



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA
Monografía de grado para acceder a la Licenciatura en Sociología

La salud entre rejas
Una mirada al abordaje sanitario de las mujeres
privadas de libertad en Uruguay

Autora: Agustina López
Tutora: Soc. Marcia Barbero

Montevideo, 17 de julio de 2023

PÁGINA DE APROBACIÓN

Autora	Agustina López
Tutora	Soc. Marcia Barbero
Tribunal	
Fecha	
Calificación	

Índice de contenido

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
2. Contextualización del tema	12
2.1. Privación de libertad de mujeres en América Latina	12
2.2. La situación en Uruguay: de ayer y de hoy	16
2.3. El abordaje sanitario de las MPL	19
3. REFERENTES TEÓRICOS	22
3.1. Saber-poder médico y medicalización de la vida social	22
3.2. La gestión de la vida: la cárcel como institución total	24
3.3. Experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad	26
3.4. La salud desde un enfoque feminista	27
4. ASPECTOS METODOLÓGICOS	29
4.1. La epistemología feminista como base de la estrategia metodológica	29
4.2. Diseño metodológico	31
4.2.1. Técnica de investigación	31
4.2.2. Universo, población y muestra	32
4.2.3. Criterios de selección	32
5. TRABAJO DE CAMPO	35
6. ANÁLISIS	37
6.1. Vida cotidiana y encierro	37
La materialidad de la vida cotidiana en el encierro penitenciario	37
6.1.1. Condiciones edilicias	37
6.1.2. Higiene	38
6.1.3. La alimentación en el foco	40
6.2. Sosteniendo el encierro	42
6.2.1. Actividades de servicio/trabajo	43
6.2.2. Actividades de ocio	44
6.2.3. El contacto cotidiano con el afuera	45
6.3. La vivencia subjetiva de las MPL respecto a la enfermedad y su atención	47
7. LA ATENCIÓN SANITARIA EN LA INSTITUCIÓN CARCELARIA DESDE UNA MIRADA CRÍTICA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO	52
7.1. La mirada de las MPL hacia las estrategias de gobierno	54
7.2. La construcción de los discursos de la salud y la enfermedad	57

7.3. La atención ginecológica en el centro. Una cuestión de género	59
8. REFLEXIONES FINALES	62
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
10. FUENTES	67

RESUMEN

La privación de libertad de las mujeres en Uruguay se encuentra en aumento desde los últimos años, pero este crecimiento no modificó su condición minoritaria dentro del sistema penitenciario, y no ha significado una mejora en sus condiciones de encierro, ya que se agregan el hacinamiento y la sobrepoblación. Siendo la salud uno de los derechos humanos en el tratamiento de las personas privadas de libertad, y su institucionalidad central en el proyecto de rehabilitación social, resultó pertinente aproximarnos a las prácticas sanitarias en el contexto penitenciario de las mujeres para conocer sus repercusiones en las trayectorias del encierro.

Este trabajo toma como punto de partida las experiencias respecto a la atención en salud y enfermedad de las mujeres privadas de libertad en Uruguay, concretamente en la Unidad de Internación Penitenciaria n°5, buscando analizar desde allí el vínculo entre la institución penitenciaria y la institución sanitaria en el marco del proyecto de rehabilitación social que representa la cárcel, y su impacto en las trayectorias del encierro de las MPL en situación de enfermedad.

La particularidad de la privación de libertad de las mujeres requiere una mirada que priorice el lugar epistémico de las mismas en la construcción del saber. En este sentido, el diseño cualitativo, a través de entrevistas semi estructuradas, buscó otorgar centralidad a los relatos de las mujeres como constructoras de un saber cotidiano específico, como lo es la cotidianeidad del encierro y las experiencias con el sistema de atención en este contexto. Las experiencias de las participantes se abordaron en tres ejes analíticos: i) la cotidianeidad penitenciaria en la construcción de la salud y la enfermedad, ii) las subjetividades implicadas en los procesos de atención y iii) la atención a la salud descrita desde una perspectiva crítica.

El medio penitenciario representa para las mujeres uno de los principales factores que construyen la enfermedad en el encierro, y la descontextualización de la práctica médica, observada desde los relatos, deja por fuera factores psicológicos, ambientales y sociales que son esenciales a la hora de pensar una atención integral y que atienda a las necesidades de salud específicas de las mujeres. Se aboga por un abordaje que busca problematizar la salud, la enfermedad y la atención en el encierro, desde una perspectiva crítica y de género. En

última instancia, se espera contribuir a mejorar las condiciones de vida de las mujeres en el encierro.

Palabras clave: encierro penitenciario, género, salud

INTRODUCCIÓN

Las mujeres privadas de libertad¹ representan una menor proporción a nivel mundial dentro de la población penitenciaria. En Uruguay, según los últimos datos del Comisionado Parlamentario (Comisionado Parlamentario Penitenciario, 2022) las mujeres y las mujeres trans privadas de libertad representan un 6,8% y 0,19% respectivamente. Más allá del aumento en los últimos años de la población de MPL, éstas continúan representando el menor porcentaje dentro de las instituciones penitenciarias, cuestión que invisibiliza sus necesidades frente a la población masculina (Vigna, 2012).

La situación de las MPL es una preocupación a nivel regional y objeto de discusión en organizaciones internacionales, como la Organización de los Estados Americanos, que, a través de la Comisión Interamericana de Mujeres, ha llamado la atención acerca de la complejidad de la privación de libertad de las mujeres. Este discurso es compartido por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, que ha destacado la cuestión en sus informes (Bologna et al, 2018).

A nivel nacional, la política penitenciaria no ha logrado la construcción de una institución penitenciaria que garantice a pleno los derechos humanos y que incorpore la mirada de género en sus discursos y prácticas (Sapriza & Montealegre Alegría, 2019).

Si bien Uruguay en sus diversos impulsos de reformas penitenciarias no ha buscado romper con el androcentrismo penitenciario abiertamente, sí ha buscado dar un vuelco en sus prácticas a partir de acciones en el marco de la ley de humanización de cárceles y el hito que esta normativa marcó.

Es posible identificar ciertas acciones que comienzan a marcar un camino y otras que exigen ser profundizadas, tales como la creación del Departamento de Género del INR², o la adhesión a las normas internacionales Bangkok para el tratamiento de las mujeres y medidas

¹ MPL en adelante

² Instituto Nacional de Rehabilitación

no privativas de libertad, respectivamente. Acciones que reflejan un abordaje específico de la pena femenina ya que:

El igualitarismo en la lectura criminológica, la equiparación de las penas y el desconocimiento de las singularidades en la distribución de la carga reproductiva y en la crianza de los hijos, no iguala, sino que refuerza las desventajas previas. (Sapriza & Folle, 2016, p.213)

Tal como plantean Sapriza y Montealegre (2019), el género de las personas que transitan en esta institución, además de determinar diferentes subjetividades, determina el transcurso de la pena y el encierro, así como también las relaciones extra muros sostenidas. El género participa en la construcción de experiencias diversas en el encierro en interacción con marcadores sociales tales como la raza o la pobreza. En este sentido, la cárcel como dispositivo de control social profundiza y reproduce múltiples desigualdades (Vigna, 2012).

En Uruguay, la atención en salud de las MPL se posiciona como una preocupación para los organismos de monitoreo e investigadores, así lo plantea el comisionado parlamentario penitenciario en su informe anual (Comisionado Parlamentario Penitenciario, 2020). Es interesante atender a los impulsos de reforma penitenciaria en el año 2010, donde paulatinamente las instituciones penitenciarias pasan a la órbita del INR³, organismo con organización propia, y en el marco de la humanización de cárceles, en cuanto a la promoción del derecho a la salud, se avanza en la apertura a ASSE⁴ en su unidad ejecutora SAI PPL⁵ como prestador principal de la población privada de libertad.

Resultó una ardua tarea rastrear bibliografía que diera cuenta de los cometidos, misión y visión de la tarea de SAI PPL. Un documento clave (Rodríguez Buño & Benia, 2016) plantea las estrategias que deberían abordarse para la atención en salud según las características de la población penitenciaria en nuestro país.

Se plantea que las Reglas Mandela para el tratamiento de las personas privadas de libertad a las que nuestro país adhiere, exhortan a la organización de los servicios de salud en las

³ Instituto Nacional de Rehabilitación

⁴ Administración de los Servicios de Salud del Estado

⁵ Sistema de Atención Integral - Personas Privadas de Libertad

instituciones penitenciarias a mantener una atención con las mismas características que la atención extra muros. También a apostar a una atención adecuada en el primer nivel, y a la figura clave de la institucionalidad médica abordando la salud en clave de prevención y garantizando los derechos humanos. Es importante destacar que entre las líneas estratégicas planteadas, el género se posiciona como un factor a considerar en el diseño de una atención en salud adecuada en las cárceles.

Actualmente ASSE tiene una cobertura del 65% de las unidades de internación penitenciaria del territorio, mientras que algunos centros todavía son atendidos por Sanidad Policial, cuestión que dificulta tanto el tratamiento como el seguimiento de la atención. La Oficina del Comisionado Parlamentario en su informe de 2021 plantea una lectura de las muertes en custodia, siendo el mayor porcentaje alcanzado en años de muertes por causas naturales; dicha lectura permite visibilizar un campo biológico inadecuado, asociado al acceso a una atención de calidad inferior que en el resto de la sociedad. (Comisionado Parlamentario Penitenciario, 2022)

Esta investigación buscó profundizar en el acceso y las características de esta atención en la Unidad n° 5 a través de las experiencias de las MPL. La Unidad n° 5 femenina recibe a mujeres de todo el territorio del país, se encuentra ubicada en el barrio Colón, concretamente en el ex hospital psiquiátrico Musto. Tiene cuatro plantas, siendo las 1, 2 y 3 destinadas a plazas, en la planta baja se desarrollan actividades, funciona el servicio de SAI PPL y se encuentran oficinas. También cuenta con un amplio espacio verde, con canchas, huerta, gimnasio y juegos para infantes.

Según los datos del CPP, en el 2021 la unidad alojaba 558 mujeres, un 60% de las MPL del país, con una densidad poblacional del 143%. (Comisionado Parlamentario Penitenciario, 2022) Este crecimiento no ha sido acompañado con un aumento de plazas, lo que se tradujo en peores condiciones de encierro. Tampoco con una reparación y mejora de la infraestructura, sino que esta se ve cada vez más deteriorada, siendo los problemas de humedad graves, llegando a derrumbarse los techos en algunos sectores.

Conocer las prácticas sanitarias desde la mirada de las usuarias, tiene como principal objetivo acercarnos a las formas en que estas interactúan con el proyecto de rehabilitación social que las enmarca. En este diálogo se buscó conocer las diversas características que implica para el

transcurso de la pena, la interacción sanitaria y punitiva en el encierro. Para este abordaje se tomaron aportes esenciales de la epistemología feminista que permitieron posicionar a los relatos de las MPL como centrales en el proceso investigativo. Buscando traer al centro las experiencias de las mujeres en los procesos de salud, enfermedad y atención, partiendo desde la concepción que el derecho a la atención en salud es fundamental y cumple un rol importante en la privación de libertad, las miradas de las usuarias en este contexto resultan interesantes para la aproximación a las prácticas sanitarias en el entramado del proyecto de rehabilitación social. Para esta tarea se realizaron entrevistas semi estructuradas a doce mujeres privadas de libertad.

Para analizar la información compartida por las participantes, se proponen tres ejes: primero desde la lectura material de la cotidianidad que realizan las MPL y los vínculos que encuentran estas con la construcción de la salud y la enfermedad; luego avanzaremos en las vivencias subjetivas de enfermedades o padecimientos en el encierro, y finalmente se buscará mirar críticamente y con perspectiva de género la violencia institucional y patriarcal que permea los relatos compartidos por las mujeres.

El documento se estructura en los siguientes capítulos: en primer lugar se presenta una introducción de la temática, luego se aborda una contextualización regional y nacional. En tercer lugar, se introducen los aportes teóricos para, seguidamente, presentar aspectos metodológicos. El documento termina con el análisis de la información y reflexiones finales.

Este trabajo espera aportar al mejoramiento de las condiciones de encierro de las mujeres en Uruguay, contar con información construida sobre la cotidianidad del encierro desde su mirada habla de las implicancias que las prácticas sanitarias pueden tener en las trayectorias de las MPL y sus procesos de rehabilitación social.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La cárcel como dispositivo privilegiado en las sociedades modernas para monopolizar el castigo se enmarca en un programa de rehabilitación social que busca devolver individuos funcionales capaces de vivir en sociedad. Desde sus comienzos, la institución penitenciaria fue pensada para varones, y, aunque paulatinamente fue recibiendo mujeres debido a los cambios sociales e históricos en la construcción del delito, continuó reproduciendo desigualdades de género al interior de sus muros e ignorando las especificidades que delimita el género tanto para la privación de libertad de las personas como para las relaciones extra muros que se generan (Sapriza & Montealegre Alegría, 2019).

Si bien existen diversas normativas e impulsos para reformular esta situación, todavía se trata de un dispositivo de carácter androcéntrico que en sus prácticas tiende a no adecuarse a las necesidades de las mujeres y a generalizar las modalidades masculinas de funcionamiento.

A pesar de que la privación de libertad conlleva la pérdida de determinados derechos, no ocurre así con el derecho a la salud, que está garantizado -normativamente- para la población penitenciaria en iguales condiciones que en libertad. La institución sanitaria cumple un rol importante en el mundo penitenciario, interviniendo como el mayor prestador de atención; en el primer nivel en centros penitenciarios, y en el segundo y tercer nivel coordinando la atención extra muros.

El constante crecimiento de la población de MPL y el empeoramiento de sus condiciones de encierro, debido a la falta de espacios adecuados e intervención técnica oportuna y presente, requiere una mirada sociológica para problematizar las prácticas institucionales de atención a la salud y sus implicancias, sostenidas desde la institucionalidad tanto sanitaria como punitiva, política y social.

Si bien esta atención tiene vital importancia en el transcurso del encierro, no ha sido abordada en profundidad ni en su especificidad en Uruguay. Una mirada cualitativa de la temática resulta interesante para la aproximación a las experiencias de las MPL como usuarias, buscando ir más allá de indicadores cuantitativos de la salud y priorizando un enfoque de salud holístico, entendiendo que la salud y la enfermedad se construyen más allá de los

aspectos biológicos, ampliando a otros campos la intervención y articulación de la institución sanitaria.

La construcción de información surge a partir de postulados de la epistemología feminista, que permiten posicionar los relatos de las MPL como centrales. Estudiar las experiencias subjetivas vinculadas a la atención en salud de las MPL representa una ventana interesante para mirar al sistema penitenciario en sus acciones rehabilitadoras desde una perspectiva de género. Tal como plantea Castro (2000), el lenguaje social de los diferentes grupos se traduce en el inventario de conocimientos y experiencias de cada uno. De allí la importancia de conocer experiencias y saberes de las propias actoras para construir políticas ajustadas y adecuadas a su realidad.

En este sentido, se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es el vínculo entre la institución penitenciaria y la institución sanitaria en el marco del proyecto de rehabilitación social?, ¿cómo afecta esto a las experiencias de las MPL respecto de la vivencia de su salud y enfermedad? y ¿cómo afecta esto a las experiencias de las MPL respecto de la atención de su salud?

Objetivos

Objetivo general

Analizar el vínculo entre la institución penitenciaria y la institución sanitaria dentro del proyecto de rehabilitación social, y cómo repercute en las trayectorias del encierro de las MPL en situación de enfermedad.

Objetivos específicos

- Indagar el vínculo entre la materialidad de la vida cotidiana en el encierro y las afecciones de salud de las mujeres privadas de libertad.
- Conocer las prácticas que despliegan las MPL para acceder a la atención médica y para transitar la enfermedad en el encierro.
- Problematizar las nociones de violencia institucional y patriarcal en el contexto de encierro y salud para las MPL.

2. Contextualización del tema

2.1. Privación de libertad de mujeres en América Latina

En América Latina es posible identificar una tendencia en aumento con respecto a la encarcelación de mujeres por encima de la tasa de crecimiento de población penitenciaria masculina. Para acercarnos a la realidad regional de las MPL es pertinente referirnos al trabajo Bologna et al. (2018) que plantea un análisis comparativo varón-mujer en la lectura de la “Encuesta a Individuos Privados de libertad” aplicada por el CELIV junto a el PNUD y el BID, en ocho⁶ países del continente.

Tal como se menciona en el informe, existen algunas características compartidas por las mujeres en esta situación que denotan diferencias respecto al transcurso de la pena en los varones. Entre ellas, un 87% tiene hijos/as (porcentaje que se reduce a un 78% para el caso de los varones), y un 55% ha tenido su primer hijo/a antes de los 18 años. (Bologna et al., 2018) Para América Latina el número de mujeres detenidas que es madre o jefa de hogar es elevado, y mientras que en algunos países la legislación prevé la posibilidad que los/as niños/as dentro de un determinado rango de edad puedan alojarse en prisión junto a sus madres, en otros la tendencia es a legislar en pos de la prisión domiciliaria para quienes son madres.

A nivel regional también existen otras características que demarcan divergencias entre varones y mujeres privados/as de libertad. En el caso de las mujeres un 39% plantea tener a su pareja privada de libertad, mientras que este porcentaje desciende a un 5% en los varones. A nivel laboral los datos indican que 27% de las mujeres no trabajaban antes de ser detenidas pero sí lo habían hecho alguna vez, mientras que entre los varones solo el 17% indicó encontrarse en esta situación (Bologna et al., 2018, p. 26). En cuanto a los contextos sociales y familiares, la autora plantea que en ambos casos aparecen los antecedentes penales de personas cercanas, el consumo de sustancias, la desvinculación familiar y la violencia.

⁶ Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Honduras, México y Perú

Las cárceles exclusivamente femeninas son las que aparecen en menor medida en los países que abarca la encuesta, siendo mayor la proporción de los lugares de carácter mixto, en donde se encuentran ubicadas las mujeres en módulos o secciones, no teniendo en cuenta características propias de las mujeres. En Uruguay hay un 7% de centros exclusivamente femeninos, mientras los mixtos constituyen un 62% del total. (Bologna et al., 2018, p. 16).

Se plantea la preocupación por los inadecuados sistemas de salud para la atención de las mujeres en estos centros, ya que la mayoría de las prisiones de la región no cuentan con sistemas preparados para atender las necesidades específicas de las mujeres en salud, salud mental o salud sexual y reproductiva. De este modo, la inexistencia de una política pública de salud específicamente pensada para las mujeres detenidas como usuarias es uno de los principales baches del tratamiento penitenciario, perjudicando el acceso a un derecho fundamental (Bologna et al., 2018).

Tal como se mencionó, la infraestructura de los establecimientos está pensada y diseñada para la población masculina. Este modelo androcéntrico carece de espacios y personal capacitado para la atención de las mujeres. En la mayoría de los centros penitenciarios a nivel regional no se encuentra la atención médica especializada necesaria para dar seguimiento y tratamiento a cuestiones como embarazos, enfermedades psíquicas y psicosomáticas (Bologna et al., 2018).

Adicionalmente, la carencia de personal especializado tampoco permite la detección temprana de enfermedades crónicas propias de las mujeres, como por ejemplo los casos de cáncer cervicouterino o de mama. Incluso cuando hay servicios de salud, las demoras son excesivas y la escasez de medicamentos es grande. Debido a la falta de especialidades las mujeres generalmente deben ser atendidas en hospitales extramuros, lo que implica una logística superior, conllevando la pérdida de turnos y a las demoras debido a las faltas de recursos para los traslados. (Bologna et al., 2018)

Por otra parte, la autora señala que la experiencia del encarcelamiento tiene un efecto de degradación en los estados de salud mental de las mujeres, debido a las rupturas sociales con el lugar que se les asigna dentro del orden social.

Estas situaciones no solo refieren a la privación de libertad como determinante, sino también a lo que implica la separación de las mujeres de sus círculos familiares, especialmente de sus hijos/as.

Así, otra de las cuestiones que debe incluir la lectura desde el género de estas situaciones es la suma de prescripción de tranquilizantes a las mujeres presas. Las autoras plantean la lectura de los datos para Uruguay planteados por Vigna (2012) donde la proporción de mujeres que toma medicación común es prácticamente el doble que la de hombres, mientras que el porcentaje de mujeres que consume medicamentos psiquiátricos llega casi a triplicar el porcentaje masculino. (Bologna et al., 2018, p. 44).

Si se coloca el foco en la atención de la salud sexual y reproductiva, a nivel regional algunos autores sostienen que existe una falta de servicios que abarquen estas áreas en el ámbito penitenciario (Bonta et al.1995 en Bologna et al, 2018). Por ejemplo, en Paraguay el 57,8% de las mujeres presas no acceden a controles ginecológicos, dentro de quienes sí se realizaron estos controles, el 71,2% declaró haberse realizado el papanicolau, mientras que solo el 30,2% se realizó mamografía (Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura –MNP-, 2017 en Bologna et al, 2018) En el trabajo se plantea el caso de Uruguay, donde una gran parte de las MPL accede con frecuencia a los controles ginecológicos: 6 de cada 10 tuvo su último control en los seis meses previos al Censo (Vigna, 2012) y la sexta parte de las mujeres lo tuvo entre los seis meses y el año previo. También destaca que un 5% de las mujeres manifiesta nunca haber realizado un control ginecológico, así como que casi el 11% lo realizó hace más de dos años.

Siguiendo las lecturas del continente respecto a la temática, es interesante traer aportes de la publicación de la publicación “La salud detenida” (Pérez, et al., 2013) donde se presentan seis artículos de distintos investigadores. Entre ellos, González (2013) plantea al encierro penitenciario como la principal modalidad en que el Estado moderno maneja el malestar social, de allí el nacimiento de la cárcel como institución violenta a través de la cual se ejerce una determinada función política que tiene que ver con la relación del poder político y el cuerpo.

Los orígenes de esta función son inherentes al desarrollo del sistema capitalista, en que el disciplinamiento se da a partir del mercado laboral, y donde en el otro extremo que representa el desvío de este camino se encuentra el sistema penal.

Actualmente se asiste a una tendencia a humanizar las prácticas penales, en donde se habla de re socializar y re habilitar para poder reintegrar al individuo a la sociedad, y en vez de que la pena recaiga en el cuerpo (como lo hacía en los principios del sistema punitivo), lo atraviesa en un impulso disciplinador. El gobierno de una población en un espacio y tiempo determinado va acompañada de la lógica del control y de la regulación institucional de los mismos. (Pérez, et al., 2013)

Para el caso de las MPL, el autor mencionado anteriormente plantea que en Argentina la gobernabilidad parte de condicionamientos que incluyen al género y de la franja etaria de las mujeres detenidas. Por una parte plantea que la mayoría de las mujeres detenidas en el servicio penitenciario bonaerense son jóvenes, involucradas en el tráfico de estupefacientes y por pertenecer a la franja etaria más jóvenes de la cárcel representan mayores niveles de inconformismo y de protesta.

También que en el caso de las mujeres la violencia física es menos ejercida que en los varones durante el transcurso de la pena, y que las formas de gobierno en los penales de mujeres tienden más a la humillación y degradación vinculadas al cuerpo y por lo tanto también a la salud. Las demandas de atención dentro del servicio penitenciario reciben una respuesta genérica y se identifica la tendencia a prescribir la misma medicación en general en todos los casos sin considerar sus especificidades.

En esta misma línea, Pérez (2013) sostiene que el abordaje del entramado salud-mujeres-cárceles desde una perspectiva de derecho a la salud se enmarca en el paradigma de los derechos humanos, con sensibilidad y perspectiva de género. Este trabajo resulta innovador e inspirador ya que parte de un relato en primera persona de una mujer privada de libertad que es diagnosticada con VIH durante el transcurso de su pena.

Algunas de las ideas que plantea la autora en su análisis giran en torno a que las instituciones carcelarias son creadas para hombres y reproducen las formas de violencia de género que estructuran la sociedad patriarcal. La distribución por sexo que organiza el sistema penitenciario responde a mecanismos formales y administrativos sin atender en profundidad las necesidades particulares de las mujeres.

Otro de los aportes que resultó interesante es el anonimato que representa a las personas privadas de libertad frente al Estado produciendo nuevas formas de violencias, que en su máxima expresión tienden a cosificar al sujeto aplicando castigos degradantes, “ La sanción punitiva que supone la privación de la libertad, ejecutada en las condiciones penitenciarias actuales, se convierte desde el punto de vista socio sanitario, en un modo cultural e histórico de enfermar y morir en el encierro” (Pérez, et al., 2013, p.15)

La realidad que se plantea a través del discurso de los referentes y actores sociales de la temática difiere de los postulados e ideales legales. El maltrato de los cuerpos tiende a la degradación de las personas, en diferentes instancias; en la búsqueda de atención y de cuidados, en los traslados hacia la atención afuera, en las requisas, y en los aislamientos. Para el caso del sistema penitenciario bonaerense la autora plantea que la Comisión Provincial por la memoria registra la falta o deficiencia de la atención médica como una de las carencias más denunciadas por las detenidas.

En suma, si bien existen investigaciones respecto a la salud de las mujeres privadas de libertad en nuestro país, resulta interesante profundizar en la triada género, cárcel y salud desde un enfoque cualitativo. Conocer la realidad desde la óptica de quienes viven en primera persona y construyen conocimiento cotidianamente. Buscando otorgar a las subjetividades un rol central aportando una mirada desde el otro lado de la atención en salud y la privación de libertad, con información valiosa para pensar más y mejores prácticas para el abordaje y tratamiento de las MPL.

2.2. La situación en Uruguay: de ayer y de hoy

Rastrear históricamente la historia de la cárcel de mujeres en nuestro país representa un desafío a priori por la dificultad del acceso a información institucional al respecto (Sapriza & Montealegre Alegría, 2019). El recorrido de la cárcel de mujeres refleja el carácter androcéntrico de la rehabilitación social pensada inicialmente para varones que construyó naturalmente la atención de las MPL como la cara religiosa y moralista al corte higienista y científicista de la pena para hombres. Si bien actualmente la gestión de las MPL se encuentra en manos del Estado y la autora reconoce un avance en estos aspectos en la reforma penitenciaria de 2011, todavía quedan vestigios de un siglo de exclusión institucional de la cárcel femenina.

En sus inicios y durante el siglo XX (hasta 1989) su gestión estuvo a cargo de la Orden de las Hermanas del Buen Pastor, congregación que se extiende por Latinoamérica destacando en su accionar el trabajo con las primeras experiencias de MPL. Su misión se basó en moralizar a las mujeres para devolverlas a la sociedad reformadas de acuerdo a un ideal de mujer de la época que conjugaba religión y tareas vinculadas al hogar como experiencias rehabilitadoras. Cabe destacar que, conforme avanzó el Batllismo y el proceso de secularización del Estado, las mujeres presas continuaron bajo el cuidado moral e infantilizador de las hermanas, a la vez que se avanzaba en una rehabilitación higienista para el caso de los varones (Sapriza, 2019).

Resulta particularmente contradictorio que el Estado dejara en manos de una orden religiosa la gestión de la cárcel de mujeres y simultáneamente ordenara retirar los crucifijos de los hospitales (1906), aprobara la Ley de divorcio (1907) y suprimiera la enseñanza religiosa de las escuelas públicas (1909), entre otras medidas para excluir a la Iglesia Católica (Sapriza & Montealegre Alegría, 2019, p. 2)

Así, la cárcel de mujeres continuó bajo la gestión de las hermanas de la orden hasta 1989 año en que la tutela pasó al Estado. Retomando algunos aspectos del paradigma positivista de rehabilitación planteado en el caso de los varones, construyendo

un “tratamiento penitenciario científico” delimitando el campo de lo carcelario e incluyendo en el presente a diversas disciplinas, como el trabajo social, la medicina, la psiquiatría y la psicología, con un objetivo claramente terapéutico” (Carranza, 2012 en Sapriza & Montealegre, 2019, p. 2)

En la actualidad vale decir que Uruguay no es ajeno a la tendencia regional de aumento de población de mujeres privadas de libertad. Según los datos aportados por el Comisionado Parlamentario Penitenciario en su informe anual (2021) durante los últimos 10 años la población de mujeres ha representado entre el 4,5% y el 7% de la población penitenciaria. Si bien tendió a una leve disminución durante el periodo mencionado, a partir del 2018-2019 este movimiento comenzó a revertirse, superando la tendencia general del aumento de las tasas de prisionización.

La tasa de prisionización ha ido en crecimiento constante, en el año 2021 el promedio fue de 14.302 personas privadas de libertad, lo que posiciona a Uruguay en el puesto número 12 de prisionización a nivel mundial (Comisionado Parlamentario Penitenciario, 2022)

Sin embargo, la situación no ha sido acompañada por una adecuación de la infraestructura del sistema, sino que se ve reflejada en el hacinamiento, las malas condiciones sanitarias y la falta de propuestas socioeducativas que promuevan herramientas para la reinserción luego del egreso, tal como plantea en el documento “Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento” (Junta Nacional de Drogas, 2019). A modo ilustrativo, la Oficina del Comisionado Parlamentario plantea la situación de la Unidad N° 5 (que alberga solo mujeres) como crítica, siendo el porcentaje de ocupación de un 143% para el año 2020.

Aunque el aumento de la población de MPL, éstas continúan ocupando un lugar disminuido dentro del sistema; confinadas a espacios residuales, espacios que no son pensados ni construidos en pos de sus necesidades y derechos. En este sentido, el androcentrismo sigue interviniendo de manera extensa en el sistema penitenciario que gestiona la vida de esta población, en el marco de un sistema que no es ajeno al patriarcado y que invisibiliza las condiciones de encierro de las mujeres a las que capta. (Junta Nacional de Drogas, 2019)

En cuanto a la situación de las MPL, según los datos aportados por el Comisionado Parlamentario, el crecimiento para el 2021 es del 28% mientras que para los varones es de un 9%. Esta tendencia acompaña lo que sucede a nivel regional, en donde las mujeres son captadas en mayor medida como parte de las cadenas de narcotráfico y microtráfico, formando parte de las cadenas más visibles y reemplazables de la red de este crimen organizado. El 32% de las mujeres presas en Uruguay están vinculadas a delitos relacionados con drogas o crímenes no violentos, en comparación al 8% de los varones que representan estas causas (Junta Nacional de Drogas, 2019)

Si bien las acciones del Estado tendientes a incorporar la mirada de género han sido lentas, es posible reconocer algunos movimientos tales como la creación de espacios institucionales y

normativa internacional⁷ en esta línea. Sin embargo, debido a los cambios coyunturales que la privación de libertad femenina está experimentando, es urgente profundizar la mirada de género en los tratamientos de rehabilitación.

Respecto a las características de las mujeres que se encuentran en las cárceles uruguayas, se puede decir que más de la mitad son delincuentes primarias, madres solteras, jefas de hogar y una de cada cinco tiene menos de 23 años (Junta Nacional de Drogas, 2019). Según el informe citado, una de las características de esta población es la dificultad para mantener redes de sostén externas al mundo penitenciario: el 29% no recibe visitas carcelarias (contra el 18% de varones que tampoco lo hace). En cuanto al delito femenino en Uruguay, aparece como una cuestión central el castigo en torno a delitos de drogas (no violentos) siendo mayor el porcentaje de mujeres (32% para el año 2018) que de varones (8%) encarcelados en este contexto.

Finalmente, siendo los delitos vinculados a las drogas o a la propiedad privada una importante proporción de las causas penales que atañen a las mujeres es importante señalar la base vincular que sostienen diversos autores sustenta al mismo. Relacionando el comienzo de las trayectorias delictivas de las mujeres con vínculos (familiares, amorosos, entre otros) que abren estas posibilidades

2.3. El abordaje sanitario de las MPL

Dentro de la gestión de las personas privadas de libertad, podemos reconocer el ámbito sanitario como central, no solo en la atención de la salud y la enfermedad, sino también en la prevención y garantía de un ambiente salubre. El tema de la salud en la unidad N°5 -dominio empírico en que se llevó a cabo este estudio-, ha sido objeto de alarma en los medios de comunicación en múltiples ocasiones.

Tal fue el caso con los hechos sucedidos en agosto de 2022, donde las mujeres se manifestaron tras el fallecimiento de una compañera, quien había sido atendida por SAI PPL la noche anterior. Las mismas compañeras constataron la muerte, alertando al personal de la

⁷ Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok)

institución, hecho que desembocó en reclamos por una mejor asistencia por parte de las MPL⁸.

El Censo de la población carcelaria (Vigna, 2012) da cuenta que, en cuanto a la atención en salud recibida, casi la totalidad de la población privada de libertad manifestó haber sido atendida por una enfermedad no permanente. En el caso de las mujeres, tres cuartas partes manifestaron cursar enfermedades crónicas mientras que esta cifra se redujo a 6 de cada 10 hombres. Esta autora profundiza en algunas de las características que el género construye, y plantea la preocupación de una atención médica adecuada, que contemple las necesidades de las mujeres sobre todo en la salud sexual y reproductiva, entre otras.

La autora plantea que, a pesar del porcentaje de personas privadas de libertad jóvenes el grado de enfermedades crónicas de la población es elevado, aumentado en el caso de las mujeres. Asimismo, el porcentaje de mujeres que se encuentra en un tratamiento farmacológico común duplica a la población de varones, siendo también tres veces mayor el porcentaje de mujeres a las que se le prescriben psicofármacos de forma terapéutica. De esta manera, se identifica una continuidad con estudios anteriores que plantean la mayor proporción del control farmacológico en las cárceles femeninas (Vigna, 2012).

Por otro lado, el diagnóstico epidemiológico realizado en 2016 (Rodríguez Buño & Benia, 2016) presenta información obtenida a través de cuestionarios aplicados en 37 centros de privación de libertad de nuestro país y aborda múltiples dimensiones de la salud. En cuanto al acceso a la atención en salud, los datos afirman que un 40% de la población participante señaló la percepción de barreras en esta búsqueda, un tercio las vincula con el personal de custodia. Del perfil epidemiológico planteado se desprenden factores de riesgo asociados con el ambiente y los modos de vida en el encierro, afectando en gran medida tanto las enfermedades no transmisibles, como las transmisibles. Además, es relevante el señalamiento de la alta proporción de patologías no diagnosticadas

8

<https://ladiaria.com.uy/justicia/articulo/2022/8/tras-muerte-en-carcel-de-mujeres-petit-alerta-c-lima-de-decaimiento-institucional-que-lleva-a-naturalizar-situaciones-que-requieren-atencion-especifica-urgente/>

Los datos informan sobre los estudios preventivos para el caso de las mujeres a la fecha del diagnóstico. En este sentido, un tercio de las mujeres entre 21 y 64 años manifestaron nunca haberse realizado el PAP o haberlo hecho hace más de tres años. Así como también el hecho de que las MPL tienen más probabilidad de enfrentar un diagnóstico tardío de cáncer de mama, ya que según los datos, 4 de cada 10 mujeres nunca accedió a una mamografía mientras que la relación baja a 1 cada 10 en la sociedad en general.

Finalmente, en la bibliografía referente a la situación nacional es recurrente el planteo de la necesidad de estrategias preventivas en salud pública para esta población, generando detecciones precoces y tratamientos efectivos, enfatizando la necesidad de un seguimiento de los individuos.

Partir de las experiencias narradas en primera persona por las MPL, permite conocer información sobre las condiciones de encierro y los tratamientos de rehabilitación de primera mano. Así también aproximarnos a los relatos sobre los ámbitos que perciben como mayores fuentes de discriminación, acercándonos a la construcción de conocimiento cotidiano que realizan las mismas sobre el sistema penitenciario y el sistema sanitario que participa en él.

3. REFERENTES TEÓRICOS

3.1. Saber-poder médico y medicalización de la vida social

En línea con los planteos de Foucault (Foucault, 1997) que considera el rol de la medicina (más bien el conjunto saber médico- sanitario) en las sociedades modernas como central ya que interviene desde lo biológico a lo orgánico, realizando un nexo entre el cuerpo y la población. Los postulados de la medicina como disciplina tienen efectos de poder *disciplinarios y reguladores*, introduciendo el carácter de la *norma* como mecanismo que busca en lo individual disciplinar de alguna manera a los cuerpos, y en la población regular los efectos mismos de la vida en sociedad.

En este sentido es interesante plantear el concepto de *biopolítica* que construye el autor anteriormente mencionado, que tiene que ver con la población, y con los problemas políticos del gobierno de la misma, visto tanto desde la perspectiva biológica o científica, como desde el poder político. Sus comienzos se remontan a las primeras mediciones de fenómenos considerados como globales o de masa, estadísticas referentes a la realidad social y de los fenómenos que aparecen cuantificados como la natalidad, la morbilidad, etc. Luego, amplió su campo de acción abarcando también fenómenos (que pueden ser accidentales o no, pero que allí están) como la marginación, la anormalidad, la depravación, etc.

El autor se refiere a fenómenos colectivos dentro de una determinada población, que tienen implicancias a nivel de masas. El objetivo de esta tecnología radica entonces en el tratamiento global de la población, buscando regularizar, así ya no se pretende como en principio intervenir sobre el individuo como tal, sino en buscar técnicas globales que permitan generar estados generales de equilibrio. A través de la idea de hacer vivir y dejar morir, las tecnologías del biopoder pasan a intervenir, descalificando la muerte progresivamente, tendiendo a intervenir para fomentar la vida, buscando evaluar y actuar sobre posibles riesgos internos y externos sobre las poblaciones; la muerte se posiciona al final del alcance del poder, ya que no interviene sobre ella

A Partir de fines del siglo XVII la medicina se establece como poder normativo

al igual que el derecho y la religión, la profesión medicina utiliza criterios normativos para seleccionar lo que le interesa, y en que su trabajo constituye una realidad social que es distinta de la realidad física (Freidson, 1978, p. 210)

En la modernidad Mitjavila (1998) plantea dos acepciones que identifica sobre el concepto de medicalización. Por un lado, como parte de las funciones, de la sustitución y de la complementariedad con otras instituciones. Aparece la medicina interviniendo con las consideradas “conductas desviadas”, espacios institucionales que eran constituidos por el derecho y la religión principalmente. Por otro lado, el aumento de los problemas sociales que son codificados en términos de salud o enfermedad, interviniendo en la vida cotidiana de los individuos y dando forma a determinados estilos de vida contemporáneos.

La medicina técnico-científica se ha consolidado como una autoridad experta en las sociedades modernas, ejerciendo el monopolio de definir y tratar la salud de los individuos. Es interesante aproximarnos al concepto de medicalización planteado desde las ciencias sociales que acompaña este proceso de construcción de un saber científico y autónomo. Entendido como procesos expansivos de la medicina en donde a través de la generación de conocimiento y nuevas prácticas interviene sobre cada vez más campos de la vida social. (Mitjavila, 1998)

En este sentido la autora mencionada, refiere a la función normalizadora del saber médico, evaluando en términos de normalidad-anormalidad la posibilidad de la medicalización de, por ejemplo, segmentos problemáticos de la vida social.

Mitjavila (1998) plantea tres estrategias principales de medicalización; punitivas, como las prácticas médico-sanitarias que se refieren a sanciones, o el abordaje de “conductas socialmente desviadas” que se presentan como riesgos para la sociedad. Estrategias arbitrales en donde la función es emitir juicios sobre aptitudes individuales de los sujetos (por ejemplo responsabilidad penal, habilitación laboral) y finalmente las estrategias socializadoras entendidas en el sentido del término somatocracia empleado por Foucault (1976) para referirse a la vigilancia practicada por el Estado en pos del control de los individuos, concretamente sobre los cuerpos, y en la modelación de las conductas.

Finalmente, es importante el planteo de la relevancia de la lectura de las estrategias médico-sanitarias (las orientaciones del saber y práctica médica), en función a otros dispositivos que ejercen control social. Los diversos modelos de medicalización pueden ser analizados en articulación con otras instituciones abocadas a resolver problemáticas con respecto a la gestión de lo social (Mitjavila, 1998).

Resulta interesante focalizar la mirada en las prácticas que la medicina como institución despliega en el contexto penitenciario, construyendo su lugar de saber científico y experto como un gestor más del encierro de las personas privadas de libertad.

3.2. La gestión de la vida: la cárcel como institución total

La cárcel como institución total, tal como plantea Goffman (2001), abarca la totalidad de la vida de las personas que allí se encuentran internadas, organizando de manera burocrática los aspectos vitales que hacen a estas. Se destaca la capacidad de estas para ordenar la vida del individuo en un solo lugar y bajo una única autoridad. Esto se debe también a que cada actividad de la vida cotidiana además de estar programada, se lleva a cabo en convivencia con múltiples otros, y están organizadas institucionalmente en el marco de la búsqueda de objetivos preestablecidos.

En general en sus intervenciones tienden a imponer un proceso de pérdida de autonomía y autodeterminación para todos los individuos que ingresan, generando una ruptura con los roles que desempeñaban los sujetos en la sociedad y comenzando una readaptación a las normas y culturas institucionales. Otro de las principales características es la separación determinante del afuera y el adentro a través de una barrera espacial, inhabilitando parcial o totalmente la comunicación y el intercambio con el mundo social del cual proviene el internado.

Cuando el nuevo interno se sumerge en el mundo del encierro, llega con una determinada cultura de presentación, esta es fruto de un mundo habitual el cual caracterizaba su vida hasta ahora formado por disposiciones sociales estables. Al ingresar a este mundo institucional estos factores le son despojados de diversas maneras. Esto refiere al proceso de *mortificación del yo*, que da cuenta de una serie de humillaciones y degradaciones por las cuales transita el individuo a lo largo de su encierro, cambian las concepciones que tenía establecidas este sobre

sí mismo y sobre los otros refiriéndose a un proceso de desestructuración del individuo (Goffman, 2001)

Otro de los aspectos que hacen a la violencia institucional en la gestión de la vida en las instituciones totales, aparece en los planteos de Goffman, y gira alrededor del vínculo entre funcionarios-detenidos. En este sentido es amplio el espacio entre el programa normativo establecido por la institución, y luego la concreción de este programa normativo llevada a cabo por los funcionarios investidos de autoridad normativa.

En el entramado de las relaciones intracarcelarias, es central detenerse en la violencia y la precariedad que las caracterizan, en tanto los derechos humanos fundamentales son factibles de volcarse a la lógica de beneficios o castigos de formas selectivas. Así como también en la distancia social que caracteriza este vínculo.

En el caso de las instituciones penitenciarias, resultan relevantes los aportes de Daroqui (Daroqui et al., 2014) quien plantea que el gobierno de la vida intramuros se organiza en torno a diversos tipos de violencias penitenciaria entre las cuales se encuentra la producción de escasez y carencias, siendo la degradación de la vida una estrategia vigente.

La autora plantea la existencia de violencias de tipo institucional que sustentan las condiciones de vida en el encierro y generan un determinado marco de gobernabilidad penitenciaria, y busca desnudar diferentes formas en las que el poder penitenciario interviene sobre cuerpos y subjetividades, moldeando cotidianidades y dejando marcas en las trayectorias de la población penitenciaria.

Así, plantea cuestiones institucionales como la “producción de hambre” (Daroqui et al., 2014) para su caso de estudio (cárceles bonaerenses) que aparece vinculada a malas condiciones alimenticias, con sus consecuentes manifestaciones físicas que deterioran la salud, y no son atendidas sanitariamente como afecciones, sino como estados de salud esperables inherentes a las condiciones de encierro. Estos aspectos reafirman que la precariedad es una de las líneas más estables y esperables para las personas que son captadas por el sistema.

Por último, Daroqui (2014) plantea que la producción de vida en la cárcel se asienta en la sobrevivencia, mediante relaciones y acuerdos inter carcelarios y/o lazos familiares y sociales que sostienen la materialidad de la vida, enmarcada en un modo de desatención y des-provisión estatal de recursos suficientes y adecuados. Situación que se verá reflejada en el apartado de los análisis del presente caso de estudio

3.3. Experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad

Resultan interesantes algunas conclusiones que plantea Castro (2000) para el abordaje desde un enfoque sociológico interpretativista de las experiencias subjetivas en salud de una pequeña población en México. El autor plantea la relevancia de abordar también las condiciones históricas de la población de estudio, identificando diversos factores que dan forma a la realidad social de los/as participantes.

Para el estudio el autor menciona la necesidad de construir un enfoque que no abarque meramente el plano interpretativo, disminuyendo el rol de la estructura social en el asunto; ni tampoco un enfoque totalmente normativo, que ignore la constitución de la subjetividad. Sino que plantea la necesidad de articular ambos niveles de análisis, posicionándose dentro de la perspectiva hermenéutica, en el entendido de que “los individuos disciernen su orden social dentro del contexto de ciertos patrones de sentido común, que junto con el orden social se ven reflejados también en sus relatos de salud y reproducción”. (Castro, 2000, p. 332)

Entonces, tal como plantea el autor, si bien la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad están formadas por la estructura social, influye también la percepción que los actores tienen respecto a la misma.

Otro concepto central que trae el autor, es que la forma en que los actores expresan la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad se vincula directamente con las condiciones sociales que los rodean y con los recursos de sentido común que poseen. De allí que retome la noción de “tipificaciones” haciendo referencia a Schutz (1974) en donde aparecen términos, para dar significado a cuestiones vinculadas con la salud específicamente en ese contexto.

A partir de la crítica de los estudios que abarcan la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad estudiando las acciones concretas de los individuos, el autor plantea la necesidad de tomar el lenguaje como medio fundamental para acercarse a los significados que los actores le dan a la salud y a la enfermedad. Esto es así porque al ser el mismo una

construcción social, representa el orden social que le da nacimiento, así como también permite expresar las experiencias subjetivas en estas cuestiones. En este sentido, el lenguaje se presenta

útil para el estudio de la subjetividad humana desde una perspectiva socio antropológica, es decir, para explorar las relaciones existentes entre la experiencia subjetiva de la salud y la reproducción, por una parte, y la sociedad dentro de la cual se da dicha experiencia, por otra. (Castro, 2000, p. 331)

3.4. La salud desde un enfoque feminista

Retomando el vínculo salud y teoría feminista, es necesario destacar el surgimiento histórico de este abordaje desde los inicios del feminismo, planteando críticas a las ideas generalizadas de la debilidad intrínseca de las mujeres, vinculada con la biología, que favorece su subordinación desde la edad media en adelante (Nogueiras, 2019)

Dentro de los planteamientos desde el feminismo, resulta central el concepto de una atención biopsicosocial de la salud, posibilitando los medios para el ejercicio de derechos y poniendo el conocimiento científico a disposición de las mujeres.

Tal como plantea la autora, el sometimiento de las mujeres en el ámbito sanitario es una herramienta más del patriarcado en su organización social. La falta de posibilidades de desarrollo personal afecta la salud, y no meramente la biología, por lo que el empoderamiento corporal, emocional, intelectual, económico y político de las mujeres, es fundamental en la promoción y recuperación de la salud desde un marco feminista.

A partir de la tercera ola feminista, el patriarcado comienza a conceptualizarse como un sistema de dominación que implica todos los ámbitos de la vida a partir de redes institucionales y estructuras simbólicas y materiales. (Nogueiras, 2019). Esta forma de operar tiene efectos degradantes en la vida de las mujeres, donde la salud se torna una de las aristas afectadas;

las múltiples formas de violencia patriarcal, la sobrecarga física y emocional como consecuencia de la doble carga de trabajo productivo y reproductivo, con especial hincapié en el impacto del trabajo de cuidados a personas enfermas y dependientes,

la carencia de poder, la feminización de la pobreza, las limitaciones para decidir sobre sus cuerpos, su sexualidad y su capacidad reproductiva, las restricciones impuestas a sus proyectos vitales, las dificultades para su participación social y política, la desigualdad en todas sus formas, se muestran como determinantes en la salud de las mujeres (Nogueiras, 2019, p. 19)

El concepto de salud feminista es *biopsicosociopolítico*, y para su atención se plantea la problemática de sistemas de salud y políticas sanitarias que no contemplan las transformaciones sociales y culturales, a la vez que tampoco tendrían en cuenta los procesos individuales, lo que se expresa como un desafío actual

Dessanitarizar la salud y la vida de las mujeres y politizar su malestar también conlleva proponer la utilización de otros recursos, además de los sanitarios, en los que las dimensiones sociopolíticas de su malestar puedan ser escuchadas, entendidas y atendidas, y en los que puedan adquirir herramientas de poder sobre sus cuerpos y sus vidas (Nogueiras, 2019, p.19)

En definitiva, la participación y legitimación de las ciencias de la salud en el sistema patriarcal es una de las principales críticas del feminismo a la objetividad científica del campo de la salud. El reconocimiento del saber como absoluto, objetivo y neutral, nubla la capacidad crítica de los postulados científicos y su aplicación clínica por parte de los/as profesionales de la salud.

Hoy en día existen nuevas modalidades en las que el sistema sanitario participa en la vida de las mujeres, reproduciendo relaciones de género de carácter patriarcal (Nogueiras, 2019). En este sentido, se plantea a lo largo de la investigación, la medicalización normalizada de las mujeres, el suministro de tranquilizantes o antidepresivos para el sostenimiento de la vida cotidiana y problemas que se vuelcan al ámbito psicosocial, echando luz sobre la banalización y trivialización de las mujeres y de nuestra salud (Nogueiras, 2019)

4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1. La epistemología feminista como base de la estrategia metodológica

La salud y el encierro presentan configuraciones específicas para las mujeres; en este sentido una mirada de género es esencial para el abordaje de la información. De este modo, la epistemología feminista se presenta como privilegiada para construir un enfoque que recoja la información en primera persona y le otorgue a las participantes un lugar privilegiado en el proceso investigativo.

Para elegir los relatos de las participantes como fuente principal de información para esta investigación, partimos de algunos de los postulados de la epistemología feminista.

Diversas autoras desde el feminismo plantean críticas al sujeto construido por la ciencia como uno tradicional universal e implícitamente masculino (Harding, 1987). Desde este enfoque se busca dejar ver las relaciones entre saber y poder, criticando también el ideal de objetividad clásica que participa en esta relación.

la epistemología feminista se constituye como una teoría crítica, exponiendo la dimensión política de la ciencia y explicitando las relaciones entre saber y poder. Brindar instrumentos para el análisis crítico de la sociedad, exponiendo las relaciones de poder implícitas en la producción de conocimiento y las categorías de pensamiento. (Rouvray, 2012, 21)

La ciencia y la construcción de conocimiento han tenido una relación inestable con la participación de las mujeres tanto como investigadoras como cuando son tomadas como objeto de estudio, es a partir del siglo XIX y XX que comienzan a participar en mayor medida en estos ámbitos de producción de conocimiento.

En el camino de identificar y deconstruir el rol sometido de las mujeres en la sociedad, la epistemología feminista se plantea reflexionar en torno al género -conjugado con otras variables como puede ser la clase, la raza, la sexualidad- y cómo el mismo afecta en la producción de conocimiento y en las distintas relaciones de poder que toman lugar en su construcción. Así, la epistemología feminista no plantea que el género se ubique como una

categoría que influye en mayor grado en las relaciones de opresión, sino que interactúa con diferentes marcadores sociales como la raza o la clase (Rouvray, 2021)

En este sentido la epistemología feminista

Procura poner en evidencia cómo a las mujeres se les niega que tengan autoridad epistémica alguna, en qué medida se producen teorías científicas que invisibilizan las actividades e intereses de las mujeres y que las representan como desviaciones con respecto al modelo universal masculino, y de qué manera se genera conocimiento científico que refuerza y reproduce una sociedad organizada jerárquicamente en función del género (Rouvray, 2021, p. 17)

Existen diversas corrientes dentro de la epistemología feminista que proponen diversos abordajes, no siendo estos contradictorios, sino resaltando distintos aspectos de las relaciones de poder que tienden a someter a las mujeres. En el caso de la teoría del punto de vista feminista, sus exponentes rechazan el supuesto de que es factible una explicación general, universal y abstracta del conocimiento, planteando el abordaje de la construcción del mismo como un fenómeno situado. Pero también desde esta perspectiva, diversas autoras plantean conceptualizaciones divergentes siendo tres los principales enfoques: como encarnado en la ubicación social y la experiencia social de las mujeres, como construido en comunidad y como un sitio a través del cual comenzar la investigación. (Rouvray, 2012, p. 32)

Uno de los principales consensos dentro de esta corriente es el rechazo del punto de vista como una propiedad de características individuales, apelando al nacimiento de estas conceptualizaciones a partir de una comunidad. Así, el punto de vista es considerado como un producto relacional en donde la identidad de las mujeres se construye enmarcada en comunidad, y por tanto para su acercamiento es necesario considerar el contexto social en el que se encuentran inmersas.

Para los fines de este trabajo resultó particularmente interesante la perspectiva que plantea al punto de vista encarnado en una ubicación social determinada y en experiencias situadas de un grupo de mujeres. En este sentido, Rouvray trae a primer plano los planteos de Smith, donde el punto de vista es considerado “no como una forma de conocimiento dada y finalizada sino como una manera de asentarse en la experiencia para hacer descubrimientos desde allí” (Smith 2008 en Rouvray, 2021, p. 34). Para la autora Smith el punto de vista no

representa una forma estática e inamovible sino como una manera de tomar las experiencias y a partir de allí construir nuevos conocimientos.

Cabe entonces preguntarnos por qué el punto de vista de las mujeres está en condiciones de ofrecer una visión menos parcial o diferente de las relaciones sociales. En este sentido, uno de los principales argumentos de las autoras de este enfoque es que la especificidad de la vida de las mujeres ha sido históricamente ignorada en la producción de conocimiento e instituciones políticas de carácter androcéntrico y que posicionan al hombre universal como centro.

Entonces a partir de que la historia es construida por quienes detentan poder en la estructura social, es relevante construir estos relatos desde la perspectiva de quienes resisten, buscando generar relatos disidentes y menos distorsionados de la realidad social (Harding, 1987) Es pertinente resaltar que si bien las teóricas feministas que integran la corriente del punto de vista afirman que las mujeres se encuentran en una posición privilegiada para comprender las relaciones de poder, y es necesario comenzar a investigar desde estas perspectivas en pos de obtener menos parcialidad en la descripción de la realidad social y natural, no consiste este enfoque en relatar descriptivamente las experiencias de las mujeres, sino que la apuesta es a realizar una tarea más amplia que pueda explicar críticamente el funcionamiento regular del orden socio-político vigente en cada momento.

4.2. Diseño metodológico

Debido a la complejidad de la realidad a abordar, resulta interesante el enfoque cualitativo como modo de aproximarnos a las experiencias de las mujeres privadas de libertad respecto a la atención de su salud durante el encierro. En los estudios cualitativos “el investigador se focaliza en aprender el significado que los participantes otorgan al problema o fenómeno en cuestión” (Batthyany y Cabrera, 2011, p. 78).

La investigación cualitativa representa un enfoque fructífero para generar una lectura más compleja y generar otro tipo de conocimiento en torno a la salud y enfermedad como objeto de estudio. Este enfoque permite flexibilidad e interacción entre las diferentes etapas del trabajo investigativo, que pueden ser revisadas, cuestionadas y transformadas durante todo el proceso.

4.2.1. Técnica de investigación

Los datos fueron relevados mediante entrevistas semi-estructuradas con MPL “Una entrevista de investigación cualitativa intenta entender el mundo desde el punto de vista del sujeto, revelar el significado de las experiencias de las personas, desvelar su mundo vivido previo a las explicaciones científicas” (Steinar Kvale, 2011, p. 19) Se realizaron 12 entrevistas pero finalmente serán analizadas solo 11, ya que en una no se logra escuchar claramente los relatos por diferentes motivos (ruidos de ambiente y modulación).

4.2.2. Universo, población y muestra

Universo: Unidad de Internación Penitenciaria N 5.

Población Las MPL de la Unidad de Internación Penitenciaria N 5

Unidad de análisis: los discursos de las MPL en torno a sus experiencias de privación de libertad y atención de la salud.

4.2.3. Criterios de selección

La unidad N 5 del área metropolitana de Montevideo es una de las cárceles que reúne exclusivamente MPL en carácter preventivo o con penas judiciales. Se encuentran alojadas allí mujeres de todo el territorio, siendo la distancia con sus zonas de origen una constante problemática. Se seleccionó este centro por el vínculo institucional construido a través de la Udelar, concretamente en un espacio de formación integral, esto no quiere decir que el panorama de dicho centro sea generalizable al resto de las unidades de nuestro país donde se encuentran privadas de libertad mujeres.

En cuanto a los criterios de selección vinculados a la conformación de la muestra, el principal objetivo fue contar con al menos una mujer participante de cada sector (cuestión que no se pudo concretar finalmente), debido a las diferentes características que cada uno determina en la cotidianeidad, afectando la movilidad dentro del establecimiento y/o el acceso a diversas actividades.

La distribución de las MPL es por sectores, siendo el primer, segundo y tercer piso del edificio destinados a alojamientos que se organizan en este, centro y oeste. Los sectores son

cuartos de grandes dimensiones donde son alojadas muchas mujeres (en algunos hay hasta 50 MPL), la particularidad de las grandes dimensiones corresponde a las características de un hospital, como mencionamos anteriormente la unidad se encuentra ubicada en la infraestructura del ex Hospital psiquiátrico Musto.

La conformación final de la muestra se describe en la siguiente tabla:

Nombres y datos de las MPL participantes. Tabla: n.º1

Nombres	Edad	Sector	Características del sector
Martina	27	Primero Este	De máxima confianza, las participantes que se encuentran aquí manifiestan tener ciertos niveles de autonomía dentro del centro para la movilidad, sin necesidad de ser acompañadas por un operador penitenciario.
Julia	25	Primero Este	
Paula	35	Primero Oeste	
Lara	29	Primero Oeste	
Daiana	34	Primero Oeste	
Marta	38	Segundo centro	Seguridad media, las participantes que se encuentran aquí plantean salir para actividades específicas como trabajo o estudio.
Sonia	58	Segundo centro	
Crisálida	60	Segundo Oeste.	
Estela	32	Tercero	Máxima seguridad, las participantes que se encuentran aquí plantean tener mayores tiempos de encierro en sectores, en este sector los funcionarios son policiales únicamente
Natasha	35	Tercero	

			Para movilizarse por el centro las MPL deben ser acompañadas.
--	--	--	---

En cuanto a las mujeres que participaron de las entrevistas, el promedio de edad fue 37,3 años y se ubicaban alojadas en módulos con distintas características. Gran parte de las participantes manifestaron tener hijos/as que están al cuidado de un familiar en su ausencia, solo una de las participantes expresó que su pareja también estaba privada de libertad.

Una de las entrevistadas expresó ser extranjera (Argentina), cuatro de las entrevistadas del interior del país (San José, Maldonado, Canelones y Rivera) y las demás de Montevideo.

La mayoría coincidió en estar trabajando por un peculio en el centro, solo dos mujeres manifestaron que por cuestiones médicas no se encontraban trabajando. El estudio también apareció aunque en menor medida que el trabajo, una de las participantes manifestó estar cursando estudios de educación primaria, la gran mayoría estar cursando materias del liceo, y solo una de las participantes manifestó estar cursando estudios terciarios.

Esta investigación se basó, además de en el producto de la metodología descrita anteriormente, en la revisión de bibliografía y fuentes secundarias que nutren tanto el apartado de antecedentes como de marco teórico que se desarrollarán a continuación.

5. TRABAJO DE CAMPO

El primer contacto con la Unidad N°5 fue a través de la Comisión de derechos humanos del centro de estudiantes de FCS, en el marco del EFI “Voces del encierro”. A partir de ese primer encuentro y a través del intercambio con diversos grupos de mujeres privadas de libertad, la salud y la atención en salud se posicionaron como algunas de las áreas que presentaban un alto nivel de disconformidad para las MPL.

En las instancias grupales se intercambió sobre las distintas condiciones de encierro que recaen sobre las MPL presentes, surgiendo cuestiones vinculadas a la salud, a la higiene del lugar, la calefacción y a la alimentación como centrales. Estos aspectos constituyeron un puntapié inicial para dar curso a la investigación que aquí se presenta.

Una vez decidido el comienzo del trabajo presente, se comenzaron a gestionar los permisos correspondientes para trabajar con la institución. Las entrevistas se realizaron en una oficina gestionada por la subdirección técnica, excepto una que fue realizada en el espacio de visitas del sector segundo centro. Se designó una operadora penitenciaria para acompañar el proceso investigativo, quien se encargó primero realizar un recorrido por las instalaciones, por intermedio de ella se pudo intercambiar con diversas mujeres -muchas de las que luego fueron entrevistadas-, y también de recorrer cada sector para contar los motivos de mis visitas, de que se trataba la investigación e invitar a participar de las entrevistas a quienes desearan hacerlo. Se entrevistó a mujeres de los sectores; primero -este, oeste y centro-, segundo -centro y oeste- y tercero. En las instancias de entrevista, la operadora asignada se encargó de seleccionar a las mujeres (entre aquellas que se mostraron dispuestas) y de acompañarlas desde los módulos hacia la oficina en que se realizaron las entrevistas

Durante las entrevistas se generó un clima de respeto y disposición para el intercambio, en que las mujeres se mostraron dispuestas a compartir sus experiencias en mayor y menor profundidad. La voz de las participantes fue central para la construcción de este trabajo, así

como también se torna pertinente explicitar el lugar privilegiado de investigadora en el proceso, llegando a las entrevistas como mujer cis género, blanca y de clase media cuestión que tuvo en cuenta a la hora de seleccionar palabras, preguntas y formas de intercambio. Factor a destacar el carácter intergeneracional del intercambio, que muchas veces actuó como propulsor para que las participantes de más edad compartieran con detalles sus experiencias, con la intención de compartir su saber con las nuevas generaciones.

6. ANÁLISIS

El análisis buscó profundizar la mirada sobre la situación de las MPL en su cotidianidad relacionada a las situaciones de enfermedad que padecen, y la atención sanitaria que se brinda por parte de la institución.

En este sentido, se estructuró en tres ejes centrales para abordar la información recabada en las entrevistas con las participantes, de manera tal que reflejen los principales factores que entran en juego en la tríada que encuadra el presente texto: encierro-género-salud; y que la profundización en estos pueda ser clara, a saber: a) la cotidianidad en el encierro; b) la vivencia subjetiva de las MPL de la enfermedad y su atención; y c) la atención sanitaria en la institución desde una mirada crítica con perspectiva de género

6.1. Vida cotidiana y encierro

La materialidad de la vida cotidiana en el encierro penitenciario

En este apartado se describe el vínculo entre las condiciones materiales de vida dentro de la unidad n° 5 y la salud y la enfermedad. Para esto se pone el foco en la producción de la escasez y la degradación del sistema penitenciario, para aproximarnos a las formas en que estas situaciones de encierro son percibidas como factores externos que influyen en las trayectorias subjetivas de las MPL (Daroqui, 2014). Profundizaremos en cómo se construye la vida cotidiana en el encierro desde una mirada de la materialidad, así como la organización del tiempo dentro de sus rutinas cotidianas, en su vínculo con la salud y la enfermedad.

6.1.1. Condiciones edilicias

Las condiciones edilicias y de acondicionamiento de la Unidad N°5 aparecen en las experiencias de las mujeres como un factor que afecta sus estados de salud. Con respecto a la infraestructura, la humedad del ambiente en pisos, paredes y techos y la falta de vidrios (o algún material que oficie de protección contra las condiciones climáticas) son algunas características del espacio mencionado que traen las entrevistadas como condiciones de precariedad. Éstas se vinculan en algunos de los relatos a la vulneración de las experiencias

con respecto a sus estados de salud, dando lugar a padecimientos tales como hongos en uñas y piel, infecciones urinarias, congestiones, entre otras.

Horrible. El duchero está muy frío y no tiene vidrio, no tiene nada. Se gotea todito si llueve como afuera, y yo igual me tengo que bañar ahí. ¿Qué voy a hacer? Me puedo agarrar algo con lo que tengo, viste que... yo igual me tengo que bañar. Me baño ahí y mis compañeras me llevan envuelta en una toalla para el cuarto. Ahí en el cuarto me secan bien y me abrigan porque... si me quedo en el duchero me muero. Te morís de una congestión.” (Crisálida, 60 años)

No tenemos vidrio, nos cagamos de frío, el agua nos inunda todo. Ya ahora tenemos un hall que entra agua horrible, yo puse tres tablas paradas y ta fue lo que tapo un poco la lluvia que no entrara porque si no se inunda toda la celda, no hay ni un vidrio está todo a la miseria” (Daiana, 32 años)

Las condiciones de los techos se te vienen abajo, son un asco –acá el techo está divino ponele, porque tiene grietas y humedad- en los ducheros es todo el cielorraso de moho, ventanas ahora mantenimiento arregló un poquito, nos pusieron un calefón que calienta menos que antes –me encantaría decirle a la directora que si escucha el audio devuélvanos el otro o ponga los dos, me mata la mujer pobre- teníamos uno de 200, trajeron uno de 100. (Julia, 25 años)

6.1.2. Higiene

Las participantes se mostraron disconformes en cuanto a la higiene y encontraron aspectos del cuidado y aseo del espacio que se desarrollaron en afecciones a la salud. En este sentido, en múltiples entrevistas lograron identificar distintos motivos que influyen en este aspecto. La modalidad de limpieza que las participantes relatan es por sectores, y además existe un grupo llamado “predio” que se encarga de la limpieza de los espacios comunes.

En lo personal yo soy muy limpia, me baño todos los días, pero me he agarrado hongos porque las duchas son un asco. Nuestro sector está bien organizado en el tema de la limpieza por cuarto, se limpia todo: cocina, baño, duchero, el tema es la mantención de la limpieza, cosas de la convivencia, como te digo primero uno, después lo grupal. (Julia, 25 años)

La limpieza del espacio aparece como un tema que afecta la cotidianeidad, y por ende, afectando también en cuestiones de salud y de convivencia. Es interesante la observación que realiza una de las entrevistadas, en cuanto a las diferentes trayectorias vitales previas al encierro de las convivientes en los sectores, y cómo ésta determina diversas maneras del cuidado del espacio, produciendo encuentros y desencuentros entre compañeras.

No está muy bien la higiene, pero las presas tampoco cuidan o sea no es culpa tampoco del establecimiento o sea, vos en tu casa creo que vos no agarrás un adherente y lo ponés en el caño, con la regla, con sangre, es cotidianamente. Adherente tanto diarios como del mes, todo tirado, eso va en la PPL. (Crisálida, 60 años)

También en cuanto a las experiencias con la higiene del espacio que habitan, las MPL manifestaron la necesidad de acceder a los elementos necesarios a través de la visita, ya que los elementos proporcionados por la institución, además de ser escasos, son percibidos como inadecuados: *La higiene es lo principal, lavarse las manos asiduamente porque estás contacto con (...) no sabes qué pasan las cucarachas, no lo ves pero sabes que las cucarachas también defecan y orinan y eso te puede dar diarrea.*(Crisálida, 60 años)

Finalmente, con respecto a este aspecto, una de las problemáticas centrales que surgió fue el tema de la falta de control de plagas, particularmente roedores, ya que en todos los sectores las entrevistadas manifestaron haber convivido con ratas constantemente. Situación alarmante para muchas debido a la conciencia sobre las enfermedades que transmite, y situación cotidiana para quienes traen la experiencia de esta convivencia con normalidad.

Hicimos carteles del hantavirus, de todo lo que genera la basura que trae más ratas, problemas de salud, todo como: cuidate, cuida el espacio. Lo de las ratas es muy fuerte, aparte yo lo estudie y sé que una rata cada 22 días puede llegar a tener 24 ratones, vos imagináte una rata en un año (...) con eso te digo nada. (Julia, 25 años)

Si es por eso hay ratas por todos lados, y aumentan los perros. Los encontrás cuando entrás, hay abundantes perros, el otro día entró un perro que no era de acá y la policía lo andaba corriendo. Hay de todo acá, pero sobrevivís. (Martina, 27 años)

6.1.3. *La alimentación en el foco*

La alimentación se constituye como una de las principales preocupaciones en los relatos de las MPL. En cuanto al acceso, fueron dos las participantes que manifestaron acceder a una dieta únicamente compuesta por los alimentos entregados por el centro. Si bien una de ellas manifestó conformidad con la misma, Marcela, además de mostrar inconformidad, relató su experiencia respecto a las afecciones a nivel salud que le generó la ingesta oficial.

Marcela ingresó al mundo penitenciario con 27 años, en un contexto que describe como “de pobreza”, y con problemas de adicción a las drogas. En su relato comparte cómo encontró determinados obstáculos para mantener vínculos externos, sin recibir visitas durante el primer año y medio de su encierro. La inexistencia de redes externas la llevó a alimentarse con la dieta básica entregada por el centro; ella plantea la experiencia de padecimientos de salud vinculados al estómago y al sistema gástrico, que relaciona con las condiciones de encierro, y con la alimentación que sostuvo durante ese período:

Yo era sana hasta que entre acá, cuando entré, sí bien dejé de lado el problema de la droga, pero agarré mil millones de afecciones a nivel salud, hoy por hoy tomo medicación crónica correspondiente al estómago, tengo 24 llagas en el estómago, una hernia en la boca del estómago también, tengo 5 cirugías de trombosis intestinal y... sigo en tratamiento gástrico, me han hecho fibrogastro, me han hecho colonoscopia, ¿por qué motivo? la comida. La comida es una cosa que si vos la dejás a la noche hace burbujas y fermenta, el guisito de acá, el famoso rancho... (Marcela, 27 años)

La existencia o no de vínculos familiares externos se presenta como determinante en la experiencia alimenticia, situación que visibiliza la precariedad alimentaria del centro, posicionando la provisión estatal como no satisfactoria en los relatos.

el que no tiene visita, o no se puede comer una fruta, o no puede mantener una línea de comida saludable, y tenés que depender de acá que la mayoría dependemos de acá, yo estuve un año y medio comiendo de acá que me generó todo lo que te dije recién” (Marcela, 27 años)

Por otro lado, es interesante aproximarnos a las experiencias que comparten las MPL que trabajan en cocina al momento de la entrevista. La participación en este espacio se vuelve un

beneficio dentro de la lógica de la gestión penitenciaria, favoreciendo las experiencias alimenticias. Este espacio es construido como diferenciado de otros en la unidad, y contribuye también a ordenar la precariedad alimentaria, favoreciendo el vínculo con la alimentación y propiciando la autonomía en la preparación de las comidas. (Daroqui, 2014)

Yo trabajo en la cocina y como acá. El tema es que estoy cansada (...) claro uno no está acostumbrado a comer todos los días guiso, tuco. Pero yo me hago traer comida de afuera, mis padres me traen y voy guardando y si no acá arriba nos dejan cocinarlos, comer lo que queremos, al trabajar ahí nos dejan. Pero cuando estaba en otros pisos no tenía ganas de comer, y así mismo ahora no me dan ganas de comer (Paula, 35 años)

En definitiva, la cocina se plantea como un territorio al que es deseable acceder, y en este sentido, las MPL que trabajan allí tienen una visión más positiva con respecto a los platos que ofrece el centro, mientras que por otro lado, otro grupo de mujeres plantea que si bien las compañeras encargadas cocinan de una manera adecuada y cuidadosa, la materia prima y la cantidad de platos que deben cocinar inciden en el producto final, en donde muchas veces no llega en las mismas condiciones que se preparó a los módulos.

Por otro lado, y asociado a la atención específica de la salud, algunas de las participantes manifiestan tener asignadas dietas especiales, como la dieta cruda otorgada por padecimientos gastrointestinales, por bajo peso o diversas enfermedades. Tal es el caso de Sonia, quien compartió su historia. Luego de que la institución definiera su diagnóstico de osteoporosis, dada su avanzada edad y deterioro corporal, se le prescribió la medicación “tramadol” de manera regular y prolongada.

Este consumo, conjugado con la mala alimentación, le provocó una úlcera en el estómago grave con sintomatología como vómitos de sangre y desmayos. A partir de este suceso fue atendida extramuros, y su familia comenzó una apelación para que pueda terminar su pena en prisión domiciliaria debido a su vulnerable estado de salud. Mientras tanto, la institución le otorgó una dieta cruda, con una mayor variedad de alimentos, que puede cocinar gracias a la solidaridad de sus compañeras, quienes colaboran con elementos para la preparación y cocción de estos.

Para... pues como tengo una úlcera ¿no? Tengo que comer dieta, para que eso no se... Se cure bien, se cierre bien la herida, tengo que comer dieta. Es pollo hervido

con zapallo y papa y zanahoria. Y si no un pedazo de carne con... con lo mismo, con la misma verdura. Que a veces lo pongo todo en una olla ¿viste? Como son siempre cosas secas, secas, secas, secas lo pongo en una ollita y las compañeras me lo licuan y me hacen, me hacen como una sopa crema con verduras... Y ta. (Sonia, 58 años)

Como se planteó al comienzo del apartado, y volviendo a los planteos de Daroqui (2014) la producción de escasez alimenticia también se construye como una violencia penitenciaria en el marco de la gobernabilidad. La provisión inadecuada se vincula dentro de las experiencias con múltiples afecciones a nivel salud por parte de las participantes, generando situaciones de privación de libertad más vulnerables.

6.2. Sosteniendo el encierro

En esta sección se buscó profundizar respecto a las diversas estrategias de tránsito que construyen las participantes en la vida cotidiana en el centro y desde fuera, y cómo se vinculan con las situaciones de enfermedad o salud que viven.

En esta línea, se constataron dos factores principales que estructuran la vida en el encierro: por una parte, la participación en actividades laborales, sociales o educativas como estructurantes de la cotidianidad, y por otra, apareciendo como eventos disruptivos de la misma, se traen las experiencias de las MPL la dificultad de sostener los vínculos con sus redes familiares extramuros. Así, la preocupación por el bienestar de sus hijos/as constituye una de las experiencias compartidas con mayor recurrencia en los relatos sobre la cotidianeidad de las participantes.

La cárcel es caracterizada como una institución total según los postulados de Goffman (2000) quien plantea para el funcionamiento de las instituciones totales, una serie de rupturas de los internos respecto a los roles sociales en los cuales se estructuraba su vida en la sociedad. Tal como expresan las participantes, la ruptura con el rol materno es una preocupación constante.

Las formas de atravesar estos eventos determinan distintas estrategias para sobrellevar la cotidianeidad. También es relevante la variación de experiencias según el sector en donde se encuentran detenidas, en tanto las divergencias que los sectores de la institución configuran en este tránsito tienen que ver con la autonomía con la que logran manejarse dentro de los tiempos pautados y restringidos del encierro. Así describe Marcela su primer periodo en el encierro penitenciario:

por el mismo encierro creo que a todo el mundo le genera un desnivel emocional, a ver cómo se tomó acá, voy consulto, me siento mal, lloro mucho, estoy encerrada, estoy angustiada, me prohíben mi libertad y genera millones de cambios, no tengo a mi hijo, no puedo desplazarme y es anti humano, entonces eso me genera una depresión normal, dentro de los parámetros de lo normal que me pueda llegar a pasar. (Marcela, 27 años)

6.2.1. Actividades de servicio/trabajo

La importancia que algunas de las participantes le otorgan a las rutinas como estructuradoras de la cotidianidad aparece en diversos relatos, las MPL describen cómo organizan su tiempo en los márgenes institucionales buscando moverse con autonomía en algunos casos o dejándose llevar por los ritmos institucionales en otros.

El relato que comparte Natasha quien se encuentra detenida en el tercer sector del centro deja ver esta importancia. Debido a que se encuentra detenida en el sector de máxima seguridad se ve ajustado institucionalmente en mayor proporción el uso del tiempo y los espacios, las instancias en las que las MPL pueden salir del sector son expresamente a actividades de estudio, trabajo o atención médica. Ella trabaja en la cocina de la institución al momento de la entrevista y manifiesta encontrarse en ese sector por decisión propia, ya que el número de mujeres es menor y, según lo que nos cuenta, se puede convivir mejor que en otros sectores donde hay cincuenta MPL aproximadamente.

Y mi rutina, me levanto me baño vengo limpio la cocina de 10 a 12, a las 12 entrego la comida después me voy a mi piso, como algo, miro tele, me comunico con mis hijos, después a las 3 hasta las 5 lo mismo, vengo y limpio, a las 5 entrego la comida, mi piso y preventiva, por lo menos me entretengo, ¿sino cómo la llevas acá adentro?, empastillándose, lo que hacen las gurisas meta canica, meta canica (Natasha, 35 años)

Es interesante ver como en el relato de Natasha el uso y distribución del tiempo aparece como evasiva al consumo de fármacos para sobrellevar el día a día que observa en sus compañeras

de sector. En este aspecto el trabajo también puede considerarse como un espacio que beneficia el cuidado de la salud mental, en tanto alternativa y como modo de uso del tiempo.

Por otro lado, Crisálida comparte parte de su rutina, ella se encuentra alojada en el sector segundo oeste, y por tanto tiene derecho a mayor autonomía para moverse en el centro, dedica sus horas a trabajar con las Iglesias que se hacen presentes en el centro para trabajar la educación religiosa y la caridad:

Mi rutina es levantarme 6:30, si tengo algo para desayunar desayuno si no tomo mate, ingreso a trabajar, trabajamos de 9 a 13 y después vamos al piso, a veces estamos media hora en el piso y tenemos que bajar porque vienen las iglesias, después estudio, los días de estudio nos dan un papelito para presentar en laboral, y lo voy a seguir afuera a pesar de la edad que tengo (Crisálida, 60 años)

Finalmente, es interesante la descripción que realiza Lara de su rutina, donde el tiempo de encierro en que expresa estar en su cuarto es el que ocupa mayor parte de su rutina, siendo la instancia de trabajo la única socializadora externa al cuarto y a sus compañeras próximas:

Trabajamos en el taller de costura pero como tenemos el taller cerrado estamos acá de voluntarias. Entramos 8:30 al taller hasta las 12:00, entramos a las 13:00 hasta 4:30 después vuelvo al piso me baño, me apronto mi mate tranquilo en mi cuarto hasta el otro día. (Lara, 29 años)

6.2.2. Actividades de ocio

La relevancia otorgada a las rutinas aparece también en otros relatos, como es el caso de Julia, una de las participantes más jóvenes, que le otorga un rol central a la rutina en su tránsito por el encierro penitenciario.

Uy hago de todo (j) Me levanto a las 6 del mañana me baño, voy a trabajar –trabajo en la cocina en el área de población, cocina para las presas- después de la una de la tarde tengo el liceo y los cursos, los martes y jueves curso: escenografía,

electricidad, electrónica, pintura, mantenimiento, soldadura, es todo lo que aprendí. Y está todo basado en el carnaval. (Julia, 25 años)

Continuando el intercambio acerca de su rutina, plantea como central “mantenerse ocupada”, siendo esta la estrategia que despliega para sobrellevar el encierro sin consumir fármacos, cuestión que manifiesta como extensiva en su contexto cercano (referido a compañeras de sector)

Hago deporte, voy acá abajo. Cuando está cerrada la cancha porque a veces salgo 12:30 de la cocina y las operadoras están comiendo hasta 13:30 y yo esa hora corro alrededor de la cancha de fútbol, siempre estoy yo esperando el gimnasio, pongo música a full y siento como un poco de libertad, cuando corro siento que se oxigena el cerebro y me hace bien, imagínate: una está presa está llena de mala onda, si salís a correr y vas a los cursos y eso a las 8 de la noche no existo más. (Julia, 25 años)

Y ante la pregunta sobre si iba mucha gente a hacer deporte, contesta: *Y ahora que llueve no, y siempre es el mismo ciclo, somos las mismas de siempre, todas las demás (señas de tomar pastillas) no lo voy a decir, ¿ok?*

Por otro lado, la participación en espacios o actividades aparece coartada por motivos de salud en algunas experiencias compartidas. Así sucede en el relato de Sonia, quien se encontraba trabajando y realizando talleres de diversos oficios, cuando a partir de su experiencia con una úlcera en el estómago vio recortadas todas sus posibilidades debido al dolor que le provoca mover su cuerpo y los cuidados que debe tener, así describe su día a día; *¿Cómo es tu rutina acá adentro, la rutina de todos los días?: Te levantas, te bañas, comes algo y te acostás. Te levantas, te bañas, comes algo y te acostás. (Sonia, 58 años)*

Se pudo ver en las distintas experiencias de tránsito por el encierro la centralidad e importancia que las MPL le otorgan a la participación en actividades, construidas como espacios estratégicos de resistencia. Esta participación aparece, tal como en la experiencia de Natasha o de Julia, muchas veces como una forma de evitar el consumo de fármacos para sobrellevar la cotidianidad del encierro, cargada de dolor.

6.2.3. El contacto cotidiano con el afuera

Según relatan las MPL participantes, el sostén de los vínculos familiares externos ocupa gran parte del tiempo en el encierro. Las participantes compartieron diversas estrategias siendo la

comunicación por teléfono el principal medio, teléfonos tanto institucionales como personales. El centro alberga a una gran proporción de las MPL del país, por lo tanto es común que las mujeres privadas de su libertad aquí se encuentren lejos de sus hogares y su familia, lo que implica dificultades a la hora de sostener la visita penitenciaria.

La necesidad de la constante comunicación está relacionada en muchos casos con la crianza de hijos/as que se encuentran fuera bajo el cuidado de otros familiares. Esto se refleja en el discurso de Estela, quien se encuentra privada de libertad hace 9 meses dejando una hija de 14 años al cuidado de su hermana mayor,

Yo por ejemplo tengo una hija que va a cumplir 15 años, ahora en setiembre, tengo montones de problemas, mi hija se quiso suicidar tres veces, cuando yo la dejé era virgen, ahora ya es una mujer, ya se acostó con muchachos, y para ella acostarse con muchachos es como... Yo le digo: “tenés que aprender a amar tu cuerpo, primero amarte vos, amar tu cuerpo, y después vas a ver que estás haciendo mal lo que estás haciendo (...) yo jamás estando afuera imaginé que mi hija a los 14 años ya iba a estar en los brazos de un hombre, teniendo sexo, por la forma en que yo la eduqué. Entonces, si yo me empastillo, ¿cómo encaro hablar con mi hija chica? (...) yo tengo que encarar y ver la forma de encararla a ella, porque yo no puedo salir y abrazarla y explicarle a ella y decirle: “vamos a hablar” Con una pastilla no puedo llamarla re drogada, en mi cabeza ¿no? Miro a las mujeres que lloran por los hijos, pero no vas a hacer nada tomando una pastilla para dormir (Estela, 32 años)

También se encuentran discursos sobre el afuera desde las dinámicas que surgen para el ingreso de alimentos, o las necesidades de enviar cosas materiales a sus hijos. Como se mencionó, gran parte de las participantes expresan tener hijos/as fuera a su cargo, muchas veces el cuidado queda en manos de familiares y ellas intentan colaborar económicamente con todas las limitaciones que presenta el mundo penitenciario para recibir un sueldo, en este caso peculio. Nos comparte su experiencia en este aspecto Marcela, quien al comenzar su vida penitenciaria dejó en manos de su familia el cuidado de su hijo siendo esto una constante preocupación y horizonte de acción, donde toda decisión se ve vinculada con poder colaborar y participar en la crianza.

Hay gente que acá trabajando accede a un peculio, el peculio es un sueldo, bueno, ese sueldo el mayor que hay son unos 3600 pesos por mes, con eso no me hago un

surtido para sobrevivir medianamente acá, porque si a vos no te alcanza afuera a mi acá adentro me sale el doble, porque tengo que pagar una personas que no me lo compre, otra que me traiga y otro que me lo entre, entonces ¿que me queda a mí? A su vez, ¿cómo visto y alimento a mi hijo? Porque al yo caer acá se vieron vulnerados los derechos de mi hijo porque no le están pagando la asignación hace cuatro años, entonces toda mi vida está vulnerada, me siento bombardeada, pero me pueden atacar de todos lados, pero la dignidad no me la tocan, sigue en pie y yo sigo adelante (Marcela, 27 años)

6.3. La vivencia subjetiva de las MPL respecto a la enfermedad y su atención

Las experiencias de situaciones de enfermedad sufridas por las MPL son infinitas. Entre las más nombradas se destacan: infecciones ginecológicas, afecciones respiratorias y problemas gástricos. Así nos comparte Marcela quien se encuentra hace cuatro años en el centro, desde su experiencia en cuerpo propio y desde el convivir con otras MPL.

Las más normales y comunes, “normales” porque no es normal que te enfermes, es una cosa contrario a la normal, lo normal es la salud y lo anormal es la enfermedad, pero como acá adentro todo es al revés, lo normal sería que tengas infección urinaria, que toda la que haya pasado por acá puede haber tenido, problemas gástricos, respiratorios, y a nivel ginecológico, todo esto es muy propenso por el lugar que no tiene las medidas de higiene, convengamos que... es una cárcel y todos sabemos que las cárceles son horribles, no tienen medidas de higiene correspondientes, (..) porque usamos los mismos espacios, porque de repente caigo acá, me agarro un estrés mental en el que me deprimo, entonces ya no como, me bajan las defensas, entonces era sana hasta que llegue acá. (Marcela, 27 años)

Conforme profundizamos en la experiencia que comparte Marcela, pudimos ver como ella reconoce en la privación de libertad misma factores del encierro que inciden en su salud y se colocan como riesgosos para la misma. En este sentido, a partir de su relato se podría avanzar en que por el hecho de entrar en el centro es probable la experiencia de distintos padecimientos y enfermedades. También plantea inquietud respecto a la atención ginecológica como especialidad que debería estar cubierta, otorgándole un rol central en lo que refleja en la emocionalidad de las MPL.

Hay personas que tienen el DIU incrustado haciendo tumores, personas que se extirpando los órganos, que como mujer te genera no solo un desnivel a nivel salud, a nivel psicológico, te están sacando todos tus órganos que te van a permitir seguir siendo madre si quieres, o capaz que hay una que no es mamá y entra acá y se le corta la posibilidad de hasta ser madre, después tiene que hacer mil millones de tratamientos para ver si... y decís loco pará, ¿no será mucho? Todo esto por robarse un alfajor, en mi caso todo esto por sacar una moto y llevármela, si ya la estoy pagando, ¿por qué todo este plus? Porque este plus lo que hace es que yo vuelva, porque ahora que yo salgo me dejás enferma, no solo a nivel salud, enfermo a nivel cabeza (Marcela, 27 años)

Las percepciones de las mujeres respecto a la atención también se reflejan en la lectura que plantean sobre el lugar social en el que se encuentran. En diversas experiencias compartidas por las participantes pudimos escuchar la palabra *discriminación* refiriéndose a instancias de atención, y en otros, si bien no apareció explícitamente, las participantes lograron dar cuenta de este sentimiento a través del relato de vivencias subjetivas de diversas situaciones (Castro, 2000) Esto se da tanto en la atención intra muros, como también cuando las participantes relatan experiencias en las “conducciones”, es decir, las consultas médicas extramuros gestionadas por la institución penitenciaria en coordinación con ASSE.

Es relevante traer al centro el caso de Julia, de nacionalidad argentina, quien está privada de su libertad hace un año en Uruguay, en cuya experiencia profundizaremos más adelante. Tal como plantea en su relato, luego de una desatención primaria, accedió en carácter de urgencia a la atención ginecológica en un hospital público del país.

claro hay cosas que te llevan a que te des cuenta que tenés que prestar un poco más de atención, no importa que la piba este re loca de la cabeza. Yo estoy en contra de engrillear a las personas, no me gusta, es un procedimiento re feo, te hace sentir horrible, caminas por todo el Pereira⁹ y te miran todos y bueno está bien: estoy presa, ya fue, listo. (Julia, 25 años)

Por otro lado, con respecto a la atención intra muros, Daniela comparte la atención recibida debido a diversos padecimientos. Ella relata su vida, constantemente institucionalizada,

⁹ Centro Hospitalario Pereira Rossell.

primero en el INAME como menor, luego vivió muchos años en calle con múltiples entradas y salidas del sistema penitenciario. En cuanto a la atención reata que ha sido víctima de malos tratos y discriminación:

malos modos muchas, doctoras que, o sea, te miran por arriba del hombro como si fueran más que uno, insultan la inteligencia ajena porque piensan que porque somos PPL que no tenemos noción de la vida y somos unas turras. Muchas cosas, todo el tiempo nos están discriminando, o siempre algo pasa y siempre con la enfermería, no hay buena atención acá, yo acá sinceramente, ya se lo he dicho a la directora no les tengo confianza ya como me dejaron (Daniela, 32 años)

En cuanto a la confianza que las participantes depositan en el prestador de salud intra muros (SAIPPL) podemos verla expresada en una sensación de incertidumbre que las acompaña a partir de que constatan sintomatología y deciden buscar atención hasta la consulta con el personal de salud, (Castro, 2000).

Esta búsqueda de atención representa desafíos en la mayoría de los relatos compartidos e implica cuestiones tanto penitenciarias como sanitarias. Si bien profundizaremos en esto más adelante, es preciso traer al centro las dificultades que se presentan en esta búsqueda y el impacto negativo en las experiencias subjetivas de las mujeres.

Por un lado, el relato de Marcela permite ver el modo en que el operar de ambas instituciones se conjugan afectando las experiencias de acceso a la atención

es como medio complicado el tema de la salud, porque si uno mismo no pelea y no lucha, y en esa pelea y en esa puja te ves perjudicado, porque te desespera tener una enfermedad y no tener asistencia que corresponde, y te desespera más saber que no le vas a importar a nadie, que si no pateás y chillás no te atienden, pero si pateás y chillás tenés un informe, entonces no tenés derecho a sentirte mal ¿y porque tienes que patear por un derecho? ¿Por qué hay que agitar una reja, comerse informe, sacudir, gritar y putear, para que te atiendan de mala gana si es un derecho fundamental? o sea, no está funcionando bien y hay muchas cosas que por más que ASSE quiera no se logra llegar. (Marcela, 27 años)

Por otro lado, también focalizando en esta conjugación, es interesante el relato de Natasha quien -como se mencionó anteriormente- se encuentra en el sector tercero, donde la policía

debe acompañar a las MPL en los traslados, que son restringidos. Dentro de la unidad, las estrategias para acceder a la atención son más extremas:

la atención es complicada, acá te tienes para una asistencia bien tenes que cortarte, por ejemplo, pero a mí no me ha pasado más de un mareo por la presión, pero te dicen anda y acóstate porque es sábado y domingo no te atienden, así que sábado y domingo te puede dar un pico de presión y no te atienden un ejemplo. Porque sábado y domingo, vos te sentís mal/ me paso una vuelta ahora que estamos hablando, que yo me sentía mal y le digo mira que me siento re mal, la presión no es porque yo como algo dulce y se me va le digo me siento mal, me dice anda recostarte te doy algo para el dolor de cabeza y anda a acostarte porque sábado y domingo no atienden si no es algo grave. Entonces ahí empiezan, que se empiezan a cortar las gurisas ¿entendes?, porque ellas se cortan para que las atiendan por otras cosas porque si te cortas si te atienden, pero si estas mareado no. Hay cosas que están mal (...) ¿Entonces me tengo que cortar? Gracias padre nunca me corte. Pero hay gente que no le da la cabeza y se corta para que vaya a emergencia y no sé, les den algo para el estómago. (Natasha, 35)

Enmarcando estas experiencias dificultosas con el sistema de atención, aparece la cuestión de la confianza en la atención sanitaria recibida intra muros en conflicto a partir de experiencias negativas con la misma. Se pudo observar este proceso que desemboca en la desconfianza para con la atención interna en la experiencia que comparte Daniela, quien expresa no querer ser atendida en el centro. Ella relata cómo a partir de una medicación que le fue administrada para calmar un dolor de muelas se vió implicada en otros padecimientos de salud más severos, afectando por extensión el consumo de fármacos bajo proscripción.

Me dolía la muela, lloraba de dolor, la doctora no me quería dar asistencia, no me quería atender. Va mi pareja y le dice al capitán de servicio que estoy llorando del dolor de muelas, para que yo llore (pff) gravísimo, que estoy llorando del dolor de muelas que por favor que le dijera a la enfermera que me atendieran. La mujer re mala onda así, llama al enfermo para afuera y le dice dale un tramadol -que es similar a la morfina- yo tengo 33 años pero peso 41 kilo con 400 gr; no me aguantó el cuerpo, me mandaron al hospital. A raíz de eso me vengo del hospital, Rita la dentista me miente, me dice que me va a sacar la muela anterior porque yo le digo a Rita decime la verdad, ¿es la única muela que me agarra toda la

prótesis? Y dice no, te voy a sacar la anterior. La mujer me dejó con los dientes en la mano. No tengo muela que me enganche la prótesis, me judío toda la boca, toda la dentadura. A raíz de ese inyectable el pie me queda duro, me mandan un tratamiento de seis meses con pregabalina que es una droga. un complemento que es para el dolor, una pastillita que es para el dolor. Ahora tomo una a las 8 de la mañana y dos de noche, que no sabes cómo me dejan, re flotando, mal. (Daniela, 32 años)

A modo de cierre, es interesante esta reflexión que aporta Marcela, quien luego de padecer diversas afecciones a nivel salud durante el transcurso del encierro plantea:

me tengo que cuidar a morir porque acá si no estoy más no suma ni resta y si no tengo nadie que me reclame pero, mi caso es yo y mi hijo no tengo personas que me digan: vamo arriba Marcela estudia porque te estamos esperando, nos encantaría que en las fiestas estés acá, en esta mesa con nosotros porque nos haces falta. (Marcela, 27 años)

En este pasaje se relata una sensación de invisibilidad y responsabilidad individual sobre la salud dentro del sistema penitenciario. Dicha individualización del transcurso de la pena por parte del Estado conlleva nuevas formas de violencia (Torrecilla, 2013). Poniendo el foco en las experiencias subjetivas de los procesos de salud, enfermedad y búsqueda de atención en este contexto, se pudo observar una percepción de soledad en estos procesos, siendo recurrente el sentimiento de desprotección y desatención.

7. LA ATENCIÓN SANITARIA EN LA INSTITUCIÓN CARCELARIA DESDE UNA MIRADA CRÍTICA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

En cuanto al acceso a la atención en salud y enfermedad, pudimos constatar dos “modos” principales en las experiencias compartidas por las participantes, diferenciando lo que hace a una atención grave o crónica, de lo que refiere a cuestiones puntuales leves. Siendo el motivo de consulta un determinante de las experiencias con la atención en salud, donde las MPL manifiestan una visión más positiva o neutral del sistema de atención en los casos leves que graves y/o crónicos.

Así a partir de los relatos de mujeres que enfrentaron afecciones de salud en el encierro en donde, al compartir sus experiencias plantean haber requerido una atención más profunda y prolongada, se pueden advertir diversos obstáculos/barreras para una atención adecuada y eficaz tal como plantean las participantes.

Por una parte, se plantean los desafíos que trae la necesidad de acceder a una conducción para una amplia gama de estudios o especialidades médicas, que actúa como un factor que imposibilita el acceso a una atención oportuna desde las diversas experiencias compartidas por las participantes. Debido a la falta de equipo técnico en el centro son múltiples las ocasiones en que las MPL deben ser conducidas hacia hospitales públicos para recibir tratamientos y/o realizarse estudios, esto toma mayores dimensiones en las enfermedades o padecimientos que requieren atención específica, oportuna y prolongada. Así describe Crisálida su experiencia atendiendo diversos padecimientos gastrointestinales durante su encierro:

yo he querido hacer exámenes por todo lo que tengo y desistí porque como nos trasladan porque yo a mi edad tengo miedo de que (...) de un golpe ya sabemos que los huesos no resisten tanto ¿no? Y (...) no es seguro el medio de traslado.
(Crisálida, 60 años)

Las esperas y los tiempos de cada estudio, y en algunos casos de atención, aparecen en múltiples relatos como uno de los mayores obstáculos para una atención de calidad.

También los tiempos para el acceso se dan de formas diferentes dentro del centro. Natasha comparte su experiencia habitando el sector tercero, en donde la seguridad es máxima y la gestión es llevada a cabo únicamente por policías, no existiendo la figura del operador/a penitenciario. La necesidad de ser acompañada por un funcionario policial dificulta el acceso, en el sentido de que hay poca disponibilidad debido al bajo número de efectivos.

Igualmente, participantes de los sectores segundo y primero, quienes se encuentran bajo la tutela de operadores penitenciarios, también plantearon tener que ser acompañadas por un funcionario a la puerta de emergencia, a pesar de poder desplazarse con mayores grados de autonomía por el centro, cuestión que dificulta el acceso y la posibilidad de autocuidado.

Claro pero tercero es más complicado siempre fue, el tercero es una tranca total, porque enfermería pide que haya una policía en la consulta, y a veces hay una policía sola para el tercero e intermedio” (Estela, 35 años)

En cuanto a las experiencias con la atención dentro del centro también son interesantes las reflexiones acerca de las relaciones humanas que las mujeres identifican como intervinientes en sus experiencias de acceso. Esto se ubica particularmente en el proceso que describen las participantes de constatar un determinado síntoma y comenzar la búsqueda de atención. Muchas veces ese primer acercamiento desestima los relatos descriptivos de las mujeres, decidiendo que no es necesaria la atención a la persona.

Podemos ver esta cuestión aparecer en el relato de Marcela respecto a la vivencia donde los padecimientos gástricos fueron una constante durante meses, y la dificultad de acceder a una atención oportuna y profunda

cuando yo fui a consultar a ASSE fui una afección real y concreta, mira me duele la cola me sale algo acá cuando voy a mover el cuerpo, y me sale algo acá no sé si es hemorroide o que,- no corazón es el estrés del encierro, eso es porque están muy nerviosas ustedes, a ver corazón ven que es lo que está pasando – te estoy diciendo que me sale algo por la cola que me duele – no, eso es del estrés toma vení un caramelito, igual tome ponete esta pomada en la cola FLUXAN es para desinflamar un poco ¿ta? (...) Sigo consultando... sigo... y la respuesta es la misma durante un

año, hasta que llego un punto que si sentaba a orinar se me salía todo el intestino para afuera y después tenía que meterlo con el dedo, haciendo tipo baño maría con la cola introduciendo mi todo mi intestino para adentro con un dedo, y cuando iba a gritar me decían: ¿a ver Camejo que tienes ganas de joder vos? ¿Qué quieres quinto vos? ¿Qué quieres calabozo? - Loco no quiero calabazo loco, mirame como tengo, estoy mal, me duele –Da dada, a ustedes les duele todo acá, la determinación mía: discúlpame, el problema lo tengo hace un año que estoy llorando por esto, no puedo más, tengo esto me bajo pantalón me abro las nalgas y le muestro- . ¡Ay sí! Urgente por favor pase al cirujano. Me hacen cirugía un lunes vuelvo, al otro día otra trombosis más, martes cirugía vuelvo, al otro día otra trombosis más, así 5, lunes martes miércoles jueves y viernes, 4, pero a ver... no está bueno, porque tengo 27 años y estoy teniendo inconvenientes de una mujer de 60 años (Marcela, 27 años)

La percepción de que se llega a la atención en estadios avanzados de las enfermedades o afecciones aparece en diversas experiencias también. Así, tres de las participantes, quienes en sus descripciones se reconocen como muy enfermas en determinados periodos del encierro, plantean a partir de sus experiencias no haber recibido la atención correspondiente a la gravedad de la situación, sino haber recibido en los primeros acercamientos con el sistema de salud, evasivas o desestimación de las descripciones sintomatológicas elaboradas por ellas, tal como refleja la experiencia compartida anteriormente por Marcela.

En este sentido, dos participantes más afirman que si bien no experimentaron afecciones de salud que requieran una atención específica ni prolongada, sí presenciaron desenlaces de compañeras que tras la inatención en primera instancia desencadenaron cuadros más graves y difíciles de tratar.

Se expresa esta cuestión también en relatos que traen experiencias de compañeras. Tal es la lectura que hace Paula, quien más allá de manifestar estar conforme con las situaciones puntuales donde necesitó recibir atención, plantea la situación de una compañera con estas características “*tengo una compañera que se fue en libertad y era la vesícula y la dejaron pasar, pasar, pasar, pasaban calmante hasta que estuvo internada como 20 días a punto de reventar*” (Paula, 35 años)

7.1. La mirada de las MPL hacia las estrategias de gobierno

A partir de las experiencias compartidas por las participantes podemos observar que en el primer nivel de atención existe una percepción por parte de las MPL de que en diversas ocasiones existe un abordaje a priori farmacológico por parte de la institución sanitaria, que relatan cómo genérico más allá de los motivos de consulta y las descripciones de las pacientes.

Se puede visualizar en los relatos de las participantes algunas percepciones en cuanto a las formas de gobernabilidad institucional que ordenan el tránsito penitenciario desde la institucionalidad sanitaria. Apareciendo la conjunción de la atención médica y la gobernabilidad penitenciaria en la construcción de determinadas formas de vivir en el encierro “la cuestión” de la enfermedad o la salud. En esta línea es interesante el relato que comparte Paula, donde plantea acerca del abordaje que han desplegado desde el área de salud mental cuando ella acudió manifestando no poder dormir:

A mí por ejemplo como tengo pila de problemas familiares el psiquiatra me mando una medicación específica para poder descansar, pero ya hace 4 meses 5 que la vengo tomando y es de efecto rápido pero poca duración, entonces a las 3, 4 de la mañana estoy despierta. Entonces tengo que ir y pedirle que me aumente la dosis ¡pero no quiero! porque afuera no tomaba nada. Él me dijo es un estrés carcelario, pero si yo no tomo afuera, yo sola tengo que descansar, y tomar lo que me dan y cuando no, no las tomo y las acumulo. (Paula, 35)

Son múltiples los relatos en los que aparecen referencias a lo que podría constituirse como una estrategia farmacológica institucional de tránsito penitenciario. Para muchas de las participantes, las experiencias del encierro se encuentran permeadas por la misma. Buscando avanzar en esta línea, profundizaremos en el relato de Marcela sobre su ingreso al mundo penitenciario, donde comparte su entrada en el marco de un problema de adicción, y relata el tratamiento de rehabilitación que recibió en el centro.

porque yo ingresé... te podrás imaginar que una persona en carrera de consumo cuando ingresa acá está mal alimentada, con las defensas bajas, con pila de problemas de salud y al cortar con eso de golpe aún más porque ahora no son solo esos problemas sino la ansiedad, el cuerpo genera, transmite y habla por sí solo. En

eso, logre desintoxicarme por un lado, y cambie un vicio por otro cambie la adicción por pastillas, entonces pase de consumir a tomar 35 pastillas por día, en las que ASSE me daba 4 pero yo en los sectores compraba otras o cambiaba- te doy estoy championes dame 10 pastillas por favor que quiero dormir, me estoy comiendo los codos- y esa automedicación genera miles de cosas porque yo estoy tomando pastillas que por ahí son para la epilepsia, ósea tomo lo que sea con tal de no sentir nada. (Marcela, 27 años)

El relato de Marcela es ilustrativo de una estrategia despersonalizada de rehabilitación, en donde se generaliza la dirección de la atención, individualizando la responsabilidad de la salud. La falta de acompañamiento y contención del proceso de rehabilitación que cuenta Marcela conllevaron a un nuevo problema en su trayectoria en el encierro, asociado a una nueva adicción (ahora de psicofármacos) sin horizontes accesibles para superarla en la realidad en la que se encuentra.

Yo como hice para luchar contra este sistema y esa cuestión espantosa, pedí por favor que me encierren en quinto piso, el quinto piso es un lugar de castigo o un lugar que si este amenazado por h o por b por cualquier compañera vas ahí como una protección, como un amparo judicial, la institución te cuida mandándome ahí, “te cuida” porque no hay agua, no hay luz, no hay nada, tenes una piedra, vas con un colchón y venís con una almohada porque utilizas el polifon para limpiarte la cola, por ejemplo, o sea vulnerabilidad de los derechos en todo, te cuida en el sentido de que yo tuve que pedir por favor eso porque era la única manera de auto sujetarme y decir bueno: si estoy trancada 24/7 ahí no voy a consumir pastillas y esto no me lo van a dar más, entonces las primeras semanas voy a morder las rejas pero después me voy a desintoxicar, necesito hacer algo por mi vida, porque ¿qué pasa? Mi cuerpo no respondía pero mi mente seguía funcionando como ahora, me acuerdo que tenía los brazos levantados, duritos así, se me caía la baba, transpiraba mucho, estaba dura y... decía... Quiero salir este cuerpo, pensaba por dentro, no me responde quiero mover un brazo y no puedo estoy inútil me muero... tenía impotencia dentro de mi cabeza, mi cabeza funcionando normal y mi cuerpo que no me responde . (Marcela, 27 años)

Esta experiencia muestra la vía farmacológica como principal intervención en las adicciones, la cual también aparece en otros relatos, así como se repite en múltiples experiencias de búsqueda de atención, luego de la constatación de diversas sintomatologías por parte de las MPL. Estas prácticas apoyadas en el consumo de psicofármacos tienen efectos degradantes en el largo plazo, en la salud mental de las mujeres privadas de libertad.

El hecho de que Marcela plantee haber pedido traslado al quinto piso intentando dejar de consumir fármacos y luchando contra la abstinencia, alerta de la necesidad de un trabajo con otras instituciones en el abordaje de problemas de adicción y salud mental, para evitar seguir deteriorando la salud de las mujeres, y evitar que un espacio de castigo (5to piso) se convierta en la solución.

7.2. La construcción de los discursos de la salud y la enfermedad

La característica de la atención que se muestra evasiva en cuanto a la escucha de los relatos de las MPL cuando acuden a la consulta aparece en múltiples experiencias compartidas por las participantes, es descrita por la mayoría de las mujeres en sus experiencias propias o cercanas, y podría estar vinculada a prácticas del sistema sanitario que tienden a actuar *sanitizando* la vida de las mujeres, propiciando la reproducción de relaciones y roles de género heteronormativos “*las nuevas formas mediante las que el sistema sanitario re naturaliza a las mujeres, sanitizando sus vidas y reproduciendo las relaciones de género patriarcales.*” (Nogueiras, 2019, p.14) Invisibilizando la importancia de la participación de las MPL en la definición de afecciones, enfermedades y modalidades de tratamiento en el primer nivel de atención que se brinda en el contexto penitenciario.

Así lo relata Julia cuando nos comparte con mucho dolor el proceso de búsqueda de atención en su embarazo, experiencia sobre la cual volveremos nuevamente en el final del apartado.

Y que te nieguen la asistencia y que todo lo basen en la psiquiatría. Porque te sentís mal, vos tomas agua y estás loca vos, tas loca. Tomate un clonazepam. Todo bajo clonazepam, yo no tomo psicofármacos, no tengo registro de psicofármacos, no tomo psicofármacos. Soy una persona completamente consciente de lo que hago, de lo que digo y de lo que siento. (Julia, 25 años)

La percepción sobre el consumo de fármacos aparece en múltiples relatos, y es identificada en algunos como una estrategia de gobierno penitenciario. Es relevante profundizar en este

aspecto enmarcado en el contexto penitenciario y en el tratamiento de rehabilitación pensado para el encierro. En este sentido, la tendencia a desestimar los relatos de las MPL aparece en pos del saber médico descontextualizado que deja por fuera de la atención la adecuación al periodo de vulnerabilidad que están transitando estas mujeres y a las necesidades de estas (necesidades tanto sanitarias, como psicológicas y sociales), favoreciendo una regulación de la población en forma genérica que colabora en neutralizar las necesidades y requerimientos de las mujeres.

Desde los postulados de Foucault (1976) con respecto a la *biopolítica* y el manejo de las poblaciones, resulta interesante acercarnos a una atención en salud penitenciaria con las características que describen las participantes. De este modo podemos indagar con respecto a los efectos reguladores de la atención desde lo individual a la población penitenciaria en general. Siendo el consumo de fármacos un factor que, según las experiencias compartidas por las participantes afecta a la vida penitenciaria, sobre todo en la convivencia y en la limitación de los niveles de necesidades que las MPL expresan, podría contemplarse el uso excesivo de los mismos como un medio para la búsqueda de la regulación de la población de la unidad N° 5, es decir, en el sentido Foucaultiano, para la “dominación de los cuerpos”.

La respuesta genérica del sistema ha sido planteada en diversas experiencias dentro del encierro por parte de las participantes, tanto por quienes han generado vínculos más estrechos con el mismo debido a necesidades de atención, como por quienes, si bien no están en esa situación, han vivenciado casos de compañeras cercanas con las mismas características.

Si vas al psiquiatra te lo dan. Es impresionante, a mi punto de vista es para tenerlas tranquilas que les dan. Pasa que acá esta mucho la venta de las pastillas, en el piso que estoy yo no, pero de otros pisos que he venido si escuchas: te cambio un cigarro por tantas pastillas, tabaco por pastillas, es muy común que las piden y se las dan, y si no después las ves todas drogadas porque viven empastilladas. Son cosas que he visto (Paula, 35 años)

En este sentido, la medicalización en el sentido de Mitjavila (1998) se expresaba históricamente en la institución desde la estrategia *punitiva*, como prácticas médico-sanitarias

que se asociaban a sanciones, o al abordaje de “*conductas socialmente desviadas*” que se presentan como riesgos para la sociedad, en este caso, para esa “microsociedad” que es la cárcel. Pero sobre todo, parecería que se utiliza en la actualidad con una estrategia *socializadora*, en el sentido del término *somocracia* empleado por Foucault (1976) para referirse a la vigilancia practicada por el Estado en pos del control de los individuos, concretamente sobre los cuerpos, y en la modelación de las conductas.

7.3. La atención ginecológica en el centro. Una cuestión de género

La atención ginecológica se torna central en el encierro de las mujeres. Tanto esta como el seguimiento aparecen como procesos deseados en los relatos que comparten las participantes. La desatención o las dificultades para la misma muestran un sistema apático con respecto al contexto en donde se desenvuelven sus prácticas, primando la atención con pautas generales para los centros penitenciarios, es decir pautas androcéntricas, y desplazando las necesidades específicas de las mujeres hacia la atención externa.

Un claro reflejo de la caracterización que realizan las MPL de la atención a partir de sus experiencias son los sucesos que conformaron el ingreso de Julia, a sus 25 años, a la institución penitenciaria en el marco de un embarazo reciente. Su experiencia con el sistema de atención es relatada con mucho dolor. Las necesidades planteadas por la participante para su atención correspondían a la especialidad ginecológica, cuestión que -como planteamos anteriormente- preocupa a muchas de las participantes desde sus experiencias propias o cercanas.

Vamos a empezar por el principio: ingresás a la cárcel, te hacen pin (pinchazo en el dedo) y te gotean en la sífilis, en el HPV y en la HIV y te dicen a los 10 minutos estás bien o tenés tal cosa, si tenés tal cosa te lo estudian. Yo estoy de 10 (..) Yo les dije que había probabilidad de que estuviera embarazada, porque las últimas veces me había venido raro y yo soy una piba que le viene a charcos. Entonces yo (...) me quería matar, no podía creerlo que justo caigo presa y justo me entero que había quedado embarazada. (Julia, 25 años)

Luego de los primeros meses comenzó a experimentar sintomatología que ella asociaba con el embarazo; en ese momento se encontraba detenida en el sector de primarias, espacio que también aparece en otros relatos como dificultoso para el acceso a la atención. Avanzando en su relato, Julia describe que en primera instancia la respuesta por parte del personal de salud fue asociar sus padecimientos con cuestiones psicológicas, desestimando los relatos sintomatológicos. Luego, a partir de una insistencia de su parte, comenzaron a realizarle estudios en la orina que demoraron en gestionarse, mientras los síntomas que experimentaba se agudizaron.

El primer día me atendieron y me dijeron que no tenía nada, que era todo psicológico. El segundo día me atendieron y me dijeron que haga pis en dos tarritos de los cuales me iban a hacer unos exámenes. Como esto fue el 27 de marzo, que empezaba justamente las pascuas, esos frascos nunca los examinaron. Al tercer día yo pido asistencia médica, y por teléfono le responden a Jimena, eh, le dicen que no. Que... que se negaban a atenderme, que yo tenía que hacer reposo absoluto. Que eso es lo que ellos me habían mandado a hacer. Reposo absoluto. Yo sigo con dolores, sigo con dolores, sigo con dolores. Yo ya no podía caminar. Mis compañeras me tenían que levantar de la cama para que yo pudiera ir al baño y yo ya sentía que se había perdido mi hijo, y lloraba por eso y nadie me daba bola. A todo eso ya era el tercer día, ese día a la noche, pido asistencia a gritos (...) Me bajan y me dan un paracetamol y mis compañeras se quedaron toda la noche, tenía, tenía una compañera en mi cuarto, ella se encargó y la mejicana, mi compañera a full que es la que me cuidó, ellas dos se encargaron de que yo no muriera. (...) A todo esto, al cuarto día cuando viene a hablarme alguien de acá, de lo que sería convivencia y todo eso, y jurídica. Porque ya se estaban enterando de que yo jodía, jodía, jodía, jodía... no es que jodía. Estaba mal de salud. Me dicen, bueno levántate que vamos a ver si te pueden sacar en conducción porque no te quieren dar la conducción. El médico el día anterior, cuando me da el paracetamol me dice: si vos lo que estás buscando es que te den la conducción a un ginecólogo, estás equivocada. Nosotros no te vamos a atender más y vamos a hacerte un acta. Como que ellos me iban a hacer un informe negativo a mí, por yo bajar a pedir asistencia tantas veces, porque según ellos era psicológico y emocional pero no era físico (Julia, 25 años)

Además de por demás elocuente, es interesante en esta circunstancia detenerse en el lugar que ocupan las relaciones humanas dentro de la vida penitenciaria: el personal de la salud, como facilitadores o no de la atención, y cómo en su abordaje utilizan una de las herramientas de control penitenciario (el acta negativa) como amenaza, ejerciendo violencia simbólica y violando uno de los derechos humanos fundamentales que es la atención en salud.

Se puede observar según el relato, la legitimación de una determinada violencia institucional en el marco sanitario por parte de profesionales de la salud. Ambos poderes institucionales pueden verse imbricados en este accionar, profundizando la situación de vulnerabilidad que describe Julia en su relato. En este caso, la sapiencia de Julia al describir los síntomas de su cuerpo fue totalmente ignorada por parte del prestador de salud.

Todo en veremos. Resulta que cuando yo me levanto me desmayo y quedé inconsciente, porque ya se me estaban infectando los órganos. Y... me dejan, ya tenía cuando, cuando me corren me sacan como, viste como una bolsa de papas, me sacan de brazos y manos, me sacan así. Me bajan a la enfermería, me ponen suero sin nada, para que no se rompan los síntomas. Viste cuando, viste cuando vos vas al médico y te pasan paracetamol, para no... se le dice para no ocultar los síntomas generalizados por lo que yo estaba teniendo, me pasan solamente suero con vitamina. (Julia, 25 años)

El desenlace de la experiencia de Julia da cuenta de las dificultades para un acceso oportuno y eficiente a la atención en salud. También permite plasmar la idea, que se repite en diversas experiencias compartidas por las mujeres, de que en algunas situaciones es necesario llegar a una situación extrema en la salud, que podría haberse tratado previamente, para recibir una atención adecuada.

Finalmente, es interesante volver a la reflexión sobre un sistema de salud que se muestra descontextualizado y androcéntrico en sus prácticas y discursos. La atención insuficiente e inadecuada de factores ginecológicos se presenta como una vulnerabilidad más para las mujeres dentro del mundo del encierro. El gobierno de la escasez se puede ampliar al ámbito sanitario envuelto en lógicas penitenciarias. A partir de este relato vemos como ninguna de estas dos esferas de poder logran avanzar en la práctica en la construcción de mecanismos para abordar las desigualdades que el género imprime a la privación de libertad

8. REFLEXIONES FINALES

Partir de las experiencias narradas en primera persona por las mujeres presas, permitió un acercamiento a una realidad lejana para gran parte de la sociedad uruguaya. La aproximación a la situación de encierro de las mujeres privadas de libertad en el país, así como a sus experiencias con la atención sanitaria en este contexto, permitió abordar el vínculo entre la institución penitenciaria y la institución sanitaria dentro del proyecto de rehabilitación social, y su repercusión en las trayectorias del encierro de las MPL en situación de enfermedad.

Este trabajo buscó visibilizar como en el marco de la rehabilitación penitenciaria se refuerzan mecanismos de control punitivos y sanitarios vinculándose en el marco de una determinada gobernabilidad penitenciaria que pudimos observar a partir de dos niveles de realidad; por un lado, el de la vida institucional y la visión que tienen las mujeres sobre la estructura social que las sustenta y las retiene. Y por otro lado, el de las experiencias subjetivas de la salud y la enfermedad de las MPL, en una institucionalidad médico-sanitaria que tiende a reproducir las lógicas punitivas y heteronormativas en el contexto de atención.

En cuanto a la visión de las mujeres sobre la cárcel, se identifica una serie de *violencias penitenciarias* que permean la cotidianidad y construyen determinadas subjetividades en un contexto en que priman la escasez y la precariedad. Las MPL se reconocen a sí mismas en una de las peores posiciones en la estructura social, e interpretan que la atención a la que acceden se vincula con esto.

En este aspecto, entendiendo a la salud como una construcción biopsicosocial, intervienen en las experiencias subjetivas de la salud cuestiones que podrían ser abordadas de una manera interinstitucional, expandiendo el abordaje de la salud, sobre todo de salud mental, hacia ámbitos donde intervienen otras instituciones u organizaciones políticas, sociales, económicas y culturales. Tal es el caso del acompañamiento de la maternidad en el encierro, donde la inexistencia de políticas/programas para dinamizar este vínculo tan importante que representan los/as hijos/as es percibida en los relatos de las participantes como un factor que tiende a afectar la salud mental de las MPL, particularmente en mujeres que no tienen un vínculo fluido con el afuera porque no cuentan los medios familiares ni sociales para hacerlo.

Focalizando en la experiencia del encierro intra muros, en los relatos compartidos por las MPL se expresan cuestiones ambientales y estructurales que afectan sus estados de salud y propician diversas enfermedades o padecimientos. Desde allí surge una sensación de individualización de los cuidados sostenida tanto punitiva como sanitariamente, que permite visibilizar la desprotección estatal de las MPL reproduciendo desigualdades estructurales previas al mundo penitenciario.

Por otro lado, las experiencias de enfermedad en el encierro surgen como un factor de incertidumbre, en donde el proceso de acceso a la atención, diagnóstico y de tratamiento se presenta como dificultoso en los relatos de las mujeres. De este modo, la institucionalidad sanitaria se presenta como reproductora de las lógicas punitivas de gobernabilidad también en este ámbito, siendo el acceso a la atención muchas veces permeado por relaciones de poder entre funcionarios y MPL, viéndose estas últimas vulneradas respecto a un derecho humano fundamental como lo es la salud.

Esto aparece claramente en cuestiones vinculadas a la atención ginecológica, donde la búsqueda de atención significa la necesidad de acceder a una atención externa, cuestión que involucra recursos humanos y materiales que son escasos dificultando su concreción. En este proceso aparece en diversos relatos lo que las participantes reconocen como tensiones para el acceso, que involucran a ambas institucionalidades, y según las experiencias compartidas se identifican estrategias y herramientas punitivas y sanitarias para su mediación. Algunas de estas estrategias aparecen en las experiencias donde las participantes identifican las respuestas

de funcionarios (penitenciarios y/o sanitarios) como detractoras de esta atención, utilizando herramientas punitivas para mediar el acceso arbitrariamente.

Los relatos en torno a los tratamientos que el sistema sanitario lleva a cabo dentro de la institución aparecieron vinculados con la prescripción de medicación farmacológica en los relatos de las participantes. Esto informa de una visión de las MPL de un tratamiento despersonalizado y medicalizado, sin atender a las características individuales de las pacientes ni a un seguimiento que permita finalmente la cura o el paleamiento de síntomas o enfermedades. La primera respuesta ante la búsqueda de atención en algunas experiencias ha sido una estrategia farmacológica institucional, que podría estar vinculada a una atención sanitaria que en sus prácticas actúa como un factor neutralizador de las demandas de las MPL, reproduciendo estereotipos de género a través de la sanitización de la vida cotidiana en el encierro.

Tal como se planteó en el trabajo, se pudieron constatar algunas de las repercusiones del vínculo de la institución sanitaria y la institución penitenciaria en la privación de libertad de las mujeres, quienes se encuentran en un lugar de vulnerabilidad potenciado cuando la atención sanitaria en este contexto no responde a las necesidades de estas.

La estrategia farmacológica de gobierno que pudimos recabar de las experiencias compartidas por las participantes amerita continuar profundizando en el abordaje de la salud mental de las mujeres en el encierro. En esta línea, el vínculo entre las MPL y las drogas también aparece en los relatos y se construye como un factor determinante en la experiencia del mundo penitenciario, el abordaje sanitario de esta problemática representa un objeto de estudio para futuras investigaciones.

En última instancia, esta investigación contribuye al acervo de información respecto a la problematización de la vida en el contexto penitenciario para las mujeres en Uruguay. La visibilización del tema a partir de un enfoque cualitativo buscó traer al centro las experiencias de las MPL como constructoras de información situada y contextualizada, que puede contribuir a pensar estrategias específicas, sensibles al género, para mejorar su situación de encierro, el acceso a la atención sanitaria y los modos en que transitan la experiencia de la enfermedad en este contexto.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Batthyány, K., & Cabrera, M. (2011). Manual de Metodología de la Investigación Social Apuntes para un curso inicial. Universidad de la República. Comisión Sectorial de Enseñanza.

Bologna, C., Safranof, A., & Tiravassi, A. (2018). Contextos de encierro en América Latina: una lectura con perspectiva de género. (CELVI).

Castro, R. (2000). La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza (2002nd ed.). Cuernavaca: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

Daroqui, A., Motto, C., Bouilly, M. d. R., López, A. L., Andersen, M. J., Maggio, N., & Motta, H. (2014). Castigar y gobernar. Hacia una sociología de la cárcel. La gobernabilidad penitenciaria bonaerense. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CPM y GESPyDH, 2014.

Foucault, M. (1997). Defender la sociedad- Curso en el College de France (1975-1976) (2001st ed.). Mauro Bertani y Alessandro Fontana.

Freidson, E. (1978). La profesión médica un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Península.

Goffman, E. (2001). Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu.

Harding, S. (1987). *Is There a Feminist Method? Feminism and Methodology*, Bloomington/Indianapolis. Indiana University Press.

Harding, S. (1991). *Whose Science? Whose Knowledge? Thinking from Women's Lives*. Cornell University Press.

Junta Nacional de Drogas. (2019). *Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento en Uruguay*.

Junta Nacional de Drogas (JND) - Uruguay. Prosecretario Presidencia de la República. Presidente JND. Juan Andrés Roballo. Secretario General JND. Diego Olivera. Comunicación & Prensa JND. Eduardo Cannizzo, Marisa Torres.

Lupton, D. (2003). *La medicina como cultura. La enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Mitjavila, M. (1998). *El saber médico y la medicalización del espacio social*. Universidad de la República.

Nogueiras, B. (2019). *La salud en la teoría feminista*. ATLÁNTICAS – Revista Internacional de Estudios Feministas, 3, 10-31.

Pérez Torrecilla, S., Calotti, G., & Gonzalez, W. (2013). “La salud detenida” Una aproximación al estado de salud de las mujeres en contextos carcelarios. Asociación de trabajadores del Estado, Consejo directivo nacional.

Rodríguez Buño, R., & Benia, W. (2016). *Salud y enfermedad en condiciones de privación de libertad: diagnóstico epidemiológico* (E. Levcovitz & M. Fernández Galeano, Compilers). OPP.

Rouvray, S. (2012). *La objetividad objetada. Aportes de la epistemología feminista al debate sobre la subjetividad en la producción de conocimiento en ciencias sociales*. Universidad de la República.

Sapriza, G. (2019). *Las ineludibles monjas del Buen Pastor en la cárcel de mujeres (Uruguay-1898-1989)*. *Descentrada*, 3(085).

Sapriza, G., & Folle, M. A. F. (2016). El tiempo quieto. Mujeres privadas de libertad en Uruguay. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República.

Sapriza, G., & Montealegre Alegría, N. (2019). El hilo de Ariadna: la importancia de estudiar la cárcel para las mujeres desde un enfoque de género. Descentrada, Vol. 3, n° 2(Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Género (CInIG)).

Vigna, A. (2012). Análisis de datos del I Censo Nacional de Reclusos, desde una perspectiva de género y derechos humanos : informe final. Ministerio del Interior/ Instituto Nacional de Rehabilitación.

Wacquant, L. (2000). Las cárceles de la miseria (2004 th ed.). Ediciones Manantial.

10.FUENTES

Comisionado Parlamentario Penitenciario. (2020). Informe 2019. https://parlamento.gub.uy/sites/default/files/DocumentosCPP/informe_comisionado_parlamentario_2019_para_web.pdf

Comisionado Parlamentario Penitenciario. (2022). Informe anual 2021. https://parlamento.gub.uy/sites/default/files/DocumentosCPP/Inf_2021_final_para_web.pdf