

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO. MENDOZA 9 Y 10 DE MAYO 2013.
Jornadas de Sociología de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la
U.N.Cuyo

Barreras y Estrategias de Accesibilidad al Derecho a la Salud en Sectores Vulnerables
Privados de Libertad

Autores: Castagno, Mariel¹; Correa, Ana²; Herranz, Melisa³; Paez, Jose Ignacio⁴

Resumen:

Esta presentación se realiza a partir de la investigación “Representaciones sociales Derechos y seguridad: Acceso a la justicia de población privada de libertad”⁵ expresando las vicisitudes en el acceso al derecho a la salud de los sujetos ubicados en diferentes dinámicas institucionales que se corresponden a diferentes períodos en la progresividad de la pena – período de prueba, en Establecimiento abierto N° 9 y tratamiento, en Establecimiento cerrado, Bouwer y San Martín- en Servicio Penitenciario Córdoba.

Desde el enfoque de derecho⁶ se busca analizar la relación de lo que los sujetos plantean como principales reclamos y la correspondencia con la norma⁷, es decir, qué saben de la titularidad de los derechos y cuál es el circuito que tienen que realizar en la estructura institucional. En esta primera relación se plantean las condiciones estructurales, el reconocimiento de la universalidad e integralidad de los derechos de la institución, en lo posible desagregados por género y situación procesal, en tensión con las estrategias que los mismos llevan a cabo cotidianamente.

A partir de este proceso del trabajo empírico se concluye, de manera provisoria, acerca de los principales reclamos en materia de derecho a la salud, los circuitos recorridos y las barreras en el acceso a la justicia resistentes en la dinámica institucional a pesar de las estrategias que se dan los sujetos para sortearlas.

Palabras claves: derecho a la salud, accesibilidad, poblaciones vulnerables, cárcel.

¹ Facultad de Psicología. Centro de Investigaciones de la Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad Nacional de Córdoba. marielcastagno@hotmail.com

² Facultad de Psicología, Observatorio de Practicas en Derechos Humanos. Centro de Investigaciones de la Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad Nacional de Córdoba. acorrea390@gmail.com

³ Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba. melisaherranz@gmail.com

⁴ Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba. paezjoseunc@gmail.com

⁵ Proyecto 05/F774, Secyt, UNC Dirigido por Ana Correa y Jorge Perano y PICTO 2010-0044 “Acceso a la justicia de sectores vulnerables en la Región Centro-Cuyo”, en el Área temática Ciencias Sociales, siendo la institución beneficiaria la Universidad Nacional de San Juan y participando la Universidad de San Luis, Cuyo, Río IV y la Universidad Nacional de Córdoba. Directora Daniela Puebla.

⁶ Pautasi, L (2012) La satisfacción de un derecho social exige que se formulen y apliquen políticas que garanticen el acceso y la realización de tales derechos. Resolución 55/2 Asamblea de Naciones Unidas adoptada por los jefes de Estado

⁷ Se trabajan en la presente investigación diversas normativas, tratados internacionales referidas salud y la justicia tales como: Constitución Nacional de la República Argentina; “Ley de Ejecución de la Pena Privativa de la libertad Ley 24.660 / 96; Ley de Salud Publica N° 26.657; “Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas” (Resolución 1/08 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos); el Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos (Protocolo de San Salvador, 1988).

Introducción

Este trabajo se enmarca en el Proyecto de investigación “Representaciones Sociales en derecho y seguridad: acceso a la justicia de personas privadas de libertad en servicio penitenciario Córdoba”. El mismo se vincula con PICTO -2010-0044 “Acceso a la justicia de sectores vulnerables en la Región Centro-Cuyo” en el Área temática Ciencias Sociales, en el cual participan la Universidad Nacional de San Juan, la Universidad de San Luis, Cuyo, Río IV y la Universidad Nacional de Córdoba en la cual se desarrolla el trabajo aquí presentado.

En dicho marco, a través del presente análisis se enfoca específicamente las barreras para el acceso a derechos producto de las lógicas socio-institucionales de dos establecimientos penitenciarios de Córdoba, a fin de mostrar las vicisitudes en el acceso al derecho a la salud de los sujetos ubicados en las distintas dinámicas institucionales que se corresponden a diferentes períodos en la progresividad de la pena – período de prueba, en Establecimiento abierto N° 9 y tratamiento, en Establecimientos Cerrados, Bouver y San Martín- en Servicio Penitenciario Córdoba. A su vez, se analizan las estrategias generadas desde los propios presos/as para *auto-procurarse* alternativas de acceso a la salud.

Desde el enfoque de derecho se busca analizar la relación de lo que los sujetos plantean como principales reclamos y la correspondencia con la norma, es decir, que saben de la titularidad de los derechos y cuál es el circuito que cotidianamente tienen que realizar en la estructura institucional en el intento de acceder a los mismos.

En este trabajo se considera la accesibilidad a la justicia en un sentido amplio, relacionada a principios de igualdad y no discriminación, y a cómo las instituciones disponen condiciones que posibilitan u obstaculizan el acceso a derechos.

A continuación se profundizará en aspectos relacionados a accesibilidad a la salud, cuestión que no se define arbitrariamente sino que emerge del análisis cualitativo realizado a entrevistas y encuestas a internos/as de las instituciones penitenciarias nombradas. En esta investigación se entiende la salud como campo de prácticas que implica procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados (PSEC) atravesados por dimensiones históricas y psicosociales que no se limitan a lo médico individual, ni tampoco a prestaciones institucionales esporádicas, sino que jerarquizan determinantes socioculturales e incluye a poblaciones destinatarias como participantes a fin de contrarrestar desigualdades en salud y promover la construcción de ciudadanía. Esto resulta de entender al campo de lo sanitario, como un espacio con diferentes intereses y capitales en pugna, donde no todos tienen igualdad para reconocer, expresar y luchar por sus necesidades. (Spinelli, 2005)⁸.

La falta de accesibilidad y equidad aparecen como un problema prioritario en el campo de la salud, los indicadores según regiones, clases sociales, edades, géneros y etnias, dan cuenta de múltiples inaccesibilidades geográficas, administrativas, económicas y culturales por las cuales

8 En esta definición se hace referencia al concepto de salud colectiva que el movimiento sanitario brasileño incorporó para denominar lo que se conocía como salud pública en sus expresiones más críticas tales como la medicina social. (Spinelli, 2005)

las poblaciones no acceden a la atención que necesitan (equidad de acceso y uso). Equidad que para la OMS, supone “*que todos deben tener oportunidad de lograr plenamente su potencial en salud, y de un modo más pragmático, nadie debe estar desfavorecido en la medida que pueda evitarse*”.⁹

Si bien existen leyes sobre el acceso a la salud en sujetos privados de libertad, las mismas no son garantías del cumplimiento de sus mandatos e intenciones sino que son las instituciones y sus modalidades de implementación las que las hacen efectivas o no. Por tanto nos interesa mostrar aquí qué dinámicas posibilitan qué accesos, y qué procesos de resistencia se juegan y construyen desde los sujetos involucrados.

2. Marco conceptual para el análisis

2.1 Sectores Vulnerables

En este análisis sobre acceso a derechos se considera a los sujetos en situación de encierro dentro de las poblaciones vulnerables. Vulnerabilidad es, según Butler (2004), parte de lo humano, vulnerabilidad humana en común que surge junto con la vida misma, a partir de lo cual se asume que desde el comienzo estamos entregados al otro -entregados a un conjunto primario de otros previo a cualquier individuación y a causa de necesidades corporales-. Así se refiere a la *condición de vulnerabilidad*, la cual supone un desamparo y necesidad original por el que la sociedad debe responder, pero remarca que dicha respuesta es diferencial, ya que “ciertas vidas están altamente protegidas, y el atentado contra su santidad bastan para movilizar las fuerzas de la guerra. Otras no gozan de un apoyo tan inmediato y furioso, y no se calificarían incluso como vidas que “valgan la pena” (Butler, 2004, pp.58). Así la cuestión a plantearse según la autora son las condiciones bajo las cuales se mantiene la vida que vale la pena, y a través de qué lógica de exclusión, de qué prácticas de borramiento y nominación, la que no.

Respecto al acceso a la justicia de sectores vulnerables (vidas que *no valen la pena*), cabe preguntarse ¿a qué se está aludiendo cuando se dice “sectores”? ¿Por qué sectores? En esto parece subyacer la distinción que establece Butler respecto a que: “La vida se cuida y se mantiene diferencialmente, y existen formas radicalmente diferentes de distribución de la vulnerabilidad física del hombre a lo largo del planeta” (Butler, 2004, p.58). Es decir, ¿Qué hace que un sector asuma características de vulnerable? En este sentido, Luna (2008) propone “considerar el aspecto dinámico y contextual del concepto como parte de su propio contenido. El funcionamiento de este concepto es relacional y esto determina tanto su alcance como las maneras de pensarlo o concebirlo” (pp.7).

Dicha autora plantea la existencia de capas de vulnerabilidad que pueden superponerse y estar relacionadas a problemáticas diferentes, así se aleja de la vulnerabilidad como condición permanente y categórica como característica esencial que las personas posean lo cual, afirma, hace que la situación pueda convertir en vulnerable a una persona. Esto hace que dicha condición

9 Whitehead M. (1991) “Los conceptos y principios de la equidad en salud” Centro de documentación e información. Programa de Desarrollo de Políticas de Salud. OMS.

no sea la entendida de manera irreversible sino susceptible de alterarse o modificarse (Luna, 2008).

Al dar flexibilidad al concepto, protege su utilidad para la investigación, recupera el concepto *éticamente*, como herramienta que puede “operar sutilmente” en la identificación de tales capas de vulnerabilidad para luego quitarlas. El sentido dado por la autora, más que una categoría (como rótulo o etiqueta), acerca el concepto de vulnerabilidad a las circunstancias y situaciones sucedidas en un contexto determinado.

A esto, y desde Puebla (2001), se suma una distinción que aporta al análisis específico en lo que hace a acceso a derechos en el contexto que esta investigación plantea: en tanto poder detectar o enfocar circunstancias y situaciones que vulneren derechos de los sujetos privados de libertad. La autora delimita una serie de nociones, entre ellas se toma aquí, en primer término, la de *vulnerabilidad psico-social* vinculada a los circuitos de daños producidos en los sectores sociales menos favorecidos. Previo a la captación por parte del sistema penal, el sujeto es considerado proclive a ser dañado, a sufrir un deterioro por diversas privaciones y la exposición a estos factores va reduciendo gradualmente sus posibilidades de realización personal o de integración social. En segundo término, propone el concepto de Vulnerabilidad psico-penal, con el que refiere a procesos de prisionalización y criminalización que se producen a partir de que el sujeto captado por el sistema penal, que en sí mismo es deteriorante (Puebla, 2001).

Barreras y Accesos imbricados en la dinámica institucional

En una Dimensión socio-institucional, desde el punto de vista de los aspectos estructurales, entendemos que la cárcel es un entretrejo de relaciones paradójales y/o contradictorias en la co-existencia de paradigmas contrapuestos, el del “orden-punitivo” y el de “derechos humanos”. Esto produce una singular dinámica que, por una parte, proclama como finalidad la inserción social como meta de justicia social y, por otra, genera prácticas contrapuestas guiadas por dos modelos de orientación de la acción: de “guarda y custodia” (Ley de Seguridad Pública, Provincial n° 9235) y “capacitación especial en consideración de las normas internacionales de Derechos Humanos” (Ley Nacional 24660). Esta coexistencia es uno de los factores que podría explicar, desde las dinámicas y dispositivos que se construyen en la institución para mantener el control sobre los cuerpos, los obstáculos que esas mismas tecnologías generan para el acceso a derechos o, directamente, las violaciones de los mismos.

Desde el nacimiento del Estado Moderno, las sociedades construyen un relato que argumenta y justifica la gobernabilidad estableciendo lo prohibido, lo proscripto y lo trasgredido. Para lo cual se da un sistema conceptual que le permite imprimir en la sociedad una clara función de la institución (Enriquez, 1992). Este sistema está en consonancia con un determinado sentido del orden político-jurídico y, por consiguiente, la eficacia simbólica del mismo depende de la efectividad de los dispositivos de poder como sostén de esa configuración racional del orden, acompañado de mecanismos de negación de la violencia de un cierto sistema de aplicación de fuerza (Marí, 1986) pero también de las formas en que la subjetividad genera sus estrategias de resistencia.

En definitiva, el análisis de la dimensión socio-institucional es susceptible de abordarse dos niveles: el *estructural* que examina la tensión entre paradigmas de orden / de derechos humanos y el *dinámico* que examina la tensión entre políticas y prácticas, y desnudan las principales dificultades al acceso a la justicia. Sobre este segundo aspecto se focaliza esta presentación a partir de la recuperación de las voces de los diferentes actores involucrados (internos-internas, profesionales/técnicos y agentes de seguridad).

Interesa acercarse a los dispositivos y las prácticas productores de la dinámica institucional, donde se visibilizan como operan las tecnologías de gobierno, mostrando los juegos de poder que intentan reforzar las funciones unificadoras y totalizadoras de la transversalidad Estatal. Estado que, a través de sus políticas sociales, históricamente ha tendido a reproducir la desigualdad de ciertos sectores – jóvenes / pobres / excluidos- y que hoy se debe analizar desde la perspectiva de los DDHH a fin de conocer el acceso a derechos de segunda generación¹⁰, en los sujetos privados de la libertad.

3. Enfoque Metodológico

Para el presente trabajo, se llevó a cabo una sistematización de información empírica de carácter cualitativo compuesta, por un lado, de entrevistas a internos del Establecimiento Penitenciario (EP9) realizadas en 2011 en investigaciones anteriores del equipo vinculadas a la temática¹¹ y, por otro, de registros de observación y fichas de evaluación del taller de formación en Derechos Humanos realizado en el penal de San Martín y Bouwer administradas a diferentes grupos: internos e internas, así como profesionales, técnicos y agentes de seguridad, tomadas en mismo período. Asimismo se incluyen entrevistas a familiares de estas instituciones llevadas a cabo en 2012 por el Observatorio de Derechos de la UNC.

A partir de los discursos de los distintos actores involucrados, se rastrearon sentidos y se reconstruyeron experiencias en torno a la salud desde el lugar que ocupan en la organización penitenciaria, a fin de analizar las condiciones en las que se da su acceso efectivo (si lo hay) como así también los factores que obstaculizan el mismo. De esta manera, se destaca cómo dicha construcción constituye una estrategia metodológica, donde las categorías emergentes del análisis de la información, son producto de las voces de los entrevistados.

A su vez se han considerado contenidos de distintas normativas, reglamentaciones y documentos internacionales, nacionales y provinciales relacionados a la salud a partir de los cuales se analiza el material empírico en términos de acercamiento - alejamiento a estos y de los obstáculos que se encuentran para su acceso.

¹⁰ La salud junto a la educación y al trabajo son clasificados como Derechos sociales, económicos y culturales, o de segunda generación.

¹¹ Investigación “Representaciones sociales del derecho y la seguridad humana en la problemática de la *(re)inserción social* en sujetos privados de la libertad” Dirigido por Mgter Ana Correa y Ab. Jorge Perano. Aprobado por Secyt para el periodo 2010-2011

Acceder o no acceder, esa es la cuestión

Abrir la discusión en clave de barreras y accesos a la justicia parte de una idea de justicia desde el enfoque de derechos humanos que concibe al derecho como una institución encargada de la transformación de las condiciones estructurales que ponen en situación de vulnerabilidad a determinados sectores sociales (Carignano, 2010). Hacen alusión a ello las Reglas Mínimas de Brasilia (2008):

“El sistema judicial se debe configurar, y se está configurando, como un instrumento para la defensa efectiva de los derechos de las personas en condición de vulnerabilidad. Poca utilidad tiene que el Estado reconozca formalmente un derecho si su titular no puede acceder de forma efectiva al sistema de justicia para obtener la tutela de dicho derecho (Cumbre Judicial Iberoamericana, 2008 p. 4).

En este sentido, es obligación del Estado eliminar barreras que impiden o dificultan el acceso a la justicia de todos los ciudadanos. Las limitaciones al acceso desde la perspectiva de derechos humanos, obliga a pensar el derecho como una institución destinada a la transformación de las inequidades sociales (Carignano, 2010). Esto es particularmente relevante a la hora de pensar la situación de los internos e internas en relación a la salud (pero es una situación que no se restringe al ámbito de la salud sino que afecta toda la vida de las personas en dicha situación). Y en particular, en la institución cárcel, donde se ven agudizadas inequidades sociales estructurales de estos sectores históricamente vulnerados en sus derechos, antes y después, de su paso por la organización penitenciaria.

A los fines del análisis, se organizó el material empírico a partir de las categorías *Reclamos/Acceso*, *Barreras* y *Circuitos* y finalmente *Estrategias* según las siguientes preguntas que interrogan tanto a la accesibilidad como a las dinámicas institucionales que la obstaculizan o promueven. Y dentro de estas condiciones las estrategias de resistencia que los internos organizan para lograr el acceso a la salud. Estas son: ¿Cuáles son los principales reclamos de los internos/as? ¿Qué Circuito realizan para el acceso a derecho? ¿Qué condiciones de accesibilidad se genera en estas instituciones? ¿Qué Estrategias de Resistencias ponen en juego?

A los fines del análisis se organizan tres apartados: uno referido a los reclamos, otro a los circuitos y barreras institucionales, y por último, se delinean las estrategias de resistencia que despliegan los sujetos, para mostrar las particularidades en cada una de las modalidades (régimenes) institucionales¹².

¹²Por régimen la legislación refiere el conjunto las medidas adoptadas por la institución penitenciaria para alcanzar la finalidad asignada (reinserción), teniendo en cuenta el principio de individualización de la pena. Por tanto las instituciones deben ser diferenciadas en su régimen, según las características de internos que alojen -procesados, condenados; adultos, menores; hombres, mujeres- (Constitución de la Pcia. de Cba. Art 48; Cdgo P.P. Art. 310; R 63) y la etapa de progresividad en la que se encuentren (Art. 6 y 12, Ley 24.660) El régimen diferencia los diversos grados de seguridad y las particularidades de los establecimientos -cerrados, semiabiertos o abiertos- (Art. 182 24.660); su infraestructura y personal idóneo. Así encontramos en Córdoba el penal “San Martín” de régimen cerrado, el penal de “Bouwer” que tiene distintos módulos (que van de cerrados a semiabiertos). Por lo general tanto mujeres como varones tienen fase de confianza con régimen semiabierto y el período de prueba con régimen abierto. Y finalmente la Unidad Abierta EP9 (Ex CROM). Establecimiento ubicado en zona céntrica, próximo al Hospital Misericordia y a Ciudad Universitaria, que alojaba varones y mujeres en período de prueba, en un régimen de auto disciplina; con salidas transitorias, autorizadas por motivos laborales, familiares o educativos. El EP9 se cerró en 2012.

Acerca de los principales reclamos de los internos/as.

En el **Establecimiento penitenciario n° 9 Abierto** (en adelante EP9) se destacan dentro de los principales reclamos de los/as internos/as, en relación a salud mental, el contacto con su familia, principalmente, con sus hijos menores de edad (en lo cual cobran particular relevancia los casos en que estos radican lejos y no tienen posibilidades de trasladarse como así también las condiciones y medios con que se les realiza la requisa). Estos reclamos respecto al mantenimiento de vínculos afectivos con su medio social están asociados a la salud mental en un sentido amplio. Pero también existen cuestionamientos a las atenciones en salud mental entendida en un sentido restringido y asistencial. Así el acceso a la salud se ve afectado por tratamientos que no parecen estar del todo adaptado a posibilidades y condiciones del lugar y los sujetos. Así lo expresan los internos *en etapa de prueba*:

“A lo mejor usted lo consigue más en otro interno que en los profesionales ¿me entiende? Porque el profesional lo escucha, escribe, escucha todo lo que usted dice, pero al final no te opina, no te orienta. Te dice “bueno Pérez cualquier cosa después lo llamo”. (interno.EP9)

En consonancia con lo anterior aparece como barrera de acceso a la salud “el tipo de tratamiento”. Los internos en el EP9, detallan no solo la falta de cantidad, sistematicidad y continuidad de los mismos sino también, la falta de calidad y pertinencia para responder a la problemática que suponen abordar. Cuestión que especialmente se intensifica en el caso de la salud mental.

“Con la psicóloga salgo con la cabeza dada vuelta, porque ella me hace recordar el pasado, y yo prefiero pensar en el presente y el futuro; de cómo soy ahora. No saco audiencia para ella por eso. Le digo que estoy bien, aunque este quebrada”. (Interna EP9)

“El psiquiatra me daba esa amansa caballo, hasta que un día dije basta. Cambié, avancé, mejoré en la escuela. La medicación no me hacía ver la realidad, me hacía dormir y a las cinco horas me levantaba con hambre, como estúpida y como que estaba viviendo en un mundo de silencio. Y vos te dabas cuenta que no servís para nada. La medicación te provoca eso. Para mi es algo como droga también, no?” (Interno EP9)

Se evidencia que en este tipo de penal existen otras posibilidades de acceso, sobre todo en las últimas etapas del tratamiento según la ley de la pena. Esto aparece en los testimonios:

“Para reinsertarnos en la sociedad que es algo bastante difícil, bastante duro. Uno sale de una cárcel y chocamos contra una pared, contra un muro ¿viste? Yo ahora ya tengo el número `de la social' con la que tengo que ir a hablar, cómo puedo llegar a hacer...Ya con una social en la calle puedo desenvolverme, ella conoce más, sabe donde podemos ir, me puede hacer un trámite. ¿Entendés? Y como te digo, no quiero salir ir a agarrar un arma, yo no quiero. No quiero”. (interno.EP9)

A pesar de esto se encuentran dificultades para el acceso a la salud y a tratamientos específicos debido al conocimiento disponible para los internos. Un conocimiento social del que ellos/as no disponen desde sus grupos de pertenencia pero que tampoco se provee en las cárceles. Este parece lograrse muy pocas veces, tras largos esfuerzos de socialización a veces inefectivos y con un alto costo para la institución como para el interno/a y su familia. Ellos dicen:

“Uno cuando entra no lo sabe. No conocemos ¿para qué sirve un trabajador social? ¿Qué sentido tiene ir al psicólogo?” (interno.EP9)

“Cuando entrás a la cárcel no sabes ¿qué es hacer conducta? No hay nadie que te asesore sobre la progresividad, el tratamiento. Nadie te explica y vos no sabés ni qué es un trabajador social. El derecho a la información. Hay mucha gente presa por ignorante...”. (interno.EP9)

Si bien la mayoría de los reclamos en los regímenes abiertos, finalizando el tratamiento penitenciario se descentran de al sujeto individual exclusivamente, para referirse a propuestas más colectivas y si se quiere, preventivas de los problemas de salud, también aparecen reclamos parecidos a los de los penales cerrados, como la alimentación o a la demora en otorgar medicamentos indispensables para el tratamiento de enfermedades infectocontagiosas, como es el caso del HIV.

“A nadie le importa de nosotros acá. Como vivimos, como dormimos, sé que tenemos que pagar pero así sufriendo tanto, pasando necesidades, nosotros y nuestra familia. Cuando con nuestro trabajo acá se produce tanto dinero. En el penal de Montecristo yo trabajaba un montón pelando pollos y eso daba mucho dinero a la cárcel pero nosotros, comíamos pollo una vez al mes” (interno.EP9)

En el caso del **establecimiento cerrado** (en adelante EC) los reclamos son variados y se diversifican, presentándose de manera más acuciante, desde diferentes sectores, la falta de comunicación entre estos, la excesiva burocratización de procesos, la falta de escucha y desestimación hacia las problemáticas planteadas por los internos. También aquí aparece el reclamo de contacto con “el afuera” y la necesidad para ello del uso de teléfono como vía de conexión con la familia y como medio para abordar cuestiones de salud. Plantean recurrentemente el poco acceso a este medio de comunicación.

“Pelean por el teléfono, ya que todos los internos quieren solucionar sus problemas por este medio” (Profesional)

En los testimonios recabados en dichos establecimientos, la mayor recurrencia se registra en relación a lo que se menciona como *falta de escucha y atención a los pedidos o demandas de los internos/as*, particularmente en relación a la necesidad de atención en salud. Se expresa de la siguiente manera:

“No se tiene en cuenta que necesitamos que se nos atiendan cuando pedimos, y no nos atienden. Y cuando nos atienden nos preguntan para qué solicitamos ayuda que ya no se necesita” (Interno San Martín)

“tenemos un día fijado en la semana para enfermarnos”. (Interno San Martín)

En el mismo sentido, los profesionales se expresan:

“servicio médico? Ja, tenemos que andar renegando con el celador del núcleo para que nos manden a enfermería” (profesional de la salud)

“y...se responde al sistema, pero sabemos que a veces con sólo escuchar e informar, sirve para prevenir ciertas problemáticas” (Profesional EC)

También se presentan reclamos respecto a la desarticulación con establecimientos externos, la excesiva derivación e imposibilidad de seguimiento de alguna problemática de salud por “el ritmo de trabajo”. La principal explicación que se encuentra a esto, por parte de internos/as y algunos profesionales, es que suele primar la lógica del control y la seguridad, teniendo dificultades principalmente con celadores y guardias.

“obstáculos por personal de seguridad” “porque el personal de seguridad no quiere tener persona fuera del pabellón, porque hay a veces un solo enfermero o porque no tienen medicamentos”. “el interno quiere seguir manteniendo sus derechos básicos, y el celador quiere mantener su autoridad”. (Interno San Martín).

“Insuficiente respuesta de servicio de traslado, la no puntualidad en turnos asignados, y el no compromiso a realizar los mismos en tiempo y forma. Con la consecuente problemática para el personal profesional actuante, la no utilización de ese turno asignado... trastorno de [volver a] solicitar el mismo turno” (Profesional de la salud)

“fragmentación permanente entre los criterios del área y los de seguridad” (Profesional EC)

Emergen a su vez en los testimonios referencias a dificultades concretas que implican una vulneración de derechos, como es el acceso a medicamentos, la calidad alimenticia, tanto como la posibilidad de realización de otras actividades vinculadas a la salud en sentido integral: deportes, contacto con la familia, recreación, trabajo y educación.

“Falta de medicamentos (farmacia sin cantidad adecuada). Falta de presupuesto para equipar correctamente en insumo y equipamientos acorde a la demanda. Fraccionar y disminuir la cantidad a lo mínimo indispensable”. (Profesional EC)

“la comida no es buena. Se garantiza sólo que haya ración, no su calidad. Por eso se hacen reuniones con todo el pabellón pidiendo hablar con un superior. También la falta de actividades deportivas” (interno)

En este panorama, se destaca por el grado de recurrencia, las *autoagresiones*. El testimonio de los guardias resulta esclarecedor:

“Hay momentos en que alguna interna solicitó atención médica, ya sea por problemas familiares o depresión, porque necesita atención. Nos comunicamos con el área y nos contestan que en ese momento no pueden, y piden que hagan audiencias, y eso provoca la reacción de la interna” (Guardia de seguridad)

“Esto sucede debido a que el interno llega a un punto de malestar psico/físico que no soporta y lo descarga mediante la autoagresión” “se autoagrede cuando está solo” (Guardia de Seguridad)

las autoagresiones desde los guardias o profesionales algunas veces se califican como una manera de “llamar la atención” y así se descalifican. Pero efectivamente desde los internos/as, éstas funcionan como modalidad de reclamo y como canal más rápido para obtener una respuesta a una demanda de salud. De hecho ante una autoagresión o amenaza de la misma, el circuito es descrito de la siguiente manera por el servicio penitenciario:

“se dialoga con el mismo, tratando de que deponga su actitud. Se anuncia al área de servicio médico, para que lo controlen...y siempre se trata de dar respuesta favorable a sus pedidos” (guardia de seguridad)

Finalmente hay otros reclamos donde profesionales guardias y presos coinciden en plantear, estos son la incapacidad institucional de dar respuesta a las problemáticas ya instaladas como las de salud mental y las adicciones.

“Falta de servicio en cuanto al tratamiento de adicciones y salud mental obstaculiza el acceso a la salud ya que no hay derivaciones y el servicio en el sistema penitenciario es inadecuado (Prof. De la salud.)

Por otro lado la institución cerrada en sí misma tiene efectos en la salud por el padecimiento, el malestar que genera el tiempo de encierro como tiempo vacío; ello da cuenta del impacto del encierro en sí mismo. Por otro lado, en las instituciones cerradas, todos los actores destacan que no está arraigada la idea del acceso a derechos como inherente al ser humano, sino como beneficio que unos, muy pocos, logran y la gran mayoría no.

Circuitos institucionales ¿para el acceso a derechos?

Circuitos institucionales hace referencia a una categoría para objetivar el recorrido institucional realizado en el intento de acceder a la salud. Sin embargo, la existencia, recorrido o realización de un circuito, ya sea este instituido o no, no siempre garantiza el acceso a la salud. Indefectiblemente circuito implica dificultades institucionales, trabas u obstáculos en el acceso a derechos y las críticas realizadas al mismo por los diferentes actores. Se han encontrado situaciones en las que los recorridos institucionales terminan en “puntos muertos”, o en más recorridos, pero sin lograr respuesta a la demanda en salud. Es en este último caso, podríamos hablar de *circuitos truncos* porque a pesar de seguir un recorrido estos no conducen a un acceso. Estos circuitos preponderan en los establecimientos cerrados donde el acceso está más condicionado a personas o situaciones puntuales.

Respecto a los circuitos de acceso en el **Establecimiento abierto (EP9)** una cuestión que destacan en el intento de acceder a un tratamiento, por ejemplo, o a una atención puntual por parte de profesionales de la salud, es la participación del personal de contacto. Es decir “el filtro” que genera el servicio penitenciario según muchos otros condicionantes en los cuales, más allá de la salud, prima el cuidado de la seguridad; entendida como *poco movimiento* y reducción de posibilidades de conflictos en el sector del que está a cargo.

“Bueno acá hay dos contras, por ejemplo, ellos tienen una forma tan indiscreta, tan soberbia, como quizás también la tenemos nosotros, ¿por qué no? En qué aspecto y en criterio, en que uno quiere ser más que el otro ¿me entiende? Y te traban las cosas que te autoriza el juez por oficio. Te lo traban, ni al servicio le interesa lo que dice el juez ni al juez lo que terminan haciendo ellos con su decisiones...” (interno.EP9)

En las dificultades de los circuitos para el acceso se destacan los contactos con otras instituciones de salud. Es decir, la circulación de la información entre instituciones, los sistemas de referencia y contra referencia entre equipo de salud del penal y los hospitales externos, la accesibilidad a los informes médicos y a los estudios complementarios, como así también la solicitud y el cumplimiento de los turnos y los traslados necesarios. Esta ineficaz relación, de la cárcel con las instituciones externas de salud, es la cuestión más álgida según detallan tanto profesionales como presos.

“...también fui a hablar al Rawson,...pedí hablar con el director y hable con la subdirectora, la secretaria del director y le dije que el servicio penitenciario me decían que no tenían los insumos, que el Rawson no los mandaba y mi hermano con SIDA estuvo casi dos meses sin tomar el Retroviral porque no se la daban...y les pregunté ¿Por qué no le estaban mandado las cosas a mi hermano¿ si el servicio penitenciario no las da, o usted no las mandó? Sí, me dijeron, ‘de acá ha salido todo’...” (Hermano de interno procesado de Bouwer. Eta 2012)

Los internos/as refieren que la mayor dificultad institucional es responder a prácticas de cuidado y atención que están asociadas a prevención complicaciones en enfermos crónicos o en estados pre o posquirúrgicas. Esto genera situaciones de agravamiento o directamente urgencias que, como en el ejemplo expuesto, las consecuencias extremas que suelen tener ciertos traslados para la salud de los presos, con riesgos fatales que pueden llegar hasta la muerte.

“Mi hermano plantea que estaba muy mal ya ni gritar podía para pedir, lo habían sacado de la celda tarde...y todo esto porque en la cárcel no le dan la alimentación necesaria, ni una atención médica adecuada, no, ni gasas, ni la pasta...el pegamento que usa el para el intestino. Mi hermano me dice ‘a mí me sacaron a las 3 de la tarde y me ingresaron a las 10 de la noche al hospital’ Así que me fui de nuevo a Tribunales, a hacer una denuncia por abandono de persona....¿que se investigue si hubo abandono de persona porque mi hermano salió a las 3, 3 y media de la tarde de Bouwer y entró al hospital a las 10 de la noche! ¿Dónde estuvo esas 6 horas y media, 7 horas? Si lo sacaron por emergencia médica, porque se lo llevó a Tribunales II?, ¿Con qué fin se lo llevó a Tribunales II y se lo dejó tantas horas, sin atención médica?...” (Hermano de interno procesado de Bouwer. Eta 2012)

La cuestión de la seguridad, entendida desde la perspectiva del servicio penitenciario, atraviesa fuertemente el acceso a la salud de los presos/as. Cabe preguntarse si acaso ¿No es o sería más seguro tener presos sanos? ¿Que salgan de la cárcel no solo sin nuevas enfermedades sino también incorporando durante la condena conductas preventivas? Podemos preguntarnos, estos modos de seguridad ¿Son mutuamente excluyentes? ¿Seguridad para quién? Esta es la concepción de seguridad que está operando y que responde a intereses de ciertos grupos. Los circuitos recorridos muestran que nadie se hace cargo de las situaciones, no hay quien asuma la responsabilidad de otro con un padecimiento, ni tampoco de sus consecuencias.

“Si la cámara no le quiere dar el arresto domiciliario porque está operado y con HIV bueno, pero trasládenlo a un lugar adonde tenga la atención adecuada...le hicieron una pericia médica, tribunales con los médicos forenses y le dijeron que podía estar ¡claro que en la cárcel puede estar siempre y cuando le den las cosas que necesita! Si le van a dar una bolsa ahora y la otra a los siete días ¡prácticamente se va a quemar todo! Porque eso no le dura tanto ¡no es un líquido común es todo jugo gástrico!... y por eso le llevaron (...) tenía todo quemado. Le pusieron un pañal una vez pero se juntó y se fue pegando y se quemó. Entonces le pusieron ¡disculpe! un preservativo en la herida porque no tenían las bolsas. Todas esas cosas está sufriendo. (Hermano de procesado en Bouwer. Eta 2012)

Sin embargo en las distintas reglamentaciones en el tratamiento penitenciario (internacionales, nacionales y provinciales) se plantea la supuesta calidad que los Estados deberían garantizar a las personas que se encuentran privadas de su libertad, tanto en lo relativo a la salud, como en otros aspectos. En este sentido y de acuerdo a lo establecido por los Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad en las Américas¹³

Las personas privadas de libertad tendrán derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, que incluye, entre otros, la atención médica, psiquiátrica y odontológica adecuada; la disponibilidad permanente de personal médico idóneo e imparcial; el acceso a tratamiento y medicamentos apropiados y gratuitos; la implementación de programas de educación y promoción en salud, inmunización, prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, endémicas y de otra índole; y las medidas especiales para satisfacer las necesidades particulares de salud de las personas privadas de libertad pertenecientes a grupos vulnerables o de alto riesgo, tales como: las personas adultas mayores, las mujeres, los niños y las niñas, las personas con discapacidad, las personas portadoras del VIH-SIDA, tuberculosis, y las personas con enfermedades en fase terminal”(Organización de los Estados Americanos, 2008)

En el mismo sentido la Ley N° 24.660¹⁴ establece que “*el interno tiene derecho a la salud. Deberá brindársele oportuna asistencia médica integral, no pudiendo ser interferida su accesibilidad a la consulta y a los tratamientos prescriptos*” (Artículo 143).

Si se compara lo prescrito con lo que resulta de la recuperación de las voces de los distintos actores involucrados del establecimiento penitenciario, se puede observar cómo las distintas dinámicas institucionales, donde la salud es algo que es necesario administrar, abren y cierran puertas a los distintos casos que se presentan, priorizando siempre la seguridad aunque no precisamente la de los internos e internas.

Siguiendo con los **Establecimientos Cerrados** se destaca la cantidad de situaciones en las que el acceso a la salud se encuentra obstaculizada, por estrategias que se implementan a nivel institucional (por los directivos u otro personal encargado) en una situación concreta. Ejemplo de esto constituyen los traslados a otras unidades sin tener en consideración las diferentes actividades que el interno pueda estar realizando allí, o si esta cerca o no de su familia y/o trabajo.

“Algunas fueron trasladadas a otras prisiones del interior, otras aún cumplen sanciones en pabellones de máxima seguridad, un horror, y las restantes aún pasados dos meses siguen cumpliendo sanciones ¿quién nos

¹³ Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Principio X “Salud”.

¹⁴ Ley 24.660 de “Ejecución de la Pena Privativa de Libertad” Capítulo IX “Asistencia médica”.

protege ante tanto horror?”. Se las traslada a todos lados, servicio social, servicio médico, visitas, esposadas (...)“es un horror. (Interna, Bouwer)

Sin embargo, en lo cotidiano, lo que impide el acceso a derechos en los regímenes de tipo cerrados es que están determinados principalmente por respuestas técnicas. De allí los obstáculos que existen para responder en tiempo y forma debido a la excesiva burocratización de cualquier mínima actividad, tanto como por arbitrariedades del establecimiento penitenciario como, por ejemplo, que las decisiones sobre si atender o no a alguna persona que tiene una dolencia dependa del criterio y la motivación del personal de seguridad del momento, como ya se dijo.

Por otro lado, los circuitos son afectados por las condiciones de encierro, la cantidad de personas en el establecimiento excede lo que el personal que trabaja allí puede manejar, pero sobretudo el hacinamiento y el encierro se convierten en sí mismo en patologizante que prioriza en sus funciones el control por sobre el cumplimiento de los derechos.

“la situación más preocupante es que hay muchos internos e internas que el pasar del tiempo encerrados se puede decir que de alguna manera u otra se vuelven más asesinos. Conozco gente que realmente son inocentes y buenas personas, que con el pasar del tiempo no son más las que había conocido. (Interna, Bouwer)

Pero además, esta situación de vulneración cotidiana puede tener desenlaces irreversibles como la muerte de los internos/as, en condiciones de desatención.

“para mí lo más importante son las muertes de las chicas, por lo que se comentó se podría haber evitado y los dirigentes no hicieron nada, porque la verdad después quisieron tapar todo”. (Interna, Bouwer)

Sin embargo existen casos en que los encargados de responder por el sistema de salud “se las ingenian” para producir nuevos circuitos a partir de los cuales garantizar el acceso a la salud, buscando caminos para optimizar al máximo los recursos que se posee, y tratando de evitar los pasos burocráticos para que el circuito funcione de una manera más rápida e intervenir de forma eficaz. Se destaca también las situaciones en que se busca algún tipo de articulación inter-institucional conociendo el funcionamiento hermético que de por sí caracteriza a un establecimiento penitenciario.

“Trabajar con estrategias de atención grupales” (Profesional de salud)

“Dirigirnos al superior (director más específicamente) para agilizar la demanda” (Profesional de salud)

“Contactarme con instituciones privadas, en la medida que el caso lo permite: dinero, acompañamiento, etc. Vinculación al menos telefónica con otras instituciones” (Profesional de salud)

Sin embargo estas son respuestas puntuales que dan algunos profesionales o subgrupos pero que no se extienden a formalizar circuitos de accesibilidad a la salud en la generalidad del penal.

Por otro lado, existen obstáculos para el acceso a la salud que responden a cuestiones estructurales así tanto como coyunturales, referido a las decisiones políticas, por las cuales las

prácticas profesionales se ven atravesadas. Este tipo de obstáculos exceden por sí mismo la distinción entre los establecimientos cerrado y abierto.

“La falta de recursos económicos, espacios físicos específicos y desconocimiento del que hacer particular” (Profesional de salud)

4.2. Acceder sí pero cómo: estrategias de resistencia en el penal

Esta categoría estrategias de resistencia se refiere a las acciones que realizan los internos/as para procurarse el acceso al derecho de la salud cuando la dinámica institucional lo obstaculiza.

En cuanto a las estrategias de resistencias que los presos ponen en juego en el **Establecimiento Abierto**, se destaca que las mismas están relacionadas a la pertenencia de los internos a diferentes grupos o colectivos institucionales fuera de la cárcel, en los que se incluyen por su condición de género, por ser alumnos de la universidad o trabajadores que salen a cumplir dichas tareas a diario. Por ejemplo:

*“yo llamo al grupo de defensa de derechos de los travestis y les hago una sentada en la puerta en un día...y listo”...
“Nosotros nos comunicamos mucho por internet” (interno.EP9)*

“Aprovechamos plantear estas cosas a la gente del PUC (Programa Universidad y Cárcel), son cosas que te posibilita ser alumno en la Universidad” (interno.EP9)

“la información que recibís sobre tus derechos al participar en los espacios de extensión que se abren en la cárcel. Además ahí te enterás, podés preguntar opinión y si no saben te averiguan” (interno.EP9)

Asimismo encontramos en la cárcel abierta referencia a estrategias que persisten del establecimiento cerrado, signadas por la desigualdad de poder y sobretodo relacionadas con el “oficio” de preso, como pedir audiencia al juez. Estrategias que no siempre logran el acceso buscado.

“Después aprendés la estrategia de pasar desapercibido”... “y después pedir por tus derechos...tenes que ir a la justicia... Pero si la institución dijera “vos afuera podés esto y esto”, si nos orientaran...sería otra cosa nuestra posibilidad de reinserción”. (interno.EP9)

En estas estrategias de resistencia se destaca el uso de internet, de las redes sociales y la posibilidad de hacer pública una vulneración de derechos a través de las mismas. Por otro lado aparece que la información, el acceso al conocimiento específico en derechos y procesos, es central en la lucha por su salud.

“Ante la necesidad empezamos a leer derecho y a participar de los cursos de derechos que vienen a darnos de la Universidad. Ahí planteo y espero una devolución, una orientación adentro de quien no la puede tener afuera...eso algo nos orienta, no sé ¿qué otra cosa puede hacer El Observatorio (de DDHH) dentro de la cárcel? (interno.EP9)

En cuanto a las estrategias de resistencia desarrolladas por los presos en el **Establecimiento Cerrado**, principalmente se recurre a vías formales para realizar un reclamo pero también se buscan caminos fuera de los circuitos del establecimiento. En este sentido se destacan cuestiones relativas a la organización de los internos e internas a la hora de procurarse

el acceso a la salud involucrando medidas no sólo individuales sino también colectivas en el momento de enfrentar determinadas situaciones.

“Por el tema del estado de la comida los internos hacen reuniones con todo el pabellón pidiendo hablar con un superior” (profesional de la salud EC)

Para que los dejen salir a ser atendidos en el servicio médico: *“en primer lugar hacer audiencia médica, hablar con el director o jefe de seguridad; ante la negativa, hacer un escrito a la cámara, que es lo más factible” (Interno EC)*

Es relevante señalar que algunas estrategias llevadas a cabo, implican una puesta en juego del cuerpo de los sujetos, cuestión que tensiona los límites entre la vida y la muerte como es el caso de las autoagresiones,

“(…) no tienen paciencia para esperar ser atendidas, hasta llegan a autoagredirse por no ser atendidas”. (Profesional de la salud)

También aparecen aquí estrategias que si bien no logran la solución del problema evitan el castigo:

“Ante discusiones entre internos y celadores lo que hago generalmente es callarme para no recibir un castigo o realizar un escrito al juzgado” (interno EC).

Finalmente podemos decir que estas estrategias en las que se recurre al silencio para evitar agravar una situación con quienes tienen, no sólo en sentido simbólico, la llave de la puerta para el acceso a la salud, conviven en el penal cerrado con estrategias más colectivas y organizadas como la siguiente, que se realiza en busca de comunicarse con el exterior, con sus familias:

“Hacer pedidos colectivos para que arreglen el teléfono”, “si así no nos dan bola, a la hora de la comida no es recibida por 3 ó 4 días hasta que viene Telecom” (interno EC).

Conclusión

A pesar de las semejanzas en materia de accesibilidad y barreras que se encuentran en los circuitos que recorren los presos/as, tanto en el penal cerrado como en el abierto, las estrategias de resistencia que ponen en juego en el penal abierto, logran más acceso a la salud. Porque si bien, en la institución cerrada aparecen reclamos colectivos, las prácticas de mayor recurrencia, para procurarse el acceso, resultan en auto-infringirse daños. Estrategias de mortificación dirigidas a sí mismos, a lo único que tienen que es su propio cuerpo, con las que muchas veces pierden aún más su salud, y a veces hasta la vida, transitando circuitos *truncos* que no llevan nunca a un acceso.

Otra cuestión que diferencia los establecimientos tiene que ver con la posición subjetiva que los internos e internas van forjando en interacción con distintos dispositivos. Es decir, en la institución abierta las estrategias que los presos/as se dan, para lograr acceso a la salud, tienen relación con la constitución de un sujeto cívico, concededor de sus derechos, y esto es posibilitado

por los múltiples atravesamientos institucionales experimentados a partir de prácticas como la educación, el trabajo y por la pertenencia a determinados colectivos sociales involucrados en las mismas.

Ello dota a los sujetos, si bien privados de libertad, de un conocimiento social y de posibilidad de participación en otras organizaciones como son la universidad, el grupo de un taller, la escuela, el trabajo, entre las más nombradas. La subjetivación que produce en los internos/as, este movimiento físico pero también psíquico y social, hacia un afuera tan cercano ahora, tan cotidiano, habilita en ellos la utilización de herramientas de reclamo más cívicas, superadoras del auto-daño y la mortificación producida en los penales cerrados.

Sin embargo, esta cárcel abierta, la única cercana al centro de la ciudad, donde mujeres y varones transitaban regímenes de autodisciplina con salidas transitorias de trabajo y educación en condiciones que mejoraban el acceso a derechos, comparativamente a los regímenes semiabiertos de Bower (predio cerrado, aislado y a 20km de la ciudad), fue cerrada a finales del 2012 por decisión del gobierno provincial.

Siete años después del motín del 2005, se retrocede en políticas de derechos y acceso a justicia cerrando una cárcel abierta. Esto produjo además, la vulneración de los derechos de los internos/as trasladados que perdieron continuidad en sus estudios (universitarios y secundarios), trabajo (el conseguido y el posible acceso por cercanía al centro de la ciudad así como a barrios de zona sur) y contacto con sus familias (fueron trasladados a Monte Cristo a 40km de la ciudad).

Se tomó una medida regresiva al cerrar un establecimiento que significaba un avance en materia de derechos. La política provincial decidió invertir los recursos, de manera exclusiva, en modos de funcionamiento que profundizan el control, mortificación, el sometimiento.

Para quienes investigan sobre la cuestión del acceso a derechos en sujetos privados de libertad se torna hoy más que simple, casi innecesaria, dicha acción, ya que la mirada más ingenua y menos informada, ante esta situación, puede advertir las múltiples inaccesibilidades. Ahora, con la injusticia evidente para el más desprevenido, cabe preguntarse ¿qué resta para la ciencia? ¿A qué debe abocarse para que su aporte sea significativo socialmente?

Si bien esta investigación es un paso de construcción de conocimiento que no se agota en sí mismo, trabajar con estas temáticas implica visibilizar qué tipo de políticas están en marcha, aquello que busca pasar como continuidad de algo normal y necesario para mostrarlo como una producción que no se restringe al ámbito penitenciario sino que propone un modelo de sociedad con lógicas que sólo profundizan la vulneración de los más vulnerables.

Referencias bibliográficas

Abramovich, V. & Pautassi, L. (2010) Comp. "La medición de derechos en las políticas sociales" Ediciones del Puerto. Buenos Aires, Argentina

Ase I y Burijovich J, (2009) "La estrategia de Atención primaria de la salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?". Rev Salud Colectiva UNLA. Volumen 5 Número 1 Enero/abril 2009.

Butler, J. (2004) "Vida precaria. El poder del duelo y la violencia" Paidós. Buenos Aires, Argentina

- Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos** (2010) “Centros de acceso a la Justicia: un servicio para los sectores más vulnerables” Carignano, M. F
- Enriquez, E** (1992) “L’Organisation en Analyse” (La Organización en análisis) Presses Univeristaires de France. Paris, Francia. Traducción Ana Correa
- Lourau, R.** (1978) “El estado y el inconciente”. Minuit. París
- Luna, F.** (2008) “Vulnerabilidad: La metáfora de las capas” *Revista Lexis Nexis - Jurisprudencia Argentina IV Jurisprudencia Argentina, IV, fascículo N° 1, pp.: 60-67*
- Marí, E.** (1986) “Racionalidad e imaginario social en el discurso del orden” *Revista Doxa. N° 3. Editor Universidad de Alicante.*
- Puebla, D.** (2001) “Acerca de la categoría ‘vulnerabilidad’”. Congreso Internacional “entre educación y salud”
- Spinelli, H.** (2005) Artículo en Revista “Salud Colectiva” UNLA. Volumen 1 Número 1 2005. Centro de Estudios para la salud. Universidad de Lanús. Bs As
- Zemelman, H.** (s/f) “Pensar teórico y pensar epistémico: los retos de las ciencias sociales latinoamericanas” Instituto Pensamiento y Cultura en América (IPECAL). Recuperado 15 de marzo de 2013. Disponible en <http://www.ipecal.edu.mx/Biblioteca/Documentos/Documento7.pdf>

Documentos

- Naciones Unidas** (1955) “Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos”. Primer congreso sobre prevención y tratamiento del delincuente, Ginebra. Recuperado 15 de marzo de 2013 Disponible en <http://www.ppn.gov.ar/sites/default/files/Reglas%20M%C3%ADnimas%20para%20el%20Tratamiento%20de%20los%20Reclusos.pdf>
- Organización de Estados Americanos** (17 noviembre 1988). “Protocolo adicional a la convención americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales ‘Protocolo de San Salvador’”. Recuperado 15 de marzo de 2013. Disponible en <http://www.ine.gob.bo/indicadoresddhh/archivos/educ/inter/Protocolo%20de%20San%20Salvador.pdf>
- Organización de Estados Americanos** (19 de julio 2008). “Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y culturales” Recuperado 15 de marzo de 2013. Disponible en <http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/Lineamientos%20final.pdf>
- XIV Cumbre Judicial Iberoamericana** (4 de marzo de 2008) “Reglas de Brasilia sobre acceso a la justicia de personas en condición de vulnerabilidad” Recuperado 15 de marzo de 2013 Brasilia. Disponible en http://www.cumbrejudicial.org/c/document_library/get_file?uuid=10cef78a-d983-4202-816e-3ee95d9c1c3f&groupId=10124
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos** (13 de marzo 2008) “Resolución 1/08, Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas”, 13 de marzo de 2008. Disponible en: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/487330002.html>
- Ley N° 24660** de Ejecución de la pena privativa de libertad, aprobada por el Senado de la Nación el 19 de junio de 1996.
- Ley N° 26.657** de Salud Pública aprobada por el Senado de La Nación Argentina, aprobada el 25 de noviembre de 2010
- Ley N° 9848** de Protección de Salud Mental aprobada por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, 2010
- Ley N° 9235** de seguridad pública para la provincia de Córdoba aprobada por la Legislatura Provincial el 04 de mayo de 2005