



Tesis para optar por el título de
Magister en Psicología Social

**ESTUDIO DE LAS PRÁCTICAS DE
RIESGO FRENTE AL VIH
EN LA POBLACIÓN PRIVADA
DE LIBERTAD DEL
CENTRO DE RECLUSIÓN
FEMENINA CABILDO**

Autor: JUAN E. FERNÁNDEZ ROMAR

Tutor: Mag. JUAN JOSÉ MERÉ ROUCO (ONUSIDA-Uruguay)

Directora Académica: Dra. PAOLA PREMUDA CONTI
(Facultad de Psicología; Udelar)

Montevideo (Uruguay)-diciembre 2012

**PÁGINA DE APROBACIÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

El tribunal docente integrado por los abajo firmantes aprueba la Tesis de Investigación:

**ESTUDIO DE LAS PRÁCTICAS DE RIESGO FRENTE AL VIH EN LA
POBLACIÓN PRIVADA DE LIBERTAD DEL CENTRO DE RECLUSIÓN
FEMENINA CABILDO**

Autor: Juan E. Fernández Romar

Tutor: Mag. Juan José Meré Rouco

Directora Académica: Dra. Paola Premuda Conti

Carrera: Maestría en Psicología Social

Puntaje:

Tribunal

Profesor.....

Profesor.....

Profesor.....

Fecha:

Dedicatoria:

A mi compañera de vida Andrea Viera y a mis hijos
Milagros y Andrés por su comprensión y apoyo en todo el
largo proceso de elaboración de este trabajo.

Agradecimientos:

Aunque la autoría recaiga en un nombre concreto, toda tesis es forzosamente una tarea colectiva que involucra a numerosas personas, en un proceso largo en la cual se van implican de diferente modo familiares, amigos y colegas. En tal sentido este trabajo no hubiese sido posible sin la generosa ayuda de varias personas que facilitaron la tarea, enseñándome tácticas y estrategias del arte de investigar o bien corrigiendo errores e insuficiencias.

En un mismo plano y sin establecer jerarquías en la calidad de su contribución deseo reconocer mi profundo agradecimiento a:

- Juan José Meré: Aplicado tutor que me brindó pistas para re-centrarme en la tarea al tiempo que actualizó mis conocimientos sobre la problemática social del VIH.
- Paola Premuda: Reinventora de esa enigmática función de dirección académica de una tesis. Por su tenaz y persistente vigilancia de todos los aspectos metodológicos y por las horas que dedicó al pulido de numerosos aspectos formales.
- Héctor Suárez: Por su generosidad en tiempo y esfuerzo, asesorando y aconsejando, y por poner brindar apoyo logístico continuo desde la dirección del Observatorio Uruguayo de Drogas.
- Gustavo Misa: Hábil facilitador de los contactos institucionales necesarios para el desarrollo del trabajo de campo.
- Maria Luz Osimani: Por sus valiosos aportes en dos momentos germinales de este trabajo; bien al inicio, sugiriendo ideas para la elaboración del cuestionario y posteriormente con una aguda lectura crítica y orientadora del borrador más primario del análisis.

También deseo expresar mi reconocimiento al a la Directora de Cabildo, Comisario Margarita Hermida, por hacer posible el trabajo intramuros de esta investigación, a la Lic. Rosina Tricánico del Observatorio Uruguayo de Drogas que ayudó a mantener en orden los materiales y el proceso de sistematización de datos; y a quienes participaron como encuestadores, colaborando en algunos casos también en la digitación de datos. Especialmente cabe destacar la labor

de los Licenciados Alicia Cruz da Silveira; Evangelina Curbelo; Carlos Da Costa y Camilo Echeverría.

Por último, y en forma muy especial a las mujeres privadas de libertad que aceptaron y brindaron su total colaboración entregando información personal de gran utilidad para un mejor conocimiento de la problemática del VIH.

Índice

Página de aprobación.....	2
Dedicatoria.....	3
Agradecimientos.....	4
Índice.....	6
Resumen.....	8
Abstract.....	9
Introducción	
1. Antecedentes y fundamentación.....	10
1.1 Descripción del dispositivo de atención médica.....	15
1.2 Situación contextual.....	18
2. Justificación del estudio.....	20
3. Objetivos.....	26
4. Preguntas que busca responder este estudio.....	26
5. Aspectos metodológicos	
5.1 Población.....	27
5.2 Tipo de estudio.....	29
5.3 Aspectos éticos.....	29
6. Estrategia de análisis desarrollada.....	30
7. Marco teórico:	
7.1 Acerca de cárceles y prisiones: orígenes y concepciones.....	31
7.2 Cárceles uruguayas: actualizaciones escasas y tardías.....	41
7.3 Cárcel de Mujeres “Cabildo”.....	47
7.4 Género, cárceles y derecho penal.....	49
7.5 La institución carcelaria y la vida cotidiana.....	51
7.6 Vulnerabilidad, género y VIH.....	58
7.7 Riesgo frente al VIH.....	65
8. Análisis.....	66

9. Discusión	
9.1 Investigación y campo de intervención: Una reflexión inicial.....	79 9.2
Aspectos sociodemográficos y epidemiológicos.....	79
9.3 Niveles de información y conocimiento respecto a la transmisión de VIH.....	81
9.4 Conocimiento de situación serológica y actitud frente a los estudios específicos para el VIH.....	80
9.5 La atención psiquiátrica y psicológica.....	84
9.6 Acerca de la eficacia del servicio de consejería que se les brinda a las MPL en relación con el VIH y las ITS.....	88
9.7 Prácticas de riesgo frente al VIH desarrolladas antes de la pérdida de libertad y luego en la cárcel.....	89
9.8 Condiciones del contexto carcelario que obstaculizan o favorecen una gestión diferencial del riesgo frente al VIH..	96
10. Reflexiones finales	
10.1 Dos estudios simultáneos.....	98
10.2 Postfacio.....	101
11. Conclusiones.....	104
12. Recomendaciones.....	109
13. Bibliografía.....	113
Anexo 1.5.....	126
Entrevista al Dr. Alejandro Estévez.....	137
Fotos	
Foto 1 y 2.....	110
Foto 3	111

Resumen

La epidemia configurada por la difusión del virus de inmunodeficiencia humana VIH-sida, constituye una problemática sanitaria de especial importancia para los ámbitos carcelarios dado que estos concentran una seroprevalencia de VIH mucho más alta que la que se verifica en la población general. Asimismo, la población carcelaria suele evidenciar a una escala mucho mayor otros problemas de salud asociados al VIH tales como coinfecciones con hepatitis B y C y sífilis, una alta incidencia de patologías psíquicas y una gran diversidad de prácticas de riesgo para el VIH y otras enfermedades infecciosas de transmisión sexual, tanto en forma previa a su reclusión como durante la misma.

Este trabajo presenta los resultados y conclusiones de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal realizado mediante una encuesta, aplicada a una muestra aleatoria de mujeres privadas de libertad en el centro de reclusión Cabildo en diciembre de 2008, con el propósito de describir y analizar las prácticas de riesgo frente al VIH que allí acontecen.

Los datos obtenidos en el mayor centro de reclusión femenina del Uruguay, han sido analizados desde una perspectiva que considera la situación de vulnerabilidad social y familiar a la que están expuestas las mujeres privadas de libertad y al orden de desigualdad estructural en el que se encuentran.

Se presentan también una serie de conclusiones y recomendaciones referidas a esta problemática y a su incidencia en el sistema de salud penitenciario del Uruguay.

Palabras clave:

Cárceles; VIH; factores de riesgo; vulnerabilidad; género.

Abstract:

The epidemic spread of human immunodeficiency virus HIV/aids is a health issue of particular importance for prison settings because in them concentrate HIV seroprevalences much higher than inside general population. Also, the prison population tends to show a much greater health problems associated with HIV co-infections such as hepatitis B and C and syphilis, as a high incidence of mental disorders and a variety of risk behaviors for HIV and other diseases sexually infectious, both prior to their imprisonment as during it.

This paper presents the results and conclusions of a quantitative, descriptive and cross-sectional study using a survey applied to a random sample of women prisoners in the detention center council in December 2008, in order to describe and analyze the practices of risk for HIV that take place there.

Data from the largest female detention center in Uruguay, have been analyzed from a perspective that considers the social vulnerability and family to which women are exposed in detention and order of structural inequality in which they find themselves.

It also presents a series of conclusions and recommendations regarding this issue and its impact on the prison health system in Uruguay.

Keywords:

Prisons, HIV, risk factors, vulnerability, gender

Introducción

1. Antecedentes y fundamentación

En el año 2005, al inicio de su mandato como Presidente de la República Oriental del Uruguay, el Dr. Tabaré Vázquez declaró al Sistema Penitenciario nacional en estado de Emergencia Humanitaria, debido a la sobrepoblación carcelaria existente y al deterioro de las condiciones de vida de las personas privadas de libertad (PPL). (OEA, 2009)

Desde entonces se formularon y ensayaron diversas iniciativas gubernamentales para establecer reformas al Sistema Penal y para mejorar el estado general de las cárceles procurando aproximarse a los estándares mínimos establecidos por las Naciones Unidas para el tratamiento de PPL.

El denominado Proceso de Reforma del Sistema Penitenciario definido en el año 2005, procuró ordenar todas esas iniciativas estableciendo tres fases a desarrollar con sus respectivos objetivos concretos:

- 1) humanizar y dignificar las condiciones laborales de los funcionarios y las condiciones de reclusión, en particular en materia de alojamiento, alimentación y atención médica
- 2) unificar el sistema penitenciario y la política penitenciaria ubicando a todos los establecimientos bajo la misma jurisdicción
- 3) crear un nuevo escalafón de cargos civiles para sustituir a la policía como personal penitenciario. (Presidencia de la República Oriental del Uruguay, 2009; MSP, 2012).

Pese a la puesta en marcha de ese proceso y a la instrumentación de algunas medidas, dos años después en 2007, una Misión Asesora de ONUDD (Naciones Unidas Oficina contra la Droga y el Delito) visitó las cárceles uruguayas y elaboró un dramático informe que no pasó desapercibido por la prensa. (ONUDD, 2007)

En ese informe se destacaban las pésimas condiciones de hacinamiento, higiene y alimentación de varios centros penitenciarios y múltiples carencias en la

atención y prevención de enfermedades así como elevados grados de violencia y segregación.

Por otra parte, esa misión subrayó también la necesidad de prevenir el abuso de las drogas dentro de las cárceles y de reducir la vulnerabilidad de las PPL al VIH-Sida y otras enfermedades infecciosas transmisibles.

En relación con la problemática del VIH la ONUDD fue especialmente enfática dejando constancia de una falta histórica de: información epidemiológica (dado que los últimos datos con los que pudieron contar eran de 1993); capacitación específica tanto de técnicos como de guardias; guantes, equipos de esterilización, tests rápidos; preservativos; y mayor eficiencia en el desarrollo de los exámenes serológicos.

Quizás lo más alarmante del informe haya sido la constatación de varios pacientes con VIH en estadio sida, encadenados innecesariamente a sus camas en el ala para enfermos del Complejo Penitenciario Santiago Vázquez (COMPEN; ex-COMCAR) así como la vulneración de los derechos de enfermos de gravedad o con severas patologías mentales.

Dos de los centros más criticados por esa misión en cuanto a la calidad de sus instalaciones sanitarias fueron justamente el COMPEN y Cabildo.

En el marco de las carencias reseñadas y de una marcada preocupación gubernamental e institucional por determinar con mayor exactitud los problemas sanitarios intramuros de las cárceles uruguayas, es que se diseñó esta investigación y se desarrolló consecuentemente el trabajo de campo del presente estudio.

Por entonces, el autor de este trabajo representaba a la Facultad de Psicología en el seno de la Red Humanización (Red Temática sobre Cárceles y Drogas) integrada por representantes del Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio del Interior; Dirección de Cárceles; Comisionado Parlamentario; Instituto Nacional de Criminología; y la Junta Nacional de Drogas entre otros. Esta red interinstitucional procuraba establecer niveles de coordinación eficientes para la elaboración de proyectos de mejora de las condiciones de vida en las cárceles

nacionales. En este contexto se iniciaron las gestiones necesarias para la realización de esta investigación.

Antes que nada, cabe aclarar que la interpretación de cualquier conjunto de datos sobre la situación sanitaria de las cárceles uruguayas exige tener en cuenta algunas cuestiones y características claves.

Desde 1995 la población privada de libertad del Uruguay (3.185 personas) no ha cesado de crecer llegando casi a triplicarse (9.300) desde entonces ¹ (MSP, 2012).

Este aumento también ha guardado relación con un progresivo descenso del promedio de edad (30 años) siendo las PPL en su gran mayoría personas jóvenes (menores de 50 años) que provienen de hogares muy diversos en términos socio-económicos y culturales.²

En virtud de sus características etéreas, esta población presenta un perfil epidemiológico diferente del que se observa en la población en general, revelando una menor incidencia de las patologías más frecuentes.

A modo de ejemplo las enfermedades cardiovasculares o las metabólicas como la diabetes tienen muy baja incidencia; siendo las más frecuentes las de carácter agudo y de atención de primer nivel, generalmente vinculadas con la violencia intramuros y las grandes carencias de elementos básicos de alimentación e higiene. (Llosa, 2009)

Por otra parte, las mismas condiciones de reclusión propician una mayor expresión y riesgo de algunas enfermedades específicas tanto para la población privada de libertad como para quienes trabajan allí e incluso para el resto de la sociedad, por constituir auténticos focos de expansión, tal como sucede con la sarna, la furunculosis y el bacilo tuberculoso. (Rodríguez, 2009)

¹ El Comisionado Parlamentario destinado a la problemática carcelaria Álvaro Garcé, ha insistido en numerosas oportunidades en este hecho. Ver: Promueven plan para evitar reincidencia de presos - Diario EL PAIS - Montevideo - Uruguay. (s.f.). y Salazar, F., & Paternain, R. Flacso-BID, (2009).

² Este panorama local y su devenir histórico es análogo al que se ha desarrollado en la región y en gran parte del mundo. (ONUDD, 2010)

En el caso particular de las mujeres privadas de libertad se estima que son aproximadamente mil los hijos los que visitan regularmente a sus madres en todo el país (Priore, 2009) y que debido al hacinamiento imperante están expuestos al contacto con esas enfermedades respiratorias y dermatológicas.

Para evaluar los riesgos y magnitud epidemiológica de algunas infecciones cabe recordar que durante el año 2003 fueron diagnosticadas una serie de patologías dermatológicas (infecciones de piel y partes blandas) de características epidémicas que terminaron afectando a más de la mitad de la población privada de libertad. (2009)

De igual modo, patologías respiratorias como la gripe -entre otras- suelen presentar una morbilidad alta debido al hacinamiento y la imposibilidad de aislamiento de los enfermos así como para los cuidados en el contacto con las visitas.

En tal sentido, debido al estado actual de las cárceles nacionales las condiciones de reclusión constituyen de por sí uno de los principales factores de riesgo y de contribución de la incidencia de la tuberculosis a nivel intramuros (ONUSIDA, 2009; UNODC:WHO, 2012).

La exposición prolongada, cotidiana y repetida al bacilo, el hacinamiento, el diagnóstico tardío, las dificultades para el aislamiento de los enfermos, el continuo recambio de personas privadas de libertad en virtud de transferencias, liberaciones y reingresos, sumados a la alta prevalencia de otras patologías como el VIH; las drogodependencias, los estados nutricionales deficitarios, y el alto estrés emocional (derivado de la gran vulnerabilidad vital que experimenta cualquier PPL en esos entornos) transforman una cárcel en un gran reservorio de gérmenes infecciosos que de un modo u otro impactan en la sociedad.

Para sopesar la dimensión de este problema basta recordar que en 1997 la prevalencia de tuberculosis en cárceles era cuatro veces la de la población general del país. Una década después en el año 2008 esta relación llegó a ser 50 veces mayor. (Rodríguez, 2009; MSP, 2012).

Al hablar de las patologías más prevalentes en la población privada de libertad no sólo hay que considerar las dermatológicas o las respiratorias.

Junto con los problemas odontológicos que afectan a cerca del 90% de las PPL (caries, maloclusiones y patologías de encía) es posible también observar una altísima incidencia de las patologías psiquiátricas y de problemas asociados de diversa forma a diferentes grados de drogodependencia (Llosa, 2009) configurando un situación universal que se verifica en todo el orbe (Lamb, Weinberger y Gross, 2004)

Por otra parte cabe señalar que la población carcelaria nacional proviene mayoritariamente de contextos de alta vulnerabilidad caracterizados por diversas formas de precariedad existencial y desvalimiento social tanto en términos materiales como vinculares y afectivos.

Sus biografías individuales suelen estar jalonadas por abandonos y pérdidas, ausencia de figuras parentales estables, institucionalización durante la infancia, situaciones de calle, abuso sexual, violencia intrafamiliar y social, así como por las mas variadas expresiones del desamparo.³

Sus características psicológicas más ostensibles son la impulsividad y la falta de tolerancia a la frustración así como el desarrollo de comportamientos auto y heteroagresivos. Esta dificultad de mediación de los impulsos acota su “capacidad de reflexión, de evaluación de las consecuencias de la acción de planificación en función del contexto.

La temporalidad es vivida muchas veces como excesivamente centrada en el momento presente, con una gran dificultad para proyectarse en el futuro, tanto en lo relativo a las consecuencias de los actos como en la capacidad de posponer la gratificación.

(Centro médico Comcar, 2009:58)⁴

³ A modo de ejemplo el *1er Censo Nacional de Reclusos* (Ministerio del Interior, & Departamento de Sociología, 2010) reveló que el 43.5% de las PPL del Uruguay tiene familiares con antecedentes penales; una quinta parte afirmó que cuando era niño fue testigo de violencia familiar y una cuarta parte de todos ellos fue objeto de violencia por parte de los adultos. De igual modo el 25% estuvo internado en el INAU durante algún período de su infancia y una quinta parte residía en un asentamiento precario antes de ser privado de libertad.

⁴ Esta cita extraída del *Documento de trabajo. Estado de situación, investigación e intervenciones en VIH-Sida en personas privadas de libertad. Establecimientos*

Por otra parte, tal como ha sido señalado por las oficinas internacionales de monitoreo de las cárceles, los establecimientos penitenciarios uruguayos presentan graves deficiencias estructurales y de funcionamiento comprometiendo los derechos humanos de las personas privadas de libertad, tales como el derecho a la vida y a la integridad personal.

Las personas que se encuentran en custodia del Estado en el sistema carcelario del Uruguay viven una situación de especial vulnerabilidad, hecho que se conjuga negativamente con una carencia histórica de políticas públicas específicas tendientes a subsanar esos déficits.

Las propias condiciones de reclusión incrementan las prácticas y situaciones de riesgo frente al VIH y a otras enfermedades infecciosas.

Las condiciones en que las personas privadas de libertad realizan tatuajes u otras perforaciones corporales, se aplican drogas inyectables o desarrollan diversas actividades sexuales configuran en el mundo las situaciones de riesgo más frecuentes y preocupantes. Asimismo, los sistemas penitenciarios con sus contradicciones y carencias llevan a que las personas privadas de libertad corran riesgos adicionales para la salud y sumen dificultades para la reinserción social posterior, sea al intentar encontrar empleo, vivienda o bien al procurar establecer nuevas relaciones afectivas y sexuales.

Estudiar como se expresan las prácticas de riesgo frente al VIH en las poblaciones privadas de libertad constituye el primer paso para el diseño de políticas específicas que posibiliten un adecuado afrontamiento de numerosos problemas sanitarios y de convivencia.

1.1 Descripción del dispositivo de atención médica

Si bien -de acuerdo con la ley- a toda persona encarcelada se le suspende la libertad ambulatoria de todos modos se le debe respetar siempre y en todo momento su derecho a la vida y a la salud.

carcelarios en Uruguay. 2005-2009 (p.58) subraya una característica universal de todas las poblaciones carcelarias del planeta. Los trabajos de Lamb, Weinberger y colaboradores versan en gran medida sobre estos aspectos.

El organismo encargado de la preservación de la salud de la mayoría de las personas privadas de libertad ⁵ era -en el momento de la realización de este estudio- el Servicio Médico Penitenciario dependiente del Ministerio del Interior aunque en algunas funciones y situaciones la responsabilidad era compartida con médicos de ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado) dependientes del MSP (Ministerio de Salud Pública)

La carga horaria de los médicos se encontraba regulada por la Dirección de Sanidad Policial con un régimen de 24 horas de guardia semanal y 20 horas en policlínica mientras que los enfermeros cumplían en cambio con un régimen de 24 y 30 horas respectivamente.

En Cabildo el dispositivo médico de atención atendía promedialmente unas 150 consultas diarias lo que representa un promedio de una consulta cada diez minutos.

Por entonces contaban con un médico y un enfermero en forma permanente, dos psiquiatras, un psicólogo, un odontólogo y una policlínica periódica del Servicio de Enfermedades Infecciosas (SEIC-MSP).

Corresponde señalar también que ir a la enfermería para muchas MPL configuraba una de las escasas rutinas posibles en un entorno cuyo circuito de desplazamiento es muy corto y limitado.

⁵ La información sobre este aspecto se ha simplificado deliberadamente dado que por entonces, ni la Cárcel Central ni las diferentes Cárceles Departamentales -donde también habían mujeres privadas de libertad dependían orgánicamente del la Dirección Nacional de Cárceles- estando a cargo de las Jefaturas Departamentales y de sus respectivos Jefes de Policía. Este hecho generaba múltiples dificultades de administración y logísticas así como para la articulación de servicios y recursos sanitarios en virtud de los diferentes alcances jurisdiccionales, lo que a la postre propiciaba situaciones muy dispares y disímiles entre un departamento del interior del país y otro.

Lo que se afirma en este trabajo sobre el Servicio Médico Penitenciario y la situación sanitaria de las personas privadas de libertad refiere a la situación mayoritaria de los centros de reclusión que eran competencia de la Dirección Nacional de Cárceles: COMCAR; Libertad; La Tablada; Centro de Recuperación 1 y 2; Cárcel de Mujeres; Casa de Medio Camino; Unidad Penitenciaria No. 8 y Unidad Penitenciaria Juan Soler en el Departamento de San José.

Las MPL en Cabildo recibían atención médica compartida entre el Servicio Médico Penitenciario y el Servicio de Infecto Contagiosos del Instituto de Higiene (SEIC).

A las pacientes MPL VIH-positivas se les realizaban visitas y controles periódicos en el propio establecimiento de reclusión y estudios regulares de población linfocitaria y carga viral.

Las 12 MPL diagnosticadas como VIH-positivas recibían tratamientos con antirretrovirales de igual calidad que la que recibirían si estuviesen en libertad (Cejil, 2007; Priore, 2009).

Hasta entonces no había registro de niños VIH-positivos que fuesen hijos de mujeres que hubiesen cursado su embarazo en ese establecimiento.

En términos generales, Cabildo presentaba un nivel de atención de mejor calidad por ejemplo que el que recibían las MPL de la Cárcel de Canelones o de otros establecimientos del interior del país (Cejil, 2007); diferencia que estaba propiciada -entre otros factores- por su ubicación en pleno centro de la ciudad lo que facilitaba el acceso y la instrumentación de servicios.

Por entonces Cabildo contaba con una guardia médica permanente proporcionada por el Servicio Médico Penitenciario y con acceso a ginecología, oftalmología, odontología de emergencia, ecografista y medicina preventiva proporcionada por el Ministerio de Salud Pública (PAP, COLPO y Planificación Familiar).

En el momento de ingreso se les proponía la realización de un examen de VIH y se le realizaba un examen general de salud de rutina. Si la persona accedía al test de VIH no se le solicitaba un consentimiento informado por escrito sino que simplemente el médico consignaba su voluntad en la historia clínica y solicitaba su realización.⁶

⁶ “E: A ver si entendí bien, se le propone el examen y si la persona acepta... ¿tiene que firmar algún consentimiento informado?

EO: No, simplemente se registra en la historia clínica que realizó un pedido de VIH. Lo mismo sucede con la llegada de los resultados.” Entrevista a Dr. Estévez. Ver anexos.

Las MPL VIH-positivas recibían un complemento de leche, carne y frutas además de una canasta mensual de alimentos para reforzar su dieta, la cual era proporcionada por el Instituto de Alimentación y presentaba características idénticas a las que se entregaban en ese establecimiento a embarazadas y madres con hijos pequeños.

Una médica ginecóloga realizaba una policlínica semanal dentro del propio establecimiento, desarrollaba los controles a las embarazadas y coordinaba los Papanicolau en el Hospital Pereira Rossell así como las mamografías a realizar con un equipo móvil que se trasladaba periódicamente hasta Cabildo.

La ginecóloga era también la encargada de la distribución de anticonceptivos orales y preservativos a demanda de sus pacientes.

Los niños que convivían con sus madres tenían la posibilidad de un control pediátrico con una médica que desarrollaba una policlínica semanal y que eventualmente indicaba o derivaba cuestiones de laboratorio o farmacia al Hospital Filtro.

En relación con los niveles secundarios y terciarios de atención la realización de cirugías de coordinación se cumplían en el Hospital Maciel y eventualmente a los Centros de Tratamiento Intensivos de ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado).

1.2 Situación contextual

En el panorama antes descrito en que se desarrollo este estudio cabe consignar también que los factores de riesgo sanitario (en términos psicológicos, físicos y legales) eran por entonces altos y abarcaban tanto a las PPL como al personal técnico de la salud, a la guardia penitenciaria y a los familiares de los internos.

Para todos ellos, los riesgos frente a múltiples enfermedades infecciosas como tuberculosis, furunculosis, sarna, enterocolitis y VIH entre otras eran ostensibles y en algunos casos oficiaban de factores desencadenantes de diversas

patologías psíquicas como cuadros depresivos, maníacos o de diversos trastornos agudos de personalidad.

Para el personal penitenciario por ejemplo, esto significaba trabajar en situaciones de presión, con carencias de materiales de seguridad y en marcos de gran violencia (amenazas, golpes, insultos, etc), sometidos a un orden de jerarquías y con implicancias legales de muchas de sus acciones. Factores que a la postre terminaban redundando en el tratamiento que le daban a las MPL.

Para ejemplificar estas situaciones cabe recordar que dos días antes de la realización de las encuestas una mujer privada de libertad había trabado la puerta de su celda por dentro y había incendiado un colchón a modo de protesta mientras afuera se intentaba un motín.

Cuando la guardia pudo entrar a la celda los gases derivados de la combustión la habían intoxicado gravemente poniendo en riesgo su vida, hecho que forzó una internación de urgencia e investigaciones internas para esclarecer el devenir de los acontecimientos y otros factores concomitantes.

En estos contextos de alto sufrimiento psíquico derivados -entre otros factores- de las condiciones de vida, resultaban frecuentes las descompensaciones psiquiátricas y los intentos de autoeliminación así como las heteroagresiones. Como respuesta a esta situación se ensayaron diversos intentos de descompresión interna mediante traslados a otros establecimientos, la reducción de la cantidad de niños que vivían con sus madres y las búsquedas de liberaciones anticipadas.

En virtud de la visibilidad social y la atención política que ganó por entonces la problemática carcelaria se aceleraron algunos aspectos del proceso de modificación del sistema penitenciario que determinaron finalmente el traslado durante el 2011 de las MPL de Cabildo hacia un nuevo establecimiento, el Centro Nacional de Rehabilitación, que fuera construido sobre la base arquitectónica del Hospital Musto, un ex-hospital psiquiátrico ubicado en el barrio Colón de Montevideo.

Desde su creación en 2002 hasta el traslado de las MPL de Cabildo el CNR funcionó como un establecimiento de pre-egreso para varones jóvenes de 18 a

34 años provenientes de distintos establecimientos carcelarios del país, principalmente de aquellos considerados delincuentes primarios.

De manera complementaria se verificó la reubicación de las madres privadas de libertad con hijos al establecimiento El Molino, un ex-hotel de alta rotatividad del barrio Paso Molino re-acondicionado para funcionar como cárcel. (LaRed21, 2011)

En el momento del desarrollo del trabajo de campo de este estudio se pudo pues observar un escenario cambiante y complejo (con gran rotación de personal y de MPL) en el cual era difícil encontrar continuidad en los actores y actrices institucionales debido a traslados, licencias o cambios organizativos internos, lo que afectaba tanto al personal penitenciario como a las mismas delegadas de las MPL.

2. Justificación del estudio

La epidemia configurada el VIH constituye una problemática sanitaria importante para los ámbitos carcelarios dado que los mismos suelen concentrar una seroprevalencia de VIH mucho más alta que la que se verifica en la población general (Reyes, 2000; WHO, 2005; 2007; 2009)

Asimismo, la población de PPL suele presentar a una escala mucho mayor otros problemas sanitarios asociados al VIH tales como coinfecciones con hepatitis B y C , sífilis y tuberculosis (WHO, 2007; UNODC, 2009).

Corresponde también recordar que esa población presenta también una prevalencia más alta de patologías psíquicas (WHO, 1999; Lopez-Barrachina, 2007) y una gran cantidad de comportamientos de riesgo para el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual tanto en forma previa a la pérdida de libertad como durante su reclusión (WHO, 2007) y tales comportamientos se ven potenciados por el elevado grado de hacinamiento de la mayoría de las cárceles nacionales (Osimani y Guchin, 2004)

Por otra parte, en Uruguay, la consideración de la problemática de las cárceles se ha centrado casi exclusivamente en la población masculina.

La mujer privada de libertad ha ocupado siempre una posición muy secundaria debido a su menor entidad numérica y su falta de conflictividad (Aller y Langón, 2005). Esto ha derivado en la perpetuación histórica de una serie de factores de discriminación tales como precariedad de espacios, abandono familiar y protector, mezcla de perfiles criminales, y principalmente el desconocimiento de las diferentes características, sociales y personales, que las hacen vulnerables a la entrada en el mundo penal y el desentendimiento sus necesidades. (Anthony, 2003; ONUSIDA, 2009)

Esta falta de una política global de género en el ámbito penitenciario no es una característica que singularice al Uruguay sino que lo asimila a la realidad institucional de gran parte del mundo. Pero probablemente lo más preocupante de esta falta de atención o “invisibilidad” es que determina un desconocimiento de su perfil social específico y sus condiciones de vulnerabilidad.

Desde la aparición de los primeros casos de sida en la década de los ´80 la epidemia ha revelado una diseminación desigual volviéndose un problema cada vez más femenino, más joven, más pobre y asociado con mucha frecuencia a diversas expresiones de violencia. (Deossa Restrepo, 2011).

Debido a tales razones se ha impuesto la necesidad de considerar esa problemática desde una perspectiva de género y desde la perspectiva del concepto de vulnerabilidad. Concepto epidemiológico con el que se procura explicar el modo en que distintos factores de naturaleza diversa (individuales, sociales, culturales y políticos) se interrelacionan facilitando o dificultando la transmisión de una persona, un grupo o una comunidad.

A partir del desarrollo de ese concepto se ha podido concluir que existen grupos o comunidades más vulnerables al VIH que otros y que por lo tanto requieren una mayor protección y el desarrollo de políticas específicas.

Numerosas investigaciones han señalado que las personas que atraviesan por el sistema de justicia penal presentan mayores riesgos de contraer VIH y otras patologías infecciosas que los demás integrantes de la comunidad (Adams, 2011).

En el caso de Uruguay cabe citar un estudio de prevalencias de VIH realizado en 2005 en el COMPEN, la mayor cárcel masculina del país, la cual reveló una tasa del 6,5% lo que representaba por entonces una incidencia 14 veces más alta que la evidenciada por la población general. (Troya & Vila, 2010).

Si bien la gran mayoría de las infecciones se contraen en la comunidad y no durante la vida en la cárcel, de todos modos en los contextos carcelarios es donde aparecen mayores índices de prevalencia y ciertamente aún se sabe poco acerca de los perfiles de riesgo responsables de esas elevadas tasas de infección.

En términos generales, por factores (características contextuales) y prácticas de riesgo (comportamientos) se suelen entender todas aquellas situaciones y acciones que aumentan la probabilidad de contraer una enfermedad (Ribes, 1990; Troya & Vila, 2010).

A modo de ejemplo, en el caso del VIH se consideran prácticas de riesgo, el tener relaciones sexuales con penetración sin usar preservativo; utilizar agujas no descartables y/o sin esterilizar para tatuajes y *piercings*; compartir agujas o jeringas; y el amamantamiento de un bebé por parte de una madre portadora de VIH.

De todas formas no hay conceptualizaciones consensuales y enfoques unívocos para la interpretación de estos factores y prácticas.

Tanto los factores de riesgo como las estrategias de gestión de los mismos, no pueden ser comprendidos sin una elucidación de la dimensión social en las que se desarrollan las acciones, el valor social atribuido a las mismas, y el contexto cultural y económico en las que emergen.

En Uruguay en el momento de realización de este estudio 88 PPL habían sido diagnosticadas como VIH+ y 18 de ellas se encontraban en tratamiento específico con antiretrovirales (Llosa, 2009).

De las 88 PPL VIH-positivas 12 eran mujeres lo que representa un 14% de esa población.

Esta proporción indicaría una vulnerabilidad mayor frente al VIH que la de la población masculina ya que la población de MPL es -como ya se ha señalado- el 7% de la población total de PPL.

Se puede observar en este dato que la vulnerabilidad de las MPL frente al VIH duplica la de los hombres lo que confirma que el estudio de las problemáticas carcelarias exige un abordaje específico que considere las peculiaridades de cada género.

No obstante, cabe aclarar que existe la sospecha fundada de que haya un subregistro de la seropositividad en el ámbito carcelario. En tal sentido, el Dr. Estévez (por entonces el médico infectólogo de referencia para las cárceles del área metropolitana) consideraba que existía un probable subdiagnóstico en toda la población carcelaria.⁷

Para el Observatorio de VIH y Cárceles de Latinoamérica y el Caribe las MPL constituyen un desafío a la hora de pensar las políticas carcelarias:

Tanto el consumo de drogas como la infección por el VIH prevalecen más entre las mujeres privadas de su libertad que entre los hombres que se encuentran en prisión.

Las reclusas son vulnerables a la violencia sexual basada en el género, pueden participar en prácticas y comportamientos riesgosos como el tatuaje realizado con agujas sin esterilizar y el consumo de drogas por inyección, y son más vulnerables al daño autoinfligido.

Las mujeres en las cárceles presentan desafíos específicos para las autoridades correccionales a pesar de que constituyen una parte muy pequeña de la proporción de la población carcelaria, o tal vez debido a ello.

⁷ “Lamentablemente tenemos un sub-diagnostico brutal; fíjate que en COMCAR, haciendo números redondos hay unas 3000 personas. Yo tengo diagnosticada como VIH positivo aproximadamente 90 personas en este momento. Este número tendría que ser el doble o más. En una población de 3.000 con esas características por lo menos tendrías que tener 300”. Entrevista. Ver anexos.

El perfil y los antecedentes de las mujeres privadas de su libertad y las razones por las que se encuentran en esa situación son diferentes a los motivos que conducen a los hombres a estar en la misma situación. En particular, existe una proporción excesiva de consumidoras de drogas por inyección y trabajadoras sexuales.

Una vez recluidas, son distintas también las necesidades psicológicas, sociales y de atención de la salud de las mujeres. Ello implica que todas las facetas de la infraestructura carcelaria, así como los programas y servicios, deben ajustarse a las necesidades particulares de las mujeres delincuentes. La infraestructura existente en las cárceles, así como también los programas y servicios para las reclusas, fueron creadas en principio para los hombres, que históricamente han representado la mayor proporción de la población carcelaria.(Cejil, 2007)

Si bien tal como ya se ha indicado la población femenina en las cárceles de todo el planeta representa alrededor de un 5% de la población carcelaria total de todos modos esta proporción ha aumentando rápidamente en las últimas décadas, especialmente en aquellos países que presentan niveles de consumo de drogas elevados. (WHO, 2009; Comcosur Mujer, 2009)

La mayor parte de las MPL provienen de grupos carenciados, presentando además mayores probabilidades de haber sido víctimas de violencia basada en el género, de haber estado implicadas en el comercio sexual y de drogas, de haber vivido embarazos tempranos así como de presentar historias jalonadas por comportamientos sexuales de alto riesgo. (Reyes, 2000; WHO, 2005; 2007; 2009)

Como las cárceles para mujeres son escasas parte de la población de MPL se encuentra recluida lejos de sus hogares aumentando el aislamiento que experimentan y potenciando la discriminación que suelen vivir por parte de sus parejas masculinas. La situación de vulnerabilidad material y emocional que

viven suele traducirse en un desequilibrio de poder en las relaciones sexuales dificultando cualquier posible negociación de prácticas sexuales más seguras.

El ejercicio de la sexualidad en las cárceles es de por sí engorroso. El único espacio autorizado y legítimo para las prácticas sexuales es el reservado para las visitas conyugales y vinculados a éstas se encuentra la provisión de preservativos aunque haya conocimiento institucional de que se sostienen otras formas de relacionamiento.

Lograr una visita conyugal requiere una tramitación especial y la autorización correspondiente, situación aún más complicada si el encuentro se verifica entre dos personas privadas de libertad ya que tiene que mediar una doble autorización, una sincronización de los tiempos institucionales y la coordinación de los traslados.

Sea por la precariedad del espacio institucionalizado, por la vulnerabilidad existencial a la que está sometida o debido a la complejidad administrativa de la autorización de cualquier práctica sexual legítima en ese ámbito, lo cierto es que las posibilidades de negociación de mayor seguridad sexual se reducen considerablemente para cualquier mujer privada de libertad.

Por otra parte, al ser liberadas el estigma de ex-reclusas suele pesar significativamente a la hora de procurar un empleo.

Tal como se ha esbozado anteriormente, la estructura y relaciones de género imperantes favorecen la vulnerabilidad de las mujeres y potencian los riesgos sanitarios frente a numerosas infecciones, especialmente en el tránsito por situaciones específicas como la precariedad laboral o la violencia doméstica, entre muchas otras. Asimismo, la falta de información científica actualizada y de investigaciones nacionales sobre esta realidad se suman a los obstáculos que enfrentan las mujeres para tornar socialmente visible su situación y necesidades y para el desarrollo de nuevos programas y políticas de prevención desde una perspectiva de género y de derechos humanos.

3. Objetivos

Objetivo General

Describir y analizar las prácticas de riesgo frente al VIH en la población de mujeres privadas de libertad en el centro penitenciario Cabildo.

Objetivos Específicos

- Describir el perfil sociodemográfico de las mujeres privadas de libertad en Cabildo
- Describir los niveles de información y conocimiento de esta población sobre las prácticas de riesgo frente al VIH.
- Caracterizar los comportamientos de riesgo de esta población frente al VIH.
- Identificar las condiciones del contexto carcelario que obstaculizan o favorecen una gestión diferencial de los riesgos frente al VIH.
- Determinar las posibles medidas de reducción de riesgos y daños frente al VIH y otras enfermedades asociadas al mismo que serían mejor aceptadas por esta población.

4. Preguntas que busca responder este estudio

- ¿Cuál es el perfil sociodemográfico de las mujeres privadas de libertad en Cabildo?
- ¿Cuáles son los niveles de información y conocimiento de esta población en relación con la transmisión de VIH?
- ¿Cuánto sabe esta población acerca de su situación serológica y cuál es su actitud frente a los estudios propedeúticos y paraclínicos específicos para el VIH?
- ¿Cuál es el funcionamiento efectivo del servicio de consejería que se les brinda a las MPL en relación con las enfermedades de transmisión

sexual?

- ¿Cuáles eran las prácticas de riesgo frente al VIH desarrolladas por esta población antes de la pérdida de libertad?
- ¿Cuáles son las prácticas de riesgo desarrolladas por esta población en situación de privación de libertad?
- ¿Cuáles son las condiciones del contexto carcelario que obstaculizan o favorecen una gestión diferencial del riesgo frente al VIH?

5. Aspectos metodológicos

5.1 Población

Dado que la gran mayoría de las MPL ha estado históricamente concentrada en Montevideo y el resto disperso en diversos centros de reclusión departamentales, se optó por realizar este estudio exclusivamente en el Establecimiento Correccional y de Detención de Mujeres Cabildo. Este contaba al momento de la realización de este estudio con 339 MPL y configuraba el mayor centro de reclusión femenina del Uruguay.

En términos demográficos ese número representaba el 61% del total de la población reclusa femenina del país la cual ascendía por entonces a 558 MPL, encontrándose las otras 219 distribuidas en los demás establecimientos de reclusión departamentales.

Esta alta concentración de las MPL de todo el país permite sacar conclusiones válidas para todo el universo del país.

En conjunto, las 558 MPL de todo el país constituían el 7 % de la población reclusa del Uruguay. Porcentaje similar al que se observa en la mayoría de los países cuyas cifras oscilan entre un 4 y un 8%. (Cervelló, 2006)

Cabildo presentaba características particulares por ser el más superpoblado del país (su capacidad es de 180 plazas) y por tratarse de un espacio de reclusión en el que convivían junto a sus madres veinte niños menores de cinco años.

Se trataba pues de una tasa de “prisionización” elevadísima, evidenciando uno de los sobrecupos de MPL más altos de la historia del país.

La tasa de densidad revelada por Cabildo resultaba preocupante dificultando la gestión general del establecimiento. Dado que ésta se calcula siguiendo la fórmula: densidad = presos/plazas, x 100, la misma ascendía a un guarismo extraordinariamente elevado: 226.

Cifra alarmante si se tiene en cuenta que los estándares internacionales indican que por encima de una densidad de 120 una prisión se encuentra en situación crítica.

Del banco de datos de las 339 MPL de ese establecimiento se extrajo mediante recursos informáticos, una muestra aleatoria simple de 55 mujeres y algunos datos generales sobre la situación jurídica de esa población.

La recolección de datos en Cabildo fue realizada en diciembre de 2008 mediante la aplicación de un formulario de encuesta específico sobre prácticas de riesgo frente al VIH, que se aplicó en forma simultánea y complementaria, a un estudio más amplio realizado con financiamiento de CICAD-OEA en virtud de un convenio específico entre la Junta Nacional de Drogas y la Facultad de Psicología (Estudio sobre Consumo de Drogas en Población Privada de Libertad en Centros Carcelarios de Uruguay) y que cubrió todas las cárceles de la zona metropolitana.

La realización de los dos estudios en forma simultánea permitió un mejor aprovechamiento de la oportunidad de ingreso a ese establecimiento y las complejas coordinaciones y autorizaciones institucionales necesarias para su instrumentación.

La información recogida en esa oportunidad en Cabildo se obtuvo en acuerdo con las demás instituciones intervinientes (Junta Nacional de Drogas; Observatorio Nacional de Drogas; Dirección Nacional de Cárceles) respetando los criterios éticos que se exigen internacionalmente y con el consentimiento de las MPL participantes en este estudio.

5.2 Tipo de estudio

Se presentan aquí los resultados de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal de las prácticas de riesgo en la prevalencia de infecciones de VIH en la población de mujeres privadas de libertad en el centro penitenciario Cabildo.

Se trata de un análisis de datos primarios (ex -post facto) obtenidos mediante una encuesta de opinión sobre salud sexual e ítems sociodemográficos.

La información contenida en el cuestionario estructurado y precodificado de la encuesta, fue ingresada a una base de datos de SPSS 17.0 para su análisis estadístico.

La encuesta fue elaborada en base a los siguientes bloques temáticos: datos socio-demográficos; relaciones sexuales y protección; uso de drogas y alcohol; salud y prácticas de gestión del riesgo; conocimientos y opinión sobre VIH y otras enfermedades de transmisión sexual; conocimiento y opinión sobre los recursos sanitarios disponibles en ese centro.

En su elaboración también se tuvieron en cuenta varios estudios nacionales e internacionales vinculados a esta problemática que son citados oportunamente.

5.3 Aspectos éticos

La participación de las MPL en el presente estudio ha sido voluntaria y en la aplicación de las encuestas se ha garantizado la confidencialidad de la información así como el anonimato. Asimismo se les solicitó y recabó su consentimiento informado.

Previamente a la aplicación de la encuesta se realizó una campaña de información y sensibilización para las mujeres privadas de libertad del centro penitenciario Cabildo, en la que se informó acerca de los objetivos del estudio así como de los días y horas de la realización de las encuestas; el carácter voluntario de la participación en las mismas, y la aleatoriedad de la selección de la muestra. Además, en esa oportunidad se acordó una reunión posterior con las delegadas de las mujeres privadas de libertad de cada sector para evacuar

dudas acerca de los fines del estudio, reunión que se realizó la semana siguiente a la campaña de información.

6. Estrategia de análisis desarrollada

El presente estudio parte de una consideración genealógica de las cárceles modernas en términos universales, para adentrarse posteriormente en una revisión histórica de su evolución en el Uruguay.

En la inspección histórica de las cárceles nacionales, tanto la génesis como las transformaciones cualitativas de la cárcel de mujeres ocupan un apartado destacado, procurando elucidar los factores ideológicos de género allí presentes. Luego de esta recorrida general se introducen los conceptos de vulnerabilidad, género y gestión de factores de riesgo frente al VIH; elementos neurálgicos para el posterior análisis de los datos.

En la presentación y discusión de los datos se ha optado por incluir algunos contenidos de la entrevista realizada al médico infectólogo encargado del monitoreo de la problemática del VIH en las cárceles de la zona metropolitana (ver anexos), con el fin de esclarecer el régimen de funcionamiento interno del sistema de salud.

Asimismo, en la discusión se incorporaron otras investigaciones con fines comparativos para una contrastación de los resultados y el establecimiento de una serie de conclusiones y sugerencias en el entendido que pueden ser de utilidad para el sistema sanitario nacional.

7. Marco teórico

7.1 Acerca de cárceles y prisiones: orígenes y concepciones

Aunque los términos cárcel y prisión son empleados habitualmente como sinónimos e incluso algunos diccionarios no detallan sus diferencias, los glosarios jurídicos en cambio, suelen subrayar que se tratan de vocablos que aluden a realidades y dimensiones distintas. (Términos Jurídicos, 2011)

Con el nombre de cárcel se designa normalmente al espacio arquitectónico, es decir aquellos establecimientos (conformados por complejos de varios edificios) diseñados y construidos que para albergar a personas consideradas criminales y peligrosas para el resto de la sociedad, y cuyo objetivo principal es el garantizar la seguridad del cautiverio de quienes no respetan las leyes, y han sido castigadas por ello, en virtud de alguna disposición gubernativa o judicial.

Si bien el término prisión puede ser usado como denominación alternativa de un establecimiento carcelario, en términos jurídicos se la suele usar para denominar a una pena privativa de libertad, de carácter y duración variable, configurando pues una de las instituciones y uno de los tantos componentes del sistema judicial de una nación.

Asimismo, el conjunto conformado por las cárceles, prisiones y la organización administrativa y política que regula su existencia, configura el sistema penitenciario de un país.

Los objetivos principales de toda prisión han sido históricamente, no sólo la de proteger a la sociedad de sus integrantes peligrosos sino también la reeducación de las personas privadas de libertad para que puedan reinsertarse asumiendo valores morales consensuales, así como también la disuasión de quienes se sientan tentados a quebrar la ley. Eventualmente las prisiones han sido utilizadas también para acallar posturas y opiniones políticas contrarias a las hegemónicas, tal como se puede observar en los períodos más autoritarios de la vida de las naciones.

Todas las sociedades han ensayado desde sus orígenes distintas estrategias para la anulación del crimen mediante diversas formas de castigo.

El problema de como tratar a quienes quebrantan leyes y normas ha estado presente en la mayoría de los pensadores de la antigüedad, desde Hesiodo, Pitágoras o Heráclito, hasta Platón o Aristóteles y ha desatado intensos debates en todas las culturas estudiadas. (Magariños, 1997)

Sin embargo, la reclusión no aparece hasta el siglo XIX vinculada con la idea de castigo sino con la idea de la detención (Foucault, 1998); una cárcel de custodia transitoria en donde se esperaba la condena (Peña, 1997). Por tanto los convictos no solían quedar confinados sino que para ellos se buscaban otras formas de castigo tales como la esclavitud, el maltrato, diferentes formas de mutilación o directamente la muerte.

Como ha señalado el filósofo Michel Foucault en *Vigilar y Castigar* (1998) el lugar de espera del castigo terminó convirtiéndose en el siglo XIX, en una pena sancionadora.

En virtud de un complejo y sutil proceso de secularización y racionalización del castigo, las antiguas prácticas de descuartizamiento, crucifixión, lapidación, exposición pública, trabajos forzados, expatriación, y maceramiento entre muchas otras, fueron cediendo su lugar a las prácticas de segregación y aislamiento del delincuente dando así origen a la prisión moderna. (Foucault, 1998)

A lo largo de la Edad Media el encierro se aplicó con carácter preventivo para luego someter el cuerpo del condenado a todo tipo de castigos aberrantes o a la propia muerte en plazas y lugares públicos delante de grandes multitudes. Dementes y locos, prostitutas y vagabundos, ancianos mendigos y niños díscolos, esperaban su condena hacinados en calabozos subterráneos, en las cámaras bajas de los recintos judiciales o bien en los sótanos de las casas consistoriales. De esta forma el derecho punitivo cristalizó como una amalgama de castigos heterogéneos, disimiles, caóticos, especialmente crueles y particularmente arbitrarios con el fin de provocar el miedo y disuadir a potenciales transgresores.

No obstante, los progresivos procesos de colonización, las epidemias y las guerras salvajes mermaron gradualmente la oferta de trabajo en todo el territorio europeo, obstaculizando los proyectos productivos.

En los albores del régimen de producción capitalista (Grillo, 1993) la eliminación de delincuentes o su inutilización mediante suplicios y mutilaciones complicaba la vida social. Entonces, se tornó más deseable recluirllos, adiestrarlos en el trabajo, e imponerles una disciplina como la que comenzaron a demandar las fábricas. (Melossi, 1985; Villanueva, 2011).

Progresivamente, los objetivos de la reclusión fueron variando y surgieron otros dispositivos⁸ con nuevos fines.

Si bien durante el siglo XVIII la reclusión fue sólo una de las técnicas represivas durante el siglo siguiente se convirtió en la norma y apareció con toda nitidez -al decir de Foucault- “esa extraña práctica y el curioso proyecto de encerrar para corregir” como reza en la contratapa de *Vigilar y castigar*.

Los procedimientos judiciales cerrados fueron reemplazados por juicios públicos y la práctica de la tortura cedió su lugar a plazos indeterminados o secretos, de reclusión.

En este contexto la prisión evolucionó hacia una nueva forma de institución disciplinaria cuya expresión emblemática sería el Panopticon, dispositivo arquitectónico ideado por el filósofo inglés Jeremías Bentham, el más grande teórico del poder burgués del siglo XVIII según Foucault.

⁸ La noción de dispositivo es empleada en el sentido foucaultiano. Si bien este autor no brindó una definición canónica, otros autores se han encargado de ordenar sus ideas. Según Castro: “1) El dispositivo es la red de relaciones que se pueden establecer entre elementos heterogéneos: discursos, instituciones, arquitectura, reglamentos, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, lo dicho y lo no-dicho. 2) El dispositivo establece la naturaleza del nexo que puede existir entre estos elementos heterogéneos. Por ejemplo, el discurso puede aparecer como programa de una institución, como un elemento que puede justificar u ocultar una práctica, o funcionar como una interpretación *a posteriori* de esta práctica, ofrecerle un campo nuevo de racionalidad. 3) Se trata de una formación que en un momento dado ha tenido por función responder a una urgencia. El dispositivo tiene así una función estratégica, como, por ejemplo, la reabsorción de una masa de población flotante que era excesiva para una economía mercantilista...” Castro, E. (2006). Michel Foucault: sujeto e historia. *Tópicos*, (14), 171–183.

Mediante este recurso arquitectónico las autoridades penitenciarias buscaban controlar las mentes de toda la población de reclusos.

Bentham propuso que los prisioneros estuviesen alojados en una estructura rectangular erigida en torno a un patio central en el que se encontraba una torre que podía albergar a un guardia.

El edificio debía de estar dispuesto de tal forma que el guardia podía ver dentro de cada celda pero sin ser visto por los prisioneros. Por eso lo denominó *panóptico*, es decir, un ojo total, absoluto, capaz de ver lo que sucede en todas partes.

El guardia (figura menor, supernumeraria, e intercambiable) se convirtió por esta vía en una especie de autoridad subrogada de Dios, un observador y evaluador de la conducta carcelaria, habilitado para distribuir recompensas y castigos.

Este dispositivo que parece basado en el dogma de la omnisciencia de Dios (sostenido por todas las religiones monoteístas) guarda también relación con el concepto del superyó freudiano⁹, en tanto control interno de los impulsos inconscientes, y puede considerarse además como el soporte ideológico de los modernos sistemas de control computarizados. (Fernández, 1998)

La solución arquitectónica del panóptico transformó los efectos de la reclusión, que pasó de ser un simple alejamiento de la vida social para convertirse en un poder con pretensiones absolutas sobre el recluso, al introducirlos en un estado de visibilidad consciente y permanente. Visibilidad que garantizaba el funcionamiento automático del poder.

Se había descubierto pues un método de probada eficacia para la normalización de grandes grupos.

Criticando a historiadores liberales y marxistas, Foucault propuso considerar con igual entusiasmo y dedicación los efectos generados por la invención de la

⁹ Superyó: Según el Diccionario de Psicoanálisis refiere a "Una de las Instancias de la personalidad, descrita por Freud en su segunda teoría del aparato psíquico: su función es comparable a la de un juez o censor con respecto al yo. Freud considera la conciencia moral, la autoobservación, la formación de ideales, como funciones del superyó. Clásicamente el superyó se define como el heredero del complejo de Edipo; se forma por interiorización de las exigencias y prohibiciones parentales." Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós Ibérica.

máquina de vapor como los efectos de ocasionados por la invención de nuevas tecnologías políticas, ya que las mismas se convirtieron en los instrumentos privilegiados de producción de subjetividad en el siglo XIX y comienzos del XX. Dado que se trata de un concepto algo equívoco y es frecuente encontrar usos muy laxos y ligeros del mismo cabe aclarar lo que se entiende por producción de subjetividad en este análisis.

Algunas corrientes psicológicas plantean que existen modos invariables de constitución, transformación y reproducción del sujeto del psiquismo. Por ejemplo, en las perspectivas psicoanalíticas lo que varía singularmente son las representaciones, las fantasías inconscientes o bien los mecanismos de defensa de los sujetos pero todos se constituyen de igual modo según su tránsito por la dramática edípica.

La perspectiva teórica adoptada aquí en resonancia con el enfoque foucaultino sostiene en cambio que “no existe un sujeto con una estructura universal con apenas algunas variaciones de desarrollo, contenido o estilo. Lo que existen son procesos de producción de subjetividad mediante los cuales las sociedades tienden a reproducir sujetos idénticos o similares, según los padrones dominantes de grupo o clase de que se trate de acuerdo con los moldes de lo instituido -organizado- establecido.” (Barembly, 2002, p. 170)

En el estudio de las técnicas políticas vinculadas al control de los cuerpos Foucault propuso distinguir dos formas complementarias: *las técnicas de disciplinamiento y las técnicas de individualización del poder*.

"Disciplina es en el fondo, el mecanismo del poder por el cual alcanzamos a controlar en el cuerpo social hasta los elementos más tenues por los cuales llegamos a tocar los propios átomos sociales, eso es, los individuos" (Foucault, 1996, p. 58)¹⁰

¹⁰ Resulta recomendable por su carácter esclarecedor la lectura de: *Conceptos de sociedad disciplinaria y dispositivos de poder en Foucault* - Sergio Hincapié. (s.f.). Recuperado a partir de <http://es.scribd.com/doc/49024129/Conceptos-de-sociedad-disciplinaria-y-dispositivos-de-poder-en-Foucault-Sergio-Hincapie>

Las técnicas de *individualización del poder* integradas a los procesos disciplinarios serían en cambio, aquellas que posibilitan: "Cómo vigilar a alguien, cómo controlar su conducta, su comportamiento, sus aptitudes, cómo intensificar su rendimiento, cómo multiplicar sus capacidades, cómo colocarlo en el lugar donde será más útil." (Foucault)

El filósofo Michel Foucault descubrió que estas tecnologías de disciplinamiento e individualización del poder se ensayaron primero en los cuarteles y en los colegios de jesuitas para luego ser trasladados a otros ámbitos.

En el ejército se tornaron particularmente necesarias a partir de la invención de los fusiles y otras tecnologías sofisticadas de destrucción que requerían de habilidades y entrenamiento específico, o sea, a partir del momento en que el soldado dejó de ser simple carne de cañón para convertirse en una compleja máquina de guerra.

Foucault encuentra la cristalización de ese fenómeno en el disciplinadísimo ejército prusiano de Federico II, el cual invertía la mayor parte del tiempo en entrenamiento.

Aunque en forma menos conocida y estudiada que el famoso Panóptico, las prisiones contemporáneas también se nutrieron de otros dispositivos productores de subjetividad.

Una idea rectora en la reformulación de las prisiones durante el siglo XIX fue la de buscar nuevos modos de reparación del daño ocasionado por el delincuente.

El trabajo forzado en prisión fue entendido como un modo ejemplar de pagar la deuda contraída con la sociedad al tiempo que según se creía propiciaba una nueva conciencia acerca del perjuicio ocasionado.

Tras cumplir su sentencia el recluso quedaba exonerado de su culpa y podía emprender una nueva vida. Asimismo se buscaron formas de reeducación y escarmiento complementarias al trabajo.

Otros métodos de rehabilitación –y por ende de producción de subjetividad- que se ensayaron durante el siglo XIX fueron los siguientes (Tébar Vilches, 2005):

Sistema de Maconochie (1840) mediante el cual se exigía una cantidad determinada trabajo y continuidad en la buena conducta.

El trabajo se contabilizaba mediante marcas o boletos, de forma tal que en la condena se estipulaba el número de marcas que cada preso necesitaba obtener antes de lograr su libertad. Asimismo se le otorgaba una especie de salario con el que debía hacerse cargo de su manutención al tiempo que se le podía castigar con sanciones pecuniarias por las faltas cometidas en prisión.

Sistema de Obermayer (1842): El cual dividía en dos etapas la reclusión. Una primera etapa de vida en común y obligación de silencio al igual que en ciertas experiencias de vida monacal.

Una segunda etapa en que eran reagrupados en espacios colectivos y heterogéneos para propiciar una futura reinserción social.

La constrictión al trabajo y la buena conducta establecían la posibilidad una liberación anticipada con la cual se podía hasta acortar a un tercio el tiempo de la condena.

Sistema de Crofton ¹¹(1883). Organizado en cuatro periodos:

- 1) reclusión diurna y nocturna en pequeñas celdas, sin comunicaciones y ración alimenticia estricta.
- 2) trabajo silencioso y reclusión nocturna.
- 3) pasaje a una prisión intermedia que posibilitaba el trabajo (primordialmente agrícola) al aire libre fuera del establecimiento.
- 4) libertad condicional.

Sistema de Montesinos (1834). Dividido en tres periodos:

- 1) trabajos interiores bajo encadenamiento.
- 2) trabajo remunerado en talleres
- 3) trabajo exterior con vigilancia mínima y reclusión nocturna
- 4) libertad condicional.

¹¹ Sistema penitenciario de Crofton, Sistema de Crofton o también conocido como Sistema penitenciario irlandés, por ser atribuido al irlandés Sir Walter Crofton quien, respondiendo a indicaciones del Congreso Internacional Penitenciario de Londres de 1872, creó un programa de asistencia a reclusos con el fin de reintegrarlos a la sociedad civil. Probablemente el más conocido e implementado de los sistemas penitenciarios.

Con mínimas variantes, los presupuestos que sostuvieron estos dispositivos continúan vigentes pese a las numerosas insuficiencias observadas en tales dispositivos.

La ortopedia social y arquitectónica ensayada por esos grandes sistemas en numerosos establecimientos decimonónicos no sólo continuaron siendo copiados en todo el mundo sino que permanecieron en forma pura o combinada hasta la actualidad. (Salazar, 2009)

Respaldados en los presupuestos e ideas antes reseñadas, las cárceles modernas del siglo XX se fueron estandarizando arquitectónica y organizativamente bajo la forma de grandes espacios -por lo general complejos de edificios- con áreas especializadas (celdas, oficinas, comedores, centros de visita, etc).

Las celdas adquirieron una estructura casi universal de habitaciones muy pequeñas, con mobiliarios muy básicos (cama, inodoro, lavatorio) y los pasajes de un área a otra, protegidos por sistemas de seguridad tales como rejas, candados, vigilancia permanente, y más recientemente salas de videocontrol.

Sin embargo, durante el siglo XX las instituciones de reclusión adquirieron nuevas diferencias funcionales y arquitectónicas en virtud de la población que debían albergar, según fuesen hombres o mujeres; jóvenes o adultos; o bien en virtud de su nivel de seguridad: alta, media o baja.

En el último tercio del siglo XX las cárceles de casi todo el mundo y de todo tipo han revelado problemas infraestructurales, padeciendo formas de creciente de problemas de hacinamiento y aumento de la criminalidad interna; revelándose incapaces de los procesos de rehabilitación enunciados en sus objetivos.

Por estas razones las cárceles y las prisiones contemporáneas presentan -en términos institucionales- una situación paradójica. Por un lado siguen gozando de una amplia y universal legitimidad y al mismo tiempo parecen atravesar una gran crisis debido a los cuestionamientos que se le han formulado y que no pueden contestar.

Resulta evidente que la cárcel es una pena particularmente cara en términos económicos para toda la sociedad, que presenta tasas de reincidencias altas y

que para colmo no contribuye a la “rehabilitación”, “recuperación” o “reinserción social” de los condenados sino que en numerosos casos constituyen espacios de especialización y perfeccionamiento en la comisión de delitos. (Foucault, 1993)

De ahí que en las últimas dos décadas haya ganado terreno en todo el mundo la implementación de penas alternativas a la prisión tales como el desarrollo obligatorio de trabajos comunitarios; permisos condicionales para cumplir con programas de formación o trabajo pero con la obligación de ir a pernoctar a la cárcel (su incumplimiento conlleva una eventual revocación de este régimen y una revisión de la condena); brazaletes electrónicos de vigilancia; multas; o confiscación de bienes para una compensación de la infracción cometida.

Como ha señalado el especialista español Manuel Gallego (2011) al comparar condenas penal con penas alternativas:

No podemos olvidar que la condena penal supone consecuencias nefastas para el condenado, que se verá estigmatizado por la sociedad que, difícilmente, volverá a acogerlo. Sin embargo, cuando alguien, incluso con una condena penal, no cumple su pena intramuros, la estigmatización con respecto a su persona es infinitamente más pequeña.

Por tanto, son muchos los beneficios de las llamadas penas alternativas a la prisión. Entre ellos, podemos enumerar:

- a) Evita el fenómeno del encarcelamiento, es decir, se evita que el condenado, asimilando el estatus de delincuente, se comporte como tal, dificultando o incluso impidiendo su proceso de resocialización;
- b) El condenado continúa manteniendo sus vínculos familiares y de amistad, impidiéndosele únicamente, como veremos más adelante, que realice ciertos comportamientos;
- c) Por regla general, continúa manteniendo su empleo, ya que la pena alternativa no le impide trabajar, evitando una nefasta consecuencia de la condena de privación de libertad que, normalmente, se extiende a sus familiares, que comienzan a

tener dificultades financieras por causa de la prisión del proveedor de la casa;

d) Facilita el proceso de resocialización ya que, como veremos más adelante, es una contradicción tratar de resocializar a alguien separándole de la vida en sociedad;

e) Permite que la víctima vea reparado el daño que sufrió, ya que, normalmente, ésta es una de las condiciones para la aplicación de la pena alternativa.

f) El índice de reincidencia es menor que cuando el agente cumple una pena de privación de libertad.

En virtud de la intensidad y legitimidad de las críticas a la institución carcelaria formuladas a lo largo del siglo XX, se fue consolidando una postura heteróclita conformada por intelectuales y activistas de todo el mundo que antes de procurar alternativas al encarcelamiento las buscan frente a la pena en general (Cesano, 2003).

Los autodenominados abolicionistas -de las cárceles y del concepto mismo de prisión- piensan que la génesis de la mayoría de los delitos hay que buscarla en las desigualdades sociales en términos económicos y de oportunidades y por consiguiente antes de la instrumentación de las penas habituales habría que buscar alternativas de re-encausamiento social y reeducación de los delincuentes.

Paralelamente se ha ido esbozando un grupo no tan radical en sus propuestas y que a diferencia de los anteriores no busca la supresión de las prisiones sino la dosificación de uso para aquellos delincuentes verdaderamente peligrosos. Los llamados reduccionistas subrayan el hecho de que la cárcel configura una pena especialmente cara, de escasa eficacia (debido a los niveles de reincidencia) y que no propicia la rehabilitación social. Por estos motivos proponen una gran diversidad de alternativas a la prisión tales como la realización de trabajos de valor social, el desarrollo de tareas educativas o bien otro tipo de castigos tales como la suspensión de la libreta de conductor, reservando la cárcel como última posibilidad.

Por otra parte lo que si parece claro en la actualidad es que la cárcel no debería centralizar toda la atención del sistema penal dado que este no se circunscribe a los lugares de reclusión. Los muros, celdas y cerrojos delimitan tan sólo el ámbito de administración de los castigos y del ejercicio de las violencias sistemáticas sobre los cuerpos.

Asimismo, aunque ni los establecimientos ni la filosofía de los sistemas rehabilitadores hayan variado sustancialmente, la vida en las cárceles se ha modificado radicalmente entre otras razones por la omnipresencia de los nuevos medios de comunicación (celulares; internet) y por los cambios organizativos y administrativos del los centros de reclusión.

Etnógrafos como Nuñez Vega (2007) de Ecuador han demostrado que ya no todos los aspectos de la cotidianeidad de las cárceles son administrados por las autoridades y responden a un panoptismo absoluto sino que dentro de las prisiones contemporáneas funcionan complejos sistemas de intercambio y negociación permanente que involucra servicios; bienes; sexo; drogas; circulación de dinero; tráfico de influencias y prebendas y coacciones diversas, entre otras.

7.2 Cárceles uruguayas: actualizaciones escasas y tardías

En Uruguay la institucionalización de los ámbitos carcelarios se verifica muy tardíamente, recién a fines del siglo XIX.

Hasta la construcción de la cárcel Miguelete en 1889 (el primer establecimiento carcelario específico del país) tanto a los procesados como a los penados se los enviaba a otros espacios en los que se habían improvisado centros de reclusión como el sótano del Cabildo de Montevideo, la Fortaleza del Cerro o el Cuartel de Dragones; todos los cuales padecieron históricamente de problemas sanitarios, de higiene y hacinamiento.

En ese marco de inmadurez institucional y de un sistema penal deficiente, a las escasas mujeres privadas de libertad que existían en el país, se las mantenían

en unos recintos poco habitables del Cabildo de Montevideo, cuidando de garantizar la incomunicación con los hombres que también se encontraban allí presos.

No obstante, la convivencia de los reclusos con el cuerpo legislativo que sesionaba en el piso superior no resultó nunca sencilla debido a los gritos, ruegos y comportamientos escandalosos de los prisioneros.

Si bien hasta 1850 se ensayaron diferentes formas de trabajo forzado con mano de obra reclusa para el desarrollo de obras públicas, finalmente el gobierno desistió de seguir usando ese recurso debido a las quejas generalizadas de los ciudadanos sobre la apariencia, higiene y vestimentas de los presos.(Landeira & Scapusio, 1997)

Muchos de los problemas relacionados con las deplorables condiciones de reclusión a las que estaba sometida la población privada de libertad, se debían a que los centros de reclusión no contaban con un presupuesto propio, asignado por el Estado sino que dependían de la caridad pública.

Las notorias carencias del sistema carcelario desencadenaron un debate sobre el tema y algunos políticos introdujeron algunas ideas modernas al respecto. (Echeverría; 2011)

En 1852, el jurisconsulto y político Eduardo Acevedo Maturana (1815-1863), manifestó enfáticamente la necesidad de “civilizar” todo el sistema: “la cárcel debía mejorar la condición de los mismos delincuentes con ayuda de instrucción, del aprendizaje de un oficio y de la formación de un pequeño capital.” (Landeira y Scapusio, 1997, p. 60)

Aunque su prédica logró sensibilizar a algunos legisladores, las reformas propuestas no llegaron a materializarse sino mucho tiempo después.

La cristalización de un modelo más “civilizado” de reclusión recién tuvo lugar -paradojalmente- en la Constitución de 1934, promulgada durante la dictadura de Gabriel Terra: “A nadie se le aplicará la pena de muerte. En ningún caso se permitirá que las cárceles sirvan para mortificar, y sí sólo para asegurar a los procesados y penados, persiguiendo su re-educación, la aptitud para el trabajo y la profilaxis del delito.” (Poder Legislativo, 1934).

A lo largo del siglo XX la problemática carcelaria insistió periódicamente en los titulares y en la agenda gubernamental. De todos modos los cambios en el sistema penitenciario fueron lentos y escasos.

En primer lugar, resulta curioso -para quien se aproxima al tema- no encontrar una historia ordenada de las cárceles uruguayas que incluya una adecuada sistematización de las múltiples experiencias departamentales y su relación con los establecimientos de reclusión capitalinos.

Dejando de lado los pequeños relatos históricos locales de cada departamento, los grandes eventos nacionales que jalónaron la evolución de las cárceles uruguayas fueron pocos.

A fines del siglo XIX los problemas que enfrentaba el sistema penitenciario uruguayo eran muy similares a los que tuvo afrontar un siglo después: superpoblación, hacinamiento, lentitud de los procesos judiciales, incapacidad de instrumentar estrategias de rehabilitación social que fuesen efectivas. (Fein, 2011)

El número de PPL aumentó exponencialmente en el último tercio del siglo XIX y las cárceles policiales del interior necesitaron desesperadamente derivar a sus reclusos.

La cárcel de Lavalleja –por ejemplo- inaugurada en 1878 o la de Rocha habilitada en 1897, ambas con capacidad para alojar cerca de 170 personas se vieron rápidamente incapacitadas de aceptar nuevos ingresos.¹²

De 4091 PPL existentes en 1876 se pasó a 10.162 en 1888, una cifra similar a la actual.

Muchos habían sido detenidos por delitos menores y estaban a la espera de un juicio, que sin recursos económicos podía tardar años en llegar. (Fein, 2011) Esta explosión repentina de la población carcelaria evidenció no sólo una

¹² Del mismo modo a fines del siglo XX las cárceles departamentales volvieron a sufrir crisis muy parecidas y debiendo enfrentar dilemas análogos. Ver: Cárceles: cerrarán Lavalleja y Rocha; regionalizan centros - Diario EL PAIS - Montevideo - Uruguay. (s.f.). Recuperado Junio 29, 2012, de <http://www.elpais.com.uy/100423/pnacio-484237/nacional/carceles-cerraran-lavalleja-y-rocha-regionalizan-centros/>

actividad judicial y represiva más intensa sino también una criminalización a mayor escala de la pobreza.

La cárcel de Miguelete desarrollada en 1889 intentó cubrir el déficit de plazas pero igual se vio pronto desbordada y en pocos años hubo que construir otra de igual inspiración pero más grande.

El fundamento principal de la cárcel de Miguelete recaía en el sistema de Crofton antes descrito y se apoyaba en la reclusión solitaria, el trabajo en común y una eventual liberación condicional como premio a la conducta ejemplar.

Arquitectónicamente resultaba una copia de la cárcel inglesa de Pentonville y no integraba el *rond point* de Bentham, que permite una vigilancia panóptica permanente desde una posición central.

Más bien se trataba de un conjunto de corredores que permitía la circulación de los vigilantes y la inspección mediante mirillas de cada celda, disposición que respetaba el denominado modelo lineal de vigilancia intermitente que predominó en la arquitectura carcelaria en gran parte del mundo hasta mediados del siglo XX. (Tratamiento y arquitectura penitenciaria)

En 1915, se inauguró otro proyecto parecido, una imponente arquitectura amurallada de seis manzanas de extensión en el barrio de Punta Carretas que procuraba ampliar y modernizar los espacios de reclusión uruguayos haciéndolos más amplios, seguros y eficientes.

Pese a su solidez, aparentemente inexpugnable, la Penitenciaría de Punta Carretas fue escenario de dos espectaculares fugas.

La primera ocurrió el 18 de marzo de 1931 y fue desarrollada por ocho anarquistas expropiadores -presos por razones políticas- y tres presos comunes, que escaparon mediante un túnel realizado desde una carbonería ubicada enfrente a establecimiento; dejando muy mal paradas a las autoridades carcelarias. (Bayer, 1975)

La segunda fuga -más escandalosa aún debido a la cantidad de personas implicadas y por contar con un claro antecedente de fuga colectiva- permitió el seis de setiembre de 1971, la evasión de 106 presos políticos del Movimiento de

Liberación Nacional Tupamaros y cinco presos comunes, en un operativo bautizado como *El Abuso* por sus ideólogos. (Álvarez, 2006)

La fuga de los tupamaros apuró una nueva transformación y el 1 de octubre de 1972 se inauguró una nueva cárcel de máxima seguridad, el Establecimiento Militar de Reclusión No 1, popularmente conocido como el Penal de Libertad.

Emplazado en el departamento de San José, a 53 kms de Montevideo y en las proximidades de la ciudad de Libertad, fue creada como cárcel exclusivamente masculina y poco tiempo después, durante la dictadura militar uruguaya de los años '70 y '80, se especializó en prisioneros políticos y llegó a mantener cautivos a más de 1400 personas.

Finalmente, el 18 de noviembre de 1986 un gran motín desencadenó la muerte de seis presos y conmovió de tal forma el barrio que la cárcel debió ser abandonada. Algunos años después, en 1994 fue reciclado como centro comercial dando lugar al actual Shopping Center de Punta Carretas.

Hasta mediados del siglo XX los proyectos arquitectónicos de los edificios penitenciarios se mantuvieron dentro de los lineamientos clásicos con escasas variaciones dependientes de su enclave y vinculación con la producción.¹³

Luego de la Segunda Guerra mundial comenzó a nivel mundial un nuevo período de experimentación con nuevos modelos arquitectónicos que asumían perspectivas y conceptos provenientes de la denominada psicología ambiental, disciplina abocada al estudio de la relación entre el comportamiento humano y el ambiente, comenzando así a establecer mayores variaciones sobre los modelos más frecuentes (Tratamiento y arquitectura penitenciaria).

¹³ Cabe aclarar que este tramo del análisis se concentra exclusivamente en los grandes proyectos de actualización del sistema penitenciario y ha soslayado deliberadamente la consideración de las cárceles departamentales (lo que incluye la Cárcel Central de Montevideo) debido al bajo porcentaje de PPL que han albergado y por no pertenecer a la Dirección Nacional de Cárceles (DNC), sino las diversas Jefaturas de Policía de cada departamento. Este aspecto no es menor ya que el tratamiento de las PPL en estos ámbitos ha tenido un menor grado de especialización técnica y arquitectónica.

De igual modo se ha optado por no considerar los pequeños establecimientos de media y mínima seguridad (La Tablada, Centro de Rehabilitación No. 2) y reseñar únicamente los grandes proyectos.

Otra de las ideas rectoras era la multiplicación de las estrategias productivas de cada centro aumentando la oferta laboral y formativa de los presos y no restringiéndolas a tareas pesadas, poco calificadas y degradantes.

Tratando de cubrir el déficit locativo, en 1986 se inauguró el Complejo Carcelario (COMCAR) luego denominado Complejo Penitenciario (COMPEN) en la localidad de Santiago Vázquez, dentro del departamento de Montevideo y en la zona limítrofe con el departamento de San José.

Se trataba de un gran proyecto arquitectónico que cubría una amplia superficie de 50 hectáreas fue planificado y realizado partiendo de un nuevo marco jurídico específico aportados en 1975 (durante la dictadura militar) por la Ley 14470 y el Decreto 101/75, en relación con la transformación del sistema penitenciario.

Este proyecto intentaba asumir algunas de las nuevas inspiraciones técnicas y arquitectónicas presentes en el mundo e incluía originalmente 4000 m² para talleres; 1000 m² para un centro de abastecimiento y procesamiento de alimentos con cámaras de frío incorporadas; 1000 m² de un lavadero y fábrica de jabón; 2000 m² destinados a una cocina industrial con dos hornos de panadería capaces de procesar 1500 kilos de pan y fábrica de fideos; sumando una superficie total de 8000 m².

Asimismo se habían reservado 35 hectáreas del total para trabajos agrícolas, con un galpón para maquinaria, un sistema de riego y un proyecto continuo de forestación con eucaliptos, pinos y mimbres destinados a abastecer talleres internos de cestería.

De este modo se buscaba dar trabajo a 1400 PPL en dos turnos de cinco horas, incluyendo una serie de tareas agrícolas y volver productivo económicamente a ese centro. (Uruguay Militar)

No obstante, las aspiraciones funcionales y productivas de este centro nunca se concretaron y pocos años después comenzó a ser el blanco principal de las críticas al sistema carcelario debido al estado de deterioro sufrido tanto por el edificio como en sus condiciones de servicio.

Ese lugar llegó a albergar cerca de la mitad de la población carcelaria del Uruguay y hubo períodos en que más de un tercio de las PPL recluidas allí dormían en el suelo, mal alimentados y sin colchones.

Diferentes informes como el del Servicio Paz y Justicia (Serpaj) de 2003 o los informes de los relatores de las misiones asesoras de la ONUDD de los años 2007 y 2009 dieron cuenta del estado deplorable e inhumano de algunos módulos del COMPEN, situación que afectó y afecta a un porcentaje significativo de la población privada de libertad del Uruguay.

En Uruguay, el debate sobre la funcionalidad y legitimidad de cárceles y prisiones ha cobrado particular intensidad desde el año 2007 a partir (entre otros factores) de la visita de la misión de expertos de la Organización de las Naciones Unidas, Oficina contra la Droga y el Delito (ONUDD, 2007), la cual hizo hincapié tanto en la necesidad de mejorar la situación sanitaria de las cárceles así como de intensificar la implementación (a mayor escala) de un régimen de penas alternativas a la prisión.

Del mismo modo, Manfred Nowak, relator de las Naciones Unidas en materia de Derechos Humanos ha insistido en estos puntos tanto en su primera misión en el Uruguay en 2009 como en su última visita en 2012. (Nowak, 2012)

7.3 Cárcel de Mujeres “Cabildo”

La situación de las mujeres privadas de libertad se mantuvo sin cambios hasta fines del siglo XIX, siendo recluidas en condiciones lamentables junto a los varones en la parte más baja del edificio del Cabildo.

Cuando en 1896 se termina de construir la Cárcel de Miguelete algunas penadas fueron redistribuidas en ese recinto, especialmente en el subsuelo.

En forma simultánea el gobierno nacional dispuso la creación de la primera Cárcel de Mujeres y Asilo Correccional de Menores¹⁴ en unos terrenos fiscales de la zona de Punta Carretas, pero una nueva falta de fondos congeló el

¹⁴ Ley N° 2425 del 28 de marzo de 1896

proyecto y se estableció la alternativa de arrendar la Quinta de Molinari, ubicada en la calle Cuñapirú en el barrio de la Comercial, aunque el edificio reveló rápidamente sus deficiencias y sólo fue utilizado con esos fines durante un breve período el último año del siglo XIX.

En 1898, el organismo rector de la vigilancia de las mujeres privadas de libertad, el Patronato de Damas sugirió al entonces presidente Juan Lindolfo Cuestas York (1837-1905) otorgar la Dirección de la Cárcel de Mujeres a las Religiosas del Buen Pastor de Angers tal como ya habían hecho varios países del continente (Argentina, Colombia, Paraguay, Chile, Brasil, Perú, El Salvador) atendiendo a un movimiento de especialización de esa orden, abocada al reencauzamiento de mujeres delincuentes. (Echeverría, Cruz, Curbelo y Fernández, 2011)

La propuesta del Patronato venía a resolver un problema histórico y fue aceptada decretándose que: “Tanto la directora como el personal de empleadas bajo sus inmediatas órdenes, serán religiosas de la congregación de Nuestra Señora de Caridad del Asilo del Buen Pastor de Angers, de conformidad al decreto del Poder Ejecutivo del 12 de noviembre de 1898.”¹⁵ Finalmente, a partir del 28 de diciembre de 1900 todas las mujeres privadas de libertad comenzaron a ser derivadas al nuevo Establecimiento Correccional y de Detención para Mujeres, construido en las instalaciones de un viejo molino, de la calle Cabildo¹⁶ del actual barrio Tres Cruces, quedando su dirección de este establecimiento a cargo de la mencionada congregación religiosa, la que continuó hasta 1986.

Este establecimiento ubicado en el cruce de las calles Cabildo y Nicaragua configuró el escenario político de las primeras reclusiones por motivos políticos en el período pre-dictatorial de los años `60 así como una espectacular fuga de

¹⁵ *Reglamento para la cárcel de mujeres.* (1899). Montevideo:

¹⁶ Resulta una curiosa coincidencia que diferentes lugares históricos de detención de mujeres tuviesen casi el mismo nombre, primero el Cabildo de Montevideo, luego este otro que se desarrolló en la calle de igual denominación y que finalmente fue reconocido institucionalmente por el nombre de su lugar de enclave.

trece de las primeras presas políticas a comienzos de la década de los '70. (Jorge, 1993)

La disciplina implantada por las monjas constituyó una nueva modalidad de control sobre las reclusas, inexistente hasta entonces en el Uruguay bárbaro y pre-moderno al decir de José Pedro Barrán.

...un control que, a partir de la intervención de la Orden del Buen Pastor, deja de centrarse en el delito en tanto acto, para dar lugar a toda una tecnología que comienza a focalizar su atención en el “alma” de las delincuentes. El castigo, pues, pasó a tomar formas sutiles, difuminándose en un control minucioso sobre las actividades y los tiempos. La entera cotidianeidad de las reclusas se veía afectada por este control masivo. La sociedad de la época comenzó a pretender “corregir”, “recuperar”, “rehabilitar”, “educar” a sus infractoras, tareas hasta entonces inéditas. (Da Costa, 2010)

De este modo y por esta vía la Orden comenzó a desarrollar técnicas más sofisticadas de disciplinamiento e individualización del poder; descritas por Foucault y reseñadas anteriormente. Así se pasó de la brutalidad del encierro y el castigo indiscriminado a un tratamiento personalizado, con las debidas exigencias de penitencia y muestras de arrepentimiento; el control continuo de los tiempos y las labores encomendadas; la vigilancia permanente de los comportamientos íntimos y una exacerbada disciplina sostenida en las rutinas monacales de oración y constrictión.

En relación con los nuevos tratamientos que se procuraban instrumentar el Director General de Institutos Penales, Gómez Folle señaló en 1939 que “...las cárceles no deben ser exclusivamente lugares de expiación, ni de tormento, ni siquiera de simple encierro de los delincuentes, hombres o mujeres, sino especie de usinas de transformación de los valores humanos, momentáneamente eclipsados, adormecidos o desorientados.”

Las monjas del Buen Pastor eran consideradas por entonces, las más idóneas para ejercer directamente sobre las mujeres un minucioso control corrector. Su

fuerte vocación moralizadora se integró perfectamente a la maquinaria subjetiva con fines correctivos y reformadores.

Bajo su égida la organización de la vida en prisión se nutría permanentemente de la herencia conventual. “La religión era omnipresente en las cárceles, pero principalmente en las cárceles femeninas, ya que a las mujeres se les obligaba, con mucha más insistencia que a los hombre, a rezar constantemente, a arrepentirse de su conducta y a escuchar sermones morales para transformar su ‘inmoral’ condición.” (Almeda, 2005)

El predio fue finalmente adquirido por esa Orden religiosa en 1945 y además de los recursos presupuestales del Estado que percibían por el ejercicio de la custodia comenzaron a recibir un alquiler por el uso del establecimiento.

De todos modos la vigilancia de la reclusión lograda por las monjas no fue nunca tan estricta como lo sería a partir de 1971 y en particular cuando las cárceles pasan a la órbita del Ministerio del Interior.

Después de dos fugas de presas políticas, en marzo de 1970 y julio de 1971 se modifica la estructura edilicia, se separan las presas por delitos comunes o sociales de las presas políticas y el Ministerio del Interior, pone custodia policial femenina y masculina en el exterior.

La estructura edilicia del sector de estas MPL se constituye con celdarios, que llegaron a albergar a aproximadamente 40 presas políticas hasta 1976-1977. También algunas fueron trasladadas de forma paulatina al Establecimiento de Punta Rieles (Regimiento Militar de Reclusión No. 2 dependiente del Ministerio de Defensa). (Priore, 2009)

Ya en dictadura, en 1974 el Sistema Penitenciario históricamente administrado por el Ministerio de Educación y Cultura pasa a estar a cargo del Ministerio del Interior.

Años después se habilitaría un piso en Cárcel Central para albergar detenidas y procesadas, el que funcionó hasta 1992, año en que se cierra ese pabellón, “quedando el Establecimiento de Cabildo como lugar único de ingreso de mujeres de causal penal de Montevideo” (Priore, 2009, p. 33)

Desde comienzos de los años '90 cuando la población de PPL comienza a aumentar significativamente se realizaron en Cabildo una serie de ampliaciones graduales de su espacio locativo llevándolo a una capacidad máxima de 150, aunque la misma fue rápidamente desbordada alcanzando en algún momento la cifra de 400 reclusas y cerca de 30 niños viviendo con sus madres. (Fundación Konrad-Adenauer/ Serpaj, 2003)

En forma paralela también creció la población de mujeres privadas de libertad en las Cárcenes Departamentales de todo el interior del país, las cuales estaban dirigidas y administradas por las Jefaturas Departamentales y los respectivos Jefes de Policía.

7.4 Género, cárceles y derecho penal

Las mujeres no han constituido un objeto privilegiado del Derecho Penal, sino que en torno a ellas se han desarrollado múltiples modalidades de control formal e informal ¹⁷.

En la modernidad uruguaya de la segunda mitad del siglo XIX, el Derecho Penal estaba dirigido especialmente hacia los varones en cuanto a operadores de roles en la esfera pública.

El sistema carcelario, tal como ya ha sido señalado no configuraba una prioridad del Estado, menos aún la cárcel de mujeres, tema por entonces nuevo en la cartera de los gobernantes y que se encontraba en el epicentro de la discusión política y social.

En términos generales, el control social se efectuaba desde una distinción de género a través de dos poderes diversificados. Por un lado, el poder punitivo se ocupaba de controlar a los varones

¹⁷ Como se trata de un aspecto trabajado en varios artículos por un equipo de investigadores de Facultad de Psicología organizado por el autor de esta tesis se ha optado por una transcripción extensa y no por la paráfrasis.

jóvenes y por otro el poder patriarcal, se encargaba de las mujeres, los niños y los ancianos.

El sistema de control dirigido hacia las mujeres era, pues principalmente informal ya que se ejercía mediante el dominio patriarcal en la esfera privada. La mayor parte de sus funciones reguladoras recaían principalmente en el padre o el esposo, siendo luego reforzadas por los buenos oficios de los médicos y los curas confesores.

De todas formas estos eran tan sólo los protagonistas principales de un complejo sistema de regulación que incluía a los más diversos actores sociales -incluidas las propias mujeres- los cuales se hallaban investidos de una autoridad difusa, informal, multifocal, que les permitía encauzar las desviaciones del comportamiento femenino. (Echeverría, 2011)

Debido a la marginalidad de las mujeres en la mayoría de las actividades públicas sus eventuales transgresiones recaían en el universo de lo privado y fundamentalmente en el ámbito familiar. De ahí que se comenzara a visualizar a la mujer que delinquía como una anormal, como alguien que ha traicionado su esencia y su moral, arruinando la “reserva ideal para el género humano”. (Gómez Folle, 1939, p.12)

Tradicionalmente, la delincuencia femenina ha sido entendida como índice de una doble desviación, una penal y otra social, observando a quienes cometieron esas diversas faltas "...como una mujer transgresora no solamente de las leyes penales -desviación delictiva- sino también de las normas sociales que regulan lo que ha de ser su condición femenina -desviación social." (Almeda, 2005) Por esta vía las transgresoras se habían desviado de lo socialmente establecido como destino: ser madre y esposa.

Históricamente en Uruguay la proporción de las mujeres encarceladas ha sido siempre significativamente menor que la de hombres.

Esto parece señalar que la mujer no llega a ser sustancialmente atrapada por el control penal, siendo primero captada por los diversos controles informales que

se ejercen sobre ella. Por otra parte, sobre las mujeres ha recaído una forma particular de indulgencia sobre las faltas menores cometidas por ellas, existiendo una amplia gama de delitos por los cuales no eran procesadas y variadas formas sociales de castigo y disciplinamiento.

Cuando la mujer traspassa los controles disciplinarios ínfimos, domésticos, del orden de lo privado, la cárcel aparece como una modalidad de control social límite, que se ejerce cuando su desviación no ha sido castigada o reencauzada por otras vías. Pasado este límite, el Estado, a través de su poder punitivo, se hace cargo de las procesadas y penadas, trasladándolas a centros de reclusión. (Da Costa, 2010)

Por otra parte, los estudios académicos nacionales vinculados con la problemática carcelaria se han centrado en forma casi exclusiva en la población masculina. Cabe aclarar, que esto no es una peculiaridad intrínseca del Uruguay sino una característica criminológica universal.

La mujer privada de libertad ha generado en todo el orbe un interés mucho menor que la población reclusa masculina debido -como ya se ha señalado- a su menor peso numérico y conflictividad.¹⁸ (Aller y Langón, 2005)

Realidad que siempre ha contrastado con el malestar crónico despertado por las prisiones masculinas en el seno del aparato estatal.

La falta de atención hacia las características singulares de las prisiones femeninas ha propiciado la perpetuación histórica de una serie de factores de discriminación tales como la precariedad de espacios, el abandono familiar y protector o la mezcla de perfiles criminales y principalmente el desconocimiento de las diferentes características, sociales y personales, que las hacen vulnerables a la entrada en el mundo penal y el desentendimiento sus necesidades. (Anthony, 2003).

¹⁸ En el año 2009, según la División Estadística y Análisis Estratégico del Ministerio del Interior, el número de mujeres privadas de libertad era trece veces inferior al número de varones en la misma condición.

Esta falta de una política global de género en el ámbito penitenciario no es una característica que singularice al Uruguay sino que lo asimila a la realidad institucional de la mayor parte del mundo. Pero probablemente lo más preocupante de esta falta de atención (“invisibilidad” para algunos autores) es que determina un desconocimiento de su perfil criminológico y social específico. Características que se están poniendo al descubierto gracias a los estudios impulsados por una corriente denominada “criminología de género”, que aglutina a un número de investigadores e investigadoras que desde distintos ámbitos, académicos y en su variante práctica, coinciden en el empeño de destacar los factores de vulnerabilidad que empujan a las mujeres al delito, y los elementos que mantienen un trato discriminatorio dentro de las prisiones.

Desde esta perspectiva, durante la primera década del siglo XXI, se han multiplicado en Iberoamérica los estudios sobre la población femenina privada de libertad otorgándole una perspectiva de género. (Yagüe-Olmos, 2007)

En igual sentido, el crecimiento del consumo problemático de drogas en las mujeres y su relación con el delito, es presentado tanto en las investigaciones españolas como en las chilenas como objeto de una atención especial y diferencial respecto a sus pares varones. (Yagüe-Olmos, 2007; CONACE, 2004; 2005)

De un modo u otro se suele argumentar que las diferencias entre los sexos están cimentadas sobre relaciones de género que se han construido social y simbólicamente a lo largo de la historia de Occidente, a partir de las cuales las mujeres se han visto habitualmente desprovistas de condiciones sociales y culturales igualitarias, viéndose relegadas a un papel subordinado, subvalorado y dependiente.

Dado el actual abuso en los medios de comunicación de la noción de género, los usos erráticos de ese término -tan en boga- y las confusiones propiciadas por este hecho se vuelve necesario realizar algunas aclaraciones.

Como han señalado oportunamente Alejandra López y Carlos Güida: “Las primeras conceptualizaciones sobre género (del inglés *gender*) datan de la década del 50 cuando los psiquiatras y psicoanalistas Money y Stoller

distinguían los conceptos de sexo y de género. Este último era definido como los comportamientos esperados para una persona en función de su sexo biológico. A partir de investigar el proceso de construcción identitaria en niños con trastornos en la definición de su sexo biológico, postularon que el núcleo de la identidad de género (definido como el sentimiento íntimo de ser mujer o de ser varón) se construye en los primeros tres años de existencia y es previa a la diferencia sexual.” (López y Güida, 2000)

Hilando fino en torno a este concepto tan complejo como elusivo podría decirse que:

Género es la construcción diferencial de los seres humanos en tipos femeninos y masculinos. El género es una categoría relacional que busca explicar una construcción de un tipo de diferencia entre los seres humanos.

Las teorías feministas, sean psicoanalíticas, postmodernas, liberales o críticas, coinciden en el supuesto de que la constitución de diferencias de género es un proceso histórico y social, y en que el género no es un hecho natural.

El sexo y el género no se relacionan entre sí como lo hacen la naturaleza y la cultura, pues la sexualidad misma es una diferencia construida culturalmente.

Cada mujer y cada hombre sintetizan y concretan en la experiencia de sus propias vidas el proceso sociocultural e histórico que los hace ser precisamente ese hombre y esa mujer”.

La identidad sexual configura pues un aspecto de la identidad de género. Por eso el sexo y el género no se relacionan entre sí como lo hacen la naturaleza y la cultura pues la sexualidad misma es una diferencia construida culturalmente. (Cazés, 2001)

De esta forma la categoría género permite observar y denunciar las oportunidades desiguales que cada persona encuentra en la sociedad, según se

trate de una mujer o de un varón. En torno a esta categoría se organizan relaciones de poder que la sociedad y la cultura estimula y legitima por la vía de la naturalización de las conductas que se esperan de unos y de otros, dando así lugar a lo que se entiende como estereotipos de género.

De acuerdo a la visión de diversos profesionales del Servicio de Sanidad Penitenciaria y autoridades del Ministerio del Interior, en la última década se han verificado cambios ostensibles en las características sociales, culturales y psicológicas de las nuevas MPL que ingresan a la cárcel, siendo mayoritariamente consumidoras de sustancias psicoactivas, en especial de estimulantes tales como pasta base y cocaína. Situación que ha modificado sustancialmente las condiciones de convivencia en reclusión así como su estado sanitario, imponiendo nuevos desafíos a los servicios de atención en salud y al sistema de seguridad interna (adicciones severas, enfermedades infectocontagiosas, violencia interna, etc.) Este panorama no resulta singular y propio de nuestras cárceles sino que en la bibliografía revisada es señalado como de alcance global. (Plugge, 2009; Adams, 2011)

7.5 La institución carcelaria y la vida cotidiana

Muy habitualmente la literatura académica de las ciencias sociales se inclina por considerar las cárceles como un ejemplo de institución total aprovechando el concepto elaborado por Erving Goffman (1961) en *Internados* donde define como tal aquel “lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”. No obstante, para la elaboración de este trabajo se optado por una mirada propia de esa corriente psicosociológica denominada Análisis Institucional, desde donde se entiende que las instituciones desde una perspectiva más abstracta, en tanto cuerpos jurídicos, normativos y culturales

compuestos de valores, ideas, creencias y leyes que regulan toda la vida social. La justicia por ejemplo es un buen ejemplo de una institución en este sentido. Una cárcel en particular no sería pues una institución sino una organización, es decir una materialización (de las tantas posibles) de una institución; organización sometida permanentemente a una tensión entre procesos instituyentes e instituidos.

La institución carcelaria regula la vida de las personas que conviven allí tanto de reclusos como de carceleros.

La institucionalización de la vida cotidiana con sus horarios de reclusión en la celda, comidas, salidas al patio y visitas jalonan la vida cotidiana en un establecimiento cuya posibilidad de circulación y acceso a lugares y privilegios (patio, duchas, teléfonos, enfermería, cocina, etc) dependen de un sistema de jerarquías y por ende de la administración interna del poder.

Siguiendo la metáfora foucaultiana existe una microfísica del poder que diagrama las posibilidades tanto de circulación como de intercambios de mercancías (comida, tabaco, ropa, tarjetas telefónicas, drogas, artículos electrónicos, etc) y servicios (cuidados corporales, peluquería, reparaciones, tatuajes, sexo, etc.)

Las restricciones locativas, de espacios y de accesos a bienes y servicios obligan a un sistema de negociación e intercambio permanente, que va estableciendo jerarquías internas según su vínculo con el afuera y con las líneas de suministro de mercancías y dinero.

Así las personas privadas de libertad que tienen una familia u organización proveedora va a contar con mayores posibilidades de acceso a servicios internos y va a ejercer un poder mayor sobre los demás replicando la división social de clases.¹⁹

¹⁹ Resulta muy recomendable la lectura del análisis etnográfico *Viviendo con VIH en cárceles. Estudio cualitativo en el Establecimiento Penitenciario Departamental de Canelones (2007)* desarrollado por un equipo del Instituto de Investigación y Desarrollo del Uruguay (Cervantes, M. y Latorre, L., Albanés, L. y Weinstein, D.) en *Documento de trabajo. Estado de situación, investigación e intervenciones en VIH-Sida en personas privadas de libertad. Establecimientos carcelarios en Uruguay. 2005-2009*. Ministerio de Salud Pública (MSP)-Programa Prioritario ITS/SIDA-Ministerio del Interior -ONUSIDA-UNODC-OPS-ASSE.

En este contexto en el que se componen recursos propios del adentro y el afuera carcelario hay dos elementos que cobran particular relevancia: las drogas y el sexo.

Las deudas contraídas por el consumo de drogas que no se han podido pagar se trasladan habitualmente al resto del grupo familiar que tenga el consumidor(a) privado de libertad.

Con amenazas de vida hacia la persona en reclusión o bien sobre alguno de sus familiares las organizaciones que distribuyen drogas en las cárceles procuran garantizarse el cobro de lo comercializado.

Sea como moneda aceptada de pago o como estrategia de sometimiento y humillación el sexo es habitualmente utilizado para saldar deudas.

Es un secreto a voces en todo el sistema penitenciario que los hombres privados de libertad que han contraído deudas por juego o drogas y sus familiares más cercanos suelen recibir amenazas y presiones exigiendo, cuando no hay recursos económicos, la prestación de servicios sexuales específicos al acreedor por parte de ellos mismos o bien de alguna de las mujeres de su familia (esposas, novias, hermanas o madres).

Estas formas de humillación y violencia revelan una radicalización de la inequidad y subordinación de género de las mujeres implicadas de diferentes formas en procesos penales.

7.6 Vulnerabilidad, género y VIH

Desde los años '80 en que se diagnostican los primeros casos de sida la epidemia ha tenido una diseminación desigual tornándose un problema cada vez más femenino, más joven y más pobre. (Deossa Restrepo, 2011). Por estas razones se ha impuesto la necesidad de observar esta problemática desde una perspectiva de género y desde la base del concepto de vulnerabilidad.

Este concepto surge en el campo de la epidemiología del VIH a partir de la labor pionera de Jonathan Mann (Mann, 1991; Mann, 1994) y otros investigadores de la Universidad de Harvard procurando explicar el modo en que distintos factores de naturaleza diversa (individuales, sociales, culturales y políticos) se interrelacionan facilitando o dificultando la transmisión de una persona a otra en el seno de un grupo o una comunidad.

Este enfoque se consolidó en respuesta a múltiples teorías que intentaban explicar o intervenir en ese fenómeno epidémico exclusivamente desde la consideración de los comportamientos individuales, entendiéndolos como la resultante de decisiones o elecciones autónomas.

A partir de la perspectiva trazada por Mann y colaboradores, se ha podido concluir que existen grupos o comunidades más vulnerables al VIH que otros y que por lo tanto requieren una mayor protección y el desarrollo de políticas específicas.

El concepto de vulnerabilidad se ha revelado especialmente útil para la comprensión de la diseminación del VIH entre la población femenina, dado que la misma es consecuencia de entrecruzamientos de comportamientos y relaciones de género dominantes así como de condiciones sociales más generales como el acceso a los servicios y a la información, o la eventual existencia de políticas públicas orientadas hacia las mujeres.

Las investigaciones ulteriores desarrolladas desde esta perspectiva permitieron reconocer una mayor vulnerabilidad frente al VIH, en particular de niños y mujeres pertenecientes a grupos y/o comunidades de minorías étnicas, migrantes, refugiados, trabajadoras sexuales, personas usuarias de drogas y personas privadas de libertad. (ICASO, 1997; Lafaurie y Zúñiga, 2011; Unaid, 2011)

En forma muy esquemática podría señalarse que el concepto de vulnerabilidad apunta a tres planos, interrelacionados e influenciados recíprocamente en el proceso de determinación de los riesgos de infección del VIH en personas, grupos o comunidades.

a) Un primer plano que estaría configurado por los comportamientos singulares vinculados tanto a los sistemas de creencias como al modo particular de vivir el problema. El análisis de este plano reconoce como muy importante el nivel de información existente en la persona, el grupo o la comunidad, sobre la enfermedad así como la capacidad de transformar la información en acciones concretas.

b) Un segundo plano estaría dado por el contexto social y las posibilidades de acceso a recursos y condiciones que posibiliten una reducción de la vulnerabilidad.

c) Por último, el tercer plano que se entrecruza estaría aportado por el contexto político y el grado de prioridad que se le conceda a esta problemática en términos locales o regionales así como las eventuales medidas de protección que hayan sido adoptadas.

Para ilustrar la complejidad del concepto de vulnerabilidad es posible imaginar cualquier situación en la que una mujer decida protegerse usando algún tipo de preservativo masculino o femenino.

El uso del mismo va a depender de sus creencias, su evaluación de los riesgos, su conocimiento acerca de la posibilidad de exposición a la que está expuesta así como de su acceso a ese recurso específico (preservativo) y de que su pareja esté también de acuerdo con su uso; ya que esto va a depender de una negociación en el marco de una relación a menudo desigual de género.

Las mujeres son particularmente vulnerables al VIH por una amplia gama de aspectos y situaciones en las que se deben incluir factores biológicos.

La tasa de transmisión del VIH del hombre a la mujer es entre dos y cuatro veces más alta que de la mujer al hombre. (Betances, 1999)

Esto obedece según Betances a que:

- la mujer presenta una mucosa expuesta más extensa y que las mujeres jóvenes hay una menor producción de moco cervical que la proteja tal como sucede con mujeres más grandes.
- las mujeres son en un número superior receptoras de transfusiones de sangre y otros productos sanguíneos.

- las enfermedades de transmisión sexual, en particular las que causan lesiones ulcerosas (chancro, sífilis) propician tanto la transmisión como la adquisición del VIH; y refuerzan la vulnerabilidad biológica de la mujer ya que los signos de esa infección pueden no ser ostensibles impidiéndole percibir su curso.
- la mujer ocupa a menudo y principalmente en contextos carenciados una posición subordinada.
- su ingreso al mercado de trabajo se verifica en condiciones desfavorables tornándolas proclives a insertarse en el sector informal donde están más desprotegidas y gozan de menores beneficios sociales o bien en el sector formalizado pero en la modalidades peor remuneradas.
- la pobreza se ha feminizado en todo el mundo, recayendo las jefaturas de los hogares más pobres en mujeres, lo que a la vez las vuelve más propensas a aceptar empleos más precarios y les resta tiempo y energía para una eventual capacitación que le permitiría mejores oportunidades.

Por otra parte los procesos migratorios que tienen lugar tanto a nivel nacional como internacional en busca de mejores oportunidades laborales enfrentan a las personas a mundos hostiles, ajenos a sus costumbres y con escaso acceso a servicios sociales de apoyo.

El mero hecho de tener que vivir lejos de la comunidad y la familia de origen coloca al migrante en situación de vulnerabilidad con mayores tendencias al desarrollo de conductas de riesgo. Al mismo tiempo las migraciones constituyen en sí mismas un factor de riesgo potencial de diseminación del VIH y de intercambios de diferentes cepas del virus.

En cualquier abordaje comprensivo de la vulnerabilidad de las mujeres es necesario incluir marcos legislativos (en muchos casos) con leyes obsoletas o discriminatorias hacia los derechos económicos, políticos sexuales y reproductivos; los medios de comunicación transmitiendo imágenes estereotipadas o denigrantes de mujeres y niñas, ubicándolas en un lugar de objetos sexuales subordinadas a lo masculino; la incidencia de las ideas y discursos religiosos conservadores o directamente oscurantistas; costumbres y

tradiciones lesivas de su integridad; el acceso desigual a la educación; entre otras.

Para comprender el concepto de vulnerabilidad de las mujeres es necesario pues la consideración de la "...construcción social de los géneros que ha determinado la desvalorización de lo femenino y su subordinación a lo masculino, con el consiguiente desbalance de poder entre hombres y mujeres. A partir de la comprensión de dicha construcción genérica, es posible entender como se ha ido gestando esta situación que se entremezcla peligrosamente con su vulnerabilidad biológica." (Gómez, 1999, p.3)

Desde los primeros test de VIH realizados en 1983 hasta fines del año 2010 se han diagnosticado y notificado un total acumulado de 9835 casos de VIH y 4144 casos de sida.

En cuanto a la distribución por sexo el 60% han correspondido a notificaciones de VIH a personas del sexo masculino y en un 39% a personas de sexo femenino (MSP, 2011).

Con respecto a las notificaciones de sida también se ha observado una predominancia masculina y un aumento paulatino de las notificaciones femeninas a lo largo de los últimos veinte años. A modo de ejemplo, la tasa de notificación de sida para el sexo femenino en 2010 fue siete veces mayor a las realizadas en 1991.

El VIH es una patología que afecta principalmente a personas jóvenes, con una mediana global de 33 años para VIH y de 38 años para sida.

El 73% de los casos notificados de VIH o sida se concentran en Montevideo y el resto del interior del país. De todas maneras la distribución en los departamentos del interior no es uniforme observándose mayores tasas de notificación en los departamentos fronterizos o con mayor actividad turística tal como sucede en Rivera, Artigas, Maldonado y Rocha.

En Uruguay la tasa de mortalidad por sida ha revelado un aumento progresivo desde comienzos de los años '90 estabilizándose entre el 2003 y 2006 y presentando un ligero descenso desde 2008.

De las enfermedades oportunistas más frecuentes registradas en las notificaciones de sida han sido las neumonías, candidiasis orofaríngea, tuberculosis y toxoplasmosis.

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana es clasificado en dos tipos: VIH-1 y VIH-2. El VIH-1 presenta una amplia diversidad genética, que a la vez se clasifica en 4 grupos: M, O, N y P.

Al grupo M se le atribuye la responsabilidad de la pandemia siendo subdividido para su estudio en 9 subtipos (A, B, C, D, F, G, H, J, K) presentando además 50 formas recombinantes circulantes.

El problema de la variabilidad genética del VIH resulta clave para el análisis de esta problemática. La caracterización de tipos, subtipos y formas recombinantes que circulan en el mundo, es necesaria para el conocimiento de la evolución de la pandemia, así como de gran utilidad en la epidemiología de la misma.

Por otra parte, casi la cuarta parte de los casos conocidos corresponden a usuarios problemáticos de drogas y si se considera el tramo etario de 15 a 24 años se observa que casi la mitad de los infectados lo son.

Dejando de lado la obviedad de los riesgos asumidos por los consumidores de drogas inyectables, otras formas y sustancias (cocaína inhalada; pasta base; drogas psicodélicas) también aumentan las posibilidades de infección de VIH y otras infecciones de transmisión sexual, debido principalmente a prácticas sexuales de mayor riesgo tales como sexo sin protección, mayor promiscuidad, o intercambios de favores sexuales por drogas o dinero. (Osimani, 2004).

Los estudios norteamericanos del Center for Disease Control and Prevention (www.cdc.gov/hiv) desarrollados históricamente en ese país suelen señalar que los consumidores de drogas duras tienen aproximadamente tres veces más riesgos de contraer VIH que los no consumidores.

Los patrones de consumo de drogas en Uruguay han tenido importantes modificaciones en la primera década del siglo XXI, observándose una paulatina equiparación de los patrones de consumo entre los sexos y un aumento progresivo del consumo de pasta base de cocaína.

De acuerdo con dos estudios realizados por la Junta Nacional de Drogas el 80% de las PPL han consumido drogas de comercio ilegal presentando además un perfil de policonsumo. (JND, 2005; 2008)

Por otra parte, un estudio de la Junta Nacional de Drogas sobre las mujeres privadas de libertad en Cabildo ya en el año 2002 señalaba que el 87% de las MPL de entre 18 y 35 años presentaban antecedentes de consumo de drogas y que cerca del 20% habían ingresado por delitos asociados directamente a las drogas. (citado por Osimani, 2004)

Siendo más precisos, durante los años 2007 y 2008, un estudio en la cárcel de varones del Departamento de Canelones reveló los siguientes datos:

- el consumo de drogas por franjas etarias era del orden del 92.6% (18 a 29 años); 82.7% (30 a 44 años); 42.9%(45 años o más)
- el 15% referían relaciones sexuales solo con varones y 1% con varones y mujeres
- un uso escaso de condón durante las visitas conyugales: casi nunca, 63%; a veces, 15%; siempre, 22%
- un uso también escaso de condón con otras PPL: casi nunca, 42%; a veces, 29%; siempre, 29%
- trato discriminatorio: por personal penitenciario, 29.2%; por otras PPL, 13.7%
- situaciones de violencia: por personal penitenciario, 33.5%; por otras PPL, 14.3%.
- el 30.4% refirió que le realizaron la prueba de VIH durante la reclusión y en el 100% fue voluntaria.
- las prevalencias halladas fueron: VIH, 5.5%; virus de hepatitis B (antígeno s), 0.

Datos por demás elocuentes sobre los factores de riesgo en esta población.

7.7 Riesgo frente al VIH

En términos generales, por factores y prácticas de riesgo se suelen entender todas aquellas situaciones y acciones que aumentan la probabilidad que se contraiga una enfermedad (Ribes, 1990). Por ejemplo, en el caso del VIH se consideran prácticas de riesgo, el tener relaciones sexuales con penetración sin utilizar preservativo; usar agujas no descartables y/o sin esterilizar para tatuajes y *piercings*; compartir agujas o jeringas; y lactar al bebé cuando la madre es portadora de VIH.

No obstante, cabe aclarar que para la interpretación de estos factores y prácticas y para el discernimiento de estrategias de intervención, no hay ni conceptualizaciones precisas ni enfoques unívocos de los mismos, variando según los autores y las tradiciones académicas y políticas.

Procurando aclarar esta cuestión, Manzelli y Pecheny (2002) al estudiar el tema plantean la existencia de tres grandes enfoques o modelos para la consideración del problema y de las estrategias de intervención posible.

El primer modelo taxonomizado como *epidemiológico-conductual* apunta a la modificación o consolidación de conocimientos, creencias y actitudes que influyen en los comportamientos singulares.

El segundo modelo, denominado *antropológico-cultural* reconoce que los sujetos se guían por pautas, códigos y normas establecidas socialmente en su entorno, siendo éstas sobre las que habría que intentar operar.

El tercer modelo, denominado *político-social*, parte de la base que los sujetos no sólo responden a sus creencias o a las pautas normativas de su entorno sino que actúan en función de los recursos estructurales con los que cuentan, y que están distribuidos desigualmente según diferentes clivajes sociales.

Dadas las limitaciones evidentes de los tres recortes señalados se propone aquí ensayar un enfoque que trascienda estos modelos.

Por esta razón la consideración de datos concretos acerca de los riesgos desarrollados por una persona, grupo o comunidad, se torna necesario integrar esa información en un marco interpretativo atento a otras dimensiones, tales

como determinaciones y condicionamiento institucionales así como la pertenencia a contextos sociales específicos, comprendidos desde la situación de vulnerabilidad social y familiar a la que estén expuestas, y al sistema de desigualdad estructural (clase, y género) en la que se integran.

Los factores de riesgo y las estrategias de gestión de los mismos, no pueden ser entendidos sin considerar la dimensión social en las que se toman tales decisiones, el valor social atribuido a las mismas, y el contexto cultural y económico en las que emergen.

Se debería tener presente que todas las prácticas a estudiar son percibidas y negociadas en una red de relaciones sociales en las que cobran sentido.

De acuerdo con varias investigaciones desarrolladas con poblaciones altamente vulnerables (Abadie, 2003; Osimani, 2001) las mismas siempre perciben los riesgos de transmisión del VIH y desarrollan dentro de su lógica y racionalidad medidas de resguardo de su salud.

De igual modo, como ya se ha argumentado extensamente la variable de género resulta particularmente útil y necesaria para la elucidación de políticas adecuadas de prevención en contextos carcelarios.

Por estas razones, vulnerabilidad y género constituyen dos categorías que mantienen un alto potencial analítico para el abordaje de los factores de riesgo en contextos carcelarios.

8. Análisis

Este estudio procura responder a las grandes interrogantes planteadas al inicio. A partir de los resultados de la encuesta y de los datos secundarios relevados al comienzo del trabajo de campo es posible contestar a seis quedando una séptima para ser respondida en la discusión a partir de una valoración general de la información recolectada.

¿Cuál es el perfil sociodemográfico de las mujeres privadas de libertad en Cabildo?

De acuerdo a la situación jurídica de las 339 mujeres reseñadas en la base de datos general, que fuera aportada oportunamente por la propia institución para la realización de este estudio y para la extracción de la muestra aleatoria: el 69% de todas ellas estaban procesadas y sólo el 31% restante había recibido ya su condena. Para algo más de dos tercios (67%) de todas las MPL esta era su primera experiencia de privación de libertad y el 61% gozaba de salidas transitorias. En virtud también de los datos institucionales generales recabados, veinte niños convivían con sus madres allí.

Los demás datos que se detallan a continuación -en cambio- corresponden a los resultados de la encuesta y en referencia a las características sociodemográficas de la muestra se encuentran representados en la siguiente Tabla.

Tabla 1

Características socio-demográficas de la muestra

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
18-21 años	7	12,7
22-30	17	30,9
31-40	15	27,3
40 o más	16	29,1
Estado Civil		
Casada	10	18,2
Divorciada	8	14,5
Separada	2	3,6
Viuda	3	5,5
Unión Libre	4	7,3
Soltera	28	50,9

(cont.)

Tabla 1

Características socio-demográficas de la muestra

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Personas con quien convive		
Padres/otros familiares	11	20,4
Pareja	10	18,5
Pareja e Hijos	16	29,6
Sola	5	9,3
Otros/amigos	10	18,5
Situación de calle	1	1,9
N/C	1	1,9
Nacionalidad		
Uruguay	52	94,6
Argentina	1	1,8
Brasilera	1	1,8
Otras	1	1,8
Religión		
No practica	35	63,6
Católica	12	21,8
Evangélica/Testigos de Jehová	3	5,5
Umbanda	4	7,3
Otras	1	1,8

Nota: La muestra fue de 55 mujeres

Se trata mayoritariamente de mujeres jóvenes y solteras; la edad media de la muestra fue de 35 años, con un mínimo de 18 y un máximo de 68 años, en tanto que la edad media para el total de las mujeres en la base de datos (N= 339) fue de 34 años.

Complementariamente, de acuerdo con los datos extraídos de la muestra pudo saberse que la más de la mitad no se encontraban insertas en el mercado laboral formalizado antes de su detención; sólo el 44% mantenía un trabajo

regular (empleada; comerciante u oficio independiente); el 29% no desarrollaba ninguna actividad y el resto instrumentaba diversas estrategias de supervivencia en el sector de la economía informal.

En una gran mayoría de casos los padres y madres de las MPL trabajaban en mayor proporción que sus hijas, siendo escasas las situaciones de desempleo (4 % en padres y 9 % en madres).

El 85 % de las MPL sostenían vínculos familiares siendo los más fuertes y estables con los hijos (60%) y con los padres (44%).

Se presenta a continuación un detalle de los niveles de escolarización de las MPL estudiadas.

Tabla 2

Nivel de escolaridad de las mujeres privadas de libertad y sus padres

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Escolaridad (de la participante)		
Primaria incompleta	14	25,5
Primaria completa	9	16,4
Secundaria incompleta	20	36,4
Secundaria completa	5	9,1
Estudios terciarios incompletos	2	3,6
Estudios terciarios completos	4	7,2
Universidad incompleta	1	1,8
Escolaridad (padre)		
Sin instrucción	5	9,1
Primaria incompleta	5	9,1
Primaria completa	13	23,6
Secundaria incompleta	7	12,7
Secundaria completa	9	16,4
Estudios terciarios incompletos	1	1,8
Estudios terciarios completos	1	1,8
Universitaria completa	2	3,6

N/C	12	21,8
Escolaridad (madre)		
Sin instrucción	4	7,3
Primaria incompleta	4	7,3
Primaria completa	20	36,4
Secundaria incompleta	10	18,2
Secundaria completa	7	12,7
Estudios terciarios completos	1	1,8
Universitaria completa	2	3,6
N/C	7	12,7

¿Cuáles son los niveles de información y conocimiento de esta población en relación con la transmisión de VIH?

Por medio de esta encuesta se procuró indagar en los niveles de información y en las creencias sobre las formas de contraer VIH.

La totalidad las participantes consultadas revelaron saber que tanto el sexo sin protección como el intercambio de agujas y la trasmisión vertical de una madre a su bebé presentan altos riesgos de transmisión del VIH.

No obstante, el 20% consideró erróneamente a los mosquitos como una vía posible de transmisión y un 2% declaró que esto también era posible a través de la comida.

¿Cuánto sabe esta población acerca de su situación serológica y cuál es su actitud frente a los estudios propedeúticos y paraclínicos específicos para el VIH?

El 87% se hizo un análisis de VIH y más de la mitad de ellas se lo hizo en la cárcel. Sin embargo el 14,5% no llegó a conocer el resultado.

El interés manifestado hacia la realización de un nuevo análisis de VIH fue particularmente alto, un 73%.

Tabla 3

Conocimiento de situación serológica y actitud frente a los estudios

Variables	Si	No	No sabe o no corresponde
	48	7	0
¿Alguna vez se hizo un análisis de VIH?	(87%)	(13%)	
¿Conoce el resultado?	40 (73%)	8 (14%)	7 (13%)
¿Le interesaría hacerse un (nuevo) análisis de VIH?	40 (73%)	15 (27%)	0
¿Este análisis se lo hizo antes de estar privada de libertad?	23 (42%)	25 (45% en Cabildo)	7 (13%)

Todas las encuestadas invariablemente manifestaron su interés en realizarse nuevos estudios médicos. A continuación se detallan las respuestas a este ítem.

Tabla 4:

¿Hay algún estudio médico que quiera realizarse, cuál?

	Frecuencia	Porcentaje
Neumológico	12	21,8
Ginecológico	11	20,0
Psicológico	8	14,5
Dermatológico	5	9,1
Psiquiátrico	3	5,5
Gastroenterológico	3	5,5
Cardiológico	3	5,5
Hematológico	2	3,6
		(cont.)

Endocrinológico - nutrición	2	3,6
Reumatológico	1	1,8
Nefrológico (riñones)	1	1,8
Oncológico (cáncer)	1	1,8
Neurología	1	1,8
Oftalmología	1	1,8
Infectología	1	1,8
Total	55	100,0

¿Cuál es el funcionamiento efectivo del servicio de consejería que se les brinda a las MPL en relación con las enfermedades de transmisión sexual?

El seguimiento de los análisis realizados, la entrega de resultados y la consejería posterior parece presentar algunos problemas debido a que en un 14% los resultados no fueron notificados convenientemente.

De igual modo el 16% de toda la muestra señaló que la distribución interna de preservativos era irregular y que se verificaba tan solo algunas veces mientras que un 5% afirmó que esto no ocurría nunca.

¿Cuáles eran las prácticas de riesgo frente al VIH desarrolladas por esta población antes de la pérdida de libertad y luego en la cárcel?

Mediante esta encuesta se indagaron diversas prácticas de riesgo:

1. Uso inconsistente del preservativo o ausencia de uso del mismo.
2. Numerosas parejas sexuales.
3. Relaciones sexuales con personas portadoras de VIH.
4. Relaciones sexuales con personas usuarias de drogas endovenosas.

5. Consumos problemáticos de drogas y adicciones.
6. Consumo de drogas inyectables.
7. Riesgos derivados de patologías psiquiátricas y/o consumo de psicofármacos.
8. Realización de tatuajes y *piercings* con agujas no descartables o no esterilizadas.

Todos estos aspectos nos remiten a prácticas y situaciones de riesgo que cobran un nuevo sentido en el marco de situaciones especiales de vulnerabilidad como la enmarcada por la reclusión en una cárcel.

Como ya se ha señalado la vulnerabilidad nos remite a tres planos o dimensiones interconectadas: el contexto institucional y político con sus normas implícitas y explícitas reduciendo o potenciando la vulnerabilidad de una población determinada; el contexto social y los recursos disponibles para mitigar dicha vulnerabilidad y los sistemas de creencias singulares o microsociales y el modo particular en como se tramitan riesgos y se desarrollan diversas prácticas. Cualquier acción tendiente a una minimización de situaciones de vulnerabilidad debe contemplar el modo en que estos planos se interconectan, atendiendo al sistema de normas, a la disponibilidad de recursos específicos y al nivel de información existente sobre riesgos específicos y comportamientos responsables.

A continuación, en la Tabla 5 aparecen expresadas frecuencias y porcentajes de las respuestas en relación con los primero cuatro ítems.

Tabla 5

Vida sexual

	Frecuencia	Porcentaje
Visitas conyugales		
Último mes	8	14,5
Último año	9	16,4
No ha tenido	38	69,1
Cantidad de parejas sexuales en el último año		
Ninguna	15	27,3
Una	29	52,7
Dos a cinco	9	16,4
Más de seis	2	3,6
En prisión ha tenido relaciones		
Sólo con hombres	11	20
Con hombres y mujeres	5	9,1
Sólo con mujeres	6	10,9
No ha tenido	33	60
Parejas consumidoras de drogas intravenosas		
Sí	7	12,7
Parejas portadoras de VIH		
Sí	5	9,1
Uso de preservativos en contactos sexuales fuera de la cárcel		
Siempre	27	49,1
A veces	17	30,9
Nunca	11	20

Restringiendo la mirada en el segmento de la muestra que ha recibido visitas conyugales puede observarse que el 65% no hace un uso consistente del preservativo en esos encuentros configurando uno de los factores de riesgo más significativos de los observados.

Tabla 6
Uso de preservativos en MPL que han recibido visitas conyugales

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	6	35%
A veces	5	30%
Nunca	6	35%

Por otra parte, en relación con consumos problemáticos de sustancias y adicciones a las mismas así como en usos de drogas por vía endovenosa pudo observarse como datos especialmente relevantes altos consumos de tabaco dentro de las sustancias de comercio legal e índices del entorno del 25% en estimulantes (PBC y cocaína).

Tabla 7
Prevalencias de vida en consumos de sustancias psicoactivas

	Frecuencia	Porcentaje
Tabaco	39	70,9
Alcohol	33	60
Solventes	11	20
Marihuana	20	36,4
Haschisch	4	7,3
Ketamina	1	1,8
Pasta base	14	25,5
Cocaína	13	23,6

Crack	5	9,1
Éxtasis	1	1,8
Otros alucinógenos	4	7,3
Otras sustancias	1	1,8

Complementariamente pudo saberse que un 9% consideró que necesitaba ayuda para poder dejar de consumir alguna droga y un 11% manifestó haber participado anteriormente en algún programa de tratamiento de drogas, evaluándolos como buenos.

Más del 60% de las mujeres privadas de libertad que participaron de este estudio manifestaron su interés en acceder a mayor información sobre las consecuencias de las drogas y en poder participar de algún programa de prevención intracarcelaria de drogas.

Asimismo ninguna de las participantes declaró haber desarrollado nunca un consumo endovenoso de drogas.

Con respecto a las edades de inicio en los diferentes consumos se observó que los mismos suelen comenzar muy tempranamente durante la adolescencia siendo la edad más baja de todas, el consumo de solventes inhalables.

Tabla 8

Edad de inicio

Variable	Edad (años)	Mín	Máx.	Media
Inicio en solventes	11	7	21	13,09
Inicio en tabaco	37	10	37	17,22
Inicio en alcohol	33	6	34	16,61

Inicio en marihuana	21	10	50	18,43
Inicio en haschich	4	14	24	18,75
Inicio en PBC	15	16	41	26,27
Inicio en cocaína	12	12	28	17,75
Inicio en crack	4	14	19	17,25
Inicio en LSD/alucinógenos	4	14	18	16,25
Inicio en éxtasis	1	14	14	14

Pudo apreciarse también que más de un 60% de la MPL consultadas han estado en tratamiento psiquiátrico y la casi totalidad de estos casos han recibido tratamientos farmacológicos. Un detalle más pormenorizado de las respuestas a estos ítems figuran en la Tabla que se presenta a continuación.

Tabla 9
Tratamientos psiquiátricos y consumos de psicofármacos

	Frecuencia	Porcentaje
Ha estado en tratamiento psiquiátrico		
Sí	34	61,8
No	21	38,2
Ha recibido medicación psiquiátrica	15	27,3
Sí	33	60
No	22	40
Tranquilizantes		

Sí	25	45,5
Antidepresivos		
Sí	17	30,9
Reguladores del humor		
Sí	3	5,5
Otros medicamentos psiquiátricos		
Sí	5	9,1

La realización artesanal de tatuajes y *piercings* en los entornos carcelarios constituyen unas de las prácticas de riesgo frente al VIH y otras enfermedades infecciosas más frecuentes porque a menudo se realizan sin las garantías sanitarias necesarias.

En tal sentido un 11% de la muestra declaró haberse realizado tatuajes o *piercings* en situación de pérdida de libertad sin haber tomado las precauciones de higiene necesarias como ser el uso de material descartable.

Tabla 10

Factores y comportamientos de riesgo frente al VIH: Tatuajes/piercings

	Frecuencia	Porcentaje
Tatuajes/piercings	34	61,8
Tatuaje/piercings realizado en la cárcel	14	25,5
Uso de agujas descartables para tatuaje/piercing realizado en la cárcel	8	14,5

9. Discusión

9.1 Investigación y campo de intervención: Una reflexión inicial

Toda investigación configura siempre una intervención e inevitablemente modifica el campo de un modo u otro, del mismo modo que el propio investigador sufre modificaciones a partir de esa misma experiencia. (Foladori, 2001).

Por lo tanto, de múltiples maneras el presente estudio también constituye una intervención en el sistema carcelario, ya que las mismas preguntas que se formula y que intenta responder, procuran crear nuevas posibilidades de cambios a nivel de su organización política y sanitaria al informar sobre los fenómenos observados y al movilizar nuevos procesos de comprensión, explicación, observación y meta-observación.

En el caso particular de este estudio tanto la concepción general de la investigación como la oportunidad de su realización estuvieron propiciadas por una gran crisis de todo el sistema carcelario y por la necesidad de conocer con mayor precisión la naturaleza del problema para poder operar.

Dos de las características más evidentes de este proceso (desde que se iniciaron los primeros contactos para la realización de este estudio) fueron la celeridad e intensidad de los cambios y la magnitud de la crisis.

9.2 Aspectos sociodemográficos y epidemiológicos

A partir de los datos obtenidos del banco de datos suministrado por la Dirección de ese establecimiento pudo establecerse que la situación jurídica de la población de Cabildo presentaba un 69% de procesadas a la espera de condena²⁰, siendo ésta la primera experiencia de reclusión para más de de dos tercios de las presas, lo que informa de un bajo nivel de reincidencia en comparación con los datos de la población masculina donde esta relación prácticamente se invierte, revelando más de un 60% de reincidentes.

²⁰ Rango similar al 66% que se verificaba para el conjunto de presos del país y muy próximo a los porcentajes regionales como se puede apreciar en Mujeres privadas de libertad. Informe regional: Argentina, Bolivia, Chile, Paraguay, Uruguay (2009)

El alto porcentaje de MPL procesadas en espera de condena ha sido señalado como una insoslayable falla en el sistema judicial. “Ello puede deberse a múltiples factores: (i) la no aplicación de las medidas alternativas; (ii) la obligatoriedad del procesamiento con prisión para personas con antecedentes; (iii) la extensión de la prisión preventiva funcionando como verdadero adelanto de pena y sin responder a los fundamentos jurídicos que la sostienen...” (Godinho, 2009)

Más allá de las objeciones judiciales de acuerdo con los estándares internacionales de salud las PPL procesadas deberían ser alojadas en ámbitos espacios diferentes que las penadas, respetándose así las peculiaridades de su calidad procesal. (Cejil, 2007). Por otra parte ambos grupos constituyen poblaciones con características diferentes y perfiles tanto sanitarios como delictivos disímiles, derivados entre otros factores del tiempo de reclusión.

La población femenina privada de libertad femenina estudiada era mayoritariamente uruguaya (95%) y joven con una media de 35 años, una mediana de 34 y la moda en los 20, en un rango de edad que iba desde los 18 a los 68 años.

En su gran mayoría antes de perder la libertad cohabitaban con otras personas. (89%) y el 70% lo hacía con algún familiar o bien con una pareja.

Sólo un 9% vivía sola y apenas un 2% se encontraba en situación de calle y desamparo total.

Cerca de la mitad (47%) mantenía algún tipo de arreglo de pareja antes de ser recluidas y el 30% lo hacía también con algún hijo.

A pesar de la tradición monacal de ese establecimiento carcelario, que además cuenta dentro de su predio con una capilla; de la pervivencia de iconografía religiosa (cristiana) en el despacho de la Dirección y de diversas actividades religiosas regulares (católicas y protestantes) para las creyentes; la religión no parece ser un factor cultural de peso en esta población. Cerca de dos tercios no observa ningún culto y del tercio restante que sí practica alguna religión, ocho de cada diez se inscriben en iglesias del tronco judeo-cristiano (católicas o

protestantes) y las restantes lo hacen en cultos sincréticos afroamericanos conocidos como Umbanda.

Más de la mitad de las mujeres privadas de libertad que participaron de este estudio no se encontraban insertas en el mercado laboral formalizado. Antes de su detención sólo el 44% mantenía un trabajo regular (empleada; comerciante u oficio independiente); el 29% no desarrollaba ninguna actividad y el resto instrumentaba diversas estrategias de supervivencia en el sector de la economía informal. Por otra parte las MPL encuestadas mantenían un nivel de ocupación laboral menor que el de sus padres.

A grandes rasgos se observa una escasa escolarización. Un 25% debió abandonar los estudios primarios antes de su finalización y un 36% de los casos el abandono se verificó durante la secundaria.



Niveles de información y conocimiento respecto a la transmisión de VIH.

Las MPL encuestadas revelaron un nivel de información y conocimiento similar al de la población general con respecto a los riesgos frente al VIH (MSP, 2008).

Todas las participantes revelaron conocer las formas más frecuentes de transmisión del Vih: tener sexo sin protección; compartir agujas y jeringas; o bien en virtud de la trasmisión vertical de una madre a su bebé.

No obstante, el 20% consideró a los mosquitos como un vector posible de transmisión y una minoría del 2% creyó que también era posible a través de la comida.

Considerando de que se trata de una población de alto riesgo, en contacto con niños pequeños y que se renueva regularmente (a partir de traslados múltiples y nuevos ingresos) se torna imprescindible la instrumentación de mejores programas de información, prevención y consejería sobre el VIH, ITS y otras patologías de alta prevalencia interna que deberían funcionar en forma continua. Si bien en el transcurso de algunas intervenciones por parte de diversas organizaciones se han distribuidos materiales gráficos, se trata de

emprendimientos puntuales y no ha habido una continuidad en esas iniciativas. En tal sentido llamaba la atención la ausencia de material gráfico sobre el tema a la vista o a disposición de las MPL.²¹

En relación con este aspecto ONUSIDA ha sido muy claro en el establecimiento de directivas específicas:

Es esencial contar con programas periódicos de creación de capacidad para el personal penitenciario a fin de brindar conocimientos sobre prevención, tratamiento, atención y apoyo en lo que respecta al VIH para beneficio de las reclusas. Esta capacitación no debería limitarse al personal penitenciario en general sino que debería ofrecerse también a los proveedores de servicios médicos (doctores, enfermeras, técnicos de laboratorio, farmacéuticos, etc.), consejeros en drogodependencia, trabajadores sociales y otros profesionales que pueden contribuir a los programas sobre VIH en las cárceles. Estos programas también deberían incluirse como parte de los programas de estudios para la capacitación periódica del personal penitenciario. Además del VIH, deberían incluirse en el programa de estudios temas tales como las necesidades específicas de cada género, los derechos humanos con especial atención a su vínculo con el VIH y el estigma y la discriminación.

²¹ En la entrevista realizada para esclarecer algunas dimensiones relacionadas con esta investigación el Dr. Estévez destacó también esta carencia de material: “E: ¿Hay experiencia de algún tipo de manual para presos, informativo, alguna experiencia?”

EO: Mira, la única que yo recuerdo en este período de tiempo en el que yo estoy acá, fue ASEPO en una oportunidad, no te quiero mentir el año pero debe ser, por lo menos debe haber sido 2005 que ASEPO distribuyó un material que estaba muy bueno, en cuanto a la calidad de presentación del material, la crítica que yo eleve en su momento fue que me pareció demasiado técnico mucha de la información, no tanto dirigido a pacientes, que tiene que ser sobre todo a lo que es el entorno de la cárcel... hubiese sido mejor un lenguaje más sencillo, excelente calidad en cuanto a la presentación, y por supuesto la información que ofrecía. La crítica constructiva que yo le hice fue en cuanto a mi me parecía que en algunos aspectos fue demasiado técnico. Y eso venía -me acuerdo- con un paquetito de preservativos...” ver anexo.

Las reclusas deben capacitarse como educadoras de sus pares a fin de proporcionar información, productos básicos para la prevención, atención y apoyo a otros reclusos. (2009, p.5)

La necesidad de mayor información y capacitación específica del personal penitenciario fue también destacada por el Dr. Estévez en la entrevista, quien señaló además que en virtud de esa carencia la demanda informativa y de consejería recae en gran medida en él y eventualmente en el resto del personal médico.²²

9.4 Conocimiento de situación serológica y actitud frente a los estudios específicos para el VIH

Un dato particularmente significativo evidenciado por la encuesta fue el interés que manifestaron hacia la posible realización de un nuevo test de VIH (73%) ya que esto estaría señalando un grado alto de sensibilización en relación con el tema así como un marcado interés hacia la prevención específica del sida.

En tal sentido la predisposición general y mayoritaria de las MPL hacia el sistema de salud y los estudios paraclínicos y propedéuticos resultó muy positivo revelando una gran receptividad frente a la oferta terapéutica existente; hecho que viabiliza el desarrollo de programas específicos de prevención así como propuestas más genéricas de promoción de prácticas seguras y saludables.

Como ya se ha señalado anteriormente la accesibilidad a los servicios de salud sumados a la existencia de circuitos muy restringidos de circulación por el grado de superpoblación y falta de espacio, convertían a los dispositivos de atención en lugares de consulta frecuente por las más diversas razones.

De igual modo, todas las alternativas de atención médica eran valoradas y demandadas. Al ser consultadas sobre eventuales estudios que precisaban

²² "...en general como muchos ya te conocen vienen...doctor tengo a mi hijo con este problema...algún sargento viejo, viste... tengo estos muchachos que entraron...¿no les hablas del tema del VIH?...tienen algunas dudas, te quieren hacer algunas preguntas. Pero es todo informal, nada formal que es como debería ser." Estévez dixit.

realizarse todas las encuestadas manifestaron algún tipo de interés y la preocupación mayoritaria radicó en lo neumológico (22%).

Cabe consignar que este interés, seguramente estaba propiciado por una abundancia de cuadros respiratorios de diversa índole y por una difundida coordinación para la realización de una baciloscopía general y sistemática, tanto a funcionarios como a las MPL, con la intención de diagnosticar más rigurosamente la magnitud de este problema.

En segundo término y con baja diferencia porcentual se constató una amplia demanda de atención ginecológica (20%), la cual no sólo concentra una serie de ansiedades vinculadas a cuestiones de género (prácticas sexuales, condiciones para la maternidad, y eventual incidencia de ITS) sino que probablemente también estuviese denunciando una demanda insatisfecha de atención, probablemente potenciada por el sobrecupo de MPL.

9.5 La atención psiquiátrica y psicológica

En igualdad de importancia que las anteriores figuraron las demandas de atención psiquiátrica y psicológica (20%) reubicando a la problemática de la salud mental como uno de los puntos de urgencia de ese establecimiento y exigiendo una consideración analítica más pormenorizada de esta cuestión.

En un informe desarrollado por CLADEM (Godinho, Lima y Meza, 2008) se ha denunciado que: “La atención a la salud mental en el Uruguay, en general, carece de una nueva conceptualización y de políticas integrales para la población penitenciaria. Concretamente la atención a las personas mentalmente enfermas que se encuentran en reclusión se presta en un hospital público en Montevideo, el Hospital Vilardebó, donde se destinan tres salas para personas privadas de libertad. Las mujeres ocupan la número 16. Allí reciben medicamentos y una vez compensadas son reintegradas a los centros de reclusión.”

En cuanto a los índices observados en relación con la salud mental, el 62% de las encuestadas estuvo en tratamiento psiquiátrico en algún período de su vida y en casi la totalidad de estos casos (97%) fue medicada por esa razón.

En términos absolutos el 45,5% recibió tranquilizantes menores (benzodiazepinas) y/o mayores (neurolépticos) mientras que el 31% fueron tratadas con antidepresivos y el 5,5% reguladores del humor.

Todas estas cifras señalan índices muy superiores a la media.

La prevalencia de benzodiazepinas (psicofármacos de mayor uso) es cercana al 25% para la población general femenina del Uruguay y del orden del 10% para los antidepresivos (JND-OUD, 2007) lo que describe un estado de situación similar al español. (Ricci-Cabello, Ruiz-Pérez, Plazaola-Castaño, y Montero-Piñar, 2010)

Las mujeres privadas de libertad en cambio presentan un vínculo más estrecho con la psiquiatría y consumen más psicofármacos que las que se encuentran en libertad. (Algora Donosol, 2012; Gunn, 2000; Cañas, Cañas, y Torre, 2012; Varela-González et al, 2007). De hecho diversos estudios han revelado que las poblaciones de personas privadas de libertad, en forma independiente de su sexo o género, presentan niveles de consumos de psicofármacos mayores que la media para sus respectivos países (Gunn, 2000).

Las patologías mentales y sus eventuales tratamientos revisten de particular importancia en el ámbito penitenciario por numerosas razones que se esgrimen habitualmente, tales como su elevada prevalencia, su gran co-morbilidad con otros trastornos mentales y adictivos y por la relación existente entre las conductas impulsivas y los comportamientos violentos. (Arroyo y Ortega, 2009; Algora Donosol, 2012; Gunn, 2000; Cañas, Cañas, y Torre, 2012; Varela-González et al, 2007)

En el seno de la psiquiatría británica, por ejemplo, desde 1939 persiste un gran debate acerca de la denominada "ley de Penrose" que propone una relación inversa entre el número de camas en los hospitales psiquiátricos y el número de encarcelamientos, vinculando así directamente dos de instituciones represivas más importantes de las sociedades contemporáneas; y subrayando al mismo

tiempo una relación estrecha entre patología mental y comisión de delitos. (Algora Donosol, 2012)

Desde hace décadas se observa que todos los ámbitos penitenciarios del mundo presentan altas tasas de prevalencia de los denominados trastornos mentales. Es decir que en estos entornos reducidos y específicos se encuentran índices mucho mayores de patologías mentales que en la población en general para todas las categorías diagnósticas.

No obstante, estos índices presentados por diferentes investigadores suelen ser muy diversos y variables debido principalmente a los criterios diagnósticos utilizados y a las estrategias de medición y descripción utilizadas. (Vicens, y Tort, 2012)

En la literatura específica es posible encontrar variaciones enormes en las mediciones de los denominados trastornos de personalidad (una categoría controversial que genera recelo por su amplitud y modos de diagnóstico) que pueden ir de un 11% en una cárcel española hasta un 60% en otra de una región próxima. (López-Barrachina, Lafuente, y García-Latas, 2007).

Antes de cualquier lectura de datos es necesario considerar algunas cuestiones que pese a ser evidentes no son habitualmente integradas al análisis.

1) Las cárceles en general constituyen ámbitos altamente psiquiatrizados que expresan la creciente medicalización de los actos delictivos; proceso que indica un cambio político y sociocultural en la consideración del fenómeno delictivo. Dicho de otro modo, lo que otrora fue pecado, luego fue entendido como delito y por último, abordado como una expresión de algún tipo de locura. (Szasz, 1981; Foucault y Utrilla, 1967)

2) Las herramientas estandarizadas para la medición de los modos y frecuencia de aparición de lo que (conjuntamente) una época puede entender como locura no son igualmente válidos para espacios reservados para la mortificación y el castigo. (Lamb, 1998)

3) Las propias condiciones de reclusión sumadas al hacinamiento -como el que se verifica en las cárceles más grandes del Uruguay- constituyen factores desencadenantes de comportamientos patológicos. (Lamb, 1998)

4) El funcionamiento del sistema sanitario de la prisión permite una mayor accesibilidad a las consultas médicas y a los fármacos. (Sanchez Burson, 2001)

5) La administración de psicofármacos en las prisiones configura no sólo una estrategia viable de control de población hacinada y de sus comportamientos sino que también representan una solución química para tolerar la existencia. Su prescripción constituye una de las escasas posibilidades de intervención institucional frente a las diversas formas de expresión de sufrimiento. (Varela-González et al, 2007)

6) Pese a lo inhumano de muchas de sus cristalizaciones institucionales, las cárceles (al igual que los manicomios) representan para algunas personas desesperadas y desamparadas, espacios últimos de contención; entornos que a la postre se convierten en su "habitat" natural, buscando en forma más o menos consciente la cronificación de su condición de recluso/a.

Situación que antes que hablar de las prisiones en Uruguay señala lo dramática que puede ser la vida afuera para personas con pocos recursos y sin protección familiar o social.

Resultó muy significativo en tal sentido el relato de una mujer privada de libertad que durante la aplicación de la encuesta comentó que su último delito (rapiña) lo había cometido para poder volver a Cabildo donde había dejado a su pareja, prefiriendo la convivencia con ella en prisión a una vida sin demasiados horizontes y con las restricciones de encuentros semanales jalónados por el régimen de visitas.

Este comentario al igual que los datos anteriormente expuestos parecen confirmar que las demandas de atención formuladas a los psiquiatras trascienden el mero reclamo de alguna pastilla para mitigar algún sufrimiento o malestar, y que por esa vía también se busca comprensión y entendimiento a su padecimiento.

El consumo de psicofármacos sin prescripción médica a nivel intramuros en cambio resultó también alto ubicándose en el orden del 7% para los tranquilizantes y el 5% para los antidepresivos, porcentajes mayores al 3% estimado para la población general del Uruguay. (OEA, 2007)

9.6 Acerca de la eficacia del servicio de consejería que se les brinda a las MPL en relación con el VIH y las ITS

El 87% se hizo un análisis de VIH y más de la mitad de estas se lo hizo en la cárcel. Una proporción mayor que la evidenciada por la población general del país, cuyo porcentaje de personas que se lo habían realizado por entonces era del 60% (MSP, 2008).

No obstante, el 15% manifestó que no llegó a conocer el resultado lo que estaría señalando una falla en el sistema de información del servicio médico interno.

Si bien el número de análisis realizados dentro de la cárcel da cuenta que existe la oferta de test serológicos, el problema mayor está dado en el seguimiento de los mismos, la entrega de resultados y la consejería posterior.

Con respecto a este problema el médico infectólogo entrevistado denunció la lentitud o la falla en el retorno que se observa muchas veces en los test de VIH que realizan.²³

Por otra parte, las ausencias ya señaladas de material gráfico de difusión sobre normas de prevención así como de programas de capacitación del personal penitenciario y de las MPL en relación con las ITS y el VIH indicaban un déficit claro a nivel informativo y de consejería.

Otros problemas relevantes a tener en cuenta están pautados por un 16% de las encuestadas que señalaron irregularidades en la distribución interna de preservativos y en el 5% que afirmó que esto no ocurre nunca.

²³E: Sin embargo, he visto que en algunos casos los resultados no son comunicados.

EO: Exacto, es una lucha en lograr que los resultados lleguen en tiempo y forma. Falla quien se encarga de ir a buscar los resultados a Salud Pública o al Hospital Pasteur, o donde sea... Es una lucha que los traigan y me los entreguen a mí a cualquier colega que lo haya pedido.

Me han llegado confirmatorios de VIH, en los cuales, los pacientes ya habían sido liberados. Lo cual es dantesco, epidemiológicamente hablando... me llegó en febrero el confirmatorio de un paciente que lo habían liberado en noviembre...

E: ¿Tú tienes la responsabilidad de informarlos?

EO: Si, yo les informo.

E: Que fuerte, porque además el único referente que les va a quedar frente a una eventual confirmación, sos tú para enfrentar la situación." Entrevista. Ver anexo.

En un establecimiento pequeño donde todo está muy cerca la falta de información sobre la distribución de preservativos parece deberse a fallas en las formas instituidas de entrega de los mismos.

9.7 Prácticas de riesgo frente al VIH desarrolladas antes de la pérdida de libertad y luego en la cárcel

Referirse a las prácticas de riesgo exige como -ya se ha señalado- atender a diferentes dimensiones del problema: género, vulnerabilidad y a la gestión personal de tales prácticas en arreglo con fuerzas exteriores. Fuerzas que tienen origen en las condiciones materiales de existencia, en las características de los contextos sociales en que la vida deviene, en la su ubicación imaginaria de cada persona en dichos contextos y en los sistemas de creencias, conocimientos e información con respecto a la salud y la enfermedad.

Poco se sabe aún sobre las necesidades materiales, simbólicas y afectivas de las mujeres privadas de libertad. En términos generales se conoce que la población de MPL presenta una demanda creciente de sustancias psicoactivas; problemas de salud mental; aumento del riesgo frente a infecciones, enfermedades de transmisión sexual y VIH. (UNODC, 2009; Douglas y Plugge, 2008)

Se sabe también que a las vulnerabilidades propias del género y de las comunidades de donde provienen hay que agregarle un incremento derivado de las condiciones de reclusión de las cárceles donde han sido confinadas.

Esta aproximación descriptiva hacia algunos factores inmanentes a tales vulnerabilidades procura contemplar los riesgos universales corridos en forma previa a la privación de la libertad así como a los que están relacionados con la gestión institucional de la vida y las prácticas a nivel intramuros. Porque en un ámbito cerrado como una cárcel las prácticas de riesgo son gestionadas mediante reglamentos, controles y diversas formas de intervención que

establecen una valoración de las actividades permitidas, prohibidas o bien de las que resultan indiferentes.

En relación con las prácticas sexuales de riesgo declaradas por las participantes de este estudio pudo observarse que menos de un tercio recibe visitas conyugales y tan sólo la mitad de esta fracción quienes la tuvieron durante el último mes. Hecho que denota el abandono temprano por parte de sus parejas masculinas que experimentan las mujeres al perder la libertad. Un lamentable fenómeno de alcance universal o por lo menos regional. (Antony, 2007)

Estos datos están indicando realidades y situaciones particulares de los ámbitos de reclusión femenina y advierten acerca de la necesidad de conocer más detalladamente como se expresan las necesidades de género en esos entornos. La inexistencia de una política de género en el ámbito penitenciario no es una característica distintiva del Uruguay sino que lo asimila a una indeseable realidad institucional de gran parte del mundo sobre la cual se comienza a tener conciencia y que numerosas organizaciones intentan revertir.

Por otra parte también hay que considerar que el logro de una visita conyugal no resultaba fácil debido a que en primer lugar la MPL solicitante debía haber revelado buena conducta y no estar sancionada y en un segundo término el éxito del trámite dependía de la demanda existente y de la agenda establecida institucionalmente. Por estas razones el acceso a un espacio físico específico dentro del establecimiento destinado a los encuentros íntimos, una vez cada quince días durante una hora y media, no era sencillo pese a de ser pocas las MPL que lo solicitaban. El sobrecupo y las limitaciones edilicias existentes dificultaban una buena gestión de ese derecho.

Complementariamente cabe aclarar que hasta el momento en que se realizó este estudio no había registro de un pedido de visitas íntimas formuladas por dos mujeres.

En algunos casos, cuando la pareja se encuentra también privada de libertad existe la posibilidad de tramitar un pedido de traslado para una visita conyugal intracarcelaria, situación que si bien se da con frecuencia en términos administrativos la coordinación se vuelve más compleja aún.

En relación con esta cuestión el Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de las mujeres ha denunciado:

La escasa relevancia dada a la implementación de la visita íntima para todas las reclusas está directamente relacionada a los roles de género que predominan en la sociedad: del lado de los gestores y ejecutores de la política penitenciaria, todavía está presente en alguna medida la idea androcéntrica de que la sexualidad para las mujeres no es tan importante como para los hombres, de ahí que en la mayoría de los establecimientos no se promueva la creación de condiciones para hacer valer el derecho a la visita íntima. Del lado de las reclusas, se observa el comportamiento paciente y dócil que se espera de las mujeres y su correlato, que es la ausencia de protesta efectiva por la negación de su derecho a la sexualidad y la escasa reivindicación de su cumplimiento. (Godinho, 2009)

Un dato paradójico señalado por el Dr. Estévez en la entrevista es que el propio hacinamiento que se verifica en las cárceles, en vez de exacerbar los abusos oficia de dispositivo de control de la sexualidad al minimizar las posibilidades de intimidad y al confinar a las personas a una existencia en grupos, estando permanentemente sometida a la mirada y al juicio de los demás.

Por las razones reseñadas la vida sexual en las cárceles se diferencia sustancialmente de la vida que alguien puede llevar en libertad y presenta características intransferibles a otros ámbitos.

En tal sentido la convivencia de todas las MPL con los hijos pequeños²⁴ de algunas de ellas marca también una diferencia en virtud de la protección y vigilancia tanto maternal como colectiva que es necesario concederle a un niño pequeño, además de la tolerancia que la convivencia con niños exige.

²⁴ De acuerdo con el artículo 29 del decreto ley 14.470 en Uruguay, toda MPL con hijos/as menores de cuatro años podrá tenerlos/as consigo en el establecimiento. En casos especiales, previo dictamen de técnicos del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay o del Instituto de Criminología y con informe fundado de la autoridad carcelaria, puede extenderse la convivencia hasta los ocho años de edad del niño/a. ²¹

En resumen la sexualidad institucionalizada y reglada de las visitas conyugales constituye una práctica minoritaria en ese ámbito.

Si se considera exclusivamente a las MPL que declararon haber mantenido relaciones sexuales sólo con hombres desde la privación de libertad el porcentaje se reduce a tan sólo una quinta parte. Una fracción análoga a la suma de aquellas que declararon haber tenido relaciones sólo con mujeres (11%) con las que señalaron haber mantenido encuentros tanto con hombres como con mujeres (9%).

Se trata de porcentajes significativamente superiores a los obtenidos a nivel nacional con población general.

En la encuesta sobre actitudes y prácticas de la población frente al VIH (MSP, 2008) tan sólo el 2% manifestó tener relaciones sexuales con personas del mismo sexo y sólo un 1% declaró mantenerlas con ambos sexos.

Esto podría estar indicando no sólo los modos diversos de expresión de la sexualidad en contextos específicos donde la mayor parte de la vida cotidiana está reglada y vigilada sino también un nivel mayor de aceptación entre las MPL de las prácticas sexuales con otras mujeres.

En virtud del reconocimiento y respeto de los derechos sexuales de todas las MPL así como de la relevancia estadística constatada en las relaciones entre personas del mismo sexo, sería recomendable la institucionalización e implementación de espacios específicos para estos encuentros íntimos, tanto con las visitas como entre las MPL así como el acceso a elementos necesarios para el cuidado y la higiene corporal.

En otro orden, el uso del preservativo entre las participantes de este estudio (en el cual la mitad señaló no usarlo en forma consistente y una quinta parte manifestó no usarlo nunca) se asemeja al uso general de la población uruguaya (MSP, 2008) presentando pues un índice de riesgo similar.

En relación con la cantidad de parejas sexuales más de la mitad manifestó haber tenido tan sólo un pareja en el transcurso del último año mientras que el 16% declaró haber tenido entre dos y cinco y el 4% más de 6.

El 13% señaló haber tenido parejas usuarias de drogas inyectables y el 9% dijo haber tenido alguna pareja portadora de VIH. Asimismo el 5% presentó ambos factores de riesgo combinados.

Si bien para la mayoría de las PPL el acceso a las drogas en cualquier contexto carcelario se torna más difícil y oneroso que en el resto de los ámbitos sociales externos de todos modos sus consumos perviven en mayor o menor medida en todas las cárceles del planeta. Tal como sucede con los psicofármacos, muchos vehículos de la embriaguez pueden resultar muy funcionales para sobrellevar las condiciones de reclusión variando su función de utilidad según los efectos de cada sustancia en particular.

Las drogas depresoras pueden servir para soportar diferentes situaciones de tensión, conciliar el sueño o aplacar diversos estados de ansiedad.

Las sustancias psicodélicas o las embriagantes en cambio pueden aportar novedad y diversión mientras que los estimulantes pueden ayudar a enfrentar situaciones violentas o infundir miedo en el entorno por el descontrol que a menudo inducen.

Los vehículos de la embriaguez pueden ser muy diversos desde el escabio carcelario ²⁵ hasta la pasta base²⁶ del mismo modo que las formas de ingreso de las mismas al recinto carcelario suelen ser muy variadas.

En forma casi simultánea al desarrollo del trabajo de campo de esta investigación fueron procesados algunos integrantes de la guardia penitenciaria (incluido un alto oficial) por el ingreso sistemático al COMPEN de drogas y armas.

Asimismo se estaba procesando un debate interno acerca del régimen de control de las visitas femeninas y de las MPL que regresan de sus salidas transitorias dado que una de los modos más frecuentes del microtráfico de drogas y objetos no permitidos es a nivel vaginal.

²⁵ Bebida alcohólica artesanal producida mediante la fermentación de frutas, arroz y levaduras.

²⁶ Cabe señalar que lo que se comercializa como pasta base no siempre es la misma sustancia precursora del clorhidrato de cocaína ni tiene el mismo nivel de calidad.

Obviamente que cualquier disposición de control regular que implique tacto vaginal configura no sólo una agresión sistemática a la intimidad sino que potencialmente se presta para humillaciones y abusos.

Por otra parte, las drogas, tanto las de comercio legal como ilegal, constituyen una parte importante de la economía interna de las PPL así como una moneda de cambio pasible de ser canjeada por otros bienes y servicios. Asimismo las sustancias psicoactivas representan un gran organizador de las rutinas internas dado que quienes las administran y comercializan, circulan, establecen vínculos y ordenan sus relaciones en torno al sistema de distribución consolidado.

Complementariamente, el comercio de drogas es también un factor generador de violencia tanto por los efectos de algunas de ellas como por las deudas que estas generan.

Las drogas pueden configurar factores de riesgo frente al VIH por muy diversas vías.

Las sustancias psicoactivas que producen un alto grado de embriaguez, una alteración radical de la percepción y las emociones o una exacerbación de los impulsos pueden aumentar los riesgos de transmisión del VIH y otras enfermedades infecciosas: al modificar el contexto vincular de la persona introduciéndola en circuitos delictivos caracterizados por grados mayores de violencia y descuido de los cuidados de sí; por la vía elegida de consumo cuando se trata de drogas inyectables o bien por el intercambio de canutos para inhalar cocaína y de la lata de fumar pasta base; por el intercambio de drogas por sexo; o por una disminución de la atención en las prácticas de cuidado de sí y de sexo seguro.

En cuanto a las edades de inicio en el consumo de las diferentes sustancias psicoactivas, la más baja de todas es la de los solventes inhalables, con una media de 13 años siendo en muchos casos inicios muy tempranos en la infancia. Para las demás sustancias tanto legales como no, los inicios se verifican más tarde principalmente en el entorno de los 17 o 18 años.

La edad de inicio para la PBC fue la más tardía de todas, a los 26 años.

Este tardío inicio en la PBC se explica por la escasa antigüedad de esta sustancia en el mercado local; siendo su consumo masivo un fenómeno característico de los últimos años.

Los usos problemáticos de drogas se revelaron como temas sensibles y de interés para las MPL de Cabildo.

Más del 60% de las participantes manifestaron su interés en acceder a mayor información sobre las consecuencias de las drogas y en poder integrar algún programa de prevención intracarcelaria de drogas. Esto está indicando una buena predisposición para instrumentación institucional de programas vinculados a estos temas y otros conexos.

Paralelamente un 9% consideró que necesita ayuda para poder dejar de consumir alguna droga y un 11% manifestó haber participado anteriormente en algún programa de tratamiento de drogas, evaluándolos mayoritariamente como buenos.

Estos datos señalan la importancia de la demanda de atención específica al problema de las adicciones en el ámbito carcelario de un porcentaje minoritario aunque importante de MPL.

En relación con la realización de marcas permanentes en el cuerpo y la piel, este estudio reveló un uso muy frecuente de tatuajes y piercings (62%). Cerca de la mitad (41%) de las MPL encuestadas que se han hecho algún tatuaje o piercing se lo realizaron en prisión. Asimismo el 43% de quienes se lo hicieron en estos contextos carcelarios corrieron grandes riesgos por no tener garantías de asepsia en el material utilizado.

Desde la antigüedad el tatuaje ha sido entendido como un arte de minorías asociado a grupos cerrados con pautas, códigos, valores y comportamientos codificados por un sistema iconográfico que se lleva en la piel. En algunos casos los antropólogos los han interpretado como un signo de rebeldía y en otros como compromisos y pactos explícitos con ciertas organizaciones.

Los tatuajes carcelarios rara vez constituyen una marca realizada caprichosamente sino que configuran una forma de comunicación gráfica con la que se pretende dar a conocer la vida, la forma de pensar e incluso y muy

especialmente su dolor. Por esta última razón es frecuente encontrar en las cárceles tatuajes afectivos, declaraciones de amor nostálgicas y melancólicas exhibidas a la vista del mundo. (Donangelo, 2003)

Los artistas que los realizan en los entornos carcelarios se valen de los limitados recursos con que suelen contar: agujas de coser, cuchillos, cuerdas de guitarra, tintas, cartuchos de lapiceras, etc.

Uno de los métodos más usuales es el del punteo, con una aguja compartida que no se esteriliza o bien que se intenta esterilizar con técnicas que no garantizan la asepsia.

Una práctica similar, generalmente relacionada al tatuaje, es el piercing: perforaciones que se realizan mediante aros, pinzas, estiletes, argollas, anillos o barras que pueden estar cerradas a presión o bien mediante una rosca. El material empleado en los piercings que luego de perforar quedan en el cuerpo pueden ser mayoritariamente oro, plata, acero quirúrgico o níquel. Al igual que los tatuajes, los "piercing" se realizan no sólo con fines estéticos sino también de diferenciación del resto de la población

Al no desarrollar las debidas precauciones en la realización de un tatuaje o de un piercing, estas pueden constituir actividades de alto riesgo para la transmisión de VIH. (Doll, 1988; UNODC, 2009; Valle, 2006).

Existe evidencia que la provisión de agujas y jeringas esterilizadas reduce la transmisión de VIH en las cárceles (WHO, 2007) siendo esta una práctica recomendada por ONUSIDA para una eficaz reducción de riesgos y daños.

9.8 Condiciones del contexto carcelario que obstaculizan o favorecen una gestión diferencial del riesgo frente al VIH.

Cualquier análisis de las gestiones de riesgo desarrollados por las actrices institucionales de una organización de este tipo nos obliga a considerar el complejo y dinámico proceso de institucionalización al que se encuentra sometida.

Por institución se entiende aquí todos los “árboles de decisiones lógicas que regulan las actividades humanas, indicando lo que está prohibido, lo que está permitido y lo que es indiferente” (Baremlitt, 2002, p.156). Las instituciones según su grado de objetivación y formalización, pueden estar expresadas en leyes (principios, fundamentos) así como en normas o hábitos.

Si bien se trata de una organización altamente formalizada, vertical y rígida donde se podría suponer una alta capacidad de reglamentación y regulación de la vida intramuros, el sobrecuro y las complejas relaciones de poder establecidas entre todos los actores y actrices institucionales implicados directa e indirectamente (guardia penitenciaria/MPL; sistema judicial/autoridades penitenciarias; MPL/mafias organizadas; etc.) hace que la gestión de los riesgos sea una práctica particularmente compleja.

Como **aspectos positivos** se ha visto que la cárcel de mujeres concentra la mayor parte de las MPL del Uruguay, las cuales cuentan con un cierto nivel interno de discusión y representación habiendo revelado una buena predisposición hacia diversas experiencias de investigación e intervención con fines sanitarios así como una alta preocupación mayoritaria por cuestiones de salud y una amplia receptividad de la oferta terapéutica existente.

Por otra parte, aunque presente ciertas deficiencias cuenta con un dispositivo de atención médico-sanitario complejo y extenso que cubre los tres niveles de atención.

Los **obstáculos más importantes** para una adecuada gestión institucional de riesgos frente al VIH que se han observado han sido la mezcla indiferenciada de perfiles jurídico-penales (primarias con reincidentes; procesadas y penadas) así como de perfiles delictivos y psiquiátricos. Esta convivencia forzada entre todos ellos dificulta la organización e instrumentación de programas, proyectos y medidas *ad hoc* para cada uno de esos segmentos poblacionales.

Por otra parte la calidad de vida observada reveló que esta cárcel estaba muy lejos del cumplimiento con los estándares mínimos de reclusión establecidos por

los organismos internacionales en relación con el espacio físico, salidas y alimentación.

Asimismo la falta de eficacia en la gestión de ciertas prácticas de prevención tales como el acceso a preservativos, distribución de material gráfico informativo, así como ciertos déficits en el servicio de consejería sobre VIH (información, asesoramiento, entrega de resultados); la ausencia de programas específicos de atención a mujeres adictas y de reducción de riesgos y daños frente a la realización de tatuajes carcelarios y diversas formas de piercings (entrega de agujas esterilizadas y material para desinfección) configuran los obstáculos más relevantes encontrados a lo largo de esta investigación.

6.1 Reflexiones finales

6.2 Dos estudios simultáneos

Un dato importante de destacar es que la investigación que se detalla aquí fue coordinada, realizada, y hasta discutida o evaluada, sin saber que en los meses previos al mismo se había desarrollado otro estudio con algunas características comunes realizado por investigadores del IDES (Instituto de Investigación y Desarrollo) cuyos resultados fueron luego publicados en diciembre de 2009: *Estudio seroepidemiológico de VIH y VHB, condiciones de vida, prácticas de riesgo sexual y consumo de drogas en mujeres privadas de libertad del Establecimiento correccional y de detención para mujeres de Montevideo. Cárcel Cabildo (2008).*

Como ambos estudios se realizaron muy próximos entre sí y compartieron algunos objetivos aunque se fundamenten en metodologías distintas, sus respectivos resultados son contrastados en esta discusión incorporando y señalando coincidencias y discrepancias.

Como objetivos compartidos por ambas investigaciones se pueden señalar la caracterización sociodemográfica y la determinación de las prácticas de riesgo sexual en relación al VIH-Sida.

Como diferencias metodológicas se deben señalar que el estudio del IDES se

basó en un trabajo de campo desarrollado durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2008 e incluyó extracciones de sangre para su correspondiente indagación serológica así como la aplicación de una encuesta de opinión.

En el estudio del IDES la captación de la muestra la realizaron mediante la difusión de la propuesta en diferentes áreas del penal y un posterior reclutamiento de participantes que asistieron a talleres de prevención y que se avinieron a una extracción de sangre.

De todos modos resulta evidente que la realización en forma previa y sistemática de talleres de prevención sobre infecciones de transmisión sexual así como de un amplio estudio serológico (101 casos) tal como fueron desarrollados por el IDES, que la muestra de nuestro estudio haya estado particularmente sensibilizada e informada en relación con el VIH.

Resulta razonable suponer que el alto grado de participación voluntaria en nuestro estudio así como el amplio interés y la buena voluntad reflejada por la MPL frente a nuestros encuestadores, se hayan debido no sólo a las coordinaciones desarrolladas en forma previa con sus delegadas y con autoridades de ese centro sino también como resultado de los talleres y de la implementación de dispositivos masivos de extracción de muestras de sangre realizadas con anterioridad por el IDES.

Incluso es lógico suponer que se hayan dado diversas confusiones entre ambos estudios y hasta que eventualmente algunas participantes hayan sido doblemente encuestadas sobre temas conexos con pocos meses de diferencia; aunque por entonces no hubo ningún elemento o situación que permitiese sospechar de algo así.

Una lectura comparada entre ambos estudios revela grandes coincidencias en los ítems comparables, especialmente en la descripción sociodemográfica y la descripción del comportamiento sexual de esta población.

Dejando de lado las grandes coincidencias encontradas en la descripción sociodemográfica (edad, escolaridad, organización familiar y trabajo) se presentan a continuación otros resultados muy similares.

Tabla 11

Coincidencias entre el presente estudio y el desarrollado por IDES

	% este estudio	% IDES
Haber tenido visitas conyugales	29	33
Otra relaciones (aparte de las vi- sitas conyugales)	20 (11% sólo ♂ + 9% ♂ y ♀)	27
Uso irregular del preservativo en visitas conyugales	65 (a veces 30%+ nunca 35%)	57,5
Haber tenido parejas usuarias de drogas endovenosas	13	12
Haber tenido parejas portadoras de VIH	9	12
Entrega irregular de preservati- vos en Cabildo	16	15
Desconocimiento de entrega de preservativos en Cabildo	5	5

Nota: Las muestras fueron de 55 y 101 MPL respectivamente.

No obstante, cabe consignar también numerosas diferencias especialmente en lo que refiere a prevalencias de uso de drogas y a sus respectivas edades de inicio tal como se detallan en la siguiente tabla.

Tabla 12

Discrepancias en resultados entre el presente estudio y el desarrollado previamente por Ides

	% este estudio	% IDES
Prevalencias en consumos		
Alcohol	60	81
Tabaco	71	82
Marihuana	36	64
Haschich	7	12
Ketamina	2	9
Pasta base	25	55
Cocaína	24	55
Crack	9	11
Solventes inhalables	20	35
Lsd y hongos psicoactivos	7	21,5
Ketamina y éxtasis	2	9

Como puede observarse todos los porcentajes obtenidos en este estudio en prevalencia de vida de drogas (tanto de comercio legal como ilegal) son menores que los revelados el estudio del IDES aunque las conclusiones a las que se puede llegar son similares.

La comparación de resultados de los dos estudios y sus coincidencias relativas alimenta la hipótesis una cierta sobrerrepresentación de MPL consumidoras de sustancias psicoactivas de comercio ilegal en el caso del estudio del IDES, debido al modo de extracción de esa muestra basado en el interés manifiesto de las participantes y no de una extracción aleatoria simple.

6.2 Postfacio

Aunque los objetivos de este estudio son muy específicos y los datos emanados del mismo resultan elocuentes por sí solos, de todas formas es necesario

resignificarlos a partir del ámbito institucional en que tales datos fueron producidos.

En gran medida las situaciones de indefensión, abuso, discriminación o estigmatización sufridas por las MPL configuran una reproducción de situaciones vividas por muchas mujeres en diversos espacios público y privados de todo el mundo. No obstante, al estar sometidas a la institución penitenciaria la responsabilidad de la defensa y garantía de los derechos básicos a la vida, la seguridad, la salud y la educación de todas las MPL recae en el Estado.

Por otra parte, cualquier consideración seria sobre las problemáticas de las cárceles femeninas exige un posicionamiento en la intersección de diversas disciplinas y temáticas. La evitación de cualquier tipo de reduccionismo ramplón exige una mirada que recupere elementos esclarecedores de la historia, la criminología, y las perspectivas de género así como la problemática de la reforma penal y los derechos humanos.

Como ya se ha señalado tanto la invención de los diferentes sistemas de prisión como las diversas investigaciones sobre las poblaciones carcelarias han tenido una impronta androcéntrica justificada por el escaso porcentaje de mujeres privadas de libertad que ha existido y signada por estereotipos de género (Güida, 2008).

Asimismo la extensión a nivel planetario de sistemas penales similares y la universalización de unos pocos modelos de organización penitenciaria condujo a la producción de efectos similares en regiones muy distantes entre sí.

La globalización de ciertas técnicas políticas orientadas al control de los cuerpos, su disciplinamiento y el desarrollo de ciertas marcas de individualización del poder (Foucault, 1996; 1998) tal como fueron desarrolladas anteriormente condujo a los sistemas penales de gran parte del mundo a las mismas encrucijadas y a dilemas parecidos.

Los estudios referidos a poblaciones de MPL -aunque en primera instancia parecen remitirse a universos cerrados, limitados y alejados de la experiencia cotidiana de las mayorías sociales- revelan siempre aspectos poco visibles de las estrategias de control ejercidos sobre la mujer tanto a nivel informal como

mediante los sistemas institucionalizados de sanción moral y punitiva que se aplican a las conductas consideradas ilícitas.

Cuando se indagan concienzudamente estas realidades se traspasa el velo de su aparente de la excepcionalidad y comienzan a emerger los sistemas de las jerarquías sexuales y las distribuciones desiguales de poder.

Observando en conjunto los datos generados por este estudio lo primero que llama la atención es la gran correspondencia de los mismos con otros análogos obtenidos en otros países y regiones.

Elementos tan diferentes como el devenir histórico de la prisión femenina en el Uruguay, la proporción de las MPL en relación con la población masculina en igual situación o bien la relación numérica entre procesadas y penadas guarda estrechas similitudes con las de numeroso países del continente e incluso de otras regiones del planeta.

De ahí que independientemente de las variaciones sociodemográficas y de presentar características disímiles las poblaciones de PPL en los diferentes países presentan problemas muy similares.

En tal sentido, la descripción lograda de la situación de Cabildo no hizo más que confirmar la necesidad de viabilizar e implementar en Uruguay todas las recomendaciones emanadas de la conferencia internacional de la Organización Mundial de la Salud celebrada en octubre de 2009 en Madrid, al que concurrieron especialistas de todo el mundo en materia de salud carcelaria y control de las enfermedades transmisibles (WHO, 2009).

Allí se solicitó un esfuerzo político internacional para potenciar medidas alternativas a la prisión y una reducción de las situaciones de hacinamiento que se suelen verificar en cárceles de todo el orbe; así como el desarrollo de programas de detección y tratamiento de las enfermedades infecciosas; programas de tratamiento para usuarios de drogas; medidas de reducción de daños que incluyan intercambio de agujas y jeringas, provisión de cloro y distribución de preservativos; garantizar la asistencia global a las PPL al inicio y luego de su reclusión; programas específicos orientados a los problemas de

salud mental; y la capacitación de todo el personal carcelario en estas temáticas entre otras medidas.

Como ha podido observarse el desafío de atender todos estos frentes sanitarios y lograr resultados efectivos sigue vigente.

Conclusiones

Aspectos sociodemográficos e institucionales

- La calidad de vida y de trabajo observada en Cabildo demostró estar lejos de los estándares mínimos de reclusión establecidos por los organismos internacionales en relación con el espacio físico, salidas y alimentación.
- En este estudio se abordó el 61% del total de la población reclusa femenina del país lo que permite sacar algunas conclusiones válidas para todo el universo de MPL del Uruguay.
- En conjunto las MPL de todo el país constituían el 7 % de la población general de PPL de todo el país, un porcentaje similar al que se observa en la mayoría de los países del mundo ya que la tasa media es del orden del 5%.
- Para el 67% esta era su primera experiencia de reclusión, lo que reveló un bajo nivel de reincidencia en comparación con las PPL masculinas donde el porcentaje se invierte y cerca del 60% ha tenido más de una pérdida de libertad.
- Se trata de MPL en su gran mayoría uruguayas (95%), jóvenes (con una media de 35 años, una mediana de 34 y la moda en los 20) que antes de su reclusión cohabitaban con algún familiar o pareja (70%) y con hijos (30%).
- Las situaciones de máxima vulnerabilidad como encontrarse en situación de calle resultaron muy minoritarias, del orden del 2%.

- Aunque tradicionalmente las MPL suelen tener una amplia oferta religiosa intramuros sostenida por sacerdotes católicos, pastores protestantes y monjas de diversas congregaciones e iglesias, la religión no configura un factor cultural de peso. Aproximadamente dos tercios no observa ningún culto.
- La población estudiada reveló un bajo nivel de inserción laboral, menos de la mitad (44%) mantenía un trabajo formal regular; y una débil escolarización dado que apenas el 22% superó el ciclo básico del nivel secundario de estudios.
- Un alto porcentaje (82%) desarrollaba alguna actividad intramuros reflejando un extendido interés hacia la oferta de trabajo o estudio propuesto institucionalmente así como una explícita voluntad de integración en la vida social intracarcelaria.
- Un porcentaje excesivamente alto se encuentra en prisión preventiva (69%) a la espera de condena en un ámbito en el que no se respetan las características de su calidad procesal, conviviendo en el mismo espacio físico, procesadas y penadas.
- Los vínculos de pareja no suelen resistir el encarcelamiento de la mujer siendo abandonadas tempranamente por sus parejas. Tan sólo una quinta parte de las que tenían pareja sostenían esa relación en prisión.
- Se percibió como problema y dificultad la ausencia de programas específicos de atención a mujeres adictas así como políticas internas de reducción de riesgos y daños frente a VIH.

Sobre factores y prácticas de riesgo frente al Vih

- Si bien todas las participantes demostraron su conocimiento de las formas más frecuentes de transmisión del Vih: tener sexo sin protección; compartir agujas y jeringas; o en virtud de la transmisión vertical de una madre a su bebé, una quinta parte consideró erróneamente a los

mosquitos como un vector de transmisión y un 2% creyó que también era posible a través de la comida.

- El 87% se hizo un análisis de VIH y más de la mitad de estas se lo hizo en la cárcel. No obstante, el 15% manifestó que no llegó a conocer el resultado. En tal sentido se observaron problemas en el seguimiento de los mismos, la entrega de resultados y la consejería posterior.
- El 73% se mostró interesada en la realización de un nuevo test de VIH evidenciando alto grado de sensibilización en relación con el tema.
- El 13% señaló haber tenido parejas usuarias de drogas inyectables y el 9% dijo haber tenido alguna pareja portadora de VIH. Asimismo el 5% presentó ambos factores de riesgo combinados.
- El reconocimiento de algunos rasgos distintivos de la problemática carcelaria femenina subrayan la necesidad de generar mejor evidencia y mayor comprensión de las características específicas de las mujeres privadas de libertad en el contexto del VIH, asegurando respuestas nacionales al sida, priorizadas y adaptadas, que protejan y promuevan los derechos de las mujeres.
- Probablemente existe algún nivel subregistro en la epidemiología del VIH y su prevalencia en mujeres privadas de libertad sea mayor al 2%.
- Existe también una necesidad de mayor información y capacitación específica del personal penitenciario.
- Las participantes manifestaron un marcado interés hacia la posible realización de un nuevo análisis de VIH (73%) lo que estaría señalando un grado alto de sensibilización en relación con el tema.
- El 62% de las encuestadas estuvo en tratamiento psiquiátrico en algún período de su vida y fue medicada.
- El 45,5% recibió tranquilizantes menores (benzodiazepinas) y/o mayores (neurolépticos) mientras que el 31% fueron tratadas con antidepresivos y el 5,5% reguladores del humor.

- En relación con la realización de marcas permanentes en el cuerpo y la piel, este estudio reveló un uso muy frecuente de tatuajes y *piercings* (62%) y cerca de la mitad de las que se han hecho uno, se lo realizaron en prisión.
- El 43% de quienes se lo hicieron en estos contextos carcelarios corrieron grandes riesgos al no tener garantías de asepsia en el material utilizado.
- El 29% ha tenido visitas conyugales alguna vez y en su mayoría (65%) hacen un uso inconsistente del preservativo en esos encuentros íntimos.
- Un 20% de las participantes señalaron haber tenido otras relaciones sexuales que no correspondieron a visitas conyugales. Un 11% sólo con mujeres y un 9% con hombres y mujeres.
- Se observó una buena predisposición general hacia sistema de salud y los estudios paraclínicos y propedéuticos así como una gran receptividad frente a la oferta terapéutica existente. Se ha entendido pues que esta predisposición generalizada facilitaría el desarrollo de programas específicos de prevención.
- Se constató que todas las alternativas de atención médica eran valoradas y demandadas. Todas las participantes manifestaron algún tipo de interés en estudios médicos específicos siendo los más demandados: neumológicos (22%); ginecológicos (20%) y psiquiátrico-psicológicos (20%).
- Más de la mitad manifestó haber tenido tan sólo un pareja en el transcurso del último año mientras que el 16% declaró haber tenido entre dos y cinco y el 4% más de 6.
- Los obstáculos más significativos para una adecuada gestión institucional de riesgos frente al VIH que se han observado han sido la mezcla indiferenciada de perfiles jurídico-penales así como de perfiles delictivos y psiquiátricos.

- El 16% de las encuestadas que señalaron irregularidades en la distribución interna de preservativos y en el 5% que afirmó que esto no ocurre nunca.
- Los usos problemáticos de drogas se revelaron como temas sensibles y de interés para las MPL de Cabildo.
- Más del 60% de las participantes manifestaron su interés en acceder a mayor información sobre las consecuencias de las drogas y en poder integrar algún programa de prevención intracarcelaria de drogas.
- Un 9% consideró que necesita ayuda para poder dejar de consumir alguna droga y un 11% manifestó haber participado anteriormente en algún programa de tratamiento de drogas, evaluándolos mayoritariamente como buenos.
- En cuanto a las edades de inicio en el consumo de las diferentes sustancias psicoactivas, la más baja de todas es la de los solventes inhalables, con una media de 13 años siendo en muchos casos inicios muy tempranos en la infancia.
- Para las demás sustancias tanto legales como no, los inicios se verifican más tarde principalmente en el entorno de los 17 o 18 años.

Recomendaciones

Generales:

- Promover el respeto de los derechos humanos de todas las PPL y en particular de las MPL, desarrollando una vigilancia continua del cumplimiento de las normativas internacionales relacionadas con las condiciones de vida intramuros.
- Desarrollar nuevos y mayores estudios sobre las condiciones de vida en las cárceles nacionales que contemplen una perspectiva de género.

Referidas al sistema de salud:

- Constituir espacios de diálogo que incluyan a las autoridades penitenciarias, técnicos y delegadas de las MPL para la elaboración de programas específicos que mejoren la gestión de los riesgos frente a las patologías prevalentes y una reducción de los daños asociados a las mismas.
- Estudiar junto con las MPL alternativas que refuercen la continuidad del vínculo en reclusión con sus parejas y familiares.
- Configurar los ámbitos carcelarios como espacios de acercamiento de las MPL al sistema de salud brindando la oportunidad de integración a programas específicos de prevención y rehabilitación.
- Propiciar la participación de las MPL en programas que promuevan políticas de prevención, reducción de riesgos y daños en relación con drogas y prácticas sexuales.
- Garantizar el acceso y la continuidad de los tratamientos psicológicos y psiquiátricos en general de todas las MPL así como de todas quienes experimentan crisis agudas durante su reclusión.
- Garantizar también el acceso de la guardia penitenciara a tratamientos psicológicos y psiquiátricos específicos que contemplen las situaciones de *stress* a las que están sometidos por razones laborales.

Referidas específicamente al VIH e ITS:

- Desarrollar programas de capacitación del personal penitenciario sobre factores de riesgo y protección frente al VIH e ITS.
- Facilitar el acceso a las visitas conyugales así como la información necesaria para la realización de una solicitud tanto de visitas externas como de visita intracarcelaria así como de la distribución de preservativos.
- Desarrollar programas específicos referidos a la reducción de riesgos y daños asociados a los tatuajes carcelarios.
- Facilitar y garantizar el acceso al análisis de VIH, a la confidencialidad del mismo, a los resultados de éste, y a un servicio de consejería previo y posterior a su realización.
- Garantizar el control médico continuo y acceso a la medicación de las MPL portadoras de VIH en tratamiento con antiretrovirales.
- Facilitar el acceso a los servicios de salud de las personas VIH-positivas luego de su liberación y propiciar su adherencia a los tratamientos específicos.

Fotos

Foto 1: Ventana y esquina



Foto 2: Frente con puerta de ingreso



Foto 3: Esquina y garita de seguridad



Bibliografía

- Adams, L. M., Kendall, S., Smith, A., Quigley, E., Stuewig, J. B., & Tangney, J. P. (2011). HIV Risk Behaviors of Male and Female Jail Inmates Prior to Incarceration and One Year Post-Release. *AIDS and Behavior*. doi:10.1007/s10461-011-9990-2
- Algora Donosol, M. I. (2012, septiembre 26). La farmacia en el sistema penitenciario español: el centro penitenciario Madrid III (Valdemoro). Recuperado octubre 24, 2012, a partir de <http://eprints.ucm.es/16534/>
- Almeda, E. (2010). *X Congreso de Sociología*. Recuperado de www.fes-web.org/archivos/congresos/congreso_10. Consultado 22.06.2010
- Almeda, E. y Bodelón N. (2005): "Rastreado lo invisible: mujeres inmigrantes en las cárceles" en *Colección "Migraciones"* (2005) Barcelona: Anthropos. 183.
- Alvarez, M. (2006). Tupamaros. La revolución imposible en *História Questões & Debates*, 41(0). Recuperado de http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/historia/article/view/4635_227. Consultado 22.06.2010
- Aller, G. y Langón M. (2005). Criminalidad Femenina. *Criminología y Derecho Penal*, 1 (1), 48-49.
- Antony, C. (1998). El rol genérico en la ejecución de la pena En Del Olmo, Rosa (Coord.), *Criminalidad y criminalización de la mujer en la región andina*. Caracas: Nueva Sociedad
- Antony, C. (2000). *Las mujeres confinadas: estudio criminológico sobre el rol genérico en la ejecución y la pena en Chile y América Latina*. Santiago de Chile: Editorial Jurídica de Chile
- Antony, C. (2003). *Panorama de la situación de las mujeres privadas de libertad en América Latina desde una perspectiva de género*. Recuperado de: <http://www.villaverde.com.ar/archivos/File/investigacion/privacion%20de%20libertad/panorama.pdf>. Consultado 22.06.2010
- Antony, C. (2006). *Estudio sobre violencia de género: las mujeres trasgresoras*. Panamá: Editorial Universitaria de Panamá.
- Antony, C. (2007). Mujeres invisibles: las cárceles femeninas en América Latina. (Ejemplar dedicado a: ¿Sin salida? Las cárceles en América Latina). *Nueva sociedad* (208), 73–85.
- Arroyo, J. M., & Ortega, E. (2009). Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11(1), 3–7. doi:10.4321/S1575-06202009000100002

- Baratta, A. (1986). *Criminología crítica y crítica del derecho penal?: introducción a la sociología jurídico-penal*. México D.F.: Siglo Veintiuno.
- Bayer, O. (1975). *Los anarquistas expropiadores, Simón Radowitzky y otros ensayos*. Editorial Galerna. 28
- Barembliitt, G. (2002). *Compêndio de análise institucional e outras correntes. teoria e prática*. Belo Horizonte : Instituto Félix Guattari.
- Barrán, J. (1990). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo II. El disciplinamiento*. Montevideo: Banda Oriental.
- Betances, B. (1999). Mujeres madres y el sida. Realidades, dilemas y programas para la acción. En Gómez A. (Ed), *Mujeres, vulnerabilidad y VIH-Sida. Un enfoque desde los derechos humanos*. Cuadernos mujer salud/3. Chile: Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe.
- Bravo, G. G. (2003). Las prisiones de Eva. Mujer y cárcel en el siglo XIX. *Anuario de Derecho Penal*, 56, 351–384.
- Cañas, M. A., Cañas, J., & Torre, M. A. (2012). Estudio de utilización de psicofármacos en el Centro Penitenciario de León. Análisis comparativo. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 3(3). Recuperado a partir de <http://sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/216>
- Cárceles: cerrarán Lavalleja y Rocha; regionalizan centros - Diario EL PAIS - Montevideo - Uruguay. (s.f.). Recuperado Junio 29, 2012, de <http://www.elpais.com.uy/100423/pnacio-484237/nacional/carceles-cerraran-lavalleja-y-rocha-regionalizan-centros/>
- Castro, E. (2006). Michel Foucault: sujeto e historia. *Tópicos*, (14), 171–183.
- Cazés, D. (2). *La construcción democrática del género*. Recuperado de http://www.europrofem.org/contri/2_05_es/cazes/00_cazes.htm Consultado 10/01/2012
- Center for justice and international law. (Cejil). (2007). Mujeres privadas de libertad. Informe regional: Argentina, Bolivia, Chile, Paraguay, Uruguay. Recuperado de http://cejil.org/sites/default/files/mujeres_privadas_de_libertad_informe_regional_0.pdf. Consultado 22.06.2010
- Cejil-Olap: Center for justice and international law. (2007). Observatorio Latinoamericano de Prisiones denuncia ante la CIDH la situación carcelaria en seis países. Recuperado el 8 de julio de 2011 de <http://cejil.org/comunicados/observatorio-latinoamericano-de-prisiones-denuncia-ante-la-cidh-la-situacion-carcelaria>. Consultado 22.06.2010
- Centro médico Comcar. (2009). Plan piloto atención de la salud en complejo carcelario Santiago Vázquez. En Albanés, L. (Ed.), *Documento de trabajo. Estado de*

- situación, investigación e intervenciones en VIH-Sida en personas privadas de libertad. Establecimientos carcelarios en Uruguay. 2005-2009.* Ministerio de Salud Pública (MSP)-Programa Prioritario ITS/SIDA-Ministerio del Interior -ONUSIDA-UNODC-OPS-ASSE, 49-60.
- Cervelló, V. (2006). Las prisiones de mujeres desde una perspectiva de género. *Revista de estudios penitenciarios*, (1), 129–150.
- Cesano, J. D. (2003). De la crítica a la cárcel a la crítica de las alternativas. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 36(108), 863–889.
- Comunicación participativa desde el Cono Sur. (Comcosur Mujer). (2009) Recuperado de http://www.comcosur.com.uy/web/edi_anteriores/mujer/2009/23-12/notas.htm. Consultado 22.06.2010
- Conceptos de sociedad disciplinaria y dispositivos de poder en Foucault* - Sergio Hincapié. (s.f.). Recuperado a partir de <http://es.scribd.com/doc/49024129/Conceptos-de-sociedad-disciplinaria-y-dispositivos-de-poder-en-Foucault-Sergio-Hincapie>
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2004). *Mujeres y tratamiento de drogas*. Santiago de Chile: Conace, Gobierno de Chile
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2005). *Modelo de Intervención en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, recluidas en establecimientos penitenciarios chilenos*. Santiago de Chile: Conace, Gobierno de Chile.
- Crespo, E. D. (2003). De nuevo sobre el pensamiento abolicionista. *Cahiers de défense sociale*, 108.
- Deossa Restrepo, G. y Restrepo, G. (2011). Inequidades en salud relacionadas con el VIH/SIDA. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 11(1), 93-97.
- Departamento de Sociología. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales. (2010). *I censo nacional de reclusos*. Recuperado del sitio web del Ministerio de Interior: http://www.minterior.gub.uy/images/stories/informe_censo_reclusos_dic.pdf
- Doll D. (1988). Tattooing in prison and HIV infection. *The Lancet*, 2(9): 66-67.
- Donangelo, K. (2003). *Mi tatuaje me condena. El lenguaje de los presos en la piel*. Recuperado de [.http://www.almargen.com.ar/sitio/seccion/actualidad/tatuaje](http://www.almargen.com.ar/sitio/seccion/actualidad/tatuaje) Consultado 22.06.2010
- Echeverría, C., Cruz, A., Curbelo, E., & Fernández, J. (2011). La reclusión desde una perspectiva de género. In VIII Congreso Internacional de Psico-Sociología y Sociología Clínica Montevideo: Udelar-Grupo de Sociología Clínica del Uruguay.

- Fein, M. (2011). *Precarias condiciones de reclusión en la penitenciaría montevideo, 1888-1895*. Recuperado de: [http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:_gxkMbOguoEJ:scholar.google.com/Precarias condiciones de reclusión en la Penitenciaría Montevideo, 1888-1895&hl=es&as_sdt=0](http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:_gxkMbOguoEJ:scholar.google.com/Precarias+condiciones+de+reclusión+en+la+Penitenciaría+Montevideo,+1888-1895&hl=es&as_sdt=0). Consultado 22.06.2010
- Fernández, J. (1998) Drogas, correccionales y conventos. En *IV Jornadas de Psicología Universitaria*. (pp. 165-177) Montevideo: Facultad de Psicología.
- Fernández, J. (2000) Estrategias de rehabilitación de adictos a drogas ilegales. En *V Jornadas de Psicología Universitaria*. (pp 457-461.) Montevideo: Facultad de Psicología-Udelar.
- Fernández, J. (2000). *Los fármacos malditos*. Montevideo: Nordan.
- Fernández, J. (2004). Drogas: El problema de la regulación de los consumos En *VII Jornadas de Psicología Universitaria*. Montevideo: Facultad de Psicología. Udelar.
- Fernández, J. (2009) Abordaje psicológico de personas que viven con VIH. *Itinerario. Revista de la Facultad de Psicología-Udelar* [en línea] ,12. Recuperado de <http://www.itinerario.psico.edu.uy/DecimoSegundoNumero.htm>. Consultado 22.06.2010
- Foladori, H. (2001). ¿Qué psicología elegir? Algunos problemas epistemológicos. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana* [en línea], 1. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=30501113>. Consultado 22.06.2010
- Foucault, M., & Utrilla, J. J. (1967). *Historia de la locura en la época clásica* (Vol. 1). Fondo de Cultura Económica México.
- Foucault, M. (1996). *Las redes del poder*. Buenos Aires: Almagesto. (p. 58).
- Foucault, M. (1998). *Vigilar y castigar?: nacimiento de la prisión?* (27a ed.). México: Siglo Veintiuno.
- Fundación Konrad-Adenauer/ Serpaj. (2003). *IV seminario sobre cárceles. El fracaso del sistema penitenciario actual. Realidad y reformas urgentes*. Montevideo.
- Gallego, M. (2011). Alternativas al sistema penitenciario. *Crítica*, 61(973), 25-28
Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3667833>. Consultado 22.06.2010
- García Ramírez, S. (2004). Crimen y prisión en el nuevo milenio. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 37(110), 547-595.
- Godinho D. Lima A. y Meza F. (2008). *Violencia contra las mujeres privadas de la libertad*. Montevideo: CLADEM, 189.
- Goffman, Erving (1970). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Gómez Folle, J. (Ed.). (1939). *Cárceles de mujeres del viejo y nuevo mundo*. Montevideo: Dirección Nacional de Institutos Penales.
- Gómez, A. (1999). Mujeres y VIH-Sida: Un enfoque desde el género. En Gómez A. (Ed) *Mujeres, vulnerabilidad y VIH-Sida. Un enfoque desde los derechos humanos*. Cuadernos mujer salud/3. Chile: Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe.
- Grillo, E. (1993). Acerca de la teoría y la realidad en el tratamiento de los delincuentes. En Rosal, J., *Política criminal y reforma penal?: homenaje a la memoria del Prof. Dr. D. Juan del Rosal* (pp. 647-666). Madrid: Editorial Revista de Derecho Privado, Editoriales de Derecho Reunidas. Recuperado de <http://home.sweetim.com/?crg=4.0002002>. Consultado 22.06.2010
- Gunn, J. (2000). *Future directions for treatment in forensic psychiatry. The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 332–338. doi:10.1192/bjp.176.4.332
- Hayton P (2007). *Protecting and promoting health in prisons: a settings approach*. In: *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Recuperado de http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1 Consultado 22.06.2010
- International Council of AIDS Service Organizations' (ICASO) (1997). Guía para la promoción de las directrices internacionales sobre VIH-Sida y Derechos Humanos. Canadá: ICASO.
- Informe Especial Canelones.doc. (s. f.). Recuperado junio 27, 2012, a partir de <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:uxEvMYqmDj8J:200.40.229.134/htmlstat/pl/otrosdocumentos/comisionadoparlamentario/ComisionadoParlamentarioCarcelCanelonesInformeEspecial.pdf+carcel+de+canelones&hl=es>. Consultado 22.05.2011
- Jorge, G. (1993). *Historia de 13 palomas y 38 estrellas*. Montevideo: Tae.
- Junta Nacional de Drogas/Observatorio Uruguayo de Drogas, (2007). *Cuarta encuesta nacional en hogares sobre consumo de drogas. uruguay 2007*. Montevideo.
- Kurten-Vartio S (2007). *Women in prison: social, economic and cultural rights of female prisoners*. Brussels: European Parliament. Recuperado de http://www.europarl.europa.eu/hearings/20070626/femm/kurten_vartio_en.pdf. Consultado 22.06.2010
- Lamb, H. R. y Grant, R. W. (1983). Mentally ill women in a county jail. *Archives of General Psychiatry*, 40(4), 363-368.). Recuperado de <http://www.ps.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/49/4/483> Consultado 22.06.2010

- Lamb, H. (1998). Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review. *Persons With Severe Mental Illness in Jails and Prisons: A Review*, 49(483-492). Disponible en: <http://www.ps.psychiatryonline.org/cgi/citmgr?gca=ps;49/4/483#all> Recuperado el 12.2.2010.
- Lamb, H. R., Weinberger, L. E. y Gross, B. H. (2004). Mentally Ill Persons in the Criminal Justice System: Some Perspectives. *Psychiatric Quarterly*, 75(2), 107-126. doi:10.1023/B:PSAQ.0000019753.63627.2c
- Landeira, R. Scapusio, B. (1997). Sistema penal uruguayo: revisión y alternativas. Montevideo: Carlos Álvarez.
- Laplanche, J, & Pontalis, J. (1996). Diccionario de psicoanálisis. Madrid: Paidós Ibérica.
- LaRed21. (2011). Cárcel de cabildo cierra en se. La Red 21, Recuperado de: <http://www.lr21.com.uy/comunidad/468640-carcel-de-cabildo-cierra-en-setiembre>. Consultado 22.06.2010
- López-Barrachina, R., Lafuente, O. y García-Latas, J. (2007). Del mito de Narciso a los trastornos de la personalidad en las cárceles aragonesas: Una aproximación al perfil de estos desórdenes en las personas privadas de libertad. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9(2), 28-40.
- López, A. y Güida, C. (2000). Aportes de los Estudios de Género en la conceptualización sobre Masculinidad. Recuperado de: http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/CursosProder2004/Bibliografia_genero/UT1/Lectura.1.5.pdf. Consultado 22.06.2010
- Llosa, L. (2009) Ministerio del Interior. Situación del Servicio Médico Penitenciario. En Albanés, L. (Ed.), *Documento de trabajo. Estado de situación, investigación e intervenciones en VIH-Sida en personas privadas de libertad. Establecimientos carcelarios en Uruguay. 2005-2009*.(p.19) Ministerio de Salud Pública (MSP)- Programa Prioritario ITS/SIDA-Ministerio del Interior -ONUSIDA-UNODC-OPS-ASSE, 17-29.
- Magariños, F. (1997). Introducción. En C. García-Valdés (Ed.), *Historia de la prisión?: teorías economistas, crítica? (curso de doctorado)*. Madrid : Edisofer. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=3829> Consultado 22.06.2010
- Mann, J. (1991). Global AIDS: Critical issues for prevention in the 1990s. *International Journal of Health Services*, 21 (3), 553-559.
- Mann, J., Tarantola , D., et al. (1994). Towards a new health strategy to control de HIV/AIDS pandemic. *The Journal of Law Medicine and Ethics*, 22(1). 41-52.
- Manzelli H., Pecheny M. (2002). Prevención del VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres. En Terto Junior, V., Pecheny, M. y

- Cáceres, C. (Eds.), *Sida y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, Fortalezas y propuestas para la acción* (pp. 103-138). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. ONUSIDA, Autor. Recuperado de http://www.ciudadaniasexual.org/publicaciones/SIDA_y_sexo_entre_hombres.pdf. Consultado 22.06.2010
- Melossi, D., y Pavarini, M. (1985). *Cárcel y fábrica: Los orígenes del sistema penitenciario (siglos XVI-XIX)*. Siglo XXI.
- Ministerio del Interior. , & Departamento de Sociología, (2010). I censo nacional de reclusos. Recuperado del sitio web del Ministerio del Interior https://www.minterior.gub.uy/images/stories/informe_censo_reclusos_dic.pdf
- Ministerio de Salud Pública (MSP), Dirección General de la Salud, (2012). *Informe de progreso global sobre sida 2012*. Montevideo.
- Mosquera, S. (2002). La selectividad del sistema penal: una mirada desde el género. *Revista de derecho penal*, (13).
- Ministerio de Salud Pública, Programa Prioritario ITS/Sida y Equipos Mori, (2008). *Encuesta sobre actitudes y prácticas de la población frente al VIH/Sida* . Recuperado de <http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5713,21638>. Consultado 22.06.2010
- Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud, (2009). *Situación epidemiológica del vih – sida en uruguay (1983 – 2009)*. Montevideo: MSP.
- Nowak, M. (2012). Manfred nowak [Web]. Recuperado de: http://www.presidencia.gub.uy/wps/wcm/connect/presidencia/portal_presidencia/sala-de-medios/audios/programa-ddhh-onu-manfred-nowak-uruguay
- Núñez Vega, J. (2007). Las cárceles en la época del narcotráfico: una mirada etnográfica. *Nueva sociedad*, (208), 103–117.
- Organización de los Estados Americanos (OEA) Uruguay. Evaluación del progreso de control de drogas 2005–2006. (2007) Montevideo: OEA
- OEA. (2009). Organización de los Estados Americanos: Democracia para la paz, la seguridad y el desarrollo. Recuperado de: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2011/076A.asp>. Consultado el 25.06 2012
- Organización de las Naciones Unidas. Oficina contra la Droga y el Delito (ONUDD), Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República (Uruguay) (2007). *Colaboración con el proceso de reforma carcelaria en el Uruguay, incluyendo una respuesta al abuso de drogas y al VIH/Sida en las cárceles..* Recuperado

- de www.infodrogas.gub.uy/html/informes-documentos/docs/Uruguay-Sistema_penitenciario_1.pdf. Consultado 22.06.2010
- ONUDD, Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas.(2010). *Consumo de Drogas en Población Privada de Libertad y la Relación entre Delito y Droga. Cuarto Informe Conjunto*. Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador,Perú y Uruguay Recuperado de http://www.observatorio.gov.ar/especificos/informes-internacionales/Consumo_de_drogas_en_poblacion_privada_de_libertad.pdf. Consultado 22.06.2010
- ONUSIDA (2009). Las mujeres y el VIH en el entorno carcelario. Recuperado de http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/UNODC_UNAIDS_2008_Women_and_HIV_in_prison_settings-SP.pdf. Consultado 22.06.2010
- ONUSIDA (2010). La agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH. Plan operativo para el marco de acción del ONUSIDA: abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH. Recuperado de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2010/jc1794_action_framework_gender_equality_es.pdf. Consultado 22.06.2010
- Osimani, M.L. y Guchin, M. (Coord.). (2004). *Usuarios de drogas inyectables Prácticas de riesgo y prevalencia de infecciones por VIH, hepatitis B y hepatitis C en Montevideo y su área metropolitana*. Montevideo: IDES-ONUSIDA
- Osimani, M.L. (2001). Investigación cualitativa con UDIs. En M.L. Osimani (Coord.), *Foro-debate: Sida y drogas, investigación y dilemas en la construcción de la agenda pública*. Montevideo: ONUSIDA/IDES.
- Peña, J. (1997). Antecedentes de la prisión como pena privativa de libertad en Europa hasta el siglo XVII. En C. García-Valdés (Ed.), *Historia de la prisión: teorías economistas, crítica. (curso de doctorado)* (p. 63). Madrid: Edifoser
- Persons With Severe Mental Illness in Jails and Prisons: A Review -- Lamb and Weinberger 49 (4): 483 -- Psychiatric Service. (s. f.). Recuperado junio 22, 2010, de <http://www.ps.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/49/4/483>. Consultado 22.06.2010
- Plan piloto de atención de la salud en Complejo Carcelario Santiago Vázquez (COMCAR). (2008-2009). En Albanés, L. (Ed.), *Documento de trabajo. Estado de situación, investigación e intervenciones en VIH-Sida en personas privadas de libertad. Establecimientos carcelarios en Uruguay. 2005-2009*. Ministerio de Salud Pública (MSP)-Programa Prioritario ITS/SIDA-Ministerio del Interior

- Plugge, E. (2009). Changes in women's use of illicit drugs following imprisonment. *Addiction - Wiley InterScience*. (s.f.). Recuperado de <http://www3.interscience.wiley.com/journal/121639221/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>. Consultado el 25/3/ 2010
- Polo, M., Rodríguez, D., y Rodríguez, L. (2004). Procesos de formación y terapia desde un enfoque ecológico: metaobservación y metaanálisis de contextos de supervisión en un programa de formación de terapeutas. *Hallazgos, revista de investigaciones*, (1), 130–148.
- Porter, R. (2003) *Breve historia de la locura*. (2003). Madrid : Fondo de Cultura Económica.
- Presidencia de la República Oriental del Uruguay. (2009). Archivo. Recuperado de http://archivo.presidencia.gub.uy/_Web/MEM_2008/JND_2.pdf
- Priore, J. (2009) Situación de salud del Establecimiento Correccional y de Detención para Mujeres (Cabildo). En Albanés, L. (Ed.), *Documento de trabajo. Estado de situación, investigación e intervenciones en VIH-Sida en personas privadas de libertad. Establecimientos carcelarios en Uruguay. 2005-2009*. Ministerio de Salud Pública (MSP)-Programa Prioritario ITS/SIDA-Ministerio del Interior -ONUSIDA-UNODC-OPS-ASSE, 31-36.
- Promueven plan para evitar reincidencia de presos - Diario EL PAIS-Montevideo - Uruguay. (s.f.). Recuperado el 8 de julio de 2011, de <http://www.elpais.com.uy/090527/pnacio-419572/nacional/promueven-plan-para-evitar-reincidencia-de-presos/>
- Salazar, F., & Paternain, R. Flacso-BID, (2009). *Crimen e inseguridad. indicadores para las américas*. Chile: Programa Seguridad y Ciudadanía de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Reviriego Picó, F. (2009). ¿La crisis de los sistemas penitenciarios europeos?. *Revista de derecho de la Unión Europea*, (16), 241-264. doi: 16951085
- Reyes, H. (2000). *Women in prison and HIV*. Geneva: International Committee of the Red Cross.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ricci-Cabello, I., Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., & Montero-Piñar, I. (2010). Morbilidad psíquica, existencia de diagnóstico y consumo de psicofármacos: Diferencias por comunidades autónomas según la encuesta nacional de salud de 2006. *Revista Española de Salud Pública*, 84(1), 29–41.
- Rodríguez, M. (2009) Situación de la tuberculosis en Uruguay. En Albanés, L. (Ed.), *Documento de trabajo. Estado de situación, investigación e intervenciones en VIH-Sida en personas privadas de libertad. Establecimientos carcelarios en*

- Uruguay. 2005-2009. Ministerio de Salud Pública (MSP)-Programa Prioritario ITS/SIDA-Ministerio del Interior -ONUSIDA-UNODC-OPS-ASSE, 40-44.
- Sanchez Burson, J. M. (2001). Los pacientes mentales en prisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (78), 139–153. Ibanés, L. (Ed.), *Documento de trabajo. Estado de situación, investigación e intervenciones en VIH-Sida en personas privadas de libertad. Establecimientos carcelarios en Uruguay. 2005-2009*. Ministerio de Salud Pública (MSP)-Programa Prioritario ITS/SIDA-Ministerio del Interior -ONUSIDA-UNODC-OPS-ASSE.
- Salazar, F., & Paternain, R. Flacso-BID, (2009). *Crimen e inseguridad. indicadores para las américas*. Chile: Programa Seguridad y Ciudadanía de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Sanchez Burson, J. M. (2001). *Los pacientes mentales en prisión. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (78), 139–153.
- Szasz, T. S. (1981). *La fabricación de la locura. México: Kairós*.
- Tébar Vilches, B. (2005, Mayo 26). *El modelo de libertad condicional español*. (tesis de doctorado). Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/5079;jsessionid=55ADCB2E84DF6A37119DB8396BD45B2C.tdx2>. Consultado 22.06.2010
- Términos Jurídicos: Consultas (2012). Recuperado Enero 2, 2012 de <http://lexicos.wordpress.com>. Consultado 22.06.2010
- Trajtenberg, E. (s.f.). Rehabilitación, reingreso y desistimiento en Uruguay: el caso del Centro Nacional de Rehabilitación. Recuperado de <http://www.fcs.edu.uy/archivos/Emiliano%20Rojido%20-%20Ana%20Vigna%20-%20Nicol%C3%A1s%20Trajtenberg%20Rehabilitaci%C3%B3n,%20reingreso%20y%20desistimiento%20en%20Uruguay.%20El%20caso%20del%20Centro%20Nacional%20de%20Rehabilitaci%C3%B3n.pdf>. Consultado 22.06.2010
- Tratamiento y Arquitectura Penitenciaria. (s. f.). Recuperado de <http://revista-cpc.kennedy.edu.ar/Edicion001/TratamyArquitPenitenciaria.aspx>. Consultado 22.05.2011
- Troya, M., & Vila, B. (2010). Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y conductas de riesgo asociadas en un Centro Penitenciario de Montevideo, Uruguay. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 12, 21–28.
- Turley, A. (2004). Jail Drug and Alcohol Treatment Program Reduces Recidivism in Nonviolent Offenders: A Longitudinal Study of Monroe County, New York's, Jail Treatment Drug and Alcohol Program. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48(6), 721-728.
doi:10.1177/0306624X04265088

- Uruguay Militar - Centros de Reclusión. (s. f.). Recuperado de <http://www.uruguaymilitaria.com/Foro/viewtopic.php?f=18&t=726&start=300>. Consultado 22.06.2010
- Uruguay. Poder Ejecutivo (1899). Reglamento para la cárcel de mujeres. Montevideo.
- Uruguay. Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas (2005). *Consumo de Drogas en Detenidos Recientes, Informe de Investigación*. Montevideo: JND.
- Uruguay. Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas (2008). *Estudio sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados en Población Privada de Libertad en Centros Carcelarios de Uruguay*. Montevideo: JND.
- Valle, L. E. (2006). Tatuajes y "piercing". *Revista argentina de Dermatología*, 87(1), 16-26. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2006000100002&Ing=es&nrm=iso. Consultado 22.06.2010
- Varela-González, O., Algora-Donoso, I., Gutiérrez-Blanco, M., Larraz-Pascual, M. E., Barreales-Tolosa, L., & Santamaría-Morales, A. (2007). Uso de Psicofármacos en prisión (CP Madrid III). *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9(2), 14–27. doi:10.4321/S1575-06202007000200002
- Villanueva, C., & Elena, M. (2011). El trabajo en el derecho penitenciario. Recuperado de <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/2322>. Consultado 22.06.2010
- World Health Organization (WHO) (1993). *WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC277-WHO-Guidel-Prisons_en.pdf. Consultado 22.06.2010
- WHO. Regional Office for Europe (1999). *Mental health promotion in prisons: report on a WHO meeting, The Hague, Netherlands, 18–21 November 1998*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Recuperado de http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1. Consultado 22.06.2010
- WHO. Regional Office for Europe (2005). *Status paper on prisons, drugs and harm reduction*. Copenhagen:WHO. Recuperado de http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1. Consultado 22.06.2010
- WHO (2006). *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: towards universal access: recommendations for a public health approach*. Geneva,:World Health Organization. Recuperado de <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/pmtct/en>, Consultado 22.06.2010
- WHO (2007a). *Interventions to address HIV in prisons: HIV care, treatment and support*. Geneva, World Health Organization (Evidence for Action Technical

- Papers. Recuperado de <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en>. Consultado 22.06.2010
- WHO (2007b). *Interventions to address HIV in prisons: needle and syringe programmes and decontamination strategies*. Geneva: World Health Organization (Evidence for Action Technical Papers). Recuperado de <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en>. Consultado 22.06.2010
- WHO. Regional Office for Europe (2007b). Fact sheet on prisons and mental health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Recuperado de http://www.euro.who.int/prisons/topics/20071010_1. Consultado 22.06.2010
- WHO (2007c). *Status paper on prisons and tuberculosis*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1. Consultado 22.06.2010
- WHO (2007e). *Interventions to address HIV in prisons: drug dependence treatments*. Geneva: World Health Organization (Evidence for Action Technical Papers). Recuperado de <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en>. Consultado 22.06.2010
- WHO. Regional Office for Europe (2008). *Trencín Statement on Prisons and Mental Health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Recuperado de http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1. Consultado 22.06.2010
- WHO. Regional Office for Europe (2009a). *Prison health database*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Recuperado de <http://data.euro.who.int/HIP>. Consultado 22.06.2010
- WHO. (2010). *The madrid recommendation: Health protection in prisons as an essential part of public health la recommandation*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- UNODC, WHO (2009). *Women's health in prison. Correcting gender inequity in prison health*. Recuperado de <http://data.euro.who.int/HIP>. Consultado 22.06.2010
- UNODC, WHO (2012). HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package. Recuperado de <http://data.euro.who.int/HIP>. Consultado 22.06.2010
- Yagüe Olmos, C. (2003). Mujeres encarceladas [Reseña del libro *Mujeres encarceladas*, de Elisabeth Almeda]. *Revista Electrónica de Investigación Criminológica*, 1
- Yagüe Olmos, C. (2007). Mujeres en prisión. Intervención basada en sus características, necesidades y demandas. *Revista Española de*

Investigación Criminológica, 4 (5), 101-130.

Zack, B., & Kramer, K. University of California, Center for AIDS Prevention Studies (CAPS). (2010). *¿cuál es el papel de las prisiones y cárceles en la prevención del vih?*

Anexos

FORMULARIO ENCUESTA “CABILDO”

Nombre encuestador

Numero de formulario

Fecha de aplicación

Encuestador

Código encuestador

1) ¿Cuál es su edad en años cumplidos?

2) ¿Cuál es su estado civil?

- 1. Casada
- 2. Divorciada
- 3. Separada
- 4. Viuda
- 5. Unión libre
- 6. Soltera
- 0. NC

3) ¿Con quién vivía al momento de la comisión del delito por el cual está privada de libertad actualmente?

- 1. Padres y/u otros familiares
- 2. Pareja
- 3. Pareja e hijos
- 4. Sola
- 5. Con amigos/as
- 6. Otros ¿cuáles?
- 0. NC

4) ¿Cuál es su nacionalidad?.....

5) ¿Practica alguna religión?

- Sí
- No
- NC

5.a En caso afirmativo: ¿cuál?.....

6) ¿Cuál es su escolaridad, considerando el último año aprobado?

1. Sin instrucción
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
6. Terciaria incompleta
7. Terciaria completa
8. Universitaria incompleta
9. Universitaria completa
 - NC

7) ¿Qué actividades realiza en Cabildo?

1. Trabaja
2. Estudia
3. Trabaja y estudia
4. Ni trabaja y estudia
0. NC

8) ¿Cuál era su situación ocupacional antes de estar privada de libertad?

1. Desempleada
2. Empleada tiempo parcial
3. Empleada tiempo completo
4. Actividad de economía informal
5. Otra: ¿cuál?
6. NC

9) ¿Qué estudios ha realizado su madre?

1. Sin instrucción
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
6. Terciaria incompleta
7. Terciaria completa
8. Universitaria incompleta
9. Universitaria completa
0. NC

10) ¿Qué estudios ha realizado su padre?

1. Sin instrucción
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
6. Terciaria incompleta
7. Terciaria completa
8. Universitaria incompleta
9. Universitaria completa
0. NC

11) ¿Mantiene usted vínculos con su familia?

- Sí
- No
- NC

11.a) ¿Mantiene usted vínculos con su pareja?

- Sí
- No
- NC

11.b) ¿Mantiene usted vínculos con su madre y/o padre?

- Sí
- No
- NC

11.c) ¿Mantiene usted vínculos con hijo(s)?

- Sí
- No
- NC

11.d) ¿Mantiene usted vínculos con abuelo(s)?

- Sí
- No
- NC

11.e) ¿Mantiene usted vínculos con otros familiares?

-Sí

-No

-NC

12) ¿Ha estado en tratamiento psiquiátrico?

-Sí

-No

-NC

13) ¿Recibió medicamentos psiquiátricos?

-Sí

-No

-NC

14) ¿Recibió tranquilizantes?

-Sí

-No

-NC

15) ¿Recibió antidepresivos?

-Sí

-No

-NC

16) ¿Recibió reguladores del humor?

-Sí

-No

-NC

17) ¿Recibió otros medicamentos psiquiátricos?

-Sí

-No

-NC

18) ¿Qué edad tenía cuando consumió por primera vez tranquilizantes?

Años.....

19) ¿Qué edad tenía cuando consumió por primera vez antidepresivos?

Años.....

20) ¿Ha consumido tranquilizantes por su cuenta en los últimos 30 días?

-Sí

-No

-NC

21) ¿Ha consumido antidepresivos por su cuenta en los últimos 30 días?

-Sí

-No

-NC

22) ¿Alguna vez ha consumido solventes inhalables?

-Sí

-No

-NC

23) ¿Alguna vez ha consumido tabaco?

-Sí

-No

-NC

24) ¿Alguna vez ha consumido alcohol/escabio?

-Sí

-No

-NC

25) ¿Alguna vez ha consumido marihuana?

-Sí

-No

-NC

26) ¿Alguna vez ha consumido haschich?

-Sí

-No

-NC

27) ¿Alguna vez ha consumido pasta base?

-Sí

-No

-NC

28) ¿Alguna vez ha consumido cocaína?

-Sí

-No

-NC

29) ¿Alguna vez ha consumido crack?

-Sí

-No

-NC

30) ¿Alguna vez ha consumido éxtasis?

-Sí

-No

-NC

31) ¿Alguna vez ha consumido heroína?

-Sí

-No

-NC

32) ¿Alguna vez ha consumido opio?

- Si

- No

33) ¿Alguna vez ha consumido morfina?

- Si

- No

34) ¿Alguna vez ha consumido alucinógenos?

- Si

- No

35) ¿Alguna vez ha consumido ketamina?

-Sí

-No

-NC

36) ¿Alguna vez ha consumido otras drogas?

-Sí

-No

-NC

37) Edad inicio solventes / inhalables

(sólo cuando corresponde al igual que las siguientes)

38) Edad inicio tabaco

39) Edad inicio alcohol / escabio

40) Edad inicio marihuana

41) Edad inicio hashish

42) Edad inicio pasta base

43) Edad inicio cocaína

44) Edad inicio crack

45) Edad inicio éxtasis

46) Edad inicio heroína

47) Edad inicio opio

48) Edad inicio morfina

49) Edad inicio alucinógenos

50) Edad inicio ketamina

51) Edad inicio otras drogas

52) ¿Se ha inyectado alguna vez alcohol?

-Sí

-No

-NC

53) ¿Se ha inyectado alguna vez cocaína?

-Sí

-No

-NC

54) ¿Se ha inyectado alguna vez anfetaminas?

-Sí

-No

-NC

55) ¿Se ha inyectado alguna vez tranquilizantes?

-Sí

-No

-NC

56) ¿Se ha inyectado alguna vez LSD?

-Sí

-No

-NC

57) ¿Se ha inyectado alguna vez heroína?

-Sí

-No

-NC

58) ¿Se ha inyectado alguna vez morfina?

-Sí

-No

-NC

59) ¿Se ha inyectado alguna vez otra droga? ¿Cuál?

-Sí

-No

-NC

60) ¿Alguna vez compartió jeringas con otras personas?

-Sí

-No

-NC

61) ¿Sabe si alguno de sus compañeros ha participado fuera de la cárcel en algún programa de tratamiento de drogas?

-Sí

-No

-NC

62) ¿Cuál es la evaluación que tienen ellos de esos programas?

- 1. Buena
- 2. Regular
- 3. Mala
- 0. NC

63) ¿Ud ha participado en algún programa de prevención de drogas fuera de la cárcel? (sólo cuando corresponde al igual que las siguientes)

- Sí
- No
- NC

64) ¿Cómo eran esos programas de prevención en que participó fuera de la cárcel?

- 1. Buena
- 2. Regular
- 3. Mala
- 0. NC

65) ¿Ud considera que actualmente necesita ayuda para dejar de consumir droga?

- Sí
- No
- NC

66) ¿Desea Ud tener más información sobre las consecuencias de las drogas?

- Sí
- No
- NC

67) ¿Desde que está presa ha tenido visitas conyugales alguna vez?

- Sí
- No
- NC

68) ¿Cuándo fue la última vez que tuvo una visita conyugal?

- Último mes
- Último año
- Más de un año

69) Desde que está presa ha tenido contactos sexuales

- Sólo con hombres
- Sólo con mujeres
- Con hombres y mujeres
- No ha tenido

70) ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en el último año?

(hombres y mujeres)

- Ninguna
- Una
- De dos a cinco
- Más de seis

71) ¿Alguna de las parejas sexuales que ha tenido es o ha sido consumidora de drogas inyectables?

- Si
- No
- No s/c

72) ¿Ha tenido alguna pareja portadora de VIH?

- Si
- No
- N S/C

73) ¿Usa preservativo en las visitas conyugales?

- Siempre
- A veces
- Nunca

74) ¿Acostumbra a usar preservativos en los demás contactos sexuales que ha tenido tanto fuera como dentro de la cárcel?

- Siempre
- A veces
- Nunca

75) ¿Distribuyen preservativos dentro de este establecimiento?

- Siempre
- A veces
- Nunca
- NC

75.a) Comentarios: ¿Quién entrega preservativos, dónde?

.....

76) ¿Alguna vez se hizo un tatuaje permanente o se colocó un piercing?

- Si
- No
- No s/c

77) ¿Se hizo algún tatuaje o se puso algún piercing en cárcel?

- Si
- No
- No s/c

78) ¿Utilizaron agujas descartables para la realización del tatuaje o la colocación del piercing que se hizo estando presa?

- Si
- No
- No S/C

79) ¿Alguna vez se hizo un análisis de VIH-Sida?

- Si
- No
- No S/C

80) Este análisis se lo realizó

- Antes de estar presa
- En la cárcel

81) “No tienes por que decirme cual fue el resultado.

Pero ¿conoces el resultado del análisis? ?

- Si
- No
- No S/C

82) Señale en cual de estas situaciones es posible transmitir el VIH/Sida

- a) Compartiendo la misma cama pero sin relaciones sexuales
- b) A través de las relaciones sexuales sin condón
- c) Por picadura de mosquito
- d) Compartiendo agujas y jeringas en el consumo de drogas o en tatuajes/piercing
- e) A través de la comida
- f) De una mujer portadora de VIH que está embarazada a su bebé

83) ¿Le interesaría hacerse un (nuevo) análisis de VIH? ?

- Si
- No
- No S/C

84) Hay algún estudio médico que considera oportuno o necesario realizarse.

¿Cuál?

**Entrevista al Dr. Alejandro Estévez
(Febrero de 2010)**

E: Entrevistador

EO: Entrevistado

E: ¿Se realizan análisis de seropositividad a la población reclusa?

EO: Esto se dio durante años, nunca se había logrado hacer... hacerlo es bastante rápido... simplemente es un examen muy fácil, necesitas el dedo del paciente y una gota de sangre, lo puedes hacer.

Y eso ya te divide a la población en dos grandes grupos.

Porque si te da negativo te quedas tranquilo, y si te da positivo lo que tiene es un gran índice de saldo positivo, detectas por lo menos una buena parte de esa población.

Lamentablemente tenemos un sub-diagnostico brutal; fijate que en COMCAR, haciendo números redondos hay unas 3000 personas.

Yo tengo diagnosticada como VIH positivo aproximadamente 90 personas en este momento. Este número tendría que ser el doble o más. En una población de 3.000 con esas características por lo menos tendrías que tener 300.

E: ¿Por qué? ¿Cuáles son esas características?

EO: Porque es una población de máximo riesgo, no te olvides también los índices de adicción.

El consumo de pasta base entre mis pacientes es muy elevado y el pronóstico hoy por hoy de un paciente con VIH, tanto en las cárceles como fuera de cárceles, depende más que de la enfermedad de base de su adicción a las drogas, más cuando se trata de pasta base.

La adicción hace que pacientes que están controlados y en tratamiento abandonen todo... Por supuesto que pronto terminan agarrando una infección oportunista y falleciendo. En esos casos la causa no fue el VIH, sino el abandono del tratamiento que muchas veces funciona de manera espectacular. Otro de los problemas es el alto índice de reincidencia que observo en mis pacientes; casi es el 60% de los que son liberados recaen.

E: ¿Recaen en que sentido?

EO: Vuelven a caer en prisión. He intentado lograr que una vez liberado el paciente continúe de manera regular los controles. Nos esforzamos en ese sentido. Los he aconsejado y derivado con colegas informándoles acerca de la necesidad de una continuidad en el tratamiento.

Pese a todo, con algunas colegas hicimos un seguimiento de muchos de ellos que estaban en tratamiento farmacológico y observamos que el 50% abandonaba el tratamiento antirretroviral y los controles.

Si lo comparas con la población que esta libre cuyo abandono oscila entre un 20% y 30% verás que es mucho más alto.

E: ¿Además contrasta con los índices que se verifican en la atención a nivel privado donde los niveles de adherencia son mucho mayores?

EO: Son mucho mayores exactamente. No hicimos –es algo que nos queda pendiente- un estudio con los liberados que no están en tratamiento antirretroviral para saber si siguen yendo a los controles.

E: ¿Cuáles serían los pasos para dar para evitar ese subregistro serológico y lograr una atención más abarcativa?

EO: Bueno mira, es una muy buena pregunta. Pienso que la dificultad principal pasa por el temor de muchos pacientes a saber que son positivos.

En muchos casos la decisión de hacerse un análisis tarda...aunque desconfíen porque han tenido relaciones con portadores o por que han sido muy promiscuos en la actividad sexual.

Pienso que uno de los problemas es que no hay ningún tipo de contención psicológica ni ningún asesoramiento a la población que entra.

E: ¿O sea que en la evaluación primaria de su salud que se hace al ingreso se le ofrece el test pero no pasa de ahí, no hay una política de asesoramiento y promoción?

EO: Es un problema de organización y de estructura...imagínate que el paciente ingresa a la cárcel, lo rapan, va a una celda común con un montón de otros presos. Te podrás imaginar el trato que reciben...y en medio de todo este caos, le ofrecen hacerse un examen para el VIH. La respuesta lógica es no. Eso tendría que estar estructurado de otro modo... ofrecérselo a aquellos que no lo son, organizarlo de otra manera.

E: ¿Me estas hablando de la realidad del COMCAR?

EO: Eso es la realidad del COMCAR y la realidad del Penal. La excepción podemos decir –aunque cada cárcel tiene sus dificultades- es la Tablada al menos en relación con esto.

Es una cárcel de baja seguridad en que la mayor parte del día no están encerrados sino circulando.

Pero después Canelones, el Penal y el COMCAR son terribles en esta cuestión.

Cabildo también es -a pesar de todas las dificultades que hoy por hoy puede tener- es un mundo aparte. No se si es porque la mujeres presentan un menor índice de reincidencia que los hombres o si es porque está en la ciudad y por lo tanto más cerca de todo pero son mucho más sencillas muchas cosas allí.

La situación del COMCAR es preocupante tanto como la de Libertad...las dos son iguales. Todo resulta difícil. Libertad peor por ser de máxima seguridad.

E: A ver si entendí bien, se le propone el examen y si la persona acepta... ¿tiene que firmar algún consentimiento informado?

EO: No, simplemente se registra en la historia clínica que realizó un pedido de VIH. Lo mismo sucede con la llegada de los resultados.

E: Sin embargo, he visto que en algunos casos los resultados no son comunicados.

EO: Exacto, es una lucha en lograr que los resultados lleguen en tiempo y forma. Falla quien se encarga de ir a buscar los resultados a Salud Pública o al Hospital Pasteur, o donde sea... Es una lucha que los traigan y me los entreguen a mí a cualquier colega que lo haya pedido.

Me han llegado confirmatorios de VIH, en los cuales, los pacientes ya habían sido liberados. Lo cual es dantesco...epidemiológicamente hablando.

E: ¿Tú tienes la responsabilidad de informarlos?

EO: Si, yo les informo.

E: Que fuerte, porque además el único referente que les va a quedar frente a una eventual confirmación, sos tú para enfrentar la situación.

EO: Sí, de todos modos con la incorporación de médicos de Salud Pública la situación tiende a mejorar. Hay mas recursos y mejor comunicación. Ahora cada vez que ven un colega ve a un paciente mío que está mal enseguida me comunican, si piensan cambiar alguna mediación también porque a veces se descompensan muy rápidamente.

E: ¿Cuándo hablamos de hacer los análisis de rutina al inicio se incluye también un ?

EO: Mira la idea era que se incluyera también la serología para las hepatitis B y C y hacer toda la rutina básica pero la mayoría de las veces pasa por el VIH y el y a veces ni siquiera eso...sólo el VIH. Lograr una serología de hepatitis B y C es algo importante.

E: ¿Cuáles son las prevalencias?

EO: Mira con los pacientes míos es más fácil, porque yo siempre trimestralmente o semestralmente o anualmente dependiendo de los pacientes, siempre les pido un VDRL y la mayoría ya sé si son infectados o no de hepatitis o no.

En los pacientes míos la incidencia del no es muy elevada, pero si lo que preocupa es que muchas veces me informan, mira que tenemos tantos pacientes VDRL positivos, vamos a sacarle un VIH, y ahí esta la demora de 3 los resultados.

Porque hemos tenido pacientes que -por ejemplo- han tenido en 3 o 4 oportunidades en un período por ejemplo, de 7 años a pasar, 3 o 4 veces un positivo, o sea que están reinfectados, significa relaciones sin preservativos y que nunca tenés un VIH.

O lo que te contaba, me llegó en febrero el confirmatorio de un paciente que lo habían liberado en noviembre...

E: ¿Y cuánto se demora en volver los...?

EO: En teoría tendrían que demorar entre 30 y 45 días, ya más de eso es un lapso elevado, vos fijate que allá en infecto con toda la sobrecarga y todo, un resultado de VIH en 20 días a más tardar lo tenés. Y un VDRL lo tenés en una semana por ejemplo, o a veces menos. Y la serología para la hepatitis si es lo que demora más... demora entre 20 y 30 días.

E: ¿Por qué? ¿A dónde los llevan para hacerlos?

EO: Van a Higiene Pública, ahora la distancia no es tan grande porque la trasladaron ahí atrás nuestro, donde esta el edificio, estamos nosotros y del otro lado esta la parte nueva.

E: ¿No sabés si hacen exámenes ginecológicos en Cabildo?

EO: Si generalmente las mandan al Pereira...tienen un...no se si llamarlo convenio... pero si hay una policlínica de ginecología en Cabildo que esta en contacto con la policlínica del Pereira. Ahí es donde les hacen, o por lo menos deberían hacerles un PAP.

E: ¿Cuándo da positivo hay algún beneficio en la dieta o en las condiciones de reclusión del paciente?

EO: Si, en cuanto a la ubicación en los módulos, yo siempre he pedido, hay 2 módulos el módulo 7 y el 6 en el COMCAR, que digamos son bastante diferentes al resto, por la limpieza, por la higiene, por la poca cantidad de gente y por las características sobretodo de la gente. Son módulos en los que hay muy poco o nula cantidad de pasta base por ejemplo, para darte un ejemplo, lo cual es algo prácticamente excepcional en la cárcel.

Pero en eso, la vez que intente que todos los pacientes estuvieran ahí, las autoridades dijeron que eso era una manera de discriminar, yo no estaba recuerdo con eso pero bueno, eso fue lo que pasó y quedaron cada uno en sus módulos.

Si bien ahora se ha logrado trasladar a muchísimos, casi entre 25 y 30 pacientes en los módulos 7 y 6. Que están un poco más alejados de lo que es la otra problemática.

Pero apenas se les informa su seropositividad, tienen derecho a un régimen para gente de VIH que en teoría tiene que constar de carne, frutas y verduras. Eso es muy irregular, y depende incluso de cada guardia del COMCAR de que le llegue la fruta, la carne y la verdura en buen estado y en las cantidades adecuadas.

Según los propios pacientes en COMCAR muchas veces debería ser una costilla la carne y es un pedacito chiquito.

E: Algo de proteínas por lo menos tiene que haber.

EO: Exacto. Y ellos tienen una canasta de INDA, que INDA les envía una canasta que debería ser una vez por mes. Para que te hagas una idea en estos últimos 7 meses la recibieron 3 veces, es un caos la situación en cuanto a la canasta de INDA. Para mejor ahí yo no tengo incidencia, lo único que me preguntaron yo estaba de acuerdo y dije

que si que me parecía bárbaro, que era entre INDA y el Ministerio del Interior la manera de coordinar y después termino siendo caótico.

E: ¿El problema de la tuberculosis, cómo se atiende?

EO: Mira la Lucha trabaja como en el resto del país muy bien...van dos veces a la semana, casualmente los martes que coincidimos con ellos y los viernes, van además de técnicas y gente de enfermería...una vez a la semana un médico, ahora esta yendo la doctora XXX, con el Presidente de la Comisión Honoraria... y trabaja muy bien la Lucha...

Y trabajamos muy bien en equipo porque ellos ya están entrenados, en que cuando no tienen VIH (test)... ya le piden ellos mismos el VIH... y ya le sacan la sangre para el VIH. Tan es así, que a través de ellos he logrado muchas veces tener los confirmatorios de pacientes míos...se trabaja muy bien, la Lucha ha sido una ayuda invaluable.

E: ¿Reposa en tí la responsabilidad después del confirmatorio de asesorar aconsejar, dar esperanza, por qué supongo que los debe afectar de manera muy diversa y el comportamiento frente a ello debe ser muy dispar?

EO: Exactamente, muy dispar...hoy por hoy te diré que también ha cambiado a lo largo del tiempo el comportamiento. Antes a mí me pasó en la cárcel cuando empecé a venir y también me pasó en el hospital.

Yo en la cárcel empecé en el 2001... en el Hospital ni bien me recibí en julio del año '99 y eso sí...todos hemos notado un cambio...vos antes a un paciente le decías que era VIH positivo y lo común -fuera hombre o mujer- independientemente de la edad, era el llorar, una angustia brutal y la idea de la muerte mañana, pasado o dentro de un año...

Hoy por hoy se lo toman mucho más calmamente la situación, también puede ser que haya mucha más información...y también puede ser el hecho...sobre todo en la cárcel de que muchas veces tienen la idea, o muchas veces se hicieron el examen y nunca fueron a buscar el resultado...

Hoy por hoy, vos ves que se toman mucho más tranquila la cosa...de todas maneras siempre tratamos de ver el lado positivo, recalcarles que es una enfermedad crónica... pero que es fundamental para ellos que se controlen...el uso de la pasta base...yo les insisto mucho sobre eso, porque los desastres que he visto que hace la droga son muy superiores al resto.

Yo para el VIH tengo el mejor tratamiento que ustedes puedan tener pero para la pasta no tengo nada...para los desastres que hace la pasta no tengo nada. Digo porque acá dentro lamentablemente, te podrás imaginar que una atención psicológica o psiquiatría adecuada es de otro tiempo.

E: Yo me imaginaba las consecuencias inmediatas dentro de esa población...lo que tu decís es muy cierto sabes que me ha llamado la atención la cantidad de personas privadas de libertad que declaran haber tenido relaciones sexuales con portadores o haber tenido parejas que sabían que eran seropositivas...

EO: Exacto, incluso vos lo ves, porque ahora -por suerte- tengo los preservativos...se ha logrado normalizar de hace un tiempo a esta parte...ya tenemos establecido que el preservativo se da sin ningún tipo de problema, tratando de derribar toda barrera burocrática. Mismo muchas veces ya saben que son o no positivos...y se les da también... me parece estupenda la idea, de que se pueda hacer lo más sencillamente posible.

E: El comportamiento sexual dentro de la cárcel, a ti te llegará, digamos el comentario, porque sabes que encontré una discrepancia grande en Cabildo, la declaración de relaciones homosexuales, fue sin duda muchísimo más alta, estamos hablando de un 14%, un 12% que señaló haber mantenido por lo menos alguna vez relaciones homosexuales dentro de la cárcel en Cabildo... me llamó la atención la franqueza. EO: Lo que pasa también en COMCAR por ejemplo, todo lo que sea homosexuales...tanto travestís, como homosexuales no travestís están en el módulo 1... entonces están bastante digamos confinados, y siempre ha pasado que son mucho más responsables en lo que es su control, su tratamiento, que los pacientes heterosexuales. Eso es tanto adentro como lo que es fuera de cárceles.

E: ¿Hay promiscuidad sexual?

EO: Mira, la hay pero no como uno se imaginaría... por la brutal superpoblación carcelaria. Fíjate que en celdas que son para 4 personas, las hay con 8 o 12.

E: ¿Eso oficia de control, de algún modo?

EO: Claro de algún modo, se autorregula, porque si a vos te dicen lo que es la situación de la cárcel, y lo que es la superpoblación, las condiciones de higiene, todo ese entorno... piensas que la promiscuidad tendría que ser muchísimo más de lo que en realidad es, por suerte digo.

E: No claro, esta bien.

EO: Lógicamente que las hay, pero por ejemplo las violaciones son mucho menos de lo que uno se pudiera imaginar, estamos hablando de una cárcel que fue construida para 800 personas y después se hizo una extensión para más de 1.800 y tiene 3.000. Es brutal.

E: Lo que me llamo la atención en el contacto así con los y las presas en relación con un tema que yo no tenía mucha conciencia...fue lo del comercio sexual...donde el sexo opera de moneda de pago.

Me llamó la atención esos relatos, donde muchas veces deudas de drogas o de juego se pagaban con favores sexuales concedidos a los acreedores por parejas, primas, hermanas, hijas o lo que fuere de la persona en prisión.

EO: Eso es un fenómeno que llama la atención... Muchos de los pacientes míos también me lo han comentado...sobre todo los reclusos más viejos, no tanto en edad sino también en tiempo...eso llama la atención.

Lo que ellos dicen es la pérdida de los códigos carcelarios, como el no hacer problema durante el horario de la visita, respetar determinadas normas que hoy por hoy ellos mismos te lo dicen se han perdido por el tema de la pasta base, y eso es llevado a la violencia, las heridas de arma blanca son cuestión de todos los días, no salen a la prensa, tampoco se salen a denunciar, yo he tenido pacientes que vienen con heridas de arma blanca y te dicen no puedo decir nada, pero me pasó incluso con heridas en evolución, que a veces milagrosamente no están infectadas, no me preguntes, por algún milagro de la naturaleza.

Ellos muchas veces se colocan remedios caseros, o consiguen...

E: ¿Hay una unificación a nivel de las políticas sanitarias a nivel penitenciario, ahora con la inclusión de médicos de ASSE?

EO: No, ahora con la inclusión de los colegas de ASSE, se ha tratado de unificar un poco más los criterios, estamos trabajando un poco más en equipo. Lo que pasa es que ellos solo están a nivel del COMCAR, El Penal de Libertad, La Tablada, Cabildo son con servicio médico penitenciario.

Y uno...lo que es mi especialidad al ser yo solo el referente...entonces, claro, a veces se logra simplificar un poco más las cuestiones...tratando de unificar un poco más criterios, pero igual estamos lejos del ideal...es una lucha, es una lucha para lograr un examen sanguíneo, una tomografía.

E: ¿Existe alguna política específica hacia el personal penitenciario sobre el VIH... alguna capacitación o campaña de información?

EO: No, en el COMCAR donde estoy hace mucho tiempo ya me conocen y muchas veces me han consultado sobre este tema...muchos vienen y a veces me preguntan cosas...aunque sea 10 o 15 minutos le das lo básico.

Yo espero que la camioneta me venga a buscar, y en general como muchos ya te conocen vienen...doctor tengo a mi hijo con este problema...algún sargento viejo, viste... tengo estos muchachos que entraron...¿no les hablas del tema del VIH?...tienen algunas dudas, te quieren hacer algunas preguntas. Pero es todo informal, nada formal que es como debería ser.

E: ¿Debe ser una población de riesgo también?

EO: Vienen como ya sabemos del mismo extracto social, muchas veces la diferencia es el uniforme... simplemente... si no, no los distinguirías de un lado y otro de la reja... es una realidad.

Esto aplica que muchas veces los reclusos tengan un nivel intelectual superior del de la policía y hacen un manejo sumamente favorecedor de eso...

E: ¿Ha habido niños seropositivos entre los que viven en Cabildo?

EO: Mira que yo recuerde... creo que no... a pesar de que tenemos algunas pacientes seropositivas que son madres pero no recuerdo de que se haya dado el caso de que haya convivido ahí un niño con VIH... Haber nacido con VIH... de eso estoy totalmente seguro.

E: ¿Hay estadística sobre portadores en cárceles... algún banco de datos que pueda consultar?

EO: Mira, que yo sepa el programa nacional debería tener ese tipo de datos sino yo te doy el último...

E: ¿Hay experiencia de algún tipo de manual para presos, informativo, alguna experiencia?

EO: Mira, la única que yo recuerdo en este período de tiempo en el que yo estoy acá, fue ASEPO en una oportunidad, no te quiero mentir el año pero debe ser, por lo menos debe haber sido 2005 que ASEPO distribuyó un material que estaba muy bueno, en cuanto a la calidad de presentación del material, la crítica que yo eleve en su momento fue que me pareció demasiado técnico mucha de la información, no tanto dirigido a pacientes, que tiene que ser sobre todo a lo que es el entorno de la cárcel... hubiese sido mejor un lenguaje más sencillo, excelente calidad en cuanto a la presentación, y por supuesto la información que ofrecía.

La crítica constructiva que yo le hice fue en cuanto a mi me parecía que en algunos aspectos fue demasiado técnico. Y eso venía -me acuerdo- con un paquetito de preservativos...

E: ¡Que bien!

EO: Se hizo en COMCAR módulo por módulo, se había hecho en el Penal también en su momento se hizo en Cabildo.

E: Y bueno yo te agradezco mucho que me hayas concedido este tiempo.

EO: Cuanta más gente trate de colaborar mejor para solucionar el problema... porque nos guste o no es algo que tenemos ahí enfrente, y es una ola que ya no está tapada, hay que ver cuánto más aguanta.

El VIH pasa por ser un problema sumamente menor a lo que es.

E: Si ahora estamos como en 8.000 presos.

EO: Es un disparate, y además lo preocupante es que también eso tiene que ver la pasta base... es como ha ido aumentando la gravedad de lo que son los delitos,

porque antes siempre estaba aquel que entraba por el hurto simple, nunca había visto un arma de fuego, después se empezó a entrar por rapiña, y después se termina por un homicidio.

E: Muchas veces los consumidores de pasta se convierten en ladrones improvisados....ladrones fracasados que actúan impulsivamente y que los agarran al toque.

EO: Aparte están en una situación que no pueden correr ni nueve cuadras y hacen cosas que no caben en un ser pensante...como me decía una vez un colega...si entras analizar las cosas que roban no le encontrarás sentido.

Un paciente mío asaltó a una señora enfrente a la jefatura de policía...te podrás imaginar lo que duro... a la media cuadra tenía 4.000 tipos arriba.

Digo...son cosas que no caben en ninguna cabeza...no hay un mínimo de sentido común...

E: Si recuerdo el caso de un muchacho consumidor de pasta que robó un enano de jardín y corrió con el a cuestas para tranzarlo por un medio a la boca del barrio.

EO: Mira me contaba uno de los policías que hace el 222 en un Hospital me contó que habían agarrado a uno que había robado una cucha de perro, esas cuchas que venden las veterinarias...son cosas que no te caben en la cabeza.

E: Claro son escasísimos recursos simbólicos y grandes limitaciones para pensar prospectivamente o para analizar la situación.

EO: Y lo que sigue siendo preocupante es el promedio de edad...cada vez más jóvenes.