

Instituto de Investigaciones Gino Germani
VII Jornadas de Jóvenes Investigadores
6, 7 y 8 de noviembre de 2013

Castro, Martina. chavela130@hotmail.com
García, María Eugenia. suigeuge@hotmail.com
Estudiantes de la Licenciatura en Sociología.
Universidad Nacional de Mar del Plata.
Eje 11: Estado y políticas públicas

Cárcel y Salud. 2003-2008

Introducción.

Siendo la criminalidad y la inseguridad uno de los principales problemas que afectan a las sociedades contemporáneas, y considerando el grave estado en que se encuentran las cárceles de nuestro país, es que quienes se hallan privados de su libertad ven reforzada su condición de vulnerabilidad al experimentar dentro de los establecimientos penitenciarios condiciones de vida que se contradicen con la misión última del Servicio Penitenciario Federal y la Constitución Nacional¹. Los datos arrojados por el Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena (SNEEP) y las publicaciones realizadas por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), indican que en nuestro país la privación de la libertad afecta, en las cárceles federales, en su mayoría a jóvenes de entre 25 y 34 años². Al mismo tiempo muestran que el 60% de los detenidos no han completado los estudios elementales³ y se encontraban en gran proporción desocupados al momento de su detención⁴ (40% de los detenidos de SPF). De este modo es posible establecer la existencia de una marcada relación entre quienes se encuentran alojados en unidades penitenciarias, y los sectores más vulnerables y empobrecidos de la sociedad. Jóvenes y pobres parece ser la constante. Así, la condición de marginalidad que experimentan los “futuros presos” fuera del ámbito penal es reforzada y profundizada una vez dentro de la cárcel; institución que lejos de proveer un adecuado ambiente de resocialización, expone a los internos a

¹ Como lo expresa el Artículo 18 de la Constitución Argentina, “*Las cárceles de la Nación serán sanas y limpias, para seguridad y no para castigo de los reos detenidos en ellas, y toda medida que a pretexto de precaución conduzca a mortificarlos más allá de lo que aquella exija, hará responsable al juez que la autorice*”.

² Ver anexo, cuadro II.

³ Ver anexo, cuadro III.

⁴ Ver anexo, cuadro IV.

condiciones sanitarias y habitacionales que solo fortalecen su situación de exclusión. Completando el cuadro de situación, se estima que alrededor del 30% de la población de las cárceles es portadora de HIV y su salud se agrava por las salvajes condiciones de vida y abandono en que se encuentran.

En Argentina, el derecho a la salud se encuentra regulado en el artículo 75 inciso 22° de la Constitución Nacional y en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Al tratarse de un Derecho Humano, su calidad, accesibilidad y disponibilidad deben estar garantizadas a todos los habitantes de la nación sin distinción. Sin embargo en contextos de encierro un derecho tan elemental como el mencionado parece adquirir características propias que es necesario destacar. Las malas condiciones edilicias, el hacinamiento, la superpoblación, la mala alimentación, la falta de recursos económicos y sociales y las deficiencias mismas que acarrea desde hace décadas el sistema penitenciario, hacen que la implementación de políticas en materia de sanidad exijan una especial articulación y tratamiento por parte del Estado. Es en este sentido que consideramos de fundamental importancia el análisis de las políticas públicas a este respecto, ya que si “el Estado no puede garantizar la salud y la vida de sus reclusos, de nada sirven las políticas preventivas del delito ni menos aun las que persiguen la reinserción social de ellos” (Passarelli, 2008).

Bajo el precedente diagnóstico este trabajo pretende enfocarse en el análisis de las políticas públicas sobre salud en contexto de encierro, ya que lo consideramos uno de los pilares principales en cuanto a la calidad de vida de los internos, tanto fuera como dentro de la institución. A este fin, tomaremos en forma comparativa los dos programas implementados desde la presidencia de la Nación en la última década sobre salud en cárceles; “Cárceles saludables. Promoviendo la salud para todos (2003)” y “Políticas públicas en materia sanitaria en contextos de encierro (2008)”. Se describirán a continuación los puntos salientes de cada uno de los programas propuestos, analizando sus especificidades y relevancias para luego dar paso a la comparación de los mismos.

Presentación y análisis del Programa Nacional de Cárceles Saludables (2003).

Este programa se implementó por primera vez en Argentina, a partir de la firma del "Convenio de Cooperación y Asistencia Técnica para la implementación de Programas de Prevención y Atención de la Salud de los internos alojados en unidades dependientes del

Servicio Penitenciario Federal" con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, a través de su Secretaría de Política Criminal y Asuntos Penitenciarios. Se trató de una política de carácter público que apuntaba al reconocimiento de que quienes viven y trabajan en prisiones tienen derecho a hacerlo en un entorno saludable, es decir, aquel que contemple los derechos humanos, éticos y legales de los internos alojados y del personal del servicio penitenciario. A este respecto, se propusieron como fundamentos básicos del programa, respetar la dignidad y los derechos humanos de todos los miembros de la comunidad penitenciaria, como así también sostener la firme convicción de que el beneficiario puede readaptarse socialmente y convertirse en un ciudadano respetuoso de la ley.

Los objetivos de la política fueron principalmente la implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica permanente y de información continua, que evitara la diseminación de enfermedades infecto-contagiosas, asegurando los cuidados el tratamiento y el apoyo a quienes viven con padecimientos psíquicos o físicos y a su entorno, incluyendo al personal que lo asiste. A este fin, se intentaron minimizar los comportamientos que aumenten los riesgos de la enfermedad, a la vez que el programa se propuso asegurar el bienestar psicofísico del personal penitenciario y brindar alimentación y condiciones ambientales adecuadas.

En cuanto al análisis del programa, la tradición francesa en políticas públicas indica que estas no son otra cosa que una “concatenación de acciones, producto de la interacción de muchos actores, que tratan de obtener un máximo de beneficios de su intervención” (Lagroye, 1993: 455). En este sentido, es posible identificar un amplio número de actores intervinientes: desde el plano institucional se encuentran el Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena (SNEEP); la Procuración Penitenciaria Nacional (PPN); el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS); la Coordinadora contra la represión policial e institucional (CORREPI); y la Asociación de familiares de detenidos en cárceles Federales (ACIFAD). Por otra parte, desde el llamado “sector oficial”⁵, es posible identificar al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, el Ministerio de Salud y los representantes de la Organización Panamericana de la Salud. No obstante, puede advertirse que dentro de los actores citados no aparecen los beneficiarios directos del programa de

⁵ Utilizaremos los conceptos de “Sector oficial” y “Sector extraoficial” para referirnos a los grupos de actores intervinientes que forman parte del Estado y aquellos que no, respectivamente.

sanidad (internos del SPF), lo que permite ver una forma particular de construir políticas, donde los principales favorecidos no son reconocidos como sujetos de derecho.

Dicha situación se ve reforzada si se tiene en cuenta, que la percepción del problema difiere de acuerdo a la posición de los actores en el espacio social. En este sentido, Jobert indica que “la selección de un esquema de interpretación depende, en gran parte, de la posición de los grupos sociales en la estructura social” (2004: 92). De esta manera para los involucrados en el denominado “sector extraoficial” la solución a las deficientes condiciones de sanidad carcelaria debe ser integral, contemplando el déficit habitacional, la mala alimentación, la violencia, la falta de personal médico, la demora en la atención clínica, la falta de dispositivos sanitarios, etc. Sin embargo desde los organismos encargados de su enunciación y construcción -sector oficial- el problema fue definido de manera distinta. Como indica el cuerpo de la política, la salud no es mencionada como un bien en sí mismo sino que se hace referencia al “entorno saludable”, pero este no comprende más que las enfermedades infecto-contagiosas y la buena alimentación. La propuesta deja de lado las condiciones habitacionales y la calidad en la atención médica. La falta de atención médica, en un contexto de condiciones insalubres de detención se traduce en un alto porcentaje de enfermedades contraídas durante el encierro, que no son atendidas o sólo de modo tardío. Si a esto se le suma el maltrato por parte de los profesionales sanitarios, se configura un cuadro de situación claramente violatorio del derecho a la salud de las personas privadas de la libertad (CELS, 2011).

Esta existencia de definiciones en pugna, alude a lo que Edelman (1991) nombra como “formulaciones ambiguas” de las políticas públicas. En todo problema social, las definiciones de cada grupo interviniente, serán las que definan los “cursos de acción” y las soluciones propuestas. “El problema se vuelve lo que es para cada grupo precisamente porque sus rivales lo definen de modo diferente. En este sentido un problema está constituido por las diferencias entre sus definiciones” (Ibíd.: 23). No obstante y a pesar de las consideraciones distintas de los actores, el programa logra aunar parte de las demandas, reconociendo que la institución penitenciaria representa un área de peligro tanto para los reclusos, como para quienes trabajan allí. “(...) La creación de un entorno saludable en las prisiones, (aparece) como una necesidad para la persona privadas de libertad, así como para el personal que trabaja en ellas” (2003:11- 12). Este fue el eje central de la discusión, en

tanto se consideró al Estado como garante de la persona privada de su libertad y su integridad física, a la vez que se propuso sancionar los tratos inhumanos o crueles que resulten agravantes su condición de detenidos. Es notable destacar como en este modelo, la definición/construcción del problema que la política pretende subsanar, está dirigida tanto a las afecciones de salud provocadas por la enfermedad como a aquellas resultado de los malos tratos del personal sobre los internos, y entre ellos mismos.

Una vez delimitado el problema, es posible considerar la dimensión instrumental, o la “formación de una solución” (Lagroye, 1993). La implementación de este programa se basó en las “experiencias de la Organización Mundial de la Salud y países miembros de la Oficina Regional Europea en 1995 con el Proyecto de “Prisiones Saludables” del Servicio Correccional de Canadá” (2003:12), desarrollado conjuntamente con el Servicio Nacional de Enfermedades Infecciosas del Ministerio de Salud de Canadá, cuyo eje de desarrollo fue la promoción de la salud. Se propusieron para su ejecución, prácticas y políticas de atención primaria en salud en todas las etapas de permanencia del interno en las unidades de SPF, a la vez que se intentó contribuir a minimizar la incidencia negativa de las enfermedades en los individuos y la comunidad, como también asegurar el bienestar psicofísico y ambiental (2003:13). De esta manera se evidencia que la “toma de decisión” respecto de la implementación y ejecución de la política, se vio legitimada por la experiencia de organismos internacionales que habían trabajado problemáticas similares en otras penitenciarias del mundo.

En cuanto a la “aplicación de la acción” (Lagroye, 1993:457), la ejecución del programa, también incluyó el desarrollo de procesos de capacitación destinados al personal de salud y al escalafón en general, y la garantía de condiciones de seguridad para el personal penitenciario. Para una mejor operacionalización, los temas abordados fueron divididos en dos etapas. En un primer momento se resolvió aplicar un plan de información general básica de promoción y prevención en salud para enfermedades infectocontagiosas como el SIDA/HIV y otras enfermedades transmitidas, mientras se realizaron talleres sobre procreación responsable, prevención del cáncer genitomamario y violencia intrafamiliar. En la etapa posterior fueron tratados, la violencia y el empoderamiento de adolescentes. Ambas etapas, estuvieron acompañados de la capacitación al personal de los distintos establecimientos penitenciarios.

En lo que respecta a la última fase, o “evaluación de los resultados” (Lagroye, 1993: 457) se advierte que tal como fueron definidos los objetivos, se han orientado hacia el cuidado, tratamiento y asistencia de los internos que conviven con enfermedades físicas y mentales, como así también el personal penitenciario. Del mismo modo, se pretendió prevenir la diseminación de enfermedades infecciosas y minimizar el impacto adverso de la enfermedad física y mental, como la incidencia de factores socio- económico y de comportamiento que aumentan los riesgos de enfermedad. Estos indicadores fueron diseñados no solo para subsanar las deficiencias del régimen de sanidad, sino también como guías para evaluar el desarrollo del programa.

Por último, es necesario considerar que el programa presentado en este apartado estuvo en vigencia sólo cinco años, ya que en 2008 una nueva política pública fue sancionada e implementada. A continuación se exponen los fundamentos y características salientes de su definición y entrada en vigencia.

Presentación y análisis de “Políticas públicas en materia sanitaria en contexto de encierro” (2008).

El programa consiste en la publicación e implementación de un trabajo interministerial realizado en cárceles federales de la República Argentina. Presenta un abordaje integral en materia de políticas sanitarias para los privados de la libertad, que se evidencia en su formulación en conjunto entre los distintos actores intervinientes. La responsabilidad de su implementación fue asumida en forma conjunta por los Ministerios de Justicia y Salud, lo que permitió la equiparación de la atención médica comunitaria en un medio cerrado como es la prisión.

El fundamento de esta política, es la consideración de la salud como un bien universal, lo que supone proporcionar a las personas en espacio de encierro una misma calidad de salud que al resto de la comunidad. El marco normativo de la nueva política se encuentra regulado en el artículo 75 inciso 22° de la Constitución Nacional Argentina -que incorpora los documentos internacionales en materia de derechos humanos-, y en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que reconoce "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". Asimismo este proyecto se presenta en conformidad con la ley de Ejecución de la Pena

Privativa de la Libertad N° 24.660, que establece en su artículo 143 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 prescritos. Los estudios diagnósticos, tratamientos y medicamentos indicados, le serán suministrados sin cargo". Su objetivo es coordinar políticas públicas en materia de salud en beneficio de las personas privadas de su libertad, así como de quienes egresen del SPF.

Dicha política, entró en vigor en el año 2009 reemplazando al programa "Cárceles Saludables" promulgado en el año 2003. En este sentido, es importante tener en cuenta que se trata de una re definición del área problemática. Consideramos que la expansión del problema marco y su re definición se debió no sólo al debate y tratamiento que los organismos de DDHH y anti represivos dieron al tema, sino también al notable aumento de la población carcelaria en los últimos años⁶ y a la incapacidad de la política anterior (2003) para articular las problemáticas ya existentes con las coyunturales. Su formulación como una problemática a tratar adquirió carácter público cuando el por entonces, primer mandatario argentino Néstor Kirchner, en su discurso con motivo de la demolición de la cárcel de Caseros, subrayó que "una de las asignaturas pendientes que Cristina tendrá que llevar adelante es el mejoramiento profundo del Sistema Penitenciario Argentino" (Página 12, 17/11/2007). La declaración realizada vuelve a incluir la política de salud en cárceles en "la serie de puntos señalados explícitamente para recibir la consideración activa de los tomadores de dediciones" (Cobb y Elder en Parsons, 2007:158). Cabe aclarar que el fundamento de esta re consideración aparece indisociable de la idea de que "los problemas sociales no son entidades verificables sino una construcción que promueve intereses ideológicos" (Edelman, 1991: 25), resultando posible que para un mismo orden de problemas se presenten definiciones, implementaciones y responsabilidades diferentes.

En lo que respecta al programa en cuestión, se advierte que el eje central, lo constituye la salud como un bien universal accesible a todas las personas, cuya calidad debe estar garantizada, tanto para aquellos que se encuentran en un espacio de encierro, como para el resto de la comunidad (2008). Tal como se ve, la nueva definición de la salud como derecho inherente a los seres humanos, constituye no solo una nueva definición del problema sino también un cambio en el referencial (Jobert, 2004) respecto a la política

⁶ Ver anexo, cuadro I.

anterior. En este sentido el nuevo programa de sanidad, reviste un cambio de paradigma⁷ (Kuhn, 1987) que consiste en la inversión de la lógica de los administradores penitenciarios priorizando el dispositivo de salud por sobre el de seguridad.

Los actores relacionados en la re definición y tratamiento de la temática fueron, desde el “Sector oficial” la Jefatura de Gabinete de Ministros, el Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, en conjunto con el Ministerio de Desarrollo Social. En relación con los anteriores intervinieron la Comisión Nacional coordinadora de Políticas Públicas en materia de Prevención y Control de Tráfico Ilícito de Estupefacientes de la Delincuencia Organizada Transnacional y la Corrupción; y la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario Federal. Constituyendo el denominado sector “extra oficial” y en representación de los intereses de los beneficiarios, se presentaron al igual que en el caso anterior, los organismos de DDHH, la CORREPI, la ACIFAD, el CELS, y el SNEEP entre otros, que continuaron su intervención ante el Estado en reclamo de una política integral de sanidad que contemplara a la salud entrelazada con el contexto habitacional, cultural, económico y social de los miembros de la comunidad penitenciaria. Entre estos últimos y los primeros, aparecen los llamados mediadores (Jobert, 2004), actores que desde el análisis intelectual y organizacional contribuyen a la problematización de la realidad. En este caso, entidades tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la salud (OPS) o el Protocolo de Estambul sobre torturas, tratos y penas crueles inhumanas o degradantes, operan como agentes intermediarios que hacen al lenguaje que definirá la acción pública (ibíd.)

Para la “formación de una solución”, se propuso una acción deslindada en dos etapas. Una primera que consistió en un trabajo de sensibilización de los agentes penitenciarios para reducir prejuicios transformándolos en agentes propulsores del cambio, y una segunda fase consistió en el diseño y ejecución de programas orientados a la prevención y tratamiento de las enfermedades más acuciantes al momento del relevamiento. La “aplicación de la acción” (Lagroye, 1993) consistió en una serie de programas focalizados en distintos ítems bajo la firma de los llamados “Acuerdos Complementarios” (firmados en Octubre de 2008), e incluyó la promoción y prevención de enfermedades, como así también la capacitación del personal penitenciario y médico en las distintas áreas y con el fin de reducir las demoras

⁷ Thomas Kuhn, ha definido al paradigma definición, como una “realización científica universalmente reconocida que, durante cierto tiempo, proporciona modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica” (2004: 13).

burocráticas en las demandas médicas se formalizaron los procedimientos de autorización de medicación, test de HIV, carga viral y CD4 ante la dirección de SIDA y ETS. Las herramientas de intervención que se utilizaron fueron la implementación de talleres en el marco de programas focalizados⁸.

Con respecto a la “evaluación de los resultados” (Ibíd. 1993), que consiste en la formulación juicios sobre lo deseable de las políticas públicas o programas, se propusieron reuniones periódicas de planificación estratégica, monitoreo y supervisión de cada una de las acciones implementadas en el ámbito del SPF. Esta experiencia fue sistematizada y documentada en actas con el objetivo de dejar constancia del funcionamiento de las dediciones llevadas adelante bajo este marco. Al mismo tiempo se realizaron talleres capacitantes, visitas de supervisión y discusión de obstáculos, como así también el contacto de los jefes médicos con los referentes y equipos de cada programa. También se hicieron reuniones de autoridades donde las problemáticas fueron abordadas interdisciplinariamente. Estos instrumentos sirvieron para evaluar el tipo de servicio que se ofrece, los recursos humanos, el equipamiento y la calidad de atención en salud.

El convenio marco “Políticas públicas en materia sanitaria en contexto de encierro”, fue elaborado en el año 2008, y entró en vigencia durante el 2009. Esta es la política que rige actualmente en las prisiones federales de nuestro país en materia de sanidad desde esa fecha. Su seguimiento sigue realizándose de manera periódica en la actualidad (SNEEP)⁹.

Comparación entre los modelos de salud planteados.

Entre los dos programas aquí consignados es posible establecer rupturas y continuidades en cuanto a la definición del problema, los actores intervinientes, el marco de acción, el rol del Estado, la toma de decisión e implementación de los convenios, y la supervisión de los mismos.

⁸ Programa sobre HIV/SIDA, Programa Remediar, Taller sobre Salud sexual y procreación responsable, Control de tuberculosis, Talleres sobre maternidad e infancia, Epidemiología, Prevención de la ceguera y salud ocular, y Cursos y talleres sobre Bioética y derechos humanos.

⁹ Durante el año 2012 se promulgó la resolución N° 1009 bajo el nombre “Programa de salud en contextos de encierro. Estrategia de intervención sanitaria en los Sistemas Penitenciarios de la República Argentina” que tuvo como propósito hacer extensivo el radio de acción del convenio marco vigente desde el 2009, convocando a los representantes provinciales a adoptar y debatir estrategias sanitarias.

En relación a la definición del problema, es posible señalar una marcada diferencia entre los programas hasta aquí trabajados. En el correspondiente al año 2003, la problemática refiere al reconocimiento de los internos y el personal penitenciario del Sistema Federal como beneficiarios de la política. Asimismo se indica en el cuerpo del programa que la salud adquiere ribetes particulares por las condiciones de encierro y se propone mejorar el entorno en que tanto presos como personal encargado conviven diariamente. Por otra parte esta política considera como problemáticas referentes al área de la salud no solo las enfermedades sino también la violencia y los malos tratos del personal hacia los internos y entre ellos mismos. En la política del año 2008, los beneficiarios del programa no están discriminados por su condición, es decir, no se hace referencia a los internos separados del personal del servicio penitenciario Federal, a la vez que se hace extensiva a los egresados del SPF que estén recibiendo tratamiento a ese momento (2008). Esta modificación en la consideración de los beneficiarios, va de la mano con el cambio en la definición del problema que en este caso pasa de entender la salud como exigente de un tratamiento diferencial de acuerdo a su ámbito de aplicación, para comprenderla como un bien público aplicable en conformidad con los principios de universalidad y equidad. Cabe mencionar la omisión a la problemática referente a los malos tratos y a la violencia que padecen los internos, presente en el programa del 2003. Siendo que en la presentación de la última política se indica como preocupación esencial garantizar la dignidad de las personas privadas de su libertad, como el derecho a la vida y a la integridad física, llama la atención la omisión de esta situación, sobre todo considerando el gran número de denuncias que se realizan en reclamo de la violencia intramural¹⁰ (PPN, 2008). La deliberada exclusión del tema evidencia de que manera las políticas públicas constituyen una actividad en la que se incluyen y excluyen asuntos y se movilizan sesgos con el fin de asegurar el manejo y la contención de conflictos (Parsons, 2007).

La configuración de los actores y las responsabilidades delegadas, también indican una ruptura entre las políticas trabajadas. En el primer programa las responsabilidades recaían directamente sobre el Estado, refiriendo a este como garante de la integridad física de los

¹⁰ Según los resultados del Registro Nacional de Casos de Tortura (RNCT), realizado por la PPN, el Comité Provincial por la Memoria (CPM) y el Grupo de Estudio Sobre Sistema Penal y Derechos Humanos de la UBA (GESPyDH), en 2011 se registraron 791 casos de torturas y malos tratos. Si se consideran también las torturas psicológicas, el CPM presentó, durante 2011, 2338 acciones judiciales urgentes que dieron cuenta de 7018 actos u omisiones violatorias de los derechos humanos (por aislamiento extremo, por golpizas, por amenazas de muerte, etc).

detenidos, de la sanción de los tratos inhumanos o crueles, y de la implementación y ejecución de la política. Con la sanción del segundo modelo, la responsabilidad del cumplimiento de lo propuesto en el programa es interministerial. El Estado no interviene sino través de los distintos ministerios reforzando el carácter integral de la política, a la vez que se lo deslinda de la totalidad de las garantías de cumplimiento por medio de la delegación de competencias.

En lo que respecta al marco normativo, es necesario considerar lo que dictan la Constitución Nacional, y la ley de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad N° 24.660. Dicha normativa indica en su artículo 143, el “derecho de las personas privadas de libertad a recibir atención asistencia medica integral de manera oportuna sin que haya interferencias para el accesos a la consulta o tratamientos prescritos” que ambas políticas se han configurado en conformidad con los presentes mandatos jurídicos, y esto puede verse, aunque de manera diferente, en los objetivos propuestos en materia de intervención.

En referencia a las líneas de acción (Lagroye, 1993), se pueden apreciar ciertas continuidades entre los modelos respecto de la lógica de intervención que proponen. Ambos impulsan la instrumentalización a través del dictado de talleres en complemento con políticas de prevención y tratamiento sobre las enfermedades más salientes dentro de la prisión. En los dos casos las acciones de impacto sanitario se realizan en consonancia con la capacitación del personal médico y penitenciario interviniente. Sin embargo, las actividades propuestas en forma de taller abordan distintas problemáticas. Tales modificaciones tienen su raíz en los relevamientos de las principales consultas médicas realizadas por los internos y en las encuestas sobre salud y condiciones sanitarias relevadas por el SNEEP y el CELS. Como indica Cardozo Brum (2006), la evaluación de las políticas, permite en primera instancia establecer en qué medida tiene lugar el cumplimiento de metas; cuál es la eficiencia operativa; el costo–beneficio de los programas; su adecuación a las normas operativas y la correspondencia entre gasto y objetivos. Con este fin, en ambos programas, se utilizó el relevamiento de información epidemiológica, las encuestas sobre las consultas médicas más salientes y las reuniones con el personal comprometido, entre otros métodos.

En lo que respecta a la evaluación de los programas, pueden ser analizados no sólo por la intervención de los sectores oficiales y los extraoficiales quienes despliegan sus definiciones de los problemas y sus posibles soluciones, sino también por el aprendizaje

resultado de la experiencia de la implementación de políticas anteriores. De esta manera, la inclusión de nuevos programas para el año 2008 responde, en gran medida, a la falta de satisfacción proporcionada por el programa anterior. A este respecto, es posible mediante el rastreo de datos proporcionados por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONNUDD) para el 2008, ver como el número de casos de VIH reportados se había incrementado de manera continua del 2003 (364) al 2006 (747), entre los internos del Sistema Penitenciario Federal. Este caso funciona como patrón para evidenciarla necesidad de rever algunas de las medidas llevadas adelante en 2003, al tiempo que incluir nuevas líneas de acción orientadas por la visibilización de nuevas problemáticas.

Conclusión.

Entendemos a las políticas públicas, como herramientas de acción, construidas y dirigidas para intervenir grupos sociales y modificar la realidad. Estas poseen una dimensión material y otra simbólica, que inciden en el cambio de las condiciones concretas de los individuos y en las formas de pensar la sociedad. En este sentido, las políticas públicas construyen y reconstruyen las legitimidades sociales (Bourdieu, 1997), lo que es justo o injusto, lo bueno y lo malo para determinados grupos. En este marco las políticas públicas en materia de salud son un ejemplo claro de cómo la articulación entre los distintos actores y su construcción de la problemática, inciden directamente sobre las líneas de acción a aplicar sobre la población beneficiaria. La definición de la población carcelaria como acreedora de los mismos derechos que el resto de la sociedad, marcó una diferencia sustancial en su acceso a condiciones dignas de sanidad, así como la delimitación del problema que se plantea en cada caso.

Entre 2003 y 2008 las políticas sanitarias en contextos de encierro del SPF, fueron llevadas a cabo por la División de Asistencia Médica (Arcuri, 2010) de esta institución a fin de mejorar el servicio de atención primaria de salud. Sin embargo la aplicación de criterios heterogéneos respecto a los establecidos por el Ministerio de Salud para el resto de la Nación, hicieron que este programa no pudiera subsanar de manera efectiva las deficiencias del sistema sanitario intramural. A partir de distintas reformas que se iniciaron en el ámbito penitenciario federal en los años subsiguientes, tales como el aumento de internos trabajadores y estudiantes, el incremento de las actividades recreativas y socio culturales y

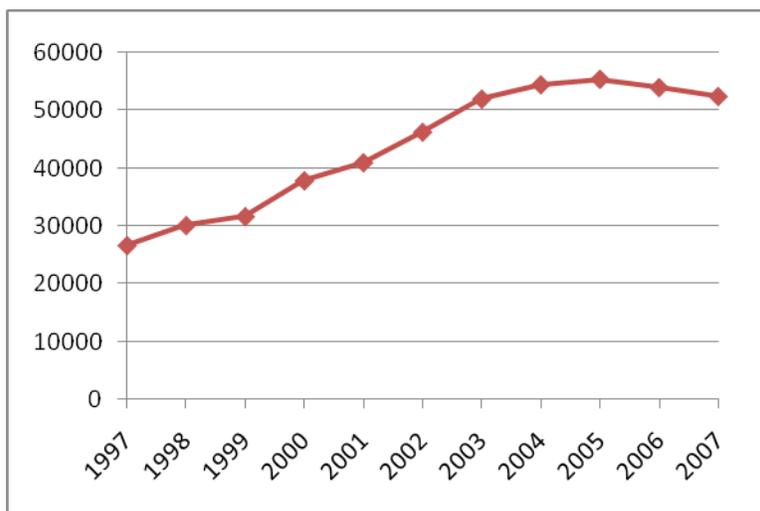
el trato diferencial de acuerdo a las necesidades y edades de los reclusos, es que se creó el marco de condiciones propicias para la re configuración de una política sanitaria integral que pudiera dar cuenta de las necesidades de los internos, extendiéndose su aplicación a los egresados del SPF.

La diferencia que marca la re definición de la política del 2008 se centra en su abordaje interdisciplinar que permite un tratamiento más acorde, homogéneo, complejo y adecuado, poniendo el foco de su accionar en la responsabilidad conjunta de los Ministerios intervinientes. Si bien las modificaciones realizadas en materia de criminalidad y salud evidencian una mejora en las condiciones habitacionales y sanitarias en las cárceles federales del país, la garantía de una vida digna dentro de las cárceles nacionales exige un compromiso mayor. Las cotidianas violaciones a los derechos más elementales hacia los detenidos siguen constituyendo una de las principales causas de reclamo por parte de los familiares de los reclusos y de los organismos de DDHH y anti represión.

No existe una política pública que sin ser lanzada en relación con otras que la complementen tenga un efecto significativo y sostenido en el tiempo. Sostenemos que una política integral de salud debe contemplar tanto las enfermedades más frecuentes, como una alimentación adecuada, condiciones higiénicas y habitacionales saludables; al mismo tiempo que la violencia y el maltrato deben ser erradicados de las cárceles, si se espera una mejora real del sistema penitenciario y una efectiva reinserción social de los detenidos.

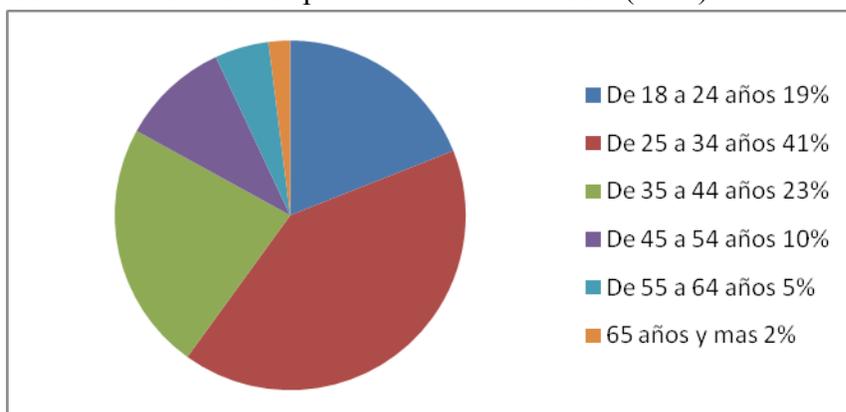
Anexo

Cuadro I. Evolución de población penitenciaria, total del país (por año).



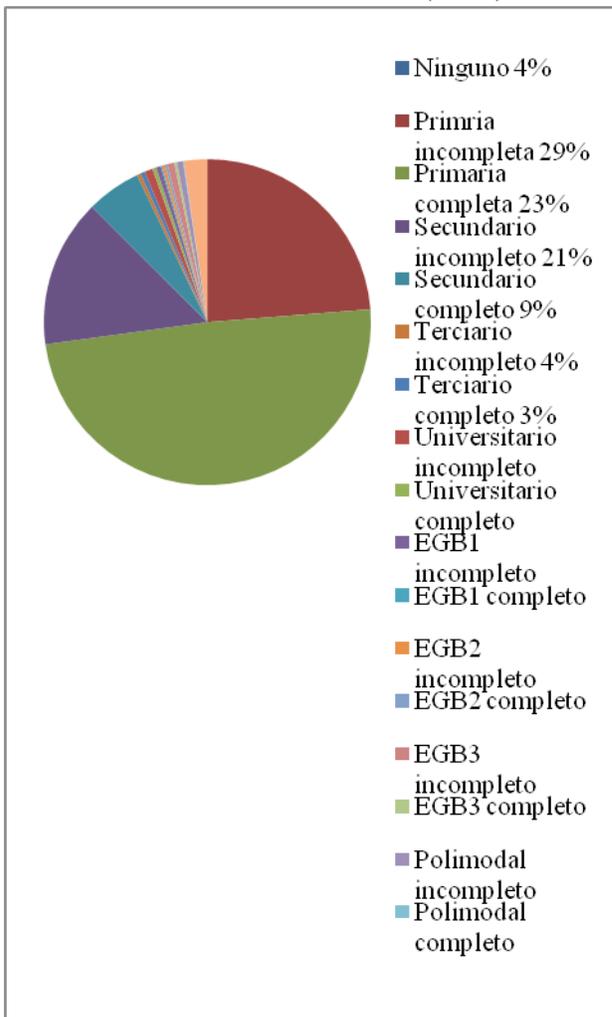
Fuente: SNEEP. 2012

Cuadro II. Estadísticas por edades de detenidos (2007). Total del país.



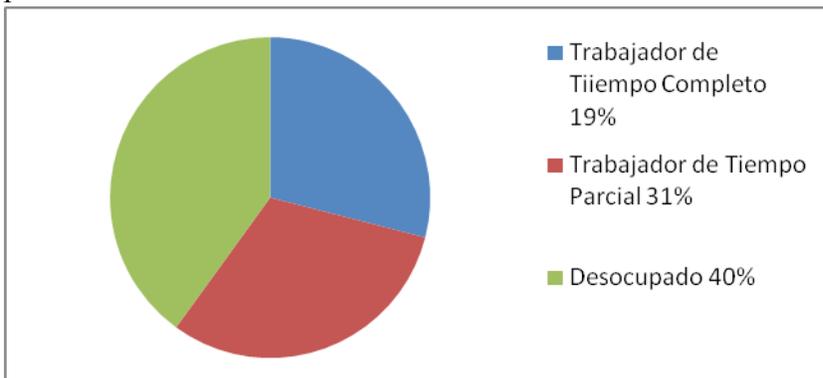
Fuente: SNEEP. 2012

Cuadro III. Nivel de Instrucción (2007). Total del país.



Fuente: SNEEP. 2012

Cuadro IV. Situación laboral de los internos al momento de la detención (2007). Total del país.



Bibliografía

- Arcuri, D. (2010) “Plan estratégico de salud en cárceles federales de Argentina”: En *Revista Española Sanidad Penitenciaria*. España.
- Bourdieu, P. (1997) *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Cardozo Brum, M. (2006) *La evaluación de políticas y programas públicos. El caso de los programas de desarrollo social en México*. México: Cámara de Diputados–Porrúa.
- CELS, 2011. *Mujeres en prisión. Los alcances del castigo*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Edelman, M. (1991) “La construcción y los usos de los problemas sociales”. En *La construcción del espectáculo político*. Buenos Aires: Manantial. Pp. 19- 46.
- Jobert, B. (2004) *Estado, Sociedad, Políticas Públicas*. Santiago: Lom. Capítulos IX y XI.
- Kuhn, T. (2004) “Prefacio”. En *La estructura de las revoluciones científicas*. Argentina: Fondo de Cultura Económica. Pp. 9-19.
- Lagroye, J. (1993) “El gobierno”. En *Sociología Política*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. Pp. 453- 473.
- Parsons, W. (2007) “Meso- análisis. Análisis de la definición del problema, el establecimiento de la agenda y la formulación de las políticas públicas”. En *Políticas Públicas: una introducción a la teoría y a la práctica al análisis de políticas públicas*. FLACSO México, Buenos Aires, Miño y Dávila. Capítulo 2.
- Passarelli, L.A. (2008) “Condiciones de detención y enfermedad”. En *Revista Encrucijada*, UBA Comunicación.
- Surel, Y. (1998). *Las políticas públicas como paradigma*. Estudios Públicos N°33. Medellín.

Documentos

- Constitución Nacional Argentina (1994). Artes Gráficas Buschi.
- Informe de la Misión de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UONUD, Evaluación y recomendaciones para el perfeccionamiento de los programas de prevención y atención al uso de drogas y del VIH que se implementan actualmente en los establecimientos del Servicio Penitenciario Federal, 21-25 JULIO 2008.
- Jefatura de Gabinete de Ministros, Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, Ministerios de Salud, Ministerio de Desarrollo Social (2008). “Políticas públicas en materia sanitaria en contextos de encierro”.
- Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, Ministerios Representación de la Organización Panamericana de la Salud (2003). “Cárceles saludables, Promoviendo la salud para todos”
- Sistema Nacional de Estadísticas sobre la Ejecución de la Pena, Informe Anual República Argentina, 2007. Dirección Nacional de Política Criminal Subsecretaría de Política Criminal Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos.

Sitios en internet

Página 12. (2007). [en línea]. [consulta: 10 de junio 2013]. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/ultimas/20-94674-2007-11-14.html>

Strifezzo, F. (2013). Diario Perfil. [en línea]. [consulta: 02 de agosto 2013]. Disponible en: <http://www.perfil.com/sociedad/La-tortura-persiste-en-la-Argentina-20130309-0048.html>