mismos derechos a todas las personas que habiten en el territorio nacional. La condición de pérdida de libertad no debe inhabilitar el goce de otros derechos, entre ellos el derecho a la salud” (p. 34).

¹⁶ Estos abordajes (españoles, norteamericanos y latinoamericanos) se focalizan en diversas líneas: la caracterización socio-sanitaria de la población carcelaria (aspectos epidemiológicos y de acceso a los servicios de salud); el análisis de procesos de diagnóstico y tratamiento de enfermedades específicas (crónicas e infecto-contagiosas); el estudio de las condiciones de vida y estado de situación de los establecimientos; análisis documentales, ensayos de reflexión y denuncia en torno a las problemáticas particulares y generales de los sistemas penitenciarios locales en pos de un cumplimiento efectivo de los derechos de los internos; entre otros aspectos. Por una ampliación sobre estas referencias, véase “Anexo E. Otros estudios sobre salud y privación de libertad”.

Otro ejemplo norteamericano refiere a la investigación de Twaddle (1976), quien lleva adelante un análisis sobre las dinámicas de solicitud y acceso a la atención sanitaria en una cárcel para hombres.¹⁷ Los resultados del trabajo indican que el nivel de concurrencia a consulta durante la privación de libertad es superior al experimentado por la población general. Asimismo, se detalla que la utilización del servicio sanitario varía según el comportamiento de variables clave, entre las que se encuentran: el *stress*, la socialización respecto a las normas organizacionales, el rol de la administración de la prisión en términos de promoción/no promoción de la utilización del servicio y la posible incidencia del etiquetamiento social de desviación en el interno. El autor menciona que las asistencias al servicio de salud “(...) were more likely among the young, black, inmates, those who had been in prison a relatively short period of time, had a history of medical care prior to imprisonment, and with less desirable accommodations in the prison” (Twaddle, 1976, p. 244). El autor concluye que a modo de explorar las posibles relaciones causales entre los factores mencionados y la utilización del servicio médico, se hace necesario llevar adelante otros estudios con estrategias metodológicas aplicadas al problema.¹⁸

Sim (1989) se aboca a un análisis socio-histórico de la atención sanitaria en prisiones del Reino Unido entre el último cuarto del siglo XVIII y el fin del siglo XX. El autor menciona que los médicos y psiquiatras de cárceles se han visto crecientemente envueltos en el entramado disciplinar propio del sistema penitenciario, adquiriendo roles de vigilancia y castigo, así como asumiendo papeles consultivos y de gestión respecto al tratamiento de los internos; funciones que se encuentran más allá de sus actividades profesionales de diagnóstico, tratamiento y cuidado de la salud general de la población. Bajo esta perspectiva normalizadora e individualista respecto al crimen y sus orígenes, y en el marco de una expansión de las políticas penales referidas al encarcelamiento¹⁹, estos actores se han consolidado en una mayor medida como brazos penales de la institución, antes que como veladores independientes por la vida y el bienestar de los internos.

¹⁷ El autor se basa en los postulados de Goffman, los cuales asignan un status independiente a la prisión en tanto establecimiento poseedor de una realidad propia. En este sentido, explora las posibles implicancias en lo que refiere a la atención de salud de los internos.

¹⁸ Entre otras cuestiones, un muestreo en base a las variables independientes delimitadas, un campo que involucre el acceso a otros espacios dentro de la prisión, y no solo a su centro de salud.

¹⁹ El autor plantea que existen vinculaciones entre las políticas penales y el manejo de otras dinámicas de índole social; conexiones que implican un análisis respecto al papel causal de los factores económicos y políticos en el despliegue y expansión del encarcelamiento. En este sentido, expresa: “the prisons can be seen to be concerned both with individual regulation and with the policing of wider social divisions” (Sim, 1989, p. 395).

Enmarcando. Medicina y prisión

La cárcel de ayer y hoy

El presente apartado busca dar respuestas iniciales a tres preguntas fundamentales que emergen como bases constitutivas de este estudio: ¿Cuál es el desarrollo teórico-conceptual que se ha efectuado en torno a las cárceles en el mundo occidental? ¿Qué papel ha tenido la sociología como disciplina al respecto? ¿Bajo qué perspectiva(s) analizar este tipo de instituciones? Para tales fines, se realiza un repaso por los aportes de autores como Foucault, Wacquant y Goffman, quienes, si no incluyen a la prisión dentro de sus teorizaciones y estudios más generales, ponen en ella el foco absoluto de su atención durante un periodo de producción de conocimiento determinado.

La cárcel de ayer

Según la mirada genealógica de Foucault, existe un doble fundamento, jurídico-económico y técnico-disciplinario, que emerge analíticamente como la base para la constitución de la cárcel como elemento de pena por excelencia, en la que se ejecutan transformaciones en los cuerpos con el objetivo de contribuir en procesos más amplios de disciplinamiento y dominación (Foucault, 1975, p. 213). Esta es una institución que no se encuentra aislada del resto de la sociedad, sino que puede concebirse como parte de un *continuum* en lo que refiere al “poder de castigar como una función general de la sociedad que se ejerce de la misma manera sobre todos sus miembros, y en la que cada uno de ellos está igualmente representado” (Foucault, 1975, p. 211).

La prisión como castigo igualitario y como lugar de ejercicio de una disciplina despótica, es el espacio en el que convergen diversos actores con una vinculación institucionalmente orientada a la sujeción de unos frente a otros. Se levanta por sobre los detenidos y penados como aquella responsable de moldear a los cuerpos conforme a las fuerzas del disciplinamiento, cuyo objetivo consiste en reintroducir a los individuos en los mecanismos elementales del funcionamiento en la sociedad de los cuerpos dóciles. El aislamiento, las dinámicas maquinarias del trabajo y la modulación de la pena, son encontrados por el autor como principios fundamentales de esta organización formal en lo que refiere a las transformaciones ejercidas sobre los individuos (Foucault, 1975).

El mecanismo disciplinario trabaja sobre un modelo normativo que se toma como base para la descomposición, percepción y modificación de los cuerpos, considerados primero en su multiplicidad, y luego individualizados a través de estos procedimientos (Foucault, 2006, p. 28). Lo normativo se constituye como base para la normación de los individuos en tanto desviaciones al modelo. Esta adquiere un carácter procedimental debido a que tanto el propósito como el método de transformación implican la vigilancia sostenida y la programación de las actividades.

“La disciplina concentra, centra, encierra” a las multiplicidades, aislándolas e individualizándolas dentro de una organización funcional a los fines inherentes a las estructuras jerárquicas de poder (Foucault, 2006, p. 66). Esto justifica la existencia del aislamiento, el trabajo y la pena dentro de la institución prisión, símbolo de lo disciplinario ante los ojos del siglo XXI. Un espacio, primero concebido como territorio y luego como multiplicidades de cuerpos, en el que la reglamentación llega hasta sus extremos últimos, donde el Panóptico²⁰ pinta un escenario de castigo diferente al representado por el calabozo –manifestación del período de ejercicio del poder soberano–.

Los postulados de Foucault representan una línea de partida hacia una contextualización socio-histórica de estas instituciones de confinamiento. Ello implica la consideración de las cárceles como establecimientos modelo en relación a la manifestación de los mecanismos disciplinarios de ejercicio del poder. Asimismo, se la ubica como un emplazamiento sujeto al devenir de las transformaciones representadas por el advenimiento de la *biopolítica* como forma de gobierno de lo colectivo, de la vida y de la especie humana.²¹

La cárcel de hoy

Wacquant (2009) realiza aportes fundamentales que sirven de puente para la concepción de la institución prisión en la actualidad. En su análisis de la sociedad norteamericana del último cuarto del siglo XX y comienzos del XXI, el autor plantea la emergencia y consolidación de un *Estado neoliberal* o *centauro*²², el cual se encuentra sumido en un orden económico generador de una serie de transformaciones en diversas áreas de injerencia del gobierno estatal. Plantea que tanto en los EEUU post-revolución por los derechos civiles (1970 en adelante), como en la Europa del último cuarto del siglo XX, se produce un aumento en los niveles de inseguridad social en los sectores medios y bajos de la clase trabajadora postindustrial. Este escenario emerge como fruto y en concomitancia a un giro en la política de Estado hacia un modelo neoliberal caracterizado por la desregulación económica, la retracción del Estado de Bienestar, el ascenso del tropo cultural

²⁰ Respecto a este, el autor menciona: “Cada cual, en su lugar, está bien encerrado en una celda en la que es visto de frente por el vigilante; pero los muros laterales le impiden entrar en contacto con sus compañeros. Es visto, pero él no ve; objeto de una información, jamás sujeto en una comunicación” (Foucault, 1975, p. 185).

²¹ A comienzos del siglo XVIII se observa el surgimiento del concepto y de la realidad natural/material de la población, asistiéndose a una nueva forma de manifestación del poder: el dispositivo de seguridad (Foucault, 2006). El pasaje desde la anatomopolítica hacia la biopolítica conlleva el surgimiento de formas de ejercicio del poder sobre la vida, en la que el ser humano comienza a concebirse a sí mismo como hombre-especie. Se observa cómo el sujeto de derecho -propio del ejercicio del poder soberano frente al súbdito en el marco del sistema jurídico legal antiguo- desaparece para dar lugar a la consideración de una multiplicidad en su dimensión colectiva, que denota por un lado su naturaleza en tanto seres vivos, y por el otro una dimensión o nivel que habilita la alteración y normalización mediante prácticas gubernamentales (Ibíd., 2006).

²² Sobre este concepto, el autor expresa: “El Estado Centauro, guiado por una cabeza liberal montada en un cuerpo autoritario, aplica la doctrina del *laissez-faire* y *laissez-passer* cuando se trata de las desigualdades y de los mecanismos que las generan (...) pero es brutalmente paternalista y punitivo cuando se trata de hacer frente a sus consecuencias en el día a día” (Wacquant, 2009, p. 82).

de la responsabilidad individual y la expansión del aparato penal (Ibíd., 2011, pp. 13-14). Su análisis se concentra en los procesos derivados de estas reconfiguraciones, con un especial énfasis en el devenir de las políticas sociales y penales del Estado (Ibíd., 2009).

En este marco, la prisión, al igual que la policía y los tribunales, es observada como un vehículo para la producción política de la realidad y para el control de las categorías sociales desfavorecidas y difamadas, así como de los territorios reservados para ellas (Wacquant, 2004, 2009). En un análisis que intenta superar las barreras históricas erigidas entre los enfoques materialistas y simbólicos, la cárcel se concibe como una institución política cuyas funciones son las de normalización, supervisión y/o neutralización de las “fracciones indigentes y perturbadoras del proletariado postindustrial” (Ibíd., 2009, p. 408), abandonándose de hecho la finalidad de rehabilitación característica de su papel durante gran parte del siglo XX. De esta manera, el recurso al encarcelamiento masivo es observado como un medio para hacer desaparecer de la escena pública el problema de la marginalidad, propio de los procesos de flexibilización y precarización crecientes en los mercados de trabajo de los países del Primer Mundo (Wacquant, 2009, 2011).

La tesis de Wacquant implica acercamientos y bifurcaciones respecto a los postulados de Foucault, entre otros autores. Existe entre estos una distancia epistemológica que habilita a la consideración de perspectivas diversas para la concepción del objeto-prisión. Mientras que el planteo de Wacquant se acerca a la línea de pensamiento de Bourdieu, Foucault presenta un método arqueológico, el cual comprende un énfasis en el análisis de los discursos, las instituciones y sus articulaciones. A su vez se abre entre estos una brecha en términos cronológicos. Mientras que Foucault escribe en el último cuarto del siglo XX, Wacquant lo hace en los umbrales del siglo XXI. Por un lado, esta separación temporal evidencia los elementos objetivos con los que ambos cuentan para analizar las realidades que los rodean en sus periodos respectivos. Por otro lado, torna visible las dificultades inherentes al primero para efectuar predicciones sobre las configuraciones futuras del ejercicio del poder, así como de las instituciones protagonistas en esos contextos.

Wacquant describe el giro punitivo del último cuarto de siglo como el comienzo de la tercera era del confinamiento -a diferencia del planteo de Foucault, quien auguraba una disminución creciente de la relevancia social y política de la institución prisión para un futuro próximo²³-. En segundo lugar, se expone que las tecnologías disciplinarias se han tornado inaplicables en establecimientos que se encuentran en un contexto de caos demográfico, rigidez

²³ Al respecto, Foucault menciona: “En medio de todos estos dispositivos de normalización que se van estrechando, la especificidad de la prisión y su papel de juntura pierden parte de su razón de ser” (Foucault, 1975, p. 285).

burocrática, escasez de recursos y servicios, etc. Por lo anterior, la prisión, en vez de rehabilitar, opera a través del almacenamiento, la neutralización y el castigo (Wacquant, 2009, 2011). En tercer lugar, Wacquant expresa que la red penal se ha expandido de forma selectiva y discriminadora dentro del cuerpo social –no de manera global como planteó Foucault-. Este aspecto evidencia la vigencia del sesgo social y etnorracial hacia el almacenamiento de fracciones crecientes del subproletariado urbano, selectividad que a su vez caracterizó el devenir de la institución prisión durante los siglos XVIII y XIX. Finalmente, se destaca el pasaje desde la “teatralización de la penalidad” (Ibíd., 2009, p. 420) ejercida por el Estado –concebida como en decadencia y propia del régimen de ejercicio del poder soberano por Foucault-, hacia una efectuada por los ámbitos mediático y político. El autor hace referencia a la emergencia de una industria desarrollada en torno a las representaciones sobre los delincuentes, el crimen y el orden, para la cual la prisión se consolida como su paraguas simbólico-institucional.

Ayer y hoy

Abriendo caminos epistemológicos en torno al abordaje del presente objeto, el enfoque micro sociológico de Goffman se ubica como un puente que conecta visiones pasadas y presentes respecto a la prisión. Sin enmarcarse en aspectos de corte general o macro, su desarrollo conceptual se aboca al estudio en detalle de la vida interna de este tipo de instituciones. En este sentido, concibe la prisión como una *institución total* (Goffman, 2001b). Un establecimiento de este carácter puede considerarse un híbrido social, el cual comparte rasgos de una comunidad residencial y de una organización formal. Se distingue por ser un lugar de “residencia y trabajo”, donde “un gran número de individuos” son aislados de la sociedad por un “periodo apreciable de tiempo”, en el que se encuentran sumidos en una “rutina diaria, administrada formalmente” (Ibíd., p. 13). La idea central que está por detrás de esta definición radica en efectuar –para el individuo que allí se encuentra- una ruptura respecto a las dinámicas ordinarias de los diversos ámbitos en los que este participa en sociedad. Ingresa como interno dentro de lógicas de funcionamiento y normas que se encuentran dictadas desde un órgano administrativo superior; lógicas y normas que deben su razón de ser a una serie de objetivos racionales institucionalmente delineados desde sus propias bases constitutivas (Ibíd., pp. 19, 20).

Goffman distingue dos grandes tipos de fines que se encuentran en las raíces de la cárcel en tanto institución total: los fines declarados/formales y los fines reales. Expresa que existe una discrepancia entre los objetivos formales explicitados públicamente, por un lado, y el escenario concreto que se encuentra por detrás de lo declarado en muchas instituciones de este tipo, el cual sitúa a la cárcel como un depósito de internos. Visualiza la distancia existente entre el objetivo

formal declarado, la reforma²⁴, y la verdadera función latente de la institución, la cárcel como depósito (Goffman, 2001b). Esto implica consecuencias directas en lo que refiere a la acción y el discurso de los miembros del personal que llevan adelante sus actividades en el establecimiento. Acciones y discursos que varían según el lugar que cada integrante ocupa dentro de la escala jerárquica-administrativa de la institución, entre otros aspectos.

Los objetivos formales de la institución pueden ser utilizados de forma estratégica, tanto por los internos como por el personal, a la hora de justificar su accionar dentro del establecimiento. Los fines formales se sitúan como un reservorio de argumentos para la fundamentación de la ejecución de una infinidad de acciones y procedimientos. Haciendo referencia al sector profesional que se encuentra en el eje del presente trabajo -el personal de salud-, Goffman menciona: “(...) un marco de referencia médico no es, meramente, una perspectiva que permite determinar y fundamentar una decisión relativa a una dosificación; es una perspectiva preparada para justificar toda clase de decisiones (...)” (2001b, p. 92). Cada objetivo formal implica el desencadenamiento de una doctrina organizada en su nombre, dentro de la cual las acciones e interpretaciones deben mantener un equilibrio entre la concreción del objetivo formal, por un lado, y la persecución difusa y tirana de este, por el otro. Es importante recalcar que esta tensión no siempre es o puede ser sostenida.

Goffman hace referencia a las “normas de humanidad (...) como una de las garantías que ésta [la institución] ofrece implícitamente a los internos a cambio de su libertad” (2001b, p. 84). En este sentido, el accionar del personal de salud, así como del resto del personal de la institución, se torna fundamental en lo que refiere al otorgamiento y mantenimiento de las condiciones de vida básicas para los internos que se encuentran en el establecimiento. Adicionalmente, el autor plantea la existencia de problemas de tipo gubernativo a la hora de prestar servicios que constituyen derechos básicos para algunos internos, pero que al mismo tiempo representan la imposibilidad para otros de acceder a sus derechos -en la misma medida legítimos- (Goffman, 2001b).²⁵

La prisión es un espacio donde tanto el personal como los internos llevan adelante distintas acciones con el objetivo de generar degradaciones y mutilaciones en el yo²⁶ del interno. A través

²⁴ Remitiéndonos al presente objeto de estudio, las funciones de rehabilitación y reinserción social pueden considerarse equivalentes a la idea de reforma.

²⁵ Esto es ejemplificado de la siguiente manera: “Si se dispone que la puerta principal de un hospital psiquiátrico se mantenga abierta siempre, por consideración a los enfermos que gozan de libertad ambulatoria por la ciudad, habrá que tener encerrados en los pabellones a otros internos que, en caso contrario, habrían podido andar libres por el edificio” (Goffman, 2001b, p. 86).

²⁶ Sobre el concepto del yo o sí mismo, Goffman menciona: “(...) cada uno de nosotros desempeña un rol. Es en estos roles donde nos conocemos mutuamente; es en estos roles donde nos conocemos a nosotros mismos. En cierto sentido, y en la medida en que esta máscara representa el concepto que nos hemos formado de nosotros mismos -el rol de

de una contaminación física e impersonal constante, así como del desposeimiento de lo individual y propio, se abre el camino hacia una destrucción parcial y/o total de aspectos claves constitutivos de la personalidad del interno, siendo despojado de su individualidad y violado en su intimidad (Goffman, 2001b). Goffman sostiene que mediante estas acciones, las instituciones totales atentan contra aspectos que hacen a la vida civil del actor. Esta “muerte civil” emerge como una pérdida subjetiva y objetiva de la capacidad de acción del sujeto en sociedad (Goffman, 2001b, p. 53). Se ataca integralmente el sentimiento de dominio sobre sí mismo que la vida en libertad otorga.

Al analizar las actuaciones, también se visualizan e interponen aquellas representaciones e imágenes que los actores construyen sobre los otros. En este sentido, y en un marco de poder asimétrico, Goffman hace referencia a la existencia de un principio moral de autoconducción respecto al accionar de los internos, el cual nace y se manifiesta en y por parte de los integrantes del personal de la institución.²⁷ La consecuencia de esta concepción determina el origen, entre los integrantes del personal, de las *teorías*²⁸ sobre la naturaleza humana del interno. Estas radican en una atribución de responsabilidad moral al recluso por sus acciones, y en consecuencia lo obligan a responder ante ellas. Son teorías que orientan el trabajo diario del personal, canalizando el desarrollo de procesos de evaluación o enjuiciamiento de las acciones de los internos en tanto “buenas” o “malas”, “correctas” o “incorrectas”, etc.

Uno de los intereses principales de Goffman radica en el estudio de la acción y las consecuencias pasibles a vislumbrarse al interior de una institución total en términos de definición de identidades. En este sentido, la acción conlleva un *concepto*²⁹ sobre las personas sobre las cuales se ejerce (Goffman, 2001b). Por lo tanto, hace hincapié en los actos más allá de las definiciones propias de los objetivos o fines formales de una institución, como aquellos que se encuentran por detrás de los conceptos que tanto internos como miembros del personal construyen recíprocamente unos sobre otros. Esto no significa que las definiciones institucionales de situaciones y actores no presenten relevancia alguna para su análisis. En este sentido, Goffman

acuerdo con el cual nos esforzamos por vivir-, esta máscara es nuestro «sí mismo» más verdadero, el yo que quisiéramos ser” (Goffman, 2001a, p. 13).

²⁷ Respecto a esto, el autor menciona: “Aunque hay una concepción psiquiátrica del desorden mental, y una concepción ambiental del crimen y de la actividad contrarrevolucionaria, coincidentes ambas en eximir al reo de responsabilidad moral por su delito, las instituciones totales no pueden asumir este tipo particular de determinismo” (Goffman, 2001b, p. 95).

²⁸ Asimismo, se originan en los internos contra-teorías sobre la naturaleza humana respecto al personal. Las cuestiones referidas al desarrollo de estereotipos y a la conformación de polos opuestos entre estos grupos se reitera en otros trabajos.

²⁹ Retomando la concepción durkheimiana referida a los supuestos subyacentes a un contrato entre partes, el autor menciona que las acciones que los actores llevan adelante en el marco de la interacción con otros, implican una aceptación tácita respecto a la pertenencia al grupo o tipo de personas que efectúa este tipo de acciones (Goffman, 2001b). A los efectos de este estudio se toma el aporte como clave para la contextualización y definición de las interacciones y sus consecuencias en términos identitarios, así como de constitución del yo.

expresa que el interno es identificado como un “sujeto especialmente previsto en los fines de la institución” (2001b, p. 92). Esta caracterización parte de un esquema interpretativo que atribuye al interno un concepto sobre él, así como una batería de acciones conformes a este, las cuales son llevadas a cabo desde su ingreso a la prisión. Asimismo, representa un modo de control sobre los individuos en tanto *materiales humanos* con los que el personal desarrolla su labor.³⁰

El trabajo de Goffman arroja categorías analíticas fundamentales, no solo para explorar la presencia de los fenómenos que describe en la actualidad, sino para profundizar en conceptualizaciones más amplias sobre la realidad moral, social y política de estos establecimientos en el siglo XXI.

¿Preso o paciente?

La presente sección busca explicitar el marco interpretativo central utilizado para el análisis de las interacciones y dinámicas desenvueltas en torno a la atención de salud dentro de la institución prisión. Comienza con la exposición de la visión macro-sociológica de los aportes sobre la medicina y el poder desarrollados por Foucault. En segundo lugar, se hace referencia a los postulados de Freidson para contribuir hacia la caracterización del personal de salud como grupo de actores específicos; profesionales dentro de la institución. Finalmente se retorna al aporte dramático de Goffman, con el objetivo de hacer posible un análisis de los aspectos micro-sociológicos referidos al objeto de estudio.

La medicina social y el siglo XXI. El aporte del método arqueológico

La *medicina social* analizada y descrita por Foucault (1999), es producto de transformaciones económicas, políticas y morales que se hicieron paso a través de acontecimientos o períodos clave que marcaron la vida de las sociedades europeas a partir del siglo XVIII. Sin dejar de lado las particularidades inherentes al contexto geográfico y temporal de sus estudios, el análisis que realiza sobre el desarrollo de la medicina entre los siglos XVIII y XX supone para el presente trabajo la forma de efectuar un acercamiento prudente hacia un objeto complejo.

El proceso de configuración de la medicina en tanto disciplina social emerge como correlato de la incorporación de una nueva función general del poder en Europa a partir del siglo XVIII. A las clásicas funciones propias de la Edad Media³¹ se agrega una nueva: “la

³⁰ Sobre esta cuestión, el autor menciona: “Como material sobre el que se trabaja, la gente puede presentar las mismas características que los seres inanimados” (Goffman, 2001b, p. 82).

³¹ A saber: a) “la guerra y la paz”; b) “arbitraje de litigios y castigo de delitos”; c) “mantenimiento del orden”; d) “organización del incremento de la riqueza” (Foucault, 1999, p. 331).

reorganización de la sociedad como medio de bienestar físico, de salud óptima y de longevidad” (Foucault, 1999, p. 331). Esto implica el pasaje hacia una concepción inicial de la salud y la enfermedad en tanto aspectos de abordaje colectivo, la cual condensará en la visualización de la salud como un derecho hacia mediados del siglo XX (Foucault, 1999). Según el autor, este proceso de medicalización³² estuvo marcado y gestado por tres grandes etapas, las cuales son ejemplificadas por: a) la medicina de Estado alemana; b) la medicina urbana francesa; c) y la medicina de la fuerza de trabajo inglesa (Foucault, 1999).

La primera de ellas se enmarcó dentro de la denominada *ciencia de Estado*, cuyo propósito consistía en la generación de saberes que permitieran la potenciación y funcionamiento de este. En este sentido, tuvo por objeto el cuerpo de los individuos, con la finalidad de preservar su fuerza agregada respecto a los países vecinos. Una de sus expresiones más claras es la *Policía médica* surgida a fines del siglo XVIII.³³ La segunda refiere a la injerencia de la medicina en el proceso de expansión de las estructuras urbanas francesas de fines del siglo XVIII. Frente a la agudización de los conflictos y las desigualdades entre los sectores ricos y pobres (próximos espacialmente), la necesidad de unificación del poder político para el progreso de la industria, y el *miedo a la ciudad*³⁴, se inicia un proceso de organización y planificación de las ciudades.³⁵ Sus objetivos consistieron en el estudio de enfermedades dentro del espacio urbano, el control de la circulación del agua y el aire, así como la organización de las distribuciones y seriaciones (Foucault, 1999, pp. 375-377). La tercera emerge como respuesta a la concepción de la pobreza como peligro o amenaza, surgida a partir del segundo tercio del siglo XIX.³⁶ La *Ley de pobres* y el *Health Service*, *Health Office*, marcaron el establecimiento de una asistencia fiscalizada³⁷ para este sector, así como el control de vacunación, la organización del registro de epidemias y enfermedades

³² Zola, otro de los grandes exponentes iniciales sobre el concepto de medicalización, expresa que la medicina ha ejercido sobre el cuerpo social un poder moralizante y de control, el cual se ve condensado sobre finales del siglo XX. Esta pregonaba la salud como su valor primordial, restringiendo el diagnóstico y tratamiento a su jurisdicción en tanto grupo de profesionales expertos en la materia. Determina un tipo de *deber ser*, generando los medios para que algunos hombres se impongan sobre otros, valiéndose de la salud y la enfermedad como herramientas despolitizadoras (1999).

³³ Sus funciones comprendían: la observación, registro y seguimiento complejo de la morbilidad; la normalización de la disciplina (práctica y saber); el control administrativo de su actividad; y la designación de funcionarios médicos en tanto administradores de salud regionales (Foucault, 1999, pp. 369-370).

³⁴ El miedo a la ciudad es descrito como un impacto simbólico de temor en la población, desarrollado a partir de una serie de factores: el hacinamiento en aumento; la expansión de la construcción, la modificación del entorno y las consecuencias negativas derivadas; y las elevadas posibilidades para el desarrollo de grandes epidemias (Foucault, 1999, p. 373).

³⁵ Principalmente París.

³⁶ La caracterización del pobre en tanto peligroso deviene de su nueva capacidad de rebeldía política (a partir de la Revolución Francesa), de los crecientes conflictos y presiones protagonizados por estas clases para el acceso a un mercado de trabajo en proceso de restricción; y de los riesgos aparejados a la expansión de las epidemias (Foucault, 1999).

³⁷ Bajo la cual se brindaba una asistencia sanitaria supeditada a controles médicos obligatorios.

peligrosas y la destrucción de los lugares *insalubres*³⁸ para la población general (con un foco específico en los sectores más desposeídos) (Foucault, 1999).

Para Foucault, esta última etapa representa la consolidación de la medicina social, en tanto supone el desarrollo de tres sistemas: “(...) una medicina asistencial dedicada a los más pobres, una medicina administrativa encargada de problemas generales, como la vacunación, las epidemias, etc., y una medicina privada que beneficiaba a quien tenía medios para pagarla” (Foucault, 1999, p. 384). Para el presente trabajo, se entiende que esta caracterización *biohistórica*³⁹ puede situarse como un antecedente directo para la comprensión de la inserción de la institución médica en espacios físico-sociales específicos como las cárceles.

Ejerciendo la profesión médica

Según Castro (2011), Foucault y Freidson representan mojones en lo que refiere al cuestionamiento sobre los determinantes de los procesos salud-enfermedad bajo la corriente del construccionismo social.⁴⁰ Freidson expone cómo la profesión médica ha logrado imponer sobre la sociedad sus visiones normativas respecto a la salud y la enfermedad, colocándose en niveles de jerarquía antes detentados exclusivamente por instituciones como el derecho y la iglesia. Asimismo, da cuenta del carácter social de la práctica y discurso médicos, así como del impacto que consecuentemente producen estos en la organización de la vida social (Freidson, 1978). Para el presente estudio emergen como centrales los postulados derivados de su análisis de las características de la profesión, entre los que se encuentran: la revisión, supervisión y regulación de las actividades de los profesionales médicos; el sentido de la responsabilidad profesional; la mente clínica; así como el status y los valores de los ejercientes.⁴¹

En el marco de su análisis sobre el comportamiento de los profesionales médicos, Freidson asigna al componente de formación profesional la carga de diferencia absoluta que genera una separación entre estos y el mundo profano. Sin embargo, no dejando de ser un elemento estructurante de su modo genérico de accionar, “la educación es una variable menos importante

³⁸ Término que proviene de la medicina urbana francesa. La noción de salubridad consiste en la asociación entre el estado del medio ambiente, la salud y la enfermedad (Foucault, 1999).

³⁹ Este concepto hace referencia a los “efectos en el ámbito biológico (...) de la intervención médica” (Foucault, 1999, p. 363).

⁴⁰ En palabras de Castro, “[Freidson] mostró que el avance de la medicina es más un producto de arreglos específicos de poder de la profesión médica con el Estado (que, entre otras cosas, le garantizó a aquella la jurisdicción exclusiva sobre el derecho a curar), que el resultado de progresos objetivos en el conocimiento médico (...)” (Castro, 2011, p. 53).

⁴¹ Para el presente estudio, cabe destacar que los conceptos del autor se utilizan para analizar la actuación médica dentro del marco de organizaciones burocráticas (Freidson, 1978). En este caso, se hace referencia a un emplazamiento como un centro de salud, el cual implica un abordaje específico que difiere del pasible a ser utilizado para el estudio de la práctica médica privada (división de tareas, trabajo cercano a colegas, presencia de otros profesionales de la salud en el establecimiento y demás).

que el ambiente de trabajo” (Freidson, 1978, p. 100). Al comparar el impacto del proceso de socialización inherente a la formación académica médica respecto al producido por la organización formal de su trabajo, el autor concluye que la mayor parte de su conducta es *situacional*. El ambiente de trabajo inmediato opera moldeando y estructurando su actuación profesional cotidiana; ambiente dentro del cual se ve sometido a presiones constantes (de colegas, pacientes, etc.) ante las cuales debe responder.

El autor menciona que el médico tiene como objetivo alcanzar la solución de problemas concretos, por lo que la naturaleza de su trabajo es aplicada y no teórica.⁴² Este se aboca a la experiencia directa con casos individuales que son pasibles de presentar distintos niveles de variación entre unos y otros, estimulándose en el profesional un tipo de responsabilidad personal antes que comunitaria. Asimismo, Freidson relaciona estas características con otros aspectos referidos a su accionar profesional: posesión y ejercicio de pragmatismo, autoconfianza e individualismo en niveles elevados; así como un agudo énfasis en la indeterminación o la incertidumbre ante las eventualidades y sucesos futuros (Freidson, 1978). Todos estos elementos son descritos como los mares que generan y mantienen la separación entre el campo y modo de actuar del médico ejerciente, por un lado, y los marcos de trabajo del médico investigador, por el otro.

Un aspecto trascendente referido a la caracterización que el autor realiza sobre la actividad profesional del médico ejerciente, reside en el “especial privilegio de exención del control ejercido por extraños” (Freidson, 1978, p. 145). En el marco de la posesión y utilización de un saber técnico elevado, la disciplina reivindica la posibilidad y capacidad de regularse a sí misma, por lo que los médicos exteriorizan suficiente responsabilidad para revisar sus procesos sin supervisión alguna. Estrechamente vinculado a esto, Freidson expresa que no se visualizan procesos formales de revisión exhaustiva del accionar médico, ni sistemas organizados de sanciones que emerjan para la prevención o el castigo de conductas desajustadas. Asimismo, indica que existe un mecanismo de regulación que opera informalmente dentro de la organización de la profesión: el *boicot* personal entre y al interior de los distintos círculos en los que los individuos desarrollan su labor (Freidson, 1978).⁴³

⁴² Esta distinción se ubica como punto de partida para la caracterización de la actividad del ejerciente en contraposición con la desarrollada por el médico investigador, visualizándose una escisión analítica entre estos dos tipos de actores. Según Freidson, el primero es poseedor de una racionalidad clínica, la cual se encuentra orientada a trazar puentes entre casos particulares, valiéndose de hipótesis y percepciones. Por otro lado, el segundo es catalogado como depositario y promotor de una racionalidad científica, cuyo propósito es la búsqueda-de y el trabajo-con una serie de principios generales (Freidson, 1978, p. 177).

⁴³ En palabras del autor: “La tendencia no es tratar de cambiar la actuación de un transgresor, sino más bien evitar elegirlo para trabajar con él y mantener alejados de él a los pacientes de uno.” (Freidson, 1978, p. 187).

Estos aspectos se tornan fundamentales para la caracterización y análisis del profesional médico (y otros de la salud) en su actividad diaria durante y fuera de la consulta. Adicionalmente, contribuyen al desarrollo y búsqueda de motores para la comprensión de sus acciones e inacciones en el marco de los procesos de atención sanitaria.

Goffman. La salud, la enfermedad y el interaccionismo simbólico.

Castro (2011) explicita la importancia que la contribución de Goffman representa para el análisis de los aspectos micro referidos a los intercambios en el marco de procesos de salud y enfermedad. Se visibiliza que su aporte puede ser enmarcado tanto dentro de lo que se denomina *modelo del orden negociado*⁴⁴, como entre los autores que integran la *teoría de la etiquetación*⁴⁵. Esto se debe a que su trabajo se ubica sobre las dos líneas de pensamiento. Por un lado, se enmarca en aquella que presenta la imagen de un individuo libre y creativo, el cual desarrolla su acción en una búsqueda de armonía (no necesariamente dentro de relaciones asimétricas) respecto a la definición de la situación en la que se encuentra con otra(s) parte(s). Por el otro, incluye en su análisis el componente político de los procesos salud-enfermedad, haciendo referencia a aquellos mecanismos mediante los cuales la enfermedad es atribuida por parte de un equipo o institución específica, a modo de ejemplo: el hospital psiquiátrico (Castro, 2011). Uno de sus aportes clave radica en el libro “La presentación de la persona en la vida cotidiana” (Goffman, 2001a). En palabras de Castro (2011), este material permitió el desarrollo de investigaciones sobre la organización del hospital, así como sobre el accionar médico. Se extraen de este trabajo los conceptos sustantivos que enmarcan la presente investigación.

Goffman analiza la interacción social desde un enfoque dramático. Define a la acción como “(...) [una actuación] que tiene lugar durante un período señalado por su presencia continua [del individuo] ante un conjunto particular de observadores y posee cierta influencia sobre ellos” (Goffman, 2001a, p. 14). Los individuos, en el marco de su actuación, proyectan una definición de la situación frente a los demás, la cual, en caso de ser armoniosa, circunscribe a ambas partes en una interacción dentro de la misma frecuencia. Esta proyección inicial, es desde el punto de

⁴⁴ Según Castro (2011), el modelo del orden negociado se caracteriza por seguir de forma rigurosa los postulados originarios de Blumer (1982), a saber: a) “los seres humanos actúan respecto de las cosas sobre la base de los significados que estas tienen para ellos”; b) “el significado de las cosas deriva o surge de la interacción que los individuos sostienen con sus semejantes”; c) “estos significados se manejan y modifican a través de un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con las cosas con que se topa” (1982, p. 2). En este sentido, este modelo se concentra en el estudio del cómo, del desarrollo de la interacción (en un sentido amplio) en el marco de procesos salud-enfermedad, sin problematizarse su etiología ni los aspectos que toman lugar en el momento anterior a ella.

⁴⁵ Para Castro (2011) la teoría de la etiquetación se desarrolla a partir de un cuestionamiento hacia la determinación de lo que se concibe como salud y enfermedad, a través de estudios apoyados sobre el concepto estructural-funcionalista de *desviación social*. Bajo este constructo se denomina aquel “conjunto de conductas que no se ajustan al marco normativo y de expectativas sociales que predominan en una sociedad determinada” (Castro, 2011, p. 81).

vista de la acción “un plan para la actividad cooperativa subsiguiente” (Goffman, 2001a: 9). Asimismo, desde el punto de vista moral, esta definición proyectada es “una demanda implícita o explícita de ser una persona de determinado tipo”, y en consecuencia “una obligación” impuesta a los otros, a ser valorado y tratado “de la manera que tienen derecho a esperar las personas de su tipo” (Ibíd., p. 9).

Para el autor existe una diferenciación analítica fundamental entre los conceptos de actuante y personaje. El primero refiere al individuo en tanto productor de impresiones, las cuales toman lugar a través de las actuaciones llevadas adelante frente a los observadores -el auditorio-. El segundo se relaciona con aquella figura evocada a partir la interacción actuante-auditorio (Goffman, 2001a, pp. 138-139). Por lo tanto, el actuante o actor es aquel que se encuentra en la constante búsqueda por generar ante los otros una imagen acorde a su personaje, en la empresa por desarrollar acciones conformes a su rol o papel y suscitar la credibilidad respecto a este en el auditorio. Por su parte, el personaje en tanto *sí mismo* constituye un producto de la interacción actuante-auditorio. No es una posesión, sino una percha que se coloca sobre el actuante. Percha colocada no solo en base a la conformidad de su actuación respecto al rol pretendido por el actuante, sino en relación a la aceptación y reconocimiento del rol por parte de los observadores. Según Goffman, el *sí mismo* es un tipo de imagen que “no deriva inherentemente de su poseedor sino de todo el escenario de su actividad, generado por ese atributo de los sucesos locales que los vuelve interpretables por los testigos” (Goffman, 2001a, p. 138).

Según Goffman, la acción o actuación desarrollada con el objetivo de proyectar una definición de la situación, es denominada “fachada” (Ibíd., p. 14). Esta comprende no solo la acción concreta del individuo (habla, movimiento, etc.), sino una serie de elementos físicos y simbólicos que se ponen en juego al momento de la interacción. En este sentido, el medio o *setting* involucra los objetos físicos que son parte de la escenografía (mesa, sillas, decorado, etc.). Entre todos estos se destacan aquellos que representan dotaciones de signos, los cuales son utilizados por los actuantes con el objetivo de transmitir aspectos relativos a su posición y rol (Goffman, 2001a). La fachada no solo se compone de los elementos físicos que moldean la región anterior⁴⁶, sino de la “fachada personal” del propio actor (Goffman, 2001a, p. 15). Los individuos introducen e intentan mantener una serie de aspectos relativos a su *status* (sea fijo o temporal) y a su rol de interacción durante la situación de intercambio con el auditorio. Ambas bifurcaciones analíticas,

⁴⁶ El autor distingue entre las regiones “anterior” y “posterior” (Goffman, 2001a, pp. 61, 69). La primera es donde se desarrolla la acción. La segunda refiere a aquel espacio-momento en donde el actor no se encuentra expuesto al auditorio, y por lo tanto no debe abocarse a proyectar una definición de la situación ante los otros, a desempeñar su rol en forma pura o a desarrollar una comunicación formal, etc.

appearance y *manner*, se funden en la representación de una rutina específica en el marco de un público determinado, o de distintas rutinas frente a auditorios variables (Ibíd., p. 16).

Se torna fundamental retomar los aportes de Goffman a la hora de analizar aspectos referidos a la vida cotidiana de la prisión. Los conceptos tratados en el presente apartado representan una potencia analítica para el estudio de la interacción entre internos e integrantes del personal de salud, así como entre ambos y el personal de custodia.

Metodología

Estrategia metodológica

La presente investigación constituye un estudio de caso. Se aborda una unidad de internación con características particulares que la separan, no solo de forma territorial sino social, penal y sanitariamente respecto a otros establecimientos penitenciarios. La adopción de una estrategia de esta índole posibilita la exposición potente de los aspectos descriptivos que hacen al problema delimitado, en este caso las interacciones y dinámicas inherentes a la atención de salud de la población privada de libertad. Asimismo, representa una aproximación orientada a la comprensión del cómo, el por qué y el contexto relacionados con la ocurrencia de hechos (diálogos, silencios, movimientos, conflictos, acciones, presencias y ausencias).⁴⁷

A partir del análisis de las características actuales del sistema penitenciario uruguayo, se seleccionó un macro penal para hombres del sur del país⁴⁸ con grandes niveles de heterogeneidad respecto a sus condiciones de reclusión.⁴⁹ Esta elección se debe a tres grandes cuestiones: a) este es uno de los establecimientos con mayores problemas socio-sanitarios según los datos recientes recabados por el Comisionado Parlamentario Penitenciario (CPP, s/f, 2016a, 2016b, 2017, 2018a, 2018b, 2019); b) las dimensiones de la unidad representan el acceso al conocimiento de la realidad de una porción considerable de la población privada de libertad del medio local, al mismo tiempo que posibilita la exploración de segmentaciones y diferencias al interior de esta; c) la existencia de heterogeneidad en las condiciones de reclusión de los espacios y módulos del establecimiento permite ahondar sobre posibles variaciones y especificidades inherentes a las dinámicas del servicio de atención sanitaria.

⁴⁷ La elección de la estrategia se basa en los aportes de Sautu (2005), específicamente en su exposición sobre los principales rasgos de los estudios de caso: su carácter particularístico, su capacidad descriptiva y su potencial heurístico (pp. 42-43).

⁴⁸ Una Unidad de Internación para Personas Privadas de Libertad de gran tamaño, en este caso con una población superior a los 1000 internos.

⁴⁹ Se tomaron como referencias la tipología y la clasificación elaborada por CPP (2017) para seleccionar un establecimiento con espacios o módulos que presentaran distintas características: “Tratos crueles, inhumanos o degradantes”, “Insuficientes condiciones para la integración social” y “Oportunidades de integración social”.

Universo de estudio, unidad de análisis y muestra

El universo de estudio incluyó: los hombres privados de libertad que se encontraban en la unidad de internación seleccionada; el personal de salud del primer nivel de atención del establecimiento; la totalidad de los funcionarios penitenciarios que desempeñaban su labor en el marco de las instancias de atención (fueran policías u operadores penitenciarios).

Respecto a la unidad de análisis, el foco de la investigación apuntó hacia los procesos derivados de la interacción en el marco de las instancias de atención sanitaria. En este sentido, no se llevó adelante un recorte previo de un segmento o aspecto de la realidad a ser delimitado como unidad de análisis, sino que se apostó a una aproximación hacia la comprensión de las dinámicas derivadas del caso de estudio en tanto totalidad compleja.

Ante un campo de características poco conocidas, el muestreo combinó la modalidad bola de nieve (para las entrevistas a informantes clave y personal de salud) y por oportunidad (para las entrevistas a internos). A los efectos de la delimitación del objeto de estudio y el diseño del proyecto, se llevaron adelante entrevistas a informantes clave de la Facultad de Ciencias Sociales y el Ministerio de Salud Pública. Al comienzo de la fase de campo, se realizaron entrevistas a funcionarios de la subdirección técnica y de la coordinación del centro de salud de la unidad seleccionada. A partir de estas se avanzó con sucesivas entrevistas a integrantes del personal de salud de la unidad (en horarios de descanso) y a internos (en el marco de instancias de atención de policlínica).⁵⁰ Respecto a estos últimos, se buscó establecer cuotas en base al tipo de medidas de seguridad implementadas en los módulos donde se encontraban ubicados (módulos con altos niveles de seguridad, por un lado, módulos con niveles de seguridad moderados o bajos, por otro).

Técnicas

Las técnicas utilizadas fueron la entrevista⁵¹ semiestructurada y la observación no participante⁵². Esta elección se realizó en base a la pretensión de obtener acceso a un conocimiento

⁵⁰ Adicionalmente, se realizó una entrevista a una operadora penitenciaria vinculada a tareas de traslado de internos desde los módulos hacia el centro de salud de la unidad.

⁵¹ La selección y utilización de la entrevista se respaldó en los aportes de Alonso (1998), Blanchet, et al. (1989) y De Souza Minayo, et al. (2003). Esta última hace referencia a su doble finalidad: el realzamiento de “la importancia del lenguaje y del significado del habla”, así como la posibilidad de acceder a informaciones sobre un “tema científico” (p. 45).

⁵² La aplicación de la técnica de observación se apoyó fundamentalmente en el trabajo de Valles (2000). Inicialmente se llevó adelante una observación con un grado de participación “pasivo”, mediante la cual se presentó una escasa interacción entre el observador y los actores del medio, interpretándose roles periféricos, lejanos e impersonales. Gradualmente se llevó a cabo el pasaje hacia una observación de participación “moderada”. Valles (2000) caracteriza esta variante como un intermedio entre el observador miembro y el observador extraño, situación en que la distancia (perjudicial en su extremo más lejano) se reduce parcialmente; el investigador es ampliamente identificado como observador, y en consonancia con esto, se generan mayores posibilidades a la hora de recabar información sobre el objeto de estudio.

sobre una realidad compleja y multidimensional, marcada por la participación de variados actores en escenarios cambiantes. En este sentido, mientras la entrevista permite ingresar en la subjetividad, percepciones, representaciones y vivencias de los individuos, la observación se acerca al hecho, a la acción en sí misma. Estas técnicas fueron utilizadas en forma complementaria con el objetivo de explotar el potencial analítico y logístico de cada una -no solo en vistas a cada propósito del estudio sino en forma alternativa en relación a las contingencias acaecidas durante el desarrollo de la fase de campo-.

En consonancia con el diseño de la investigación, la observación se enfocó en el alcance de los objetivos 1 y 2.⁵³ Por su parte, la técnica de entrevista se abocó a la concreción de los objetivos 3 y 4.⁵⁴ Finalmente, el objetivo 5 constituye una síntesis exploratoria, para la cual se hizo uso de material variado proveniente de las dos técnicas adoptadas.^{55 56}

Trabajo de campo

La Tabla 2 detalla la totalidad de las actividades de relevamiento desarrolladas.

Tabla 2

Actividades de relevamiento (abril-junio 2018)

Detalle de entrevistados (20)	Aspectos de observación (11 instancias)
Internos en asistencia a centro de salud: 6	Sala de espera
Coordinación de SAI-PPL: 2 (1 como informante clave)	Intercambios personal de salud-internos
Medicina general: 3	Intercambios entre integrantes del personal de salud
Enfermería: 3	Intercambios operadoras/es penitenciarias/os-internos
Subdirección técnica: 1 (como informante clave)	Intercambios policías-internos
Operadores penitenciarios enlace SAI-PPL - INR: 1	Ingreso y egreso de operadoras/es penitenciarias/os, policías, e internos, a/del centro de salud
Psiquiatría: 1	Ingreso y egreso de operadoras/es penitenciarias/os, policías, e internos, a/de la consulta
Odontología: 1	Dinámica de policlínica de módulo
	Dinámica de entrega de psicofármacos en módulo
	Dinámica de entrega de medicamentos en centro de salud y en policlínica de módulo
Salud mental: 2	Dinámica del comedor del centro de salud
	La mañana y la tarde en el centro de salud
	Los distintos días de la semana y correspondientes guardias médicas en el centro de salud

⁵³ 1) Analizar la interacción médico-paciente en torno a la atención de policlínica. 2) Describir las actuaciones de los funcionarios penitenciarios en el marco de las instancias de atención.

⁵⁴ 3) Conocer los conceptos que los internos y el personal de salud construyen recíprocamente unos sobre otros. 4) Caracterizar el rol profesional de los médicos de policlínica.

⁵⁵ 5) Explorar la(s) forma(s) de ejercicio del poder manifiestas en los procesos de atención de salud de los internos.

⁵⁶ Esta jerarquización responde a criterios analíticos previamente definidos. Durante la fase de campo, se llevaron adelante modificaciones puntuales en la utilización de las técnicas debido a la ocurrencia de contingencias que cercenaron las posibilidades de acceder a determinados tipos de información a través de una de ellas, complementándose esta deficiencia con la información o la aplicación de la otra. Un ejemplo de esto refiere al material que fuera provisto por las entrevistas para enriquecer el análisis de las interacciones entre los internos, el personal de salud y los funcionarios penitenciarios en el marco de las instancias de atención.

Estrategia de análisis

La información recabada (entrevistas, diario de observación⁵⁷ y bitácora de campo⁵⁸) fue transcripta, ingresada y analizada en el software de análisis cualitativo MAXQDA 10. La transcripción del material proveniente de las entrevistas fue realizada siguiendo los criterios de Oxman (1998). La utilización de este recurso se remite a su potencial para el alcance de una alta fidelidad discursiva, captándose aquellos elementos paralingüísticos que permiten ahondar no solo en el contenido de las enunciaciones, sino en la forma en que estas son emitidas.⁵⁹

Para el análisis del material proveniente de las entrevistas se realizó un análisis sociológico del discurso en base a la obra de Luis Enrique Alonso (1998). Se trabajó sobre su interpretación en tanto expresa la “articulación de un *sentido* -es decir una actitud y una finalidad humanas- a una *referencia* o realidad extralingüística designada” (Alonso, 1998, p. 137). Se pretendió llevar a la práctica un proceso de *transducción*⁶⁰, el cual remite a una complementariedad entre la aplicación de lógicas inductivas y deductivas “que busca unidades concretas para dimensiones concretas” (Ibáñez, 1979, p. 319).

El material extraído del diario de observación fue analizado bajo la estructura primaria de categorías brindadas por la exploración inicial de las entrevistas, haciéndose especial énfasis en la utilización del enfoque dramático de Goffman (2001a) para la interpretación de las situaciones de interacción entre los actores estudiados. Adicionalmente, los datos de observación constituyeron un medio para el control y verificación de la información recabada en las entrevistas.⁶¹

Análisis

La enfermería

Haciendo números. La atención de policlínica en el módulo

Las instancias de atención de policlínica dentro de la institución penitenciaria poseen ciertas características que las particularizan respecto a lo acontecido extramuros. Las dinámicas de seguridad imperantes en el recinto, la presencia de intermediarios para la consulta, el tipo de

⁵⁷ Instrumento utilizado para el registro de las notas observacionales, teóricas y metodológicas derivadas de la aplicación de esta técnica.

⁵⁸ Además del material proveniente de las entrevistas y de la bitácora de observación, el presente trabajo contó con una bitácora de campo, la cual constituyó un pilar fundamental de diálogo y revisión constante para el investigador durante la etapa del relevamiento. Véase “Anexo F. Bitácora de campo”.

⁵⁹ Asimismo, es necesario efectuar dos aclaraciones. Mientras que la elección por este criterio se basó en su potencial analítico, este no fue utilizado en las actividades de exploración, codificación y análisis. Sin embargo, no se descarta recurrir a este en futuros estudios a desarrollarse con base en el presente material.

⁶⁰ Según Alonso (1998), esta actividad supone la complementariedad entre un razonamiento diagramático para la ordenación de los enunciados y una traducción cultural del sentido de estos en un contexto de posiciones discursivas diferenciales -en último y primer término, de grupos sociales-.

⁶¹ En último término, el tratamiento de este corpus implicó un mayor énfasis en procesos inductivos antes que deductivos.

población con la que se trabaja y las representaciones que los miembros del personal sanitario y no sanitario desarrollan sobre esta, atraviesan transversalmente cada instancia de atención brindada por los profesionales médicos de la institución (Freidson, 1978).

Los espacios abocados a la realización de consultas de policlínica en los módulos⁶² presentan una infraestructura elemental –y en varias ocasiones insuficiente– para tales fines. Sillas para el médico, el enfermero y el paciente, un escritorio o similar, una camilla, y elementos aislantes del exterior (puertas y ventanas cerradas o tapadas con pintura, cortinas, etc.) conforman (no en todos los casos) el setting de la “enfermería”⁶³. Otros elementos profesionales móviles o personales también se hacen presentes en la consulta, siendo trasladados por el personal de salud encargado del servicio: una valija de medicación con comprimidos e inyectables, así como otros objetos de uso médico y no médico (preservativos para distribuir entre los pacientes⁶⁴, planillas individuales para el registro de cada consulta, una planilla general para la jornada, formularios para la realización de derivaciones a especialistas o salud mental, certificados de ausentismo laboral por enfermedad, estetoscopio, termómetro, tarjetas de sanción amarilla y roja, termo y mate, cigarros, entre otros). Todos estos elementos se hacen presentes de una forma u otra en el espacio de la consulta o en los momentos adyacentes a esta.

Los roles adoptados por los médicos⁶⁵ en estas instancias suscitan algunas puntualizaciones. En primer lugar, no se constata una uniformidad en el trato impartido hacia los internos. Si bien presentan una predisposición a entablar comunicaciones en el marco de un intercambio del tipo *médico-paciente*, algunos integrantes del personal –sea en el plano discursivo como en la práctica concreta–, proyectan estos encuentros de una forma diferencial. Esta perspectiva de tipo integral se corresponde con aquellos integrantes del personal que visualizan estas instancias como diálogos entre un *médico* y un *paciente*, el cual es simultáneamente concebido como un *interno* dentro de una consulta médica.

⁶² El personal médico abocado a la realización de policlínicas en módulos está compuesto en sus tres cuartas partes por mujeres y en otro cuarto restante por varones. A pesar de que no se esté ante un cuerpo médico numeroso, la proporción es llamativa si se compara con la del área de emergencias, en el que la totalidad de los médicos son varones. Los tres médicos entrevistados presentan una experiencia laboral de entre 5 y 8 años en SAI-PPL, mientras que existen disparidades respecto al tiempo trabajado en la salud (las dos médicas entrevistadas poseen una experiencia casi cuatro veces mayor respecto al médico entrevistado).

⁶³ Término acuñado por los internos para referirse a todas las instancias de atención de salud.

⁶⁴ En el presente trabajo se utilizan los términos “interno”, “preso”, “paciente” y “persona” con finalidades específicas, sea a modo de caracterizar la situación de los individuos en relación al servicio de atención o respecto al establecimiento, explicitar las representaciones construidas en torno a estos o describir sus conductas en el marco de las instancias de atención.

⁶⁵ En el presente apartado se hace mención exclusiva a las características de los intercambios desarrollados entre internos y personal médico debido a que no se cuenta con material de observación suficiente respecto al accionar de los enfermeros que acuden a las instancias de policlínica (las consultas observadas fueron desarrolladas exclusivamente por médicas generales).

Los encuentros proyectados en el marco médico-paciente presentan un carácter de impersonalidad debido a que el médico realiza una interpretación superficial de su rol de interacción, el cual se ve restringido a un desempeño mínimo indispensable para la concreción de un encuentro no disruptivo⁶⁶. En este sentido, la anamnesis o entrevista clínica se remite a preguntas concretas referidas exclusivamente a la sintomatología presentada, mientras que toda intervención del paciente se reduce a solicitudes puntuales de carácter transactivo antes que consultivo. “José” (médico general) ilustra esta dinámica:

Eo- si en realidad tenés poca / poco tiempo pa hablar con ellos porque cuando vas / te encontras con muchas consultas en muy poco tiempo / básicamente las consultas son == me duele la espalda == no me das un analgésico == si tomá un analgésico y: / cosas así en realidad son consultas sencillas las de policlínica / cada tanto aparece algún paciente que requiere más atención (...)
(Médico general, emergencias y policlínica)

Por otro lado, la perspectiva de tipo integral (proyección de un intercambio *médico-paciente-interno*) remite al desarrollo de un comportamiento diferencial del profesional médico en el marco de la consulta. En este sentido, se visualiza que estos últimos manifiestan un especial interés sobre cuestiones externas al cuadro sintomático presentado (condiciones de reclusión, relacionamiento con otros actores –internos o funcionarios penitenciarios-, aspectos psicológicos, visitas y apoyo de familiares o amigos desde fuera del establecimiento, etc.) las cuales son abordadas con finalidades clínicas (contribuir a la mejora del estado de salud del paciente) y de cuidados (acciones tendientes a mejorar las condiciones de vida de este en tanto interno). “Eunice” (médica general) hace referencia a la tensión existente entre las modalidades de trato impersonales e integrales:

Eo-(...) una de las experiencias más importantes que tuvimos / la vivimos con una de las doctoras que está acá ahora / e: / que fue la que detectó /((traga saliva)) lo:s pacientes desnutridos del **** [año] del módulo *⁶⁷ /hh / este: y eso fue este: un proceso de atención que (...) -nos mostró a las dos cómo la intervención tiene que ser de verdad integrAl / integralista / y cuidados todos los aspectos de los pacientes / no solo qué les duele dónde les duele o si tienen algo para operar o si su potasio está alto / sino saber dónde duermen qué comen (...)
(Médica general, policlínica)

Otros aspectos inherentes al ejercicio del rol profesional médico en la consulta de módulo pueden comprenderse a través del concepto de *idealización*. Según Goffman, este término refiere a aquella característica de la actuación del individuo que implica la tendencia a la incorporación y ejemplificación de los “valores oficialmente acreditados de la sociedad” (en relación al status y el rol desempeñado) en un grado mayor que la propia conducta general del que los expone

⁶⁶ La consulta médica como escena montada y desarrollada por un médico y un paciente.

⁶⁷ El carácter “*” se utiliza a los efectos de mantener la confidencialidad de los datos específicos referidos a la unidad estudiada.

(Goffman, 2001a, p. 21). En relación al caso de estudio, se observa que el accionar del personal médico escapa a los niveles de sobrerrepresentación típicos de profesiones de alta estima social como la medicina. Esta característica aplica tanto para la modalidad de trato impersonal como para aquella de tipo integral. La escena montada en el módulo presenta diferencias que implican una distancia considerable con la situación de consulta a desarrollarse extramuros. En este sentido, la infraestructura física, el equipamiento con el que se cuenta, la población con la que se trabaja y –específicamente- la inserción dentro de una institución total, representan factores generales que configuran alteraciones en el comportamiento de los ejercientes médicos, los cuales se ven alejados de su marco de ejercicio profesional típico. Otros aspectos puntuales que aportan a la adopción de este accionar refieren a la modalidad de ingreso de los pacientes a la consulta, así como las configuraciones externas que rodean el espacio de trabajo inmediato. La inexistencia formal de una sala de espera a las afueras del consultorio conlleva a que la dinámica esté marcada por un ingreso y egreso continuo de pacientes al encuentro médico. Ingreso sobre el que los practicantes no se ven posibilitados a ejercer un control directo y/o total. No solo no existe una sala física, sino que tampoco se observa una espera, situación social innata a su existencia.⁶⁸

En línea con lo anterior, existen elementos simbólicos, los cuales -por su organización y utilización- contribuyen a la delimitación de una distancia entre el accionar del médico, por un lado, y los valores, así como la imagen social del rol profesional, por otro. Las tarjetas de sanción informal y el mate son observados durante el desarrollo de una de las jornadas. El mate, por su parte, opera desdibujando los límites que se erigen entre el papel esperado socialmente y el desempeñado por estos en otras esferas de su vida personal. Las tarjetas de sanción informal⁶⁹, introducen -de una forma jocosa- el dispositivo de castigo (imperante dentro del sistema de privilegios de la institución penitenciaria), colocando al personal médico en línea con los funcionarios penitenciarios, aquellos encargados de la vigilancia de los internos. De esta manera las fronteras del rol propio se difuminan para mezclarse con otros de contacto cotidiano.

⁶⁸ Un fragmento del diario de observación da cuenta del ambiente que conforma la sala de espera: “Sobre el cierre de una jornada de consultas desarrollada en el establecimiento laboral de la unidad (espacio en el que los internos poseen una circulación poco restringida), la doctora comenzó a salir del consultorio para chequear cuántos pacientes quedaban aún por recibir. Notó que cada vez que volvía a chequear, nuevos individuos se encontraban formando la fila, mencionando que habían realizado una solicitud al operador penitenciario para ser atendidos (...) [Finalizada la consulta] las dos médicas encargadas de la instancia mencionaron que en general otorgaban una serie de números/turnos en forma previa a la consulta, aunque últimamente no lo habían estado haciendo” (Diario de observación, 22 de mayo de 2018).

⁶⁹ Una médica general utiliza estas tarjetas para sancionar conductas inadecuadas desarrolladas por los pacientes durante la consulta –lenguaje soez o expresiones ofensivas-, así como fuera de esta –mantenimiento de comportamientos de riesgo, no seguimiento del tratamiento indicado, etc.-. Constituye un recurso humorístico o jocoso al que se acude para marcar una conducta desviada. Este no es utilizado frecuentemente, aunque siempre se encuentra a la vista durante la consulta (Diario de observación, 25 de mayo).

La atención de policlínica en los módulos del establecimiento conlleva una relación particular entre los procesos de diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Ante la exposición de los síntomas por parte del paciente y luego de una subsecuente exploración física, el practicante médico efectúa –en la mayoría de las ocasiones- un diagnóstico presuntivo en un marco operativo institucional en el que carece tanto del apoyo de estudios paraclínicos como de la asesoría de especialistas en las distintas áreas de competencia clínica.⁷⁰ Luego de realizado este diagnóstico, el médico es el encargado de otorgar la medicación, tarea que extramuros es desempeñada por personal especializado en espacios abocados a la dispensación de fármacos. Esta policlínica *atípica* (exhibición de síntomas-anamnesis-diagnóstico presuntivo-administración de medicación) conlleva modificaciones en la cadena de procedimientos clínicos que son desarrollados por el médico. Por un lado, existe una tendencia a la no derivación de casos a especialistas o a centros externos para la realización de estudios paraclínicos. Por el otro, el médico se transforma en el administrador directo de la medicación ante los cuadros que son diagnosticados. Mientras una serie de elementos asociados directamente a la práctica médica desaparecen de la órbita de su accionar (derivación a centros externos e interpretación de resultados de análisis clínicos), otros ingresan a esta dinámica de atención e impactan en las rutinas desempeñadas por los practicantes (prescripción de medicación enlazada a su administración directa). Sobre esta cuestión, “Sully” (médica general) expresa:

Er- (...) se va con un: con un este: / con un carrito donde se lleva toda la medicación / e: hay pacientes crónicos que reciben la medicación mensual / hay pacientes que este: ya te digo / es diferente a la consulta en la calle porque digo: tu ves al paciENTE le hacés el diagnóstico y YA le das el tratamiento
(Médica general, policlínica)

Para caracterizar las particularidades de las rutinas llevadas adelante por el personal médico en las instancias de policlínica se utiliza el concepto *dramatización*. Goffman (2001a) la define como la forma en que los individuos transmiten durante la interacción, de acuerdo a la dotación de signos con la que están provistos, los significados inherentes a las actividades propias del status que detentan. Existen roles con altos grados de autoexpresión dramática, en los que la actuación representa por sí misma una imagen vívida de las cualidades, capacidades o competencias necesarias y poseídas respecto a la posición ocupada. En otros casos sucede lo contrario, elemento que indica que la exhibición y actividades referidas a un status determinado no siempre se corresponden, no siempre son vistas por el auditorio. En relación al caso de estudio, se observa que una actividad -propia del rol típico del médico- con un componente dramático o

⁷⁰ Esta realidad se debe a las dificultades que emergen para la concreción de traslados extramuros no urgentes (realización de estudios paraclínicos, consulta con especialistas y/o realización de tratamientos complejos. Para más información véase el apartado “(De)bajo las normas de la casa”.

exhibitorio *bajo* como lo es la derivación (a especialistas, estudios paraclínicos e interpretación de resultados) se ve desplazada. Por otra parte, la rutina de administración directa de medicación -que involucra niveles de exhibición y actividad mayores- se inserta dentro del accionar cotidiano de estos profesionales.

Las particularidades referidas a la dinámica de la consulta y las rutinas llevadas adelante por el personal médico dirigen el foco hacia un aspecto no menor: las posibilidades presentadas para la transmisión de información en las instancias de atención y sus impactos en la interacción entre médicos y pacientes. Entre los últimos se visualiza una posición discursiva común en lo que refiere a las imágenes asociadas a las consultas de policlínica. Estas se conciben como una instancia que se origina y funciona a partir del proceso de administración de medicación. “Ernesto”, paciente que reside en un módulo “trancado”⁷¹ ejemplifica esta perspectiva:

Eo- (...) y se rotativan así en los pisos / y viene la policlínica la tenés acá / ahí al costado donde es viste? / venís te tienen un rato ahí metele un rato y ahí ya te- a ver qué qué necesitás == qué precisás / si algún medicamento que otro teniendo receta te lo van a dar /

(Interno, módulo trancado)

La secuencia general marcada por la exhibición de síntomas, anamnesis clínica, exploración física y posterior administración de medicación, representa una disminución en los grados de misterio que se encuentran detrás del accionar médico. Este concepto se enrama en la idea de *mistificación*, trabajada por Goffman: “(...) el control sobre lo que se percibe es control sobre el contacto que se hace, y la limitación y regulación de lo que se muestra es una limitación y regulación del contacto” (Goffman, 2001a, p. 37). En este sentido, el control sobre la información a la que accede el auditorio representa un elemento fundamental a los efectos de mantener la definición de la situación proyectada hacia este. Por el contrario, la pérdida de esa capacidad atenta contra la armonía del marco de actuación, situándose como una amenaza disruptiva.

Respecto al caso de estudio, se observa que los elevados niveles de visibilidad y transparencia que engloban el accionar del personal médico durante las consultas, generan en los pacientes una apertura en sus posibilidades para la adquisición de conocimientos sobre las dinámicas y resultados esperables en estas. De esta manera, desarrollan aprendizajes sobre las respuestas y medicamentos que pueden asociarse y administrarse según los síntomas descriptos. Este aspecto representa una *desmitificación* del rol del personal médico, en el entendido de que se ven imposibilitados de controlar el caudal de información al que los pacientes logran acceder en cada instancia de atención. Las consecuencias de esto pueden ser variables: situaciones en que el

⁷¹ Expresión local que refiere a los módulos de alta seguridad.

paciente discrepa con el médico respecto al tratamiento que pretende brindarle para determinado cuadro en función del conocimiento que posee sobre el que fuera otorgado a otro paciente/a sí mismo previamente/según información obtenida a través de otra persona; consultas en las que el paciente simula/aparenta síntomas con el objetivo de acceder a determinado tipo de medicación/tratamiento; instancias en las que el paciente se provoca un cuadro específico (herida, trauma, etc.) para poder acceder a determinada medicación/tratamiento.⁷² Todas estas situaciones, en mayor o menor medida, representan una amenaza hacia la definición de la situación proyectada por parte del personal médico, así como alteran las capacidades efectivas de la atención de salud de los internos de la unidad.

De guardia. La atención de policlínica en el centro de salud

En línea con la perspectiva de conducta situacional planteada por Freidson (1978), se observa que el rol profesional del personal médico que realiza consultas de policlínica⁷³ en el centro de salud, presenta ciertas particularidades respecto al que desarrolla actividades dentro de los módulos del establecimiento. Este segmento del análisis se aboca a la consideración de sus prácticas en torno a casos de policlínica que arriban al centro de salud (cuadros no urgentes y urgencias leves⁷⁴).⁷⁵ “Jorge” (enfermero de urgencias) narra desde su perspectiva lo que acontece en situaciones de este tipo:

Eo- = claro == la policlínica [de módulo] / porque ellos son los que se encargan de- de verlo y hacerle el seguimiento // entonces vengo yo y digo == me duele el pecho == bueno y por qué te duele el pecho? / bueno no sé / le mandaré un estudio le tomaré la presión == le haré un electro == lo que sea / pero lo resuelve ahí / o lo comiENZA a tratar ahí / o si es hipertenso le da la medicación == lo que sea / acá en la emergencia no lo va a resolver así / acá en la emergencia ==ya te digo == lo único que va a obtener es un pase a policlínica / y es un () sin fin / viene a acá / pase a policlínica == cuando tiene policlínica no lo lleVan / °(digo/ así estamos) /

(Enfermero, urgencias)

Más allá de que exista una directriz institucional que indica que la realización de policlínicas debe ser llevada adelante de forma descentralizada (en los módulos), los miembros del personal de salud manifiestan que existe un flujo constante de internos que acuden al centro solicitando a enfermeros y médicos del área de urgencias y emergencias ser atendidos ante cuadros

⁷² Algunos de estos ejemplos se corresponden con lo que se denomina *ajuste secundario*. Este concepto se trata con mayor profundidad en el apartado “Los internos y la consulta de policlínica”.

⁷³ Cabe destacar que este segmento del personal se corresponde, salvo excepciones, con quienes se desempeñan en el área de urgencias y emergencias.

⁷⁴ Esto en el entendido de que las consultas de urgencias graves y emergencias suscitan un enfoque y análisis específico ajeno a los fines de la presente investigación.

⁷⁵ Cuando los internos arriban al centro de salud (sin previa coordinación con el personal) para consultar por cuadros no graves o urgencias leves, pueden generarse dos situaciones: la admisión de este en tanto paciente y realización de una consulta de policlínica; la negación de esta y la subsecuente derivación a la atención en el módulo mediante un pase a policlínica.

no urgentes o de urgencia leve. Las situaciones de esta índole son evaluadas *negativamente* por estos actores, quienes atienden las consultas con cierta *resistencia* e inclusive *rechazan* la prestación de la atención en reiteradas ocasiones. Frente a este fenómeno se observa una postura *pasiva y neutral* por parte del personal médico de policlínica, aspecto que denota cierta aceptación respecto a lo acontecido.⁷⁶ Tanto el personal médico de urgencias y emergencias como el de policlínica describen esta realidad en términos estáticos y difícilmente mutables en el marco de la cotidianeidad de la atención de salud en la unidad.

Al igual que la generalidad descrita respecto al personal de policlínica, los roles de interacción adoptados por los enfermeros y médicos en las instancias de atención en el centro de salud se basan en la concepción de un intercambio del tipo médico-paciente. Sin embargo, sus rutinas difieren en forma significativa respecto a las de sus colegas en el módulo. La infraestructura, la división espacio-funcional de áreas y tareas, la variedad de integrantes del personal de salud que allí circulan, y otras características ambientales (contacto con otros internos, con funcionarios penitenciarios, etc.) sitúan al centro de salud como un entorno más propicio a la observación de *lo médico*. En comparación con la atención en el módulo, en el edificio central existen condiciones escénicas más óptimas en tanto setting para el desarrollo de una actuación profesional más pura o típica por parte del médico, así como de rutinas más cercanas al rol de paciente por parte del interno. Las características espacio-sociales del centro de salud aportan objetos físicos y signos que permiten a los actores desarrollar una actividad que se ajusta en mejor medida a los valores e imágenes que la sociedad construye idealmente en torno a ellos.

El rol desempeñado por el personal médico en el centro de salud presenta mayores niveles de idealización respecto al llevado adelante en los módulos. Una de las características principales que contribuye a esto refiere a la división entre el cuarto médico, la sala de espera y el consultorio. Por sí solos, estos espacios delimitan funciones y acciones a ser desempeñadas en forma diferencial por los actores que concurren al espacio de salud. Un segundo aspecto se remite al manejo de los turnos y duración de las consultas en tanto recursos o vehículos transmisores de signos propios del status médico. Mientras en el módulo los pacientes ingresan uno a uno en forma consecutiva, sin generarse efectivamente lapsos de espera o de finalización de la consulta entre unos y otros, en el centro de salud estos son incitados a una espera, tanto por la solicitudes

⁷⁶ Un ejemplo de esta cuestión es planteado por una “Sully” (médica de policlínica): “claro acá [centro de salud] vienen a la urgencia o emergencia (...) también vienen a otras cosas porque por ejemplo no hay policlínica y ellos piden demandan y los traen (...) sí claro acá viste que todo la- todo se distorsiona un poco porque: / yo que sé == igual los traen pero en realidad después los derivan a la policlínica == los calman () y bueno” (Médica general, policlínica).

realizadas por el personal de salud, como por la existencia de una sala de espera.⁷⁷ En tercer lugar, los encuentros en el centro de salud se estructuran en base a diálogos con mayores niveles de formalidad respecto a los que acontecen en las instancias en el módulo, elemento que contribuye al desempeño de un rol más idealizado por parte del personal médico.⁷⁸ Finalmente, otros signos que denotan mayores niveles de sobrerrepresentación de la actividad médica refieren a la ausencia de elementos de tipo distorsionantes en la consulta, como el mate y las tarjetas de sanción informales.

El personal médico de urgencias y emergencias comparte, junto con el de policlínica, un escenario de dificultades logísticas que lo obliga a elaborar diagnósticos presuntivos sin bases paraclínicas sólidas, lo cual genera mayores niveles de dramatización de su rol. Sin embargo, este elevado grado de exhibición se ve parcialmente disminuido en el caso de los médicos de emergencias, debido a que la entrega de medicación en el centro de salud no se limita al accionar médico, sino que existe personal de farmacia abocado a su dispensación.

En términos de mistificación, la atención de policlínica en el centro de salud implica la apertura de una distancia mayor entre el mundo médico y el profano. Los elevados niveles de idealización que las características diferenciales del setting imponen a la conducta del personal, generan mayores posibilidades para que los médicos restrinjan el caudal de información al que los pacientes pueden acceder. La existencia de una sala de espera, el manejo de los turnos y la duración de las consultas, la utilización de un lenguaje con mayores niveles de formalidad (entre otros aspectos) son todos elementos que contribuyen a esta situación.

Antes de finalizar se hace referencia a un último punto. La situación generada a partir de la negación de la atención por parte del personal médico de urgencias y emergencias⁷⁹ es visualizada (desde la perspectiva de los internos) como sinónimo de una menor dramatización de su rol. Esta resistencia genera disrupciones en torno a la definición de la situación proyectada por

⁷⁷ La sala de espera del centro de salud comprende un hall de entrada y dos “celdarios” (término acuñado por la población local). Los pacientes aguardan a ser llamados dentro de estos en función de lo que disponga el funcionario que los traslada al centro. En algunos casos estos esperan en el hall de ingreso (habiendo concurrido con o sin custodia). El siguiente fragmento ilustra algunas de estas cuestiones: “Los tres ambientes conforman la situación y lugar de la sala de espera. En la tarde hay un promedio sostenido de 4 internos en la sala de espera, los cuales van rotando en periodos de entre 20 y 40 minutos en la medida en que son atendidos. Se observa la presencia frecuente de internos “fajineros” [que realizan tareas laborales dentro del establecimiento], los cuales se encuentran fuera de las celdas, sin custodia, esperando tener contacto con algún integrante del personal de salud” (Diario de observación, 27 de abril de 2018). La situación del grupo minoritario de fajineros evidencia marcadas desigualdades en lo que refiere a la movilidad dentro de la unidad. Estos gozan de amplias libertades para trasladarse sin custodia por distintos espacios entre los que se encuentra el servicio de atención de salud.

⁷⁸ Este aspecto se visualiza a partir de la comparación entre las instancias de observación desarrolladas en las policlínicas de módulo y aquellas efectuadas en el centro de salud (Diario de observación, 27 de abril de 2018; Diario de observación, 22 de mayo de 2018).

⁷⁹ Esta situación ocurre cuando el personal médico esgrime una incompatibilidad entre el motivo de la consulta (no urgencia o urgencia leve) y la finalidad del servicio (urgencias y emergencias).

los internos y los funcionarios penitenciarios, en el marco de una concepción general del servicio de salud como una “enfermería”⁸⁰ en la que se debe brindar atención en cualquier instancia, así como por cualquier integrante del personal.

Los internos y la consulta de policlínica

La sala de espera de la consulta de policlínica implica el encuentro entre internos provenientes de distintos sectores o módulos, funcionarios penitenciarios civiles y policiales, enfermeros, médicos, psicólogos, entre otros integrantes del personal de salud. Sobre el clima que se vivencia en estas instancias, un funcionario de la subdirección técnica de la unidad expresa:

Eo- (...) también tenés que ver la forma de las ppl de respetar donde e: donde están / los espacios como / como la salud o educativos son espacios muy respetados por todos porque si generás un problema ahí podés generar un problema pa todos los demás / (...)

(Subdirección técnica, informante clave)

Los espacios de salud se encuentran permeados por un *respeto* mantenido colectivamente con el objetivo de propiciar su funcionamiento; es decir, lograr el desarrollo efectivo de las instancias de atención. Emerge a partir de esta conceptualización la cuestión de lo comunitario y la responsabilidad compartida por la convivencia en estos contextos, elementos que asimismo se plasman en el discurso de todos los internos entrevistados y de varios integrantes del personal de salud. Se hace trascendente destacar el potencial comunicativo que estos espacios poseen para el mundo de los primeros, aspecto de elevado valor en el caso de establecimientos penitenciarios como el estudiado⁸¹. Particularmente, el centro de salud representa un medio para el encuentro entre individuos provenientes de distintos módulos. Un fragmento del diario de observación ilustra esta cuestión:

Se observa el ingreso de un interno con un colchón y algunas pertenencias que va a ser trasladado de módulo luego de realizarse un control (constatar lesiones) en el centro de salud. Se establece un diálogo entre este y otro interno, el cual ya tiene conocimiento del cambio de módulo (será trasladado a su celda). Comenta al primero que hace tiempo deberían haberlo trasladado. Este se encuentra entusiasmado con la situación, expresando que aunque vayan a ser seis personas en la celda no van a tener inconvenientes

(Diario de observación, 14 de mayo de 2018)

Tanto en el centro de salud como en el módulo, la consulta de policlínica representa para el interno un espacio físico y social que permite desarrollar intercambios con integrantes del personal de salud en tanto interlocutores diferenciales. En este sentido, los médicos y enfermeros

⁸⁰ Término utilizado por los internos para denominar las diversas instancias de atención de salud de la unidad.

⁸¹ El potencial comunicativo se ve magnificado en el caso de estudio debido a las características del establecimiento: existencia de superpoblación, elevados niveles de violencia interna e insuficientes condiciones edilicias y sanitarias para el mantenimiento de la vida en sus niveles mínimos de dignidad humana.

representan el lugar de la *escucha* frente al motivo de consulta, al que se adicionan otras cuestiones de índole no médica que emergen en estas instancias. Una escucha que no está abocada formalmente a la sanción, reprimenda y/o rehabilitación (como es el caso de los funcionarios penitenciarios) sino que busca dar una *solución* frente a los problemas planteados. Es un encuentro en el que se hace posible la realización de solicitudes, consultas y denuncias frente a diferentes inquietudes o inequidades vividas dentro de la institución.

Los roles desempeñados por los internos en los encuentros con el personal de salud se basan en la proyección de un intercambio del tipo *paciente-médico*, independientemente de la especialidad o función específica cumplida por el destinatario en la institución (médicos, enfermeros, nurse, coordinador, etc.). Los aspectos modales de la fachada del paciente pueden ser clasificados de la siguiente manera: a) una amabilidad y respeto general en los intercambios dirigidos al personal, mediante los cuales se plantean los síntomas o el hecho puntual causante del dolor o malestar, seguido de una consulta respecto a qué medicación tomar en consecuencia; b) un escenario similar al anterior en el que emerge una problemática social, sanitaria o psicológica detrás del síntoma expuesto, denunciada en forma pasiva o directa por este; c) el ingreso e inmediata solicitud de medicación para un dolor o malestar específico, otorgándose información superficial y breve respecto al cuadro clínico; d) un reclamo pacífico ante aparentes irregularidades en el accionar del personal de salud en distintas instancias de contacto con este (entrega de medicación, realización de estudios en centros externos, consulta con especialista, etc.); e) un reclamo violento sobre irregularidades en el accionar del personal de salud en situaciones como las descriptas en el punto anterior.

Las percepciones que los pacientes construyen respecto al carácter de los intercambios que se desarrollan con el personal de salud remiten a una valoración genérica en torno a la idea de *respeto*. Esta refiere a un trato amable y formal en el marco de un contrato tácito generado y mantenido entre las dos partes. Sobre esta cuestión, “Yuri” (residente en un módulo trancado) expresa:

Eo- hola / y chau / eso es lo mucho que les digo / siempre == y ellos son así son respetuosos pero: /
HASTA AHÍ siempre hay un límite /
Er- hay un límite /
Eo- siempre hay un límite / de respEto no? == siempre de respeto / si ellos nos tratan bien nosotros los
tratamos bien a todos / siempre / siempre todo bien // nunca nunca enfermería / que está éste / no/ nunca
nada / siempre bien / a MI siempre me atendieron bien / yo doy mi opinión de por mi //
(Interno, módulo trancado)

Este planteo denota la forma generalizada que adopta la interacción paciente-personal de salud en el marco de las instancias de atención. Independientemente del módulo de procedencia

o cuadro clínico presentado, se visualiza una predisposición a entablar diálogos “con respeto”.⁸² Existen situaciones particulares que marcan el desarrollo de intercambios diferenciales entre una y otra parte. Este es el caso de los pacientes que experimentan alguna enfermedad o condición que los obliga a mantener un contacto relativamente frecuente con el servicio de salud. “Ernesto”, residente en un módulo trancado, hace referencia a estas instancias:

Eo- = que que soy bien que me () bien con la gEnte == que no molesto pa nada/ que no ando quemAndo en la cárcel == que no ando haciendo nada entonces / él se pOnen a hablar conmigo y yo me pongo a hablar con ellos entonces tenemos onda == sociabilidad se llama == con- por la gente / pero YA por ejemplo otros médicos piensan que yo soy un preso como te decía / que el milico piensa que soy un número == soy un número más pa ellos == corte viene me medico y == borraste / entendés? y ta y es así // //

(Interno, módulo trancado)

Se marca la oposición entre dos modalidades de intercambio, “sociabilidad” y “número más”. Estos extremos caracterizan, en términos generales, las descripciones que realizan sobre las interacciones que mantienen con el personal. Se torna necesario destacar que este es el único segmento de entrevistados que exterioriza las modalidades de trato mencionadas. El contacto frecuente con el servicio de salud emerge como un factor determinante en el desarrollo de estos encuentros de tipo límite, escenario que si bien no se restringe a este grupo de pacientes, marca una tendencia respecto a los intercambios visualizados a lo largo del relevamiento.⁸³

Cuando se dirige el foco hacia la valoración que estos efectúan respecto al servicio de atención de salud, se observa que los calificativos utilizados se remiten a evaluaciones favorables: “buena”, “bien”. Esta es transversal a la totalidad de los entrevistados, independientemente de la condición de salud experimentada o los niveles de seguridad de los módulos en que residen. “Roberto”, alojado en un módulo de baja seguridad, ejemplifica esta cuestión:

Eo- sí / ta todo bien / la cárcel cambió mucho gracias a dios == ahora / hay un poco más de / dentro de tOdo los presos se ponen molestos cuando piden / e: atención médica / y no te dan / ahí es cuando el preso se pone molesto / el preso teniendo la atención médica por la muela por el oído por un dedo por el brazo / por la PIERNA / me entendés? == por decirte las cosas más / extrañas que te atienden (bien) / antes no == enfermería enfermería! == no hay nadie / ahora decís== ah pero me duele la uña / yo te llevo / porque te tratan bien es así / porque hoy por hoy está el inr acá adentro / desde que entró el inr / (a ful) //

(Interno, módulo abierto)

⁸² Es posible destacar que el énfasis otorgado a esta modalidad de intercambio es variable. En algunos pacientes (fragmento citado) se subraya la relevancia de lo contractual, mientras que en otros se deja este aspecto de lado para adentrarse en la descripción del carácter de cordialidad con el que se desarrollan los contactos.

⁸³ Adicionalmente, se subraya el hecho de que la totalidad de vínculos observados cuyos protagonistas fueron pacientes con enfermedades crónicas de contacto frecuente con el servicio de salud fueron de carácter sociable. No se constató la existencia de tratos impersonales para con este grupo específico, pero sí respecto a internos de la población general del establecimiento (de contacto esporádico o puntual con el personal de salud).

La dinámica de la mayoría de sus discursos consiste en un rápido pasaje por la valoración del servicio para dirigirse hacia las modalidades y mecanismos inherentes al acceso a la consulta. Por un lado, se encuentran aquellos que reivindican posibilidades generales amplias para el alcance del encuentro médico. Por otro, hay quienes describen, con mayor o menor énfasis, la existencia de *barreras* y *facilitadores* para el acceso a la atención, refiriéndose al accionar de funcionarios penitenciarios e integrantes del personal de salud de la unidad como factores de incidencia diferencial en la materia.⁸⁴

Un elemento de la dotación de signos que posee particular importancia para los pacientes en el marco de los encuentros con el personal de salud se vincula a la administración de medicación⁸⁵. La solicitud de medicación denota su concepción en tanto signo exhibitorio de la satisfacción de necesidades médicas y no médicas. En primer lugar, esta emerge como sinónimo de la solución brindada a raíz del cuadro sintomático expuesto. En segundo término, se relaciona con la idea de curación y cuidados, la cual involucra un componente de sanación médica, pero a su vez otro de cuidados hogareños. Finalmente, la administración implica la adquisición de una posesión, la cual representa un aspecto diferencial en el marco de la privación de libertad. En este sentido, conlleva para los pacientes una apertura de posibilidades para efectuar una serie de actividades médicas, así como otras de distinta índole, entre las que se encuentran: intercambios, comercio, utilización con fines de placer, utilización con fines de daño, etc.⁸⁶

Un aspecto vinculado a lo tratado en la presente sección consiste en que los espacios de atención de policlínica representan ventanas hacia el desarrollo de procesos re-constitutivos del yo en el interno. Se caracterizan como situaciones de recomposición y recuperación de rasgos de la personalidad del individuo, en un marco de ataques y degradaciones constantes que hacen a la institución total un lugar de depósito de hecho, frente a la perspectiva de reforma declarada (Goffman, 2001b). En términos generales, los pacientes las visualizan como instancias de atención individual y abocados a la solución de problemas, alejándolos de una concepción disciplinaria y de castigo. Son espacios que tornan evidente la emergencia de necesidades básicas (sanitarias, psicológicas y sociales), las cuales implican una tendencia al desplazamiento (en grados variables) del foco de la indagatoria médica hacia sus condiciones de vida. A su vez, los encuentros con el personal de salud conllevan el contacto con medicamentos y objetos de tratamiento clínico, los

⁸⁴ Este punto se trata con mayor detenimiento en el apartado “(De)bajo las normas de la casa”.

⁸⁵ Medicación en general y psicofármacos.

⁸⁶ Un ejemplo de la variedad de usos y significados atribuidos a la medicación es ilustrado por las notas observacionales realizadas sobre una policlínica de módulo: “Muchos pacientes que ingresan a consulta solicitan analgésicos, etc. para tener “de reserva”. Las MGs [médicas generales] los otorgan de reserva. Según las médicas, algunos internos solicitan medicación (Domper) para alterarlo, haciendo una rayita en el medio del comprimido, transformándolo (en apariencia) en un psicofármaco para venderlo” (Diario de observación, 25 de mayo de 2018).

cuales significan una apertura en las posibilidades de adquisición y posesión de bienes materiales, así como el acercamiento a elementos de apoyo psicológico. Finalmente, la situación social desarrollada en torno a la atención de salud representa una reconquista civil, en tanto permite la recuperación de derechos básicos universales que no se encuentran garantizados *de hecho* dentro del establecimiento.

Ventanas

Representaciones sobre los internos y el personal de salud

Para comprender los conceptos que internos y personal de salud construyen unos sobre otros, así como las bases que responden a su desarrollo, se utiliza el concepto de *master status*⁸⁷ aportado por Hughes (1993). Entendiendo el status de un individuo como aquel formado tanto por unos atributos personales (legales/formales e informales) como por un estilo de vida específico, existen características accesorias (étnicas, religiosas, de género) que en algunos casos se consideran determinantes para el reconocimiento del rol como tal por parte de la sociedad. Según el autor, existe una tendencia generalizada al desarrollo de expectativas en torno a los rasgos o características auxiliares que se corresponden idealmente con los lugares o posiciones a ser ocupados por un individuo. Las personas que, cumpliendo con todos los atributos formales e informales para detentar un status determinado, poseen características auxiliares que no se ajustan a las expectativas y estereotipos contruidos socialmente en torno a la posición, experimentan lo que Hughes (1993) denomina “contradicciones” y “dilemas”.⁸⁸

Este concepto se complementa los postulados de Goffman (2001b) sobre los fines formalmente declarados por la institución (rehabilitación y profilaxis del delito) y sus consecuencias en el accionar de los funcionarios penitenciarios y el personal de salud. Según el autor, estos desencadenan en doctrinas sobre las formas del trabajo pasibles a adoptarse por parte del personal respecto a los internos, quienes son catalogados como sujetos especialmente previstos en los fines de la institución desde su ingreso (Ibíd., 2001b) bajo el rótulo de “personas que cometieron un delito” y/o “delincuentes”. Los internos se ven inmersos en un mundo en el que el personal pre-define conceptos sobre ellos en función de una teoría general de la naturaleza humana por la que se los concibe como responsables directos de sus actos en términos de voluntad y decisión (Goffman, 2001b).

⁸⁷ Respecto a este término, el autor menciona: “There tends to grow up about a status, in addition to its specifically determining traits, a complex of auxiliary characteristics which come to be expected of its incumbents” (Hughes, 1993 p. 142).

⁸⁸ Estos representan el choque producido entre las expectativas y el status, tensión que no solamente se genera entre los actores sino a la interna del propio individuo.

Una amplia mayoría de los internos identifican al personal con la figura del “médico/a”, manifestando una concepción genérica respecto a las funciones y áreas de especialidad de los ejercientes.⁸⁹ Se asocia a la totalidad del personal sanitario con el status y roles inherentes a este segmento del grupo profesional, aspecto que se relaciona con una visión global desarrollada sobre los espacios sanitarios durante la privación de libertad: “el lugar donde atiende el médico”, “la enfermería”. Las imágenes construidas por los internos se encuentran directamente vinculadas a sus experiencias de atención sanitaria durante el período de reclusión, así como a su valoración respecto a estas. Se hace necesario destacar que para los internos, estos conceptos⁹⁰, experiencias y valoraciones se consideran aspectos independientes y aislados de otras esferas del mundo carcelario, los cuales no afectan las definiciones y juicios que elaboran sobre el personal sanitario.⁹¹

El “respeto” emerge como la modalidad genérica que adopta la conducta de los internos frente al personal, tanto discursiva como interactivamente. Tal como fuera mencionado, las características particulares de ese respeto se apoyan en bases diferenciales de acuerdo al énfasis otorgado por cada interno en los aspectos contractuales, cordiales, afectivos o impersonales de los intercambios. Para estas personas, estas vetas representan una apertura hacia la construcción de miradas específicas sobre los integrantes del personal. En primer lugar, algunos conciben a los integrantes del personal como *benevolentes y cuidadores*. Esta visión presenta una convergencia con los postulados de Goffman sobre los intercambios mantenidos entre los internos y los miembros del personal de estratos altos: “Resulta de tal modo factible que si un interno consigue atravesar las filas del personal subalterno y ponerse en contacto con una persona de la plana mayor, pueda encontrar en ella una bondad paternalista y una actitud benévola” (Goffman, 2001b, p. 119).

Salvando las distancias estructurales y funcionales que separan al personal de salud de la plana mayor, se evidencia que ninguno tiene como encargo formal la exposición de los internos a las “exigencias de la institución, atrayéndose así su odio”, tal como ocurre con los funcionarios penitenciarios (Goffman, 2001b, p.119). La lejanía respecto a las funciones de imposición del orden y rehabilitación social, representa tanto para los funcionarios de altos estratos como para el personal de salud, la posibilidad de establecer vínculos diferenciales con los internos. En este

⁸⁹ Esto se desprende de un análisis de frecuencia de mención de términos utilizados por los internos para referirse a los integrantes del personal de salud en sus entrevistas. Los resultados indican que las palabras “médico/a(s)” y “enfermero/a(s)” representan el 63% y 18% de las menciones totales realizadas por los internos para evocar la figura del personal.

⁹⁰ En el sentido de representaciones o imágenes trabajado por Goffman (2001b).

⁹¹ Esto se sostiene inclusive en sus discursos sobre las dificultades e inequidades para el acceso a la consulta, en los que las menciones a una causalidad médica son ínfimas, predominando las referencias a las dinámicas propias del mundo carcelario como motores explicativos de tales situaciones.

sentido, varios de estos últimos desarrollan una concepción específica respecto a este grupo, distinta a la adjudicada a su contraparte, los funcionarios penitenciarios.⁹²

Otra de las imágenes que los internos construyen sobre los integrantes del equipo de salud se remite al carácter *frío, impersonal y distante* con el que algunos de estos individuos actúan en el marco de las instancias de atención.⁹³ En respuesta a estas actitudes, los discursos y prácticas de los internos dejan plasmadas las similitudes existentes entre estos tratos y aquellos brindados por los funcionarios penitenciarios policiales de la institución.⁹⁴ La modalidad del trato impartido por los integrantes del personal a quienes se les asigna este tipo de rótulos presenta vinculaciones variables con el ejercicio de las conductas disciplinarias propias del accionar de los funcionarios policiales. Algunos integrantes de este grupo de médicos y enfermeros mantienen una orientación de servicio, con un foco preponderante en la atención médica, los derechos y las necesidades del interno en tanto paciente. Sin embargo, otros presentan una tendencia a la anteposición de la seguridad personal frente al servicio de atención de salud, desarrollando un particular y estrecho vínculo con los funcionarios policiales, ubicando en un segundo, tercer o último plano las necesidades y los derechos del interno.⁹⁵

Por su parte, los conceptos que la mayor parte del personal de salud construye sobre los internos se remiten a su rol de “pacientes”, seguido de otras imágenes situadas en un segundo nivel de profundidad: “personas privadas de libertad”, “presos”, “internos” o “reclusos”. En un tercer nivel –de igual ponderación que el anterior– se refieren a estos utilizando el término “personas”.⁹⁶ La idea de pacientes, conlleva una expectativa institucional respecto al rol y rutinas a ser desempeñados por los internos en las instancias de atención. Existe una pre-disposición a

⁹² Esto no implica que la totalidad del personal de salud presente una distancia absoluta y general respecto a la aplicación de las lógicas disciplinarias dentro de la institución estudiada. Por esta cuestión la imagen de benevolencia y cuidados es atribuida a un segmento de sus integrantes.

⁹³ Esto acontece principalmente en los intercambios desarrollados con algunos enfermeros y médicos de emergencias.

⁹⁴ Frente a estas situaciones hostiles, algunos internos adoptan una conducta ofensiva de agresión verbal hacia el personal de salud, mientras otros se resignan a los resultados adversos obtenidos en el intercambio, abandonando la escena y manteniendo un clima de respeto.

⁹⁵ Ejemplos de esto refieren al protagonismo que tanto médicos como enfermeros otorgan a estos funcionarios en los espacios de salud. Durante la consulta se permite la limitación de la movilidad del interno mediante el uso de grilletes y esposas en los casos en que se considere necesario por cualquiera de las partes (médico/enfermero o funcionario policial); se permite el ingreso y la presencia policial en las instancias de atención; se mantienen diálogos fluidos y cercanos con los funcionarios. Todas estas cuestiones remiten a una visión del personal de salud que atribuye las funciones de protección y seguridad exclusivamente a los funcionarios policiales. Un fragmento del diario de observación en el que se mantiene una conversación con un médico y un enfermero de emergencias ilustra esta cuestión: “Es el policía el que me puede brindar seguridad ya que el operador no está habilitado y preparado para interponerse entre la persona privada de libertad y yo” (Médico general, emergencias).

⁹⁶ Con el fin de referirse a los internos en sus entrevistas, los integrantes del personal de salud recurren al uso del término “paciente(s)” en un 47% de los casos; “persona(s) privada(s) de libertad”, “preso(s)”, “interno(s)” y “recluso(s)” en un 26%; y “persona(s)” en un 23% de las ocasiones.

observarlo como un usuario del servicio “de la calle”⁹⁷, base a partir de la cual el personal estructura sus rutinas en el marco de la consulta. Asimismo, esta concepción se utiliza para la fundamentación, tanto del accionar propio, como de la crítica y enjuiciamiento de los comportamientos no esperados de los internos en los espacios de salud. Esta mirada implica una visión profesional y segmentada, bajo la cual se ejerce un énfasis exclusivo en lo que se espera de él en las instancias de atención. De ella se desprenden ramificaciones que se focalizan en atributos particulares referidos al status del interno. Tanto la concepción generalizada como sus derivaciones completan el esquema de su catalogación dentro de la escala social carcelaria.

Una primera ramificación se corresponde con la idea de paciente y preso. En un contexto institucional en el que su denominación formal es la de persona privada de libertad, esta imagen supone vincular un status y un rol que no están exentos de tensiones que atentan contra el desarrollo de una actuación armoniosa. Supone no solo reconocer el status de interno, sino anteponer este al de paciente, marcando la participación del personal de salud en los procesos de degradación de su yo.⁹⁸ Un elemento central de esta sub-imagen reside en que representa una alineación con la visión del interno promovida por la institución carcelaria.⁹⁹ Otras variables que intervienen en la generación de este tipo de concepciones se refieren a aspectos modales de los internos como los gritos o las agresiones verbales que toman lugar en la sala de espera u otros espacios de contacto con el personal de salud. A su vez, la posición o apariencia de los internos - principalmente a través de la influencia ejercida por el status de peligrosidad asociado a la pertenencia a módulos con elevados niveles de seguridad- representa otro elemento contributivo a estos efectos.¹⁰⁰

Una segunda ramificación refiere a la idea de paciente y persona (vulnerada), abriéndose paso a su consideración en tanto individuo con necesidades sanitarias, psicológicas y sociales

⁹⁷ La expresión “paciente de la calle” refiere a una concepción del interno en tanto usuario de similares características respecto a aquel que concurre/solicita ser atendido por un servicio de salud extramuros. Constituye una uniformización de la idea de paciente, equiparándola a la figura de aquel individuo que es asistido en libertad.

⁹⁸ Estas cuestiones se visibilizan no solo en el discurso sino en la práctica cotidiana de algunos miembros del personal de salud. Respecto a esta última cuestión, una operadora menciona: “(...) entonces trato de que en algunas guardias no hablar no mirar y bueno hacerlas / ver cosas y obviar porque == qué vas a hacer? == no es fácil / asse no es fácil / trabajar con los médicos no es fácil (...) que no quieren atender / empiezan a atender con mala gana / o que te hacen esperar == de repente llevas / un ppl a constatar lesiones y ellos están comiendo esperá una hora // entendes? == pero creo que en la sa- / la salud es igual == vos vas atenderte y esperás dos horas == así que que no es sólo acá / acá creo que es peor porque son privados de libertad == te dicen que esperen porque son presos (...)” (Operadora penitenciaria, traslados a centro de salud).

⁹⁹ La imagen de preso paciente se coloca en línea con aquella que la institución -a través de su personal- promueve sobre la persona recluida. La idea del interno como aquel que necesariamente debe seguir las normas de la casa y adscribir a sus valores so pena de ser sancionado; un manipulador que aprovechará cualquier instancia para fugarse de la institución; una persona con responsabilidad directa por cada acto cometido, un individuo que está sujeto a presentar una deferencia obligatoria ante el personal que con él trabaja en tanto material humano.

¹⁰⁰ Esta perspectiva remite a la anteposición de la seguridad (representada por el personal policial) frente a la privacidad de la consulta (y a la atención sanitaria en términos generales), así como a la negación de la atención por motivos de igual índole.

específicas. Estas se asocian tanto al motivo de consulta (dolor, malestar, etc.), como a las condiciones estructurales propias de la privación de libertad. Algunos elementos interactivos contribuyen al desarrollo de estas imágenes. Por un lado, los aspectos modales del interno: solicitudes, reclamos, denuncias sobre malos tratos o condiciones de reclusión insuficientes. En otro plano, sus aspectos de apariencia: las condiciones de reclusión, las características propias de su vida o entorno cercano. Bajo esta visión, en muchas ocasiones son concebidos como “objetos de simpatía” por parte del personal, fruto de un involucramiento emocional y afectivo en el marco de sucesivas degradaciones y mortificaciones del yo sufridas durante la privación de libertad (Goffman, 2001b, p.82).

Actuaciones y mentalidad del médico de cárceles

Lo rudimentario

En base a lo tratado en los apartados anteriores, se constata que la conducta del personal médico de la unidad se encuentra afectada por las características físicas y sociales propias de los espacios donde lleva adelante su tarea, visualizándose la influencia que el “ambiente de trabajo” presenta en el desempeño del rol (Freidson, 1978).¹⁰¹ Profundizando con el análisis de su accionar profesional, se señalan aspectos centrales referidos a su mentalidad clínica así como a su comportamiento.

En primer lugar, su responsabilidad profesional. Tal como indica Freidson (1978), para el caso de la medicina esta responsabilidad por el trabajo desempeñado se restringe al ámbito personal e individual, antes que al comunitario o general. Esto quiere decir que el profesional actúa pensando en su propia labor y tiende a no inmiscuirse en la de los demás. En el caso de estudio, se observa que todos los integrantes del personal (médicos de policlínica y de emergencias) presentan una *responsabilidad personal* respecto al rango de acción que implican sus tareas. Cada uno de ellos desempeña su actividad en el marco del área que le corresponde, ejerciendo las derivaciones correspondientes en caso de que sean necesarias, pero concibiendo la consulta en términos aislados y finitos. La problemática clínica ingresa con el paciente a la consulta y se retira con él al cerrarse la puerta del consultorio.¹⁰²

¹⁰¹ El propósito de este apartado radicó en analizar la influencia de los factores ambientales inherentes a los espacios de trabajo en términos de desempeño de rol. Sobre este último, Goffman (2001a) menciona que “implicará uno o más papeles, y que cada uno de estos diferentes papeles puede ser presentado por el actuante en una serie de ocasiones ante los mismos tipos de audiencia o ante una audiencia compuesta por las mismas personas” (p.11). Para el individuo-actor, detentar un status y sus roles extensivos abre la posibilidad para el desarrollo de rutinas bajo papeles distintos.

¹⁰² En relación a esto, se observan cruces constantes entre el área a la que el profesional está abocado, y el tipo de pacientes que atiende (como el caso de los internos que acuden al centro de salud solicitando asistencia por un motivo de consulta no urgente a un médico o enfermero de emergencias). Estos cruces de cuadros, pacientes y áreas médicas, suscitan conflictos latentes en el marco de una concepción del trabajo sectorial, individual y personal. Asimismo, se

En este marco, la culpabilidad del personal médico de la unidad se ve *difuminada*.¹⁰³ Freidson (1978) menciona que la responsabilidad del profesional es consecuente en el entendido de que “requiere que el médico asuma la culpa por los malos resultados” (p. 171). En el ámbito penitenciario, los factores que inciden en las condiciones de vida de los internos son variados y en su mayoría extremadamente difíciles de controlar. Incluso en los casos en los que el propio personal de salud encabeza acciones tendientes a modificar o atenuar factores de riesgo sanitario, la cuestión de los malos resultados no los involucra directamente, ya que existen causas estructurales que moldean y promueven la permanencia de estas problemáticas. Bajo un contexto de adversidades y elementos hostiles, la responsabilidad médica sobre el estado sanitario de sus pacientes se desdibuja, así como su culpabilidad ante la emergencia de escenarios desfavorables (estado de salud no adecuado en la población, propagación de enfermedades, falta de tratamientos efectivos, errores de procedimientos, o inclusive la muerte por causas médicas prevenibles, curables o tratables).

El accionar de los médicos de policlínica suscita algunas puntualizaciones, las cuales pueden ser analizadas desde la perspectiva de la mente clínica (Freidson, 1978). Ante la existencia de dificultades logísticas y técnicas para la concreción de consultas con especialistas y la realización de estudios paraclínicos, la experiencia clínica y el pragmatismo del personal de policlínica se ven ampliamente reforzados. En este marco, el diagnóstico presuntivo representa el único medio disponible (salvo excepciones) capaz de dar respuesta ante los síntomas presentados, ganando terreno el juicio propio del ejerciente frente al de la objetividad de apoyos técnicos y tecnológicos elementales. Asimismo, la confianza y fe que el médico de policlínica deposita en su accionar puede ser variable. En algunos puede verse enriquecida debido al aumento *de hecho* que se produce en su poder de diagnóstico y tratamiento. En otros puede observarse una tendencia contraria. El conocimiento y contacto diario con las condiciones ambientales nocivas que rodean a los internos produce en algunos médicos (y enfermeros) un sentimiento de creciente escepticismo respecto a los potenciales efectos a obtenerse a través de su accionar. Inclusive, estas diferencias no solo se plasman entre individuos, sino que son pasibles a observarse en un mismo ejerciente ante cuadros sintomáticos distintos.¹⁰⁴

visualiza la existencia de un trabajo cooperativo entre las áreas médicas (en general) por un lado, y las de odontología y psiquiatría por el otro.

¹⁰³ Ejemplos de situaciones donde la responsabilidad médica se difumina: la realización de un mal procedimiento, el empeoramiento del estado de salud de sus pacientes y/o de la población del establecimiento, la negación de la asistencia, etc.

¹⁰⁴ Pueden generarse expectativas favorables respecto a algunas situaciones sencillas y de rápida solución, mientras que en otros casos de mayor incertidumbre y potencial gravedad, las expectativas en torno a las posibilidades de éxito de la intervención pueden verse frustradas.

(De)bajo las normas de la casa

La guardia buena y la guardia mala

La actuación de los funcionarios penitenciarios intercede en prácticamente cualquier actividad que toma lugar dentro de una institución como la cárcel. La atención de salud no constituye una excepción, por lo que estos actores se ven involucrados en distintas fases del proceso: la recepción y administración de las solicitudes de atención, el traslado de internos desde y hacia los espacios de consulta médica, la custodia durante las instancias de atención y la circulación del personal de salud por los módulos del establecimiento, el contacto y la coordinación con el personal de salud para la realización de consultas, monitoreo de pacientes y/o la concreción de tratamientos específicos.

En la unidad de estudio, la insuficiencia de recursos para el cumplimiento efectivo de las actividades diarias de la institución ha sido remarcada en sucesivas inspecciones e informes realizados por el CPP (CPP, s/f, 2016a, 2016b, 2017, 2018a, 2018b, 2019). Respecto a la atención de la salud, se cuenta con una única funcionaria abocada a la realización de las tareas de coordinación entre el equipo de salud y los funcionarios penitenciarios.¹⁰⁵ Sus cometidos principales consisten en el traslado de internos con problemas odontológicos y tuberculosis, así como en el seguimiento de la evolución de sus cuadros. Adicionalmente, realiza traslados por motivos de consulta variados y se encarga del envío de medicación hacia los módulos, tareas que comparte con el resto del cuerpo de operadores penitenciarios. Esta funcionaria constituye una referente, no solo en términos institucionales (designada por el INR y reconocida por el centro de salud de SAI-PPL en la unidad) sino comunitarios. Los internos y otros operadores depositan en ella una serie de expectativas sobre cuestiones de distinta índole, las cuales por un lado realzan su rol, y por el otro conforman una sobrecarga laboral que impacta en las posibilidades para la solución efectiva de las problemáticas sanitarias de la unidad.¹⁰⁶

En un establecimiento de grandes dimensiones y con una población elevada, la división entre módulos implica diferencias considerables en términos de clima carcelario (predominancia de funcionarios policiales frente a operadores penitenciarios; módulos pacíficos y módulos violentos; disposiciones de seguridad bajas, moderadas y altas, etc.). En relación a esto, Sim (2002) observa que el servicio sanitario de prisiones, históricamente –y específicamente durante

¹⁰⁵ Según lo indicado por integrantes del personal de salud, existen a su vez operadores referentes en salud en cada módulo de la unidad, realidad que no se visualiza en las sucesivas instancias de observación.

¹⁰⁶ En palabras de la operadora: “y sí / y si porque si no después te ven de pasada y / querés acordarte de todo pero no podés / (...) bueno allá viene mi compañera y me dice / [“Miriam”] podés hablar con las chicas de salud mental / si pueden ir al módulo ? == le pasás el dato a ellas / ellos lo van a ver al módulo y ya resuelven == si es para psiquiatra si es para medicación no (todo) / y yA Eso es un granito de arena que estás haciendo / entonces imaginate / voy por los ***** módulos / a veces es difícil / a veces por ahí le digo == sí sí te aviso == QUÉ te voy a avisAr si no- // entendés? /” (Operadora penitenciaria, traslados a centro de salud).

los siglos XIX y XX- ha funcionado como un brazo extensivo de las redes formales e informales de poder de las autoridades penitenciarias, limitando el cuidado médico a sus niveles mínimos indispensables.¹⁰⁷ En esta línea, Ross et al. (2011) mencionan que existe una asociación entre el clima carcelario positivo¹⁰⁸ y el desarrollo de interacciones exitosas entre el personal penitenciario, sanitario y los internos. Por el contrario, ante un clima carcelario negativo, los funcionarios penitenciarios representan un filtro y/o barrera erigida entre los internos y el personal de salud respecto a la concreción y el carácter de los encuentros médicos (Ibíd., 2011).¹⁰⁹

En relación al caso de estudio, se observan grandes diferencias en el desempeño del rol dentro del grupo de funcionarios penitenciarios, así como en función de los distintos entornos donde desarrollan sus actividades. De acuerdo a sus competencias dentro del establecimiento, los operadores penitenciarios tienen una mayor presencia en aquellos módulos y sectores “abiertos”, con menores niveles de seguridad, cuyo clima es, en términos relativos a la realidad de la institución, de carácter favorable. En relación a los aspectos sanitarios, se constata que las acciones llevadas adelante por los operadores penitenciarios los catalogan como actores *receptivos* y *habilitadores* para el acceso y la promoción de las instancias de atención de la salud de los internos. Estos funcionarios representan un puente para el acercamiento entre sus necesidades y las posibilidades de intervención del servicio de salud, elemento que se visualiza tanto en la práctica cotidiana de estos actores como en los discursos de internos e integrantes del personal de salud.^{110 111} Por su parte, los funcionarios policiales se abocan en su mayor parte a la administración de los módulos “trancados”, aquellos con elevados niveles de seguridad, donde el clima carcelario presenta mayores niveles de nocividad. En lo que refiere a su accionar sanitario, su rol se caracteriza por una función de *filtro* y *barrera* respecto a las solicitudes de atención

¹⁰⁷ El autor indica que en el marco de los mecanismos disciplinarios y regulatorios que moldearon la política penitenciaria de los siglos XIX y XX, los médicos del sistema desarrollaron “a set of ideologies which saw the prisoner as an individual, as one who needed or deserved some form of disciplinary treatment” (Sim, 1989, p. 343). En este sentido, los fines institucionales de normalización y clasificación individual se tornaron metas globales, tanto para funcionarios como para médicos penitenciarios.

¹⁰⁸ Percibido por los internos y referido a: buen relacionamiento con funcionarios penitenciarios, seguridad, cuidado y receptividad, justicia y cuidado de los más vulnerables.

¹⁰⁹ En referencia a la calidad de la atención brindada, los autores destacan que la cultura de la prisión presenta un gran poder de aculturación sobre el personal de salud. Observan que ante el desarrollo de climas con mayores niveles de violencia, el personal de salud tiende a desempeñar una atención por debajo de los niveles mínimos indispensables, e incluso a adoptar posturas negligentes frente a las solicitudes de atención.

¹¹⁰ Sobre esta cuestión, un funcionario de la coordinación del centro de salud menciona: “(...) una cosa: positiva que se puede: este: tomar de la reestructura del inr es que al mantener el ingreso / y autorizar el ingreso de operadores / se nos es más fácil la dinámica de llegar al paciente / tanto de nosotros a él / como de él a nosotros (...) digo reconozco que ha sido una: un cambio / y un avance importante para lo que es el inr / poder tener operadores para: facilitar / el acceso a los pacientes” (Coordinación centro de salud, informante clave).

¹¹¹ El discurso de un médico de emergencias visualiza las diferencias existentes entre la permeabilidad en el acceso representada por los operadores penitenciarios y la filtración de las solicitudes protagonizadas por el accionar policial: “(...) y los operadores no entienden eso / los operadores traen traen traen traen traen pacientes / no filtran las consultas diciendo / no mirá lo tuyo no es grave == esperá que tengas consulta en el módulo / ellos traen TODOS los pacientes que les piden pa venir los traen a emergencia =” (Médico general, emergencias).

realizadas por los internos.¹¹² Particularmente en los espacios que presentan altos grados de conflictividad, la regla genérica de su conducta presenta una tendencia a la negación por sobre la concesión de las solicitudes de atención médica realizadas por los internos (por motivos no urgentes o de urgencia leve).¹¹³

Desde la retina. El interno

Las probabilidades de que los internos alcancen el encuentro médico no urgente son variables, existiendo elementos facilitadores para este, así como otros que operan de forma inhibitoria. Algunos status adquiridos y roles desempeñados dentro de la institución emergen como los factores habilitadores por excelencia ante la pretensión de alcanzar este contacto. Ser conceptualizado como un interno de “buena conducta” es un requisito prácticamente indispensable en la mayoría de los casos, pero a su vez no se concibe como necesariamente suficiente para tales efectos; a este se suman otros que conforman situaciones diferenciales de peso: desempeñar tareas laborales, educativas, recreativas o de representación en la institución; poseer una enfermedad crónica diagnosticada y bajo tratamiento o alguna discapacidad visible; desarrollar un vínculo estrecho con uno o algunos funcionarios policiales (en módulos trancados); realizar favores a funcionarios policiales (entrega de cigarrillos, medicamentos u otros elementos a cambio de la habilitación); la movilización de redes o contactos externos a modo de ejercer presiones sobre la administración del establecimiento y/o el servicio de salud.

Otros factores sobre los cuales los internos no poseen una incidencia directa -y afectan en gran medida las posibilidades de acceder en caso de no detentar un status y roles como los descritos- son: el nivel de gravedad de los síntomas presentados (visible al ojo no clínico); las disposiciones de seguridad implementadas en el módulo en que residen y el tipo de funcionarios de custodia con los que presentan el contacto más frecuente; la negligencia al traslado realizada por funcionarios policiales con la finalidad de castigo; las rutinas desempeñadas por los funcionarios de custodia policiales diariamente en el sector o el módulo (realización de requisas,

¹¹² Una psicóloga del área de salud mental hace referencia al accionar policial en materia de acceso y promoción de los espacios de salud: “y sí / la primera barrera es la reja / la reja que te tranca == y sí claro es un / lugar de privación de libertad y si el policía no te abre la reja vos no accedés a la persona == o sea no accedés / concretamente (...) ellos no vienen al centro de salud si quieren == o sea vienen cuando pasa algo o gravísimo / O los bajan en el módulo cuando pasó algo también importante O / el policía se dignó en abrirle la puerta para que bajen a policlínica sino / sino hay personas que pueden pasar Años encerradas en un mismo lugar abajo de una cama” (Psicóloga, salud mental).

¹¹³ Un interno ubicado en un módulo de alta seguridad hace referencia a la ambigüedad en el accionar de la guardia policial: “por ejemplo esta guardia / me saca / me sa- me saca porque sabe que yo- yo me levanto a las siete de la mañana / voy a trabajar / vengo y no molesto / y eso yo tomo unos mates miro el informativo y me acuesto para al otro día seguir trabajando pa la visita / esta guardia es bUEna / pa sacarme / la otra guardia ya no me saca == no me llevo bien con la otra guardia / por más que nosotros == yo estoy en un piso de comisiones en el **** / pero: / no son todas las guardias son iguales == una guardia buena y otra mala (...)” (Interno, módulo trancado).

selección arbitraria de internos para “bajar” desde las celdas hasta la consulta médica); el tipo de relacionamiento mantenido entre los internos del módulo o el sector; los niveles de violencia generales del módulo.

Por lo tanto, mientras para algunos internos no existe dificultad alguna para llegar al servicio de salud, para otros -muchos-, esta posibilidad puede ser restringida. Enmarcar el acceso dentro de este sistema implica que para algunos internos alcanzar el encuentro médico sea visto como una recompensa ganada a partir de una conducta personal conforme a las expectativas institucionales.¹¹⁴ Para otros se concibe como algo normal y cotidiano, de acuerdo a las características del módulo o sector en que residen (bajos niveles de violencia, buen relacionamiento internos-funcionarios penitenciarios) y del personal civil que los custodia (predominantemente en módulos y sectores con bajos niveles de seguridad).¹¹⁵ Finalmente, para otro segmento de los internos el acceso a la consulta representa una conquista obtenida en el marco de la utilización de medios prohibidos para la satisfacción de necesidades lícitas, aspecto definido por Goffman (2001b) como “ajuste secundario” (pp. 63-64).¹¹⁶

“Portarse bien”, “saber estar preso”, “ganarse algo con su voto”, “tener comisión”, “no andar quemando”, son expresiones provenientes del mundo de los internos que se refieren a un accionar conforme a las “normas de la casa” (Goffman, 2001b, p.58). Tal como expresa el autor, estas involucran “un conjunto de prescripciones y proscripciones” que se elevan sobre los internos como estrategias para moldear su conducta dentro del establecimiento (Ibíd., p.58). De esta manera se los inserta en un sistema de privilegios y castigos en el cual se habilita la obtención de una serie de habilitaciones y recompensas para la reconstitución del yo. Asimismo, se imponen

¹¹⁴ Un interno residente en un módulo de alta seguridad ejemplifica las desigualdades en el acceso a la consulta de policlínica entre quienes realizan actividades laborales respecto al resto: “y los que no están en otros pisos // e:n el módulo ***** hay tres pisos de comisiones == está el * *****, el * *****y el * *****/ tres pisos de comisiones == en esos pisos todos están trabajando con comisiones / en el ***** en la cocina en la cuadrilla pero todos trabajando / pa esos pisos es más fÁcil salir /” (Interno, módulo trancado).

¹¹⁵ Un interno residente en un módulo de baja seguridad hace referencia a las diferencias que existen para el alcance del encuentro médico no urgente entre módulos abiertos y trancados: “y para mi punto de vista bien / al menos () yo me tratan bien / todos los doctores bien / a los presos pienso yo que también == los sacan== a donde ESTOY YO == HAY ALGUNOS MÓDULOS QUE NO / por ejemplo el [módulo] ***** si hay un/ uno que le duele la muela / tres sentencias en un módulo de seguridad es más difícil pa traerlo pa que te atiendan // en un módulo por ejemplo el [módulo] ***** que es donde estoy yo que / módulo que () los traen / uno le sale un grano o algo y le dice == pah necesito enfermería == enseguida te dan te () un antibiótico cosas así /” (Interno, módulo abierto).

¹¹⁶ Los ajustes secundarios desarrollados por los internos que pretenden alcanzar el encuentro médico consisten en: una herida auto infligida (motivo de urgencia o emergencia); un síntoma ficticio; un arreglo transaccional con un funcionario policial (otorgamiento de medicación o cigarrillos a cambio de la concesión de la solicitud efectuada); una indisciplina colectiva (huelga de hambre entre compañeros de celda, sector o módulo). El relato de un enfermero de emergencias ilustra la dinámica de uno de estos ajustes: “(...)=[y eso PASA] / y eso pasa / obviamente // por eso es un tema también de los que van siempre los mismos a las policlínicas / muchas veces porque van siempre los mismos == por qué van siempre los mismos? == porquE el policÍA de repente o el que los LLEva / sabe que él va a decir determinadas cosas y vA a conseguir una medicación == va a conseguir algo / y él se la va a terminar dando o una mitad o una parte o algo / al que lo lleva también / nada es gratis en la cárcel / esa es la realidad /” (Enfermero, emergencias).

sanciones que representan una mortificación y un distanciamiento (aún mayor) respecto a su civilidad, su yo civil. Lo particular de este engranaje consiste en que “los conceptos mismos de castigo y privilegio son, en cierto modo, modelados sobre patrones distintos a los de la vida civil” (Ibíd., p.61). Las recompensas, en tanto “ausencia de privaciones” se refieren a un sistema que es particular a la situación del encierro (Ibíd., 61). El interno se enfrenta a un esquema de privaciones, necesidades y satisfacciones cuyos parámetros difieren en gran medida de aquellos inherentes a la vida extramuros, los cuales solamente pueden comprenderse desde la óptica celda-módulo-cárcel-libertad.

La situación de los internos residentes en módulos trancados evidencia la dinámica de castigos y privilegios en lo que refiere a la atención sanitaria. Se observa que aquellos que concretan y/o ven facilitado el acceso al encuentro con el personal de salud, no solo adscriben su conducta conforme a las normas mencionadas, sino que –en la mayor parte de los casos- se encuentran involucrados en diversas actividades de rehabilitación dentro del establecimiento.¹¹⁷ Por lo tanto, esta habilitación –efectuado por los funcionarios policiales- se visualiza como un privilegio otorgado a los internos frente al alineamiento de su conducta respecto a las normas de la casa. En otros términos, la negación y/o filtro de las solicitudes por parte de estos funcionarios se enmarca dentro del segmento de castigos impuestos hacia aquellos internos que no actúan de acuerdo a las prescripciones y proscripciones institucionales.

Finalmente, se hace necesario referirse a los ajustes secundarios desarrollados por los internos para alcanzar la consulta médica, entre los cuales se encuentra “la caída”. La operativa de esta estrategia remite a un intento por alcanzar el encuentro médico a partir de la presunción de una sintomatología específica¹¹⁸; como consecuencia de la desvalorización de un cuadro y posterior agravamiento de este¹¹⁹; o inclusive mediante una herida auto infligida¹²⁰. Los motivos

¹¹⁷ Tareas laborales, educativas, recreativas o de representación (delegados).

¹¹⁸ Un interno residente en un módulo abierto hace referencia a esta cuestión: “(...) ah claro no porque/ yo qué sé / la enfermería == milico sacame pal médico! == mirá bo el peludo se siente mal! == yo que sé ==le duele el ojo! == a ver qué tenés en el ojo? == no:! me duele el ojo! == salís cuando llegás a la enfermería / el médico te == qué ? pero no tenés nAda flaco ! == ah capaz que se me está yendo a ver? == pero tengo sólo ésto == no inyectables no quiero! == pero y el policía lo mira como diciendo == flaco no te dolía el ojo?! == sí pero me quiere hacer un inyectable != no tenés un puchito ahí flaco? == BO SALISTE A DARTE UN INYECTABLE NO TE DUELE EL OJO!? / TA YA SE ME FUE EL DOLOR / AH NO NO SACAMOS MÁS == me entendés? / esa es la caída (...)” (Interno, módulo abierto).

¹¹⁹ Sobre esta alternativa, una médica general expresa: “(...) hace referencia a lo que nosotros entendemos que hacen los pacientes mentirosamente para acceder a nosotros o para obtener algún beneficio / [este:] (...) en general este: desvalorizan el síntoma y muchas veces e: no generan la consulta con con el médico // (...) y luego llegan acá / a la consulta con el cuadro crítico” (Médica general, policlínica).

¹²⁰ Un enfermero de emergencias hace referencia este escenario: “(...) viene alguien por e: / no sé / equis motivo / y si no es una emergencia/ ahí se le explica / a él que no debe consultar en la emergencia == que eso es para policlínica / entonces lo que se le explica lo que se- con respecto ==sí ==al operador o al policía que lo trae == lo que se trata de explicarle es / porque a veces no se entiende == es / está la policlínica en el sector / y no lo llevan / entonces después al rato a la noche a la tarde o al otro día / ellos se cortan se lastiman == reclaman y los terminan trayendo a la

de estos comportamientos pueden ser asociados a las barreras impuestas por diversos actores para el acceso a la atención (por parte de los funcionarios penitenciarios policiales o el servicio de salud) así como a problemáticas internas a los módulos o sectores (internos con funcionarios penitenciarios o internos con internos) de las cuales se busca un escape.¹²¹ Los fines de esta salida consisten en un abanico de posibilidades, desde aspectos estrictamente médicos (solución de una problemática específica) hasta la pretensión de satisfacer necesidades sociales (salida de la celda/módulo, sociabilización con otros actores, consumo de cigarrillos, solicitudes varias, etc.).

Fines y hechos

Según Goffman, las instituciones totales presentan inexorablemente una serie de “normas de humanidad” elementales para el desarrollo de la vida de sus miembros (2001b, p. 84). Traducido a términos sanitarios, se comprende que estas pautas se aboquen a la salvación y sostenimiento de la vida frente a amenazas directas e indirectas en torno a esta.

Mientras que en algunos recintos *modelo* cualquier elemento que atente contra ella puede ser concebida como una violación de los estándares mínimos, en otros -como la unidad a la que se aboca el presente estudio¹²²-, el accionar institucional tiende a abocarse exclusivamente a la atención de amenazas directas e inmediatas: las emergencias.¹²³ Por lo tanto, mientras la atención de afecciones de emergencias es catalogada como un servicio indispensable -en la línea del cumplimiento con las normas sanitarias mínimas-, el servicio de policlínica *no constituye un servicio prioritario* de hecho dentro del funcionamiento cotidiano del establecimiento.¹²⁴ Esta representa una situación global dentro de la unidad, la cual se manifiesta con mayor o menor énfasis en función de los espacios, actores y contextos donde los acontecimientos toman lugar. Un interno hace referencia a los umbrales manejados por médicos y enfermeros a la hora de realizar una asistencia no urgente:

emergencia / que en la emergencia se- le va a solucionar / un corte una herida o darle un antibiótico si tienen infección pero nada más” (Enfermero, emergencias).

¹²¹ No se consiguió obtener información concluyente respecto a los motores generadores de estas conductas.

¹²² La cual presenta un escenario de superpoblación, violencia y carencia de recursos humanos y materiales para su mínimo funcionamiento.

¹²³ Con esto no se pretende afirmar que el discurso formal en este tipo de establecimientos implique una ignorancia de la existencia de estas problemáticas y/o no presente intenciones de erradicarlas, sino que estas representan dificultades prácticas organizativas del accionar diario institucional.

¹²⁴ Esta ponderación va más allá del servicio de atención de policlínica, resumiéndose en una tendencia al *no diagnóstico-no tratamiento-no seguimiento* de todo aquel cuadro que no represente una emergencia; inclusive en lo que refiere a situaciones de enfermedades crónicas agudas y/o terminales. Un registro de observación permite ilustrar esta cuestión: “La médica se encuentra con el caso de un hombre con un probable diagnóstico de cáncer gástrico, paciente que se había “perdido” para el servicio de salud luego de realizado el estudio (desconocimiento del módulo donde estaba la persona). La médica -recordando los resultados de una endoscopia que no sido transmitidos al paciente previamente- menciona: “Te busqué por cielo y tierra”. Probable diagnóstico de cáncer gástrico” (Diario de observación, 25 de mayo).

Eo- no == son buena son buena gente son / y según la mayoría son todos bien / te dan una mano te ayudan sí / l::a minoría te tiene que ver / con una puñalada o con el / pescuezo abierto para atenderte sino / no vayas a pedir por un dolor de muela o porque te sientas mal / porque no te van a dar bola //

(Interno, módulo abierto)

Como ya fuera tratado, los procesos de atención sanitaria dentro de la unidad se encuentran mediados e interceptados por el accionar de los funcionarios penitenciarios, así como por el clima carcelario global. En este sentido, se constata la emergencia continua de contradicciones y tensiones en materia de acceso, cobertura y calidad del servicio. Por un lado, se observa la emergencia de iniciativas facilitadoras que apuntan a mejorar estos aspectos. Entre estas se destacan: el trabajo de acondicionamiento de espacios para la realización de policlínicas de módulo -organizado por la autoridad penitenciaria y ejecutado por los internos-¹²⁵; la asignación -por parte de la autoridad penitenciaria- de tareas de coordinación de traslados a una operadora penitenciaria; el mantenimiento de una comunicación fluida entre la subdirección técnica del establecimiento y la coordinación del centro de salud (sobre temas de atención, condiciones de reclusión, etc.)¹²⁶.

Por otro lado, se constata una inmovilidad administrativa para la solución de problemas recurrentes referidos a la atención de la salud de los internos. Estos comprenden: las dificultades elevadas por los funcionarios penitenciarios para la realización de traslados extramuros por motivos no urgentes¹²⁷; la insuficiencia de recursos para la custodia de los internos hacia las instancias de atención (en el módulo y en el centro de salud)¹²⁸; el filtro impuesto por una proporción de los funcionarios penitenciarios (policías) a las solicitudes de atención no urgente y de urgencia leve realizadas por los internos; la negación de atención -por parte del personal de emergencias- a internos que arriban al centro de salud solicitando asistencia por cuadros leves (de

¹²⁵ Un funcionario de la subdirección técnica de la unidad hace referencia a esta cuestión: “(...) se se se abrieron policlínicas en los módulos se les dió espacio físico se creó comisiones fajineros pa que las limpien / pa que puedan estar (...)” (Subdirección técnica, informante clave).

¹²⁶ Aspecto señalado tanto por los integrantes del personal de salud, como por los funcionarios de la coordinación del centro y la subdirección técnica de la unidad entrevistados.

¹²⁷ Un funcionario de la subdirección técnica de la unidad, luego de hacer referencia a las dificultades derivadas de la no recepción de internos por parte de algunos centros de salud externos, relata la cotidianeidad de la unidad en materia de traslados extramuros: “(...) después entRA e:l lado de la CÁRcel que: no tenemos suficientes móviles, camionetas o custodias personal policial a que hagan esa de-pa que ha:g an esas conducciones / .hh Y DIGAMOS QUE SE TRABAJA SOBRE URGENCIAS °(no?) / se van los casos MÁS GRAVES en el día / (...) y todo eso viste casos que son capaz para un seguimiento que- que una persona privada de libertad fuera de establecimiento pueda se- pueda- lo hace normalmente acá se dificulta mucho-porque- porque no es prioridad /” (Subdirección técnica, informante clave).

¹²⁸ Sobre la situación de insuficiencia de personal para la realización de custodias al interior de la unidad, una operadora menciona: “(...) [hay] muchos problemas que se generan dentro de los módulos y a veces / cómo te puedo decir == muchos que se quieren ahorcar / e intentan autoeliminarse == y era simplemente / pasarlos a salud mental y las chiquilinas se encargaban de verlo / entendés? / cosas así sí // se pueden == no es que que no se quiera / e / SI NO TENEMOS PERSONAL / es lamentable == hay cosas que no pueden pasar (...)” (Operadora penitenciaria, traslados a centro de salud).

policlínica); los problemas de registro y seguimiento de internos al interior del establecimiento y dentro del sistema penitenciario.

Estado de excepción y medicina carcelaria

En un marco donde el ejercicio del poder en Occidente ha devenido en biopolítica, la fórmula de gobierno “hacer vivir, dejar morir” abarca el espacio social, político y económico de las sociedades contemporáneas (Foucault, 2006, 2007). Los sistemas penitenciarios, si bien han sido tradicionalmente caracterizados como disciplinarios por excelencia, han experimentado una pérdida de gran parte de sus elementos fundantes. Se visualiza que la maquinaria carcelaria opera en menor medida como un mecanismo de sumisión, moldeamiento y reinserción de los cuerpos dóciles hacia las esferas del mundo del trabajo, y en mayor medida como un espacio de exclusión y almacenamiento creciente de los estratos más bajos de la escala social. Para describir la dinámica cotidiana de la unidad estudiada se torna inútil referirse a sus fines institucionales generales (rehabilitación y profilaxis del delito) sino a su carácter de “estado de excepción” (Agamben, 2007). Agamben (2007) utiliza este término para referirse a aquellos momentos y espacios en los que el orden jurídico vigente se ve suspendido, argumentándose la existencia de una necesidad, un caso singular, que para ser abordado requiere de un tratamiento de hecho que escapa a las posibilidades de la legislación corriente.¹²⁹ Este régimen instauro un escenario de indeterminación e indecidibilidad entre derecho y hecho, el cual supone que las decisiones, procedimientos y acciones pasan a tener carácter normativo: *la ley pasa a ser el hecho*. Es un sistema donde se trabaja sobre individuos que son crecientemente alejados de su nacionalidad -su condición política- para ser calificados como cuerpos sin derechos, *nuda vida*.

En lo que refiere al caso de estudio, este marco biopolítico que se enfoca exclusivamente en el mantenimiento de la vida de los ciudadanos, instauro un régimen en el que el ordenamiento jurídico y los derechos de los internos presentan una tendencia a la suspensión. Esta se encuentra dictaminada y sostenida por sus soberanos inmediatos: autoridades y funcionarios penitenciarios, así como autoridades y personal del servicio de salud de la unidad. Las condiciones edilicias, ambientales, sociales, sanitarias y psicológicas experimentadas durante la reclusión, representan no solo el desconocimiento de derechos fundamentales, sino una amenaza a las posibilidades efectivas de desarrollar la vida humana en condiciones dignas. En este marco, existen iniciativas que apuntan a garantizar el mantenimiento de la vida en su mínima expresión, tanto por parte de la administración penitenciaria como del personal de salud (mediante la prevención, la disuasión

¹²⁹ Según el autor, el estado de excepción no implica –en términos teóricos- una abolición de la normativa vigente. Contrariamente, representa una garantía antepuesta para preservarla (Agamben, 2007).

de conflictos y la atención de cuadros de emergencia). Sin embargo, *la salud no constituye una prioridad institucional como elemento a preservar, potenciar o tratar*. Todo aquello que escapa a la posibilidad directa, inminente e inmediata de muerte, pasa a un segundo, tercer o último plano. En términos generales, el eje que moviliza el funcionamiento del engranaje carcelario comienza y finaliza en el dispositivo de seguridad que este representa; un sistema en el que el funcionario, el médico y la ciudadanía de extramuros priman ante una figura disvalorizada del interno.

La configuración adoptada por el accionar de la institución médica en la unidad estudiada reviste una especificidad respecto a lo acontecido puertas afuera. En sus escritos sobre el desarrollo de la medicina social, Foucault (1999) expresa que la función general del poder que se incorpora a partir del siglo XVIII en Europa, a saber, la “reorganización de la sociedad como medio de bienestar físico, de salud óptima y de longevidad” (p. 331), presenta como punto ilustrativo culminante el ejemplo inglés de fines de siglo XIX. Este implica la consolidación de tres sistemas médicos con distintos fines y poblaciones destinatarias (la medicina asistencial, la administrativa y la privada). En relación al caso de estudio, se observa que el servicio de atención de la unidad desarrolla un accionar que se alinea con el de la medicina asistencial debido a la población que se constituye como destinataria de su trabajo. Sin embargo, este alineamiento presenta un carácter parcial, ya que no se visualiza la existencia de un sistema de atención fiscalizada¹³⁰.

Reconociéndose la inserción diferencial y específica que la institución médica presenta en el espacio estudiado, su organización y práctica de facto se corresponden en mayor medida con el segundo componente que integra la fórmula ilustrativa del ejercicio de la biopolítica en los Estados contemporáneos, su aspecto *tanático*: “dejar morir”. En un marco general del poder bajo el que se promueve la salud de la nación en tanto derecho, la población privada de libertad constituye un grupo de cuerpos *excluido de hecho del orden jurídico vigente*. El mantenimiento de la vida mínima emerge como la única garantía (asegurada parcialmente), mientras que la prerrogativa de la salud, así como de su atención en caso de enfermedad, se alejan del individuo conforme este es separado de su status, desde persona privada de libertad/interno/recluso, hacia mero cuerpo.

¹³⁰ Atención supeditada a controles periódicos y exhaustivos de los individuos, así como a la intervención sobre sus condiciones de vida.

Consideraciones finales

El presente trabajo fue concebido con el objetivo de efectuar un acercamiento hacia la atención de la salud de la población privada de libertad de Uruguay en tanto dimensión directamente vinculada a sus condiciones de vida durante la reclusión. Se plasman algunas consideraciones finales sobre lo caminado en este proceso.

Los integrantes del personal de salud de la unidad conciben la atención de policlínica como un servicio rudimentario, el cual se desarrolla en un setting con equipamiento limitado (en el módulo) y carece de recursos complementarios como estudios paraclínicos o consultas con especialistas que impiden el diagnóstico certero de un gran número de cuadros sintomáticos. En términos generales, los médicos de policlínica desarrollan sus rutinas en el marco de un encuentro concebido como del tipo médico-paciente, realizando interpretaciones superficiales e impersonales de su rol con el fin de simular una situación de consulta típica. El centro de salud de la unidad representa un escenario diferencial que permite la confluencia de actores, rutinas, espacios y tiempos que lo asemejan a una escena de atención de salud típica de extramuros.

Los internos conciben los espacios de salud como entornos de respeto colectivo y desempeñan roles que en términos generales van en la misma línea. Visualizan su potencial comunicativo, tanto en relación a la posibilidad de realizar contactos con otros internos así como con integrantes del personal de salud. Catalogan al personal de salud como interlocutores diferenciales, los cuales permiten el desarrollo de comunicaciones en situaciones similares a aquellas a ser experimentadas extramuros. Los roles desempeñados por estos actores en sus encuentros con el personal de salud se basan en la proyección de un intercambio del tipo paciente-médico, independientemente de la especialidad o función específica cumplida por este último. La totalidad de los pacientes entrevistados evalúan el servicio de atención de salud de forma favorable; esto ocurre independientemente de la condición de salud experimentada o los niveles de seguridad de los módulos en que residen. Su inmersión en el sistema, el encuentro con el personal de salud, así como el desempeño del papel de pacientes, conllevan la reemergencia de las necesidades de los internos en tanto personas e implican oportunidades para la reconstitución de su yo. Este aspecto se vincula con el resurgimiento de sus derechos como aspectos inherentes a su yo civil, una conquista que los acerca a una frágil idea de ciudadanía aplastada por la institución total.

Los conceptos que los internos construyen sobre el personal de salud se remiten en forma predominante a la figura del “médico”, status evocado para referirse a cualquiera de sus integrantes. Estas imágenes se encuentran vinculadas a sus experiencias de atención durante el período de reclusión, situaciones que en términos generales se conciben como esferas

independientes del resto del mundo carcelario. Asimismo, el énfasis otorgado en los aspectos contractuales, cordiales, afectivos o impersonales de los vínculos entablados con estos actores derivan en la configuración de dos sub-imágenes específicas: benevolentes y cuidadores, por un lado, fríos, impersonales y distantes por el otro. Por su parte, los integrantes del personal de salud se refieren a los internos mayoritariamente como “pacientes”, en un intento equivalente por catalogar al actor en base a su rol temporal formal a ser desempeñado en la consulta. En segundo lugar, algunos utilizan la sub-denominación “paciente” y “preso”, la cual apunta a la manifestación de una expectativa respecto al desempeño del rol alineada con la que la institución promueve sobre el interno en tanto persona privada de libertad. En tercer lugar, otros integrantes del personal se refieren a estos como “pacientes” y “personas” (vulneradas), representación que evidencia una sensibilidad particular para la identificación del interno como una persona con necesidades sanitarias, psicológicas y sociales.

Se constata que el ambiente de trabajo inmediato presenta una influencia considerable en el rol desempeñado por el personal médico de la unidad. Las constantes amenazas a la vida características del contexto carcelario abren las posibilidades para una difuminación de la culpabilidad ante la emergencia de resultados sanitarios adversos. En esta línea, las numerosas dificultades logísticas, recursos y técnicas para la concreción de niveles adecuados de atención representan un reforzamiento en su experiencia clínica, así como en su pragmatismo; un entorno en donde el diagnóstico presuntivo y la administración de medicación representan las únicas herramientas para la atención de una infinidad de problemáticas.

Se observa que la unidad estudiada presenta grandes dificultades para el cumplimiento efectivo de las actividades inherentes al primer nivel de atención de salud. Los operadores penitenciarios representan una figura habilitadora y receptiva para los internos en lo que refiere a las solicitudes y el acceso al encuentro médico de policlínica. Los funcionarios policiales, quienes se desenvuelven mayoritariamente en aquellos sectores “trancados”, constituyen filtros y barreras para el alcance de la consulta no urgente. El status adquirido y los roles desempeñados por los internos dentro de la institución (realizar tareas laborales, educativas, movilización de redes, etc.) representan aspectos modificables que facilitan su llegada al consultorio. Por otro lado, existen factores externos que presentan pocas o nulas posibilidades de ser alterados (niveles de violencia del módulo en que residen, funcionarios de contacto cotidiano, etc.), los cuales afectan en gran medida sus posibilidades de acceso.

Se constata que en la unidad estudiada el orden jurídico vigente y el derecho a la salud de los internos se encuentran suspendidos. Las condiciones edilicias, ambientales, sociales, psicológicas y sanitarias del establecimiento representan amenazas para el desarrollo de la vida

digna. La salud no constituye una prioridad institucional como elemento a preservar, potenciar o tratar. El servicio de salud se aboca principalmente a la atención de afecciones de emergencias, mientras que su trabajo sobre otras áreas como la atención de policlínica es escaso y poco eficaz. El segundo componente del ejercicio de la biopolítica, “dejar morir”, emerge como el descriptor por excelencia de la realidad sanitario-carcelaria de la unidad, la cual remite al mantenimiento de la vida mínima por sobre la promoción de la salud en un sentido amplio.

Los hallazgos de la presente investigación evidencian la impostergable necesidad de realizar transformaciones inmediatas en la gestión y asignación de recursos sanitarios y penitenciarios en pos de una mejora en la cobertura, el diagnóstico y la calidad de la atención de la salud de la población privada de libertad de la unidad. En segundo término, urge avanzar en la aplicación extendida de los protocolos y las guías de reciente creación orientadas al trabajo de funcionarios penitenciarios y personal sanitario sobre la prevención y la atención de la salud con un enfoque de derechos humanos.¹³¹ Finalmente, se torna indispensable efectuar estudios y evaluaciones generales sobre el funcionamiento del sistema de atención de salud de la población privada de libertad de Uruguay en tanto eslabón estrechamente vinculado a los procesos de rehabilitación y reinserción social. Dos preguntas pueden orientar los caminos a ser recorridos. ¿A partir de qué bases y principios se conciben, diseñan, ejecutan y evalúan las políticas de rehabilitación y reinserción social de las personas privadas de libertad en Uruguay? ¿Qué lugar ocupa el proceso salud-enfermedad en cada una de estas fases?

¹³¹ En el año 2016 se elaboró una serie de protocolos de atención sanitaria para jóvenes, adultos y mujeres privadas de libertad. Asimismo, se conformaron guías para el dictado de cursos de formación sobre prevención y atención de salud tanto para personal de salud como para operadores/educadores del sistema penitenciario (Organización Panamericana de la Salud Uruguay [OPS], 2016).

Bibliografía

- Agamben, G. (2007). *Estado de excepción*. Adriana Hidalgo editora.
- Agamben, G. (2013). *Homo Sacer I. El poder soberano y la nuda vida*. Pretextos.
- Alonso, L. (1998). *La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa*. Titivillus.
- Bellenda, B., Meroni, A. L., Musto, C., Musto, L., Nauar, M., Piazza, S., Vigna, A. (2011). *Cárceles en el Uruguay en el siglo XXI*. CSIC, Universidad de la Republica.
- Bello, J. A. y Parra, G. (2016) Cárceles de la muerte: necropolítica y sistema carcelario en Colombia. *Universitas Humanística*, (82), 365-391.
<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.uh82.cmns>
- Blair, P., Greifinger, R., Stone, T. H., Somers, S. (2011). *Increasing Access to Health Insurance Coverage for Pre-trial Detainees and Individuals Transitioning from Correctional Facilities Under the Patient Protection and Affordable Care Act* [Archivo PDF].
<https://cochs.org/files/medicaid/aba-issue-paper.pdf>
- Blanchet, A., Ghiglione, R., Massonnat, J., Trognon, A. (1989). *Técnicas de investigación en ciencias sociales. Datos. Observación. Entrevista. Cuestionario*. Narcea.
- Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico. Perspectiva y método*. Hora. En Castro, R. (2011). *Teoría Social y Salud*. Lugar Editorial.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2012). *Pierre Bourdieu. Una invitación a la sociología reflexiva*. Siglo XXI Editores.
- Castro, R. (2011). *Teoría Social y Salud*. Lugar Editorial.
- Chocho, A. S. E., y González, A. R. (2007). La importancia de la pericia médico legal con los privados de libertad. *Revista Medicina Legal de Costa Rica*, 24(1), pp. 102-132.
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152007000100005
- Comisionado Parlamentario Penitenciario. (s/f). *Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el*

Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela).

<https://parlamento.gub.uy/sites/default/files/DocumentosCPP/Reglas%20Nelson%20Mandela.pdf>

Comisionado Parlamentario Penitenciario. (2016a). Segundo informe extraordinario sobre la

situación de los Módulos 8, 10 y 11 de la Unidad N° 4 COMCAR (Santiago Vázquez).

https://parlamento.gub.uy/sites/default/files/DocumentosCPP/Segundo%20informe%20extraordinario%20sobre%20la%20situaci%C3%B3n%20de%20los%20M%C3%B3dulos%208.pdf?width=800&height=600&hl=en_US1&iframe=true&rel=nofollow

Comisionado Parlamentario Penitenciario. (2016b). Informe especial sobre muertes en prisión en 2016.

https://parlamento.gub.uy/sites/default/files/DocumentosCPP/Informe%20Especial%20sobre%20muertes%20en%20prisi%C3%B3n%202016%20Final.pdf?width=800&height=600&hl=en_US1&iframe=true&rel=nofollow

Comisionado Parlamentario Penitenciario. (2017) Informe anual 2016.

https://parlamento.gub.uy/sites/default/files/DocumentosCPP/Informe%20Anual%202016.pdf?width=800&height=600&hl=en_US1&iframe=true&rel=nofollow

Comisionado Parlamentario Penitenciario. (2018a) Informe anual 2017.

https://parlamento.gub.uy/sites/default/files/DocumentosCPP/ARMADO%20interior%20inf%202017%20FINAL%20WEB.pdf?width=800&height=600&hl=en_US1&iframe=true&rel=nofollow

Comisionado Parlamentario Penitenciario. (2018b) Informe Especial sobre el Módulo 8 de la

Unidad para personas privadas de libertad No. 4 del Instituto Nacional de Rehabilitación (COMCAR).

https://parlamento.gub.uy/sites/default/files/DocumentosCPP/13.11.18%20Informe%20especial%20sobre%20el%20M%C3%B3dulo%208%20del%20COMCAR.pdf?width=800&height=600&hl=en_US1&iframe=true&rel=nofollow

Comisionado Parlamentario Penitenciario. (2019) Informe anual 2018.

https://parlamento.gub.uy/sites/default/files/DocumentosCPP/Informe%20Comisionado%20Parlamentario%202018%20para%20web.pdf?width=800&height=600&hl=en_US1&iframe=true&rel=nofollow

Constitución de la República Oriental del Uruguay. Art. 26. 2 de febrero de 1967 (Uruguay).

Davis, A. (2003). A prisão como fronteira: uma conversa sobre gênero, globalização e punição.

Estudos Feministas, 11(2), 523-531. Citado en: Bello, J. A. y Parra, G. (2016) Cárceles de la muerte: necropolítica y sistema carcelario en Colombia. *Universitas Humanística*, (82), 365-391. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.uh82.cmns>

Davis, E. (1968). Professional socialization as subjective experience. The process of doctrinal conversion among students nurses. En H. S. Becker (Ed.), *Institutions and the Person* (pp. 235-251). Aldine. En Castro, R. (2011). *Teoría Social y Salud*. Lugar Editorial.

Davis, E. (1972). *Illness, interaction and the self*. Wadsworth Publishing Company. En Castro, R. (2011). *Teoría Social y Salud*. Lugar Editorial.

De los Santos, A. (17 de febrero de 2017). Primer censo de funcionarios penitenciarios revela que casi la mitad de los policías no creen en la rehabilitación. *La diaria*. <https://ladiaria.com.uy/articulo/2017/2/primer-censo-de-funcionarios-penitenciarios-revela-que-casi-la-mitad-de-los-policias-no-creen-en-la-rehabilitacion/>

De Souza Minayo, M. C. (Org.), Ferreira, S., Cruz, O., Gomes, R. (2003). *Investigación Social. Teoría, método y creatividad*. Lugar Editorial.

Deleuze, G. (2005). Posdata sobre las sociedades de control. En C. Ferrer (Ed.), *El lenguaje libertario: antología del pensamiento anarquista contemporáneo* (1a ed., pp. 115–121). Terramar Ediciones.

Departamento de Sociología (2010). I Censo Nacional de Reclusos.

https://www.minterior.gub.uy/observatorio/images/stories/informe_censo_reclusos_dic.pdf

Enríquez, H. y Hernández, M. (2015). Derecho ilegítimo en la prisión: morir dignamente o vivir sin derechos. *Andamios*, 12(27), pp. 237-256. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632015000100012

Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar*. Siglo XXI Editores.

- Foucault, M. (1999). *Estrategias de poder*. Paidós
- Foucault, M. (2003). *Historia de la sexualidad 2: El uso de los placeres*. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France 1977-1978*. Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (2008). *Tecnologías del yo*. Paidós.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Ediciones Península.
- Fuster, N. y Moscoso-Flores, P., (2016). «Poder» en la época de la Población. Foucault y la medicalización de la ciudad moderna. *Athenea Digital*, 16(3), pp. 207-227.
<http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1666>
- Gallagher, E. B. C. (1976). Lines of reconstruction and extension in the Parsonian Sociology of Illness. *Soc Sci & Med*, 10 (5), 207-218. [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(76\)90001-9](https://doi.org/10.1016/0037-7856(76)90001-9)
- García-Guerrero J., Marco A., (2012). Sobreocupación en los Centros Penitenciarios y su impacto en la salud. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14(3), pp. 106-113.
- Giraldo, E. C. (2016). *Mendigando salud: problemática de atención en salud-personas privadas de la libertad* [Ponencia]. 4º Encuentro Internacional de Política Social.
https://www.academia.edu/40493897/MENDIGANDO_SALUD_PROBLEM%C3%81TICA_DE_ATENCI%C3%93N_EN_SALUD-PERSONAS_PRIVADAS_DE_LA_LIBERTAD
- Goffman, E. (1984). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrotu. En Castro, R. (2011). *Teoría Social y Salud*. Lugar Editorial.
- Goffman, E. (1989). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrotu. En Castro, R. (2011). *Teoría Social y Salud*. Lugar Editorial.
- Goffman, E. (2001a). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrotu.
- Goffman, E. (2001b). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrotu editores.

- Hernández, F. (2006). Pobreza y salud pública. Aspectos sociales de la relación entre usuario y personal de salud. *Cuadernos del CLAEH*, 29(92), pp. 7-35.
- Herzlich, C. (1988). De ayer a hoy: construcción social del enfermo. *Cuaderno Médico Sociales* (43), pp. 21-30.
- Hughes, E. (1993). *The sociological eye*. Transaction Publishers.
- Ibáñez, J. (1979). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión, teoría y crítica*. Madrid. Siglo XXI Editores. En Alonso, L. (1998). *La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa*. Titivillus.
- Interior obligado a realizar un seguimiento de caso de presos con desnutrición. (26 de junio de 2017). *El Observador*. <http://www.elobservador.com.uy/interior-obligado-realizar-un-seguimiento-caso-presos-desnutricion-n1089731>
- Legrand, D. (1 de febrero de 2019). ¿Es necesario un hospital penitenciario en Uruguay? *La diaria*. <https://salud.ladiaria.com.uy/articulo/2019/2/es-necesario-un-hospital-penitenciario-en-uruguay/>
- Levcovitz, E., Fernández Galeano, M., Rodríguez Buño, R., Benia, W. (Coord.). (2016a). *Salud y enfermedad en condiciones de privación de libertad: diagnóstico epidemiológico*. OPP
- Levcovitz, E., Fernández Galeano, M., Rodríguez Buño, R., Benia, W., Vivas Temesio, P. (Coord.). (2016b) *Estrategia de atención integral, promoción y prevención en los centros de privación de libertad: estrategia de atención integral en el sistema de atención a la salud de adultos y adolescentes en centros de privación de libertad, Uruguay 2016: parte I*. OPP
- Levcovitz, E., Fernández Galeano, M., Rodríguez Buño, R., Benia, W., Vivas Temesio, P. (Coord.). (2016c) *Estrategia de atención integral, promoción y prevención en los centros de privación de libertad: plan integral de promoción y prevención de salud en centros de privación de libertad: Uruguay 2016–2020: parte II*. OPP
- Lindquist, C. H. y Lindquist, C. A. (1999). Health behind bars. Utilization and evaluation of medical care among jail inmates. *Journal of Community Health*, 24(4), pp. 285-303.

- López, C. (2016). "Hacer vivir, dejar morir" en la era de la gubernamentalidad. Acerca de la actualidad y de los alcances del enfoque foucaultiano de la biopolítica. *Revista de Filosofía*, 72, pp. 123-137. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-43602016000100008>
- Mbembe, A. (2011). *Necropolítica seguido de Sobre el gobierno privado indirecto*. Melusina.
- Nowak, M. (2009). *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Manfred Nowak. Adición. Misión al Uruguay*.
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2011/7495.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2011/7495>
- Organización Panamericana de la Salud Uruguay. (2016). *Documentos finales del Proyecto "Salud en los centros de privación de libertad"*.
https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1081:documentos-finales-del-proyecto-qsalud-en-los-centros-de-privacion-de-libertadq&Itemid=451
- Oviedo-Joekes, E., March, J. C., Ramos, M. J., Ballesta, R., Prieto, M. A. (2005). Percepción del estado de salud y utilización de servicios sanitarios por parte de las personas internas en una prisión andaluza, 1999. *Revista Española de Salud Pública*, 79(1), pp. 35-46.
- Oxman, C. (1998). *La entrevista de investigación en ciencias sociales*. Editorial EUDEBA.
- Petrunik, M., y Shearing, C. D. (1983). Fragile facades. Stuttering and the strategic manipulation of awareness. *Social problems*, 31(2), pp. 125-138. En Castro, R. (2011). *Teoría Social y Salud*. Lugar Editorial.
- Porporato, P. (2014). Unidades Penitenciarias: libertad como capital en juego, Trabajo Social y regulaciones de la actividad social humana. *Cátedra Paralela*, (11), pp. 149-173.
<https://catedraparalela.com.ar/revistasoficial/revista11/unidades.pdf>
- Posada, A. y Díaz-Tremarias, M. (2008). Las cárceles y población reclusa en Venezuela. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 10(1), pp. 22-27.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202008000100004
- Presidencia de la República (8 de setiembre de 2012). Uruguay es pionero en independizar

servicios de salud de privados de libertad.

<http://presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/salud-privados-libertad-asse>

Reguera, M. (2016). *El Operador Penitenciario. Un acercamiento a las prácticas de los*

funcionarios que trabajan en la UIPPL N° 3 “Libertad” y N° 6 “Punta de Rieles”

[Tesis de grado, Universidad de la República].

http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/manuela_reguera_tfg.pdf

Repullo. (2014). Sanidad Penitenciaria: reflexiones sobre la inercia de los sistemas y la baja

efectividad de las políticas sanitarias en España. *Revista Española de Sanidad*

Penitenciaria, 16(3), pp. 103-109. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-06202014000300006&script=sci_abstract&tlng=pt)

[06202014000300006&script=sci_abstract&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-06202014000300006&script=sci_abstract&tlng=pt)

Rich, J. D., Chandler, R., Williams, B. A., Dumont, D., Wang, E. A., Taxman, F. S., Allen, S.

A., Clarke, J. G., Greifinger, R. B., Wildeman, C., Osher, F. C., Rosenberg, S., Haney,

C., Mauer, M., Western, B. (2014). How Health Care Reform Can Transform The Health Of Criminal Justice Involved Individuals. *Health Affairs*, 33(3) (2014), pp. 462-467.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.1133>

Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-*

First Century. Princeton University Press.

Rosen, D. L., Grodensky, C. A., Holley, T. K. (2016). Federally-Assisted Healthcare Coverage

among Male State Prisoners with Chronic Health Problems. *PLoS ONE*, 11(8).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160085>

Ross, M. W., Liebling, A., Tait, S. (2011). The Relationships of Prison Climate to Health

Service in Correctional Environments: Inmate Health Care Measurement, Satisfaction and Access in Prisons. *The Howard Journal*, 50(3), pp 1-13.

Sautu, R. (2005). *Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación*. Lumiere.

Schifter, J. (2001). La prevención del VIH-SIDA y el Desarrollo de la Salud Integral en las

- Cárceles. *Revista Interamericana de Psicología*, 35(2), pp. 133-154.
<https://www.redalyc.org/pdf/284/28435209.pdf>
- Sim, J. (1989). *Ordering for care and caring for order: medical power in English prisons*
 [Tesis doctoral, The Open University].
- Sim, J. (2002). The future of prison health care: a critical analysis. *Critical Social Policy*, 22(2),
 pp. 300-323. <https://doi.org/10.1177%2F02610183020220020701>
- Sistema de Atención Integral de las Personas Privadas de Libertad. (s/f). Sistema de Atención
 Integral de las Personas Privadas de Libertad.
http://www.saintbois.com.uy/innovaportal/file/2311/1/sai_ppl.pdf
- Sordo, L., Ruiz, I., Olry, A., Soto, J. M., Antón, J. J., Girela, E., Castro, J. M. (2008). Factores
 relacionados con rehusar el tratamiento antirretroviral en prisión. *Gaceta Sanitaria*,
 22(2), pp.120-7. <https://doi.org/10.1157/13119319>
- Twaddle, A. (1976). Utilization of medical services by a captive population: an analysis of sick
 call in a state prison. *Journal of health and social behavior*, 17(3), pp. 236-248.
- Unidad de comunicación (29 de mayo de 2014). *Se instalará un laboratorio odontológico en*
Punta de Rieles. Ministerio del Interior. <https://www.minterior.gub.uy/index.php/2013-06-17-14-41-56/2012-11-13-13-08-52/78-noticias/ultimas-noticias/1961-se-instalara-un-laboratorio-odontologico-en-punta-de-rieles>
- Valles, M. S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y*
práctica profesional. Proyecto Editorial.
- Vera, Borraz, Domínguez, Mora, Casado, González, Blanco, Armenteros, Garcés. (2014).
 Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria
 española. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, (16), pp. 38-47.
http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v16n2/03_original.pdf
- Vigna, A. (2016). La cuestión penitenciaria en Uruguay. *Sociedade em Debate*, 22(2), pp. 78 –
 103. <https://es.scribd.com/document/384433825/La-cuestion-penitenciaria-en-uruguay>
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y

atención primaria de la salud. *Prensa Médica Latinoamericana*, (1), pp. 11-14.

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

Wacquant, L. (2009). *Castigar a los pobres. El gobierno neoliberal de la inseguridad social*.

Editorial Gedisa.

Wacquant, L. (2011). Forjando el Estado Neoliberal Workfare, Prisonfare e Inseguridad Social.

Prohistoria: historia, políticas de la historia, (16).

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5856289.pdf>

Weinberg, K. (1942). Aspects of Prison's Social Structure. *American Journal of Sociology*,

47(5), pp. 717-726. <http://www.jstor.org/stable/2769537>

Zola, I. K. (1999). La Medicina como Institución de Control Social. En: C. de la Cuesta

Benjumea. (Comp.), *Salud y enfermedad: Lecturas básicas en Sociología de la Medicina*

(pp. 23-46). Editorial Universidad de Antioquia