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

Estefanía Cirino
Instituto de Investigaciones Gino Germani - Facultad de Ciencias Sociales – UBA
cirino.estefania@gmail.com

Eje 2: Poder. Dominación. Violencia.

Cárceles y Salud: retrospectiva de una realidad que se repite

Introducción

Considerando los contextos sociohistóricos que transcurrimos en América Latina, entendemos que es necesario remontarnos en la historia para comprender ciertos factores sociales y culturales que se fueron modificando en los últimos tiempos. Actualmente, en muchos países latinoamericanos, encontramos renacer un sentimiento nacional, aparentemente perdido, en lo que refiere a la cultura y la tradición. Así es como se dan los festejos por la nacionalización de YPF o la discusión sobre el sentimiento de pertenencia de las islas Malvinas, en el caso argentino particularmente.

Este proceso nacional identificatorio, está signado por las últimas décadas del siglo XX, política y económicamente dominadas por la forma de gobierno neoliberal. El neoliberalismo tiene básicamente dos vertientes: el neoliberalismo alemán y el norteamericano (Foucault, 2007). El primero se caracteriza por la llamada "terapia del shock" y por la economía social de mercado, como una política social permanente que reestructure las costumbres y la moral al interior de la sociedad. Se conecta con la República de Weimar, la crisis de 1929, el nazismo y la reconstrucción luego de la posguerra (Foucault, 2007). Mientras que el neoliberalismo norteamericano establece una libertad de mercado que se desprende de la "teoría de la acción humana" de Von Mises, por la cual el individuo tiene múltiples medios para llegar a un fin y elije uno o prefiere uno sobre los otros, lo que demostraría que la conducta es racional y que cada individuo es el responsable de sus propios actos. Un neoliberalismo que se refiere a la política del New Deal, la crítica a la política de Roosevelt y que se desarrolla después de la guerra contra los programas establecidos por administraciones democráticas como la de Truman, Kennedy, etc. (Foucault, 2007).

Concentrándonos en el caso de Argentina, la pregunta es si a partir de este resurgimiento del sentimiento nacional y de un gobierno que se ampara en los derechos humanos, la igualdad y la inclusión, como pilares en su discurso político, positivamente encontramos una modificación en el arte de gobernar. Es para esto que se plantea en el siguiente trabajo el análisis de dos fuentes, relacionadas a la salud, para poder observar particularmente qué tipo de sujeto se entiende desde los focos de poder en los comienzos de este nuevo siglo. La salud es un área donde, a partir del acceso y de los recursos brindados, se puede observar que es lo que se entiende por sujeto, y es uno de los sectores que sirve como espejo para leer cuáles son las políticas que se están aplicando, teniendo en cuenta que en Argentina la salud es pública y que el médico, desde el siglo XIX, ha sido la *encarnación de las virtudes de la conciencia burguesa* y ha representado la persona "normal" que se muestra como un reflejo de ese hombre modelo, en la sociedad modelo que se pretendía alcanzar, en la cual el nuevo *sujeto moral y social* no debía poseer perturbación alguna, como es el caso de los enfermos (Vezzeti, 1985). Las fuentes no tienen que ver sólo con la salud, sino también con un sector de la población vulnerable, la población carcelaria. Población que será útil para observar los procesos biopolíticos llevados a cabo desde los gobiernos de las décadas del setenta y noventa, etiquetados como neoliberales, y el arte de gobernar actual.

De esta manera entran en juego las concepciones de dos campos determinantes para la trama social como son el sistema de salud y el sistema carcelario.

Consideraciones sobre el sistema sanitario penitenciario argentino actual

El sistema sanitario penitenciario se rige de diferentes maneras, dependiendo la legislación de cada país, sin embargo su finalidad es la de brindar asistencia médica primaria tanto a los internos como al personal, y coordinar la atención, cuando sea necesaria, con recursos especializados al exterior de la cárcel (Arroyo y Astier-Peña, 2005).

Lo que sí se puede afirmar es que las reformas neoliberales en salud producen una transformación de las funciones del Estado, suprimiendo la noción de derechos sociales o de ciudadanía social, y ahogando la obligación del Estado de brindar esos derechos (Domenech, 2011). Actualmente se afirman desde diferentes políticas públicas llevadas a cabo por actores nacionales e internacionales, entre ellas los documentos que se presentarán más adelante, que la salud es un derecho que debe poseer cualquier ciudadano, sin importar su condición legal.

Si nos centramos en la legislación argentina encontramos que el artículo 18 de la Constitución Nacional aboga por el derecho a tener una cárcel limpia y segura para los internos y el personal a cargo, las cárceles serán sanas y limpias para seguridad y no para castigo de los

internos (Battaini, 2010). Según la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria, integran el sistema de atención sanitaria en cárceles médicos, psicólogos y enfermeros; estos profesionales de la salud adhieren a los convenios internacionales suscritos por Argentina que establecen que a los internos se le deben garantizar los derechos inherentes al ser humano, entre los que se encuentran la previsión, promoción, atención, tratamiento y rehabilitación de la salud. Existen también leyes de producción nacional que pretenden establecer que la salud es un derecho para todos, y que no debe ser negada sea cual fuere la situación legal de la persona. Si tomamos como paradigmática a la ley de salud mental sancionada en el 2010, se encuentra en su sexto artículo que *"los servicios y efectores de salud públicos y privados,* ***cualquiera sea la forma jurídica que tengan****, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley"*. A su vez, la atención en las unidades carcelarias no se debe limitar sólo al curar, sino que también se debe trabajar de manera permanente en mantener un entorno saludable, en referencia a la higiene y salubridad, alimentación adecuada, actividad física y recreativa. El equipo de salud, entonces, es el que debe hacerse responsable de la salud de los internos y brindar tratamientos para dolencias que en un futuro le impidan realizar su readaptación social (Ministerio de Justicia y Seguridad de la Provincia de Buenos Aires, dirección provincial de salud penitenciaria).

Salud, cárcel y neoliberalismo, su establecimiento en América Latina y en Argentina como caso paradigmático

Tanto el sistema de salud como el carcelario tienen dos características necesarias de reconocer, ambos son afectados por las modificaciones en el arte de gobernar, es por esta razón que se toma como supuesto que analizando la salud carcelaria se podrá establecer si efectivamente continúa el arte de gobernar neoliberal.

El modelo médico hegemónico (a partir de aquí MMH) erigió como hegemónico junto con el proceso de obtención de poder por parte de la burguesía en las sociedades capitalistas, cuando las relaciones se basaban en la dicotomía burgués-proletario. El objetivo del MMH era controlar las enfermedades (y los vicios) que se daban entre los proletarios y así asegurar la salud de la clase dirigente. Posee cuatro funciones básicas: curativo-preventiva, normatizadora, de control y de legitimación (Menendez, 1988). La primer función es la que se reconoce como parte de la salud, sin embargo las otras tres son también importantes en lo que refiere a la medicina, ya que establecen un control sobre ciertas enfermedades que deben ser normatizadas, o incluso sobre otras que no necesitan de legitimación.

Entonces el proceso salud-enfermedad, a partir de las influencias dejadas por la medicina social, deja de entenderse como algo biológico-individual y se plantea como condicionado socio-históricamente, y atravesado por un interés de clase (Rojas Soriano, 1984). Este proceso debería entenderse dentro de la organización y estructura social, lo que produce tres tipos de enfoques para analizar el proceso salud-enfermedad: monocausal, multicausal e histórico-social (Rojas Soriano, 1984). Mientras el primero entiende a la enfermedad como consecuencia del ataque de cualquier microorganismo al cuerpo del ser humano, el segundo introduce ciertas cuestiones externas a la biología como la higiene social y las condiciones de vida. Solamente el enfoque histórico-social analiza la enfermedad desde una perspectiva social que engloba las relaciones y la posición social de los sujetos. Como veremos unas páginas más adelante la medicina toma como método por antonomasia principalmente una yuxtaposición de los modelos monocausal y multicausal, pero no tienen en cuenta el histórico-social.

El discurso del MMH sigue existiendo al mismo tiempo que continúa la afirmación de que las cárceles son instituciones que ayudan a los individuos a resocializarse, a ingresar nuevamente a la sociedad. A pesar de la similitud de los discursos y de cómo la medicina como ciencia estuvo ligada a las diferentes teorías penales, como fue el caso del positivismo argentino, no existen muchos trabajos que traten esta perspectiva de salud al interior de las cárceles, sino que en general los trabajos que pretenden problematizar esta temática son conclusiones de realizaciones empíricas, como es la aplicación de una política pública. En este trabajo se plantea la necesidad de esta problematización en el sentido que la salud, a partir de ciertas leyes, está intentando ser modificada al incorporar cuestiones sociales que antes no se consideraban, y las teorías penales están cambiando de rumbo a partir de nuevas corrientes que critican a la criminología clásica como son el garantismo o el abolicionismo.

Entonces ¿por qué se está afirmando que el MMH sigue vigente? De este tema si existen diferentes trabajos (Rojas Soriano, Laurell) que demuestran que este modelo de salud continúa pero con algunas modificaciones. Sería necesario entender entonces cuáles son las características que se siguen manteniendo y si efectivamente estas son propias del arte de gobernar neoliberal.

El neoliberalismo posee ciertas características. Sería muy ambicioso intentar en estas pocas páginas desarrollarlas en este espacio ampliamente, pero se expondrán las que serán útiles para el desarrollo de ciertas problemáticas mencionadas en los documentos que se mostrarán más adelante. En lo que refiere a la vertiente del neoliberalismo alemán existen diferentes variables a tener en cuenta, por un lado la cuestión de la intervención, por otro el concepto de

Estado de derecho y finalmente la necesidad de una política social activa (Foucault, 2007). El neoliberalismo, a diferencia del liberalismo, plantea la necesidad de una intervención permanente, sobre todo en lo que refiere a datos sociales que son cada vez más el objeto de la intervención gubernamental. Sumado a esto se plantea una política social que tenga como instrumento *la capitalización más generalizada posible para todas las clases sociales, cuyo instrumento será el seguro individual y mutuo y, por último, la propiedad privada* (Foucault, 2007: 177). Esto enmarcado en una concepción del Estado no como policía sino como Estado de derecho, en el cual los actos de poder público sólo tienen valor si se enmascaran en leyes que los limitan (Foucault, 2007). La vertiente norteamericana toma como conceptualizaciones importantes la idea de homo economicus y homo criminalis, a la vez que utiliza una grilla de inteligibilidad económica para analizar los comportamientos de los individuos en todos los campos (Foucault, 2007). Utiliza la "teoría de la acción humana" de Von Mises, con el objeto de afirmar que *es racional toda conducta que sea sensible a modificaciones en las variables del medio y que responda a ellas de manera no aleatoria y por lo tanto sistemática, y la economía podrá definirse entonces como la ciencia de la sistematicidad de las respuestas a las variables del medio* (Foucault, 2007: 308). Entiende al homo economicus como el empresario de su propio capital, la fuente de sus ingresos, mientras que el concepto de homo criminalis considera que cualquier persona puede ser un criminal, definiendo como crimen a toda acción que hace que un individuo corra el riesgo de ser condenado con una pena (Foucault, 2007).

Tanto el neoliberalismo alemán como el norteamericano caracterizan a la sociedad civil diferenciándola del Estado, sin embargo dependiendo de en donde situemos al neoliberalismo, afirma Foucault, se va a identificar relaciones distintas entre la sociedad civil y el Estado. Lo que sí se afirma es que ésta es un elemento de realidad transaccional en cuyo interior funcionan los hombres económicos; es una síntesis y una subordinación.

El neoliberalismo en Argentina se puede rastrear desde fines de la década del cincuenta a partir de la implementación de ciertas políticas por el gobierno de Frondizi, sin embargo en la década del setenta, bajo el último gobierno de facto, y en la del noventa, este arte de gobernar neoliberal se afianza y afirma (Murillo, 2008). En el campo de la salud existen una serie de modificaciones, sobre todo en los noventa, que cambian el criterio de *salud solidaria*, en donde todos los trabajadores tenían la misma cobertura integral, y se establece la necesidad de que las obras sociales brinden una cobertura obligatoria que incluiría las principales prestaciones, los diagnósticos y los tratamientos. Con el deterioro económico de esta década algunas obras sociales no pudieron hacerse cargo de ciertas prestaciones y se comenzaron a

arancelar ciertas prácticas médicas, desde donde se decidió establecer un *piso mínimo de atención médica* (Domenech, 2011: 191). Es necesario también mencionar la promoción de la descentralización en el sector público que llevó a la transferencia de las responsabilidades de los hospitales nacionales a los provinciales. Estas reformas delegaron responsabilidades del Estado a organismos no necesariamente estatales como fueron las pre-pagas, a la vez que el Estado se muestra como generador de ciertos lineamientos básicos y condicionamientos que beneficiaron a los intereses de algunos sectores que se encargarían del financiamiento y la prestación de salud. Estas políticas pretendieron en su momento focalizar los gastos en los sectores vulnerables privatizando la producción de ciertos servicios y descentralizando otros (Domenech, 2011). Lo cierto es que estas prácticas hicieron retroceder el sistema de salud nacional.

Estas políticas que fueron aplicadas no son excluyentes de Argentina, sino que se dan en toda América Latina, y es necesario entender porque los procesos se multiplicaron en varios países en el mismo momento histórico. Por un lado, al interior de estos países se habían dado procesos políticos que fueron similares, las décadas del setenta y ochenta estuvieron signadas por gobiernos de facto, mientras que en el noventa se implantan gobiernos con una marcada ideología neoliberal. Por otro lado, se producen las intervenciones de los organismos internacionales como son el BID (Banco Interamericano de Desarrollo) y el BM (Banco Mundial), actores muy activos en las reformas del sector salud desde fines de los ochenta. Las reformas impulsadas por estos contienen un cambio jurídico, que tienen como base garantizar el derecho a los cuidados de salud, así como reforzar la *función rectora de los ministerios de salud* (Infante et al, 2000). También se impulsa como objetivo la participación y el control social en el sector salud. Se puede concluir que los *cinco principios rectores de de las reformas identificados por los Gobiernos americanos durante la reunión especial sobre la reforma del sector de la salud de 1995* fueron: equidad (reducir las disparidades en la cobertura de programas y servicios básicos), efectividad y calidad (efectividad global calidad técnica y calidad percibida), eficiencia (asignación y gestión de recursos), sostenibilidad (legitimación financiera de las principales instituciones públicas) y participación y control social (espacios de participación y control tanto de la población como de algunos grupos específicos) (Infante et al, 2000: 17). Estas modificaciones se encuentran en un documento de la OPS que finalizó su producción para el año 1998 y que tenía por nombre *"Lineamientos metodológicos para la preparación de los perfiles de los sistemas de servicio de salud"*, documento preparado para los países de América Latina. Lo que se pretenderá plantear unas páginas más adelante es si específicamente se siguen reproduciendo estas prácticas en el área

de salud, así como también observar si se siguen fomentando los discursos característicos del MMH, a partir de ciertas políticas aplicadas al interior del sistema carcelario.

Situándonos en la Argentina del siglo XXI

Los documentos utilizados en este trabajo provienen de diferentes instituciones: "Cárceles saludables. Promoviendo la salud para todos" (2003) fue escrito entre el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, el Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos y la OPS/OMS (Argentina), mientras que "Políticas Públicas en materia sanitaria en contextos de encierro" (2008) fue desarrollado por la Jefatura de Gabinete de Ministros, el Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos (actualmente Ministerio de Justicia y Derechos Humanos), el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social. En ambos están presentes ciertos ministerios de la República Argentina, lo que significa que si pretendemos establecer bajo que instituciones se amparan estos discursos debemos referirnos inevitablemente a los puntos de poder estatales y gubernamentales representados por los ministerios nacionales. Cuestión importante ya que son desde estos puestos que se establecen las políticas públicas que el país lleva o llevará a cabo dentro de los límites nacionales, y es lo que delimita lo que se debe realizar. Es a partir de estos discursos que los diferentes engranajes de la máquina política definen los roles que deben cumplir los ciudadanos y cómo es que se entienden y limitan a los diferentes grupos que habitan, en este caso, el suelo argentino. Sin embargo, una cuestión importante y que vale la pena remarcar, es que en uno de los documentos está presente la Organización Panamericana de la Salud en su construcción y distribución, lo que hace que el público que produce el discurso cambie. No sólo se está construyendo desde las figuras nacionales sino también desde organismos internacionales que amparan o producen soluciones ante cierta "problemáticas".

La Organización Panamericana de la Salud junto con la Organización Mundial de la Salud son miembros de las Naciones Unidas. La primera, tiene como objetivo *brindar cooperación técnica y movilizar asociaciones para mejorar la salud y la calidad de vida en los países de las Américas* (web de la OPS). Lo que muestra a esta organización internacional como uno de los organismos que genera programas sobre salud y los aplica en países de América Latina. Por otro lado los ministerios son los encargados de asistir tanto al poder nacional como al jefe de gabinete de ministros; los que son de incumbencia a estas páginas son los Ministerios de Salud y de Justicia y Derechos Humanos. El primero se encarga de todo lo inherente a la salud de la población y a la promoción de conductas saludables de la comunidad; mientras que el segundo debe actualizar la legislación nacional y asesorar jurídicamente. Al mismo

tiempo es el encargado de coordinar las actividades del Estado referidas al asesoramiento brindado por este ministerio. Al igual que la OPS ambos ministerios intervienen en la toma de decisiones sobre la población en lo que refiere a salud y justicia, pero son organismos internos, parte de la maquinaria de poder estatal.

Centrando la atención ya en los documentos que se están poniendo en análisis, ambos proponen métodos a través de los cuales se mejoraría la salud al interior de las cárceles, utilizando como pilares la protección y la prevención en lo que refiere a enfermedades de trasmisión sexual, y la educación sanitaria en cuestiones de primeros auxilios y cuidados de la salud. Ambos documentos datan de la primera década del siglo XXI y proponen la necesidad de entender que, aunque un individuo este privado de su libertad, debe tener la misma posibilidad de acceso a la salud que quien no se encuentra en esa situación, siempre afirmando que la salud es un derecho.

Estado: sociedad civil y arte de gobernar

El gobierno de la Nación tiene como eje esencial en su política de gobierno la promoción y el aseguramiento de los derechos humanos y, en lo que respecta a los lugares de encierro, garantizar la dignidad de las personas privadas de su libertad y otros derechos que hacen a su soporte, como el derecho a la vida, a la integridad física y al acceso a la salud ("Políticas Públicas en materia sanitaria (…)", pág. 4)

Retomando la concepción foucaultiana de Estado de derecho se lee en el documento, y sobre todo en el párrafo seleccionado anteriormente, la necesidad de establecer a la salud como un derecho a través de ciertas normativas, como es el artículo 18 de la Constitución Nacional o las nuevas leyes, como se planteaba anteriormente, el caso de la nueva ley de salud mental. Al mismo tiempo el Estado debe establecerse en el límite de las leyes, este mismo produce un marco jurídico institucional dentro del cual las reglas no son decisiones que alguien toma por los demás, sino que cada uno actúa como una empresa (Foucault, 2007). Por otro lado, la política social activa que Foucault (2007) propone como característica del neoliberalismo, en contraposición del liberalismo anterior, establece como premisa que "ningún jugador debe correr el riesgo de perderlo todo", por lo que se establecen acciones compensatorias entre asistidos y no asistidos. Foucault lo establece en relación a la dicotomía entre pobres-no pobres mostrando la necesidad de un umbral político determinado que cada sociedad plantea. No obstante centrándonos en la población estudiada en este trabajo, la podemos analogizar con la población pobre en el sentido que ambas son poblaciones vulnerables que necesitan de una asistencia. Se establece entonces, según los documentos, un umbral de salud que debe

poseer toda la población argentina al interior de la cárcel, y que se relaciona con la prevención y/o tratamiento de ciertas enfermedades como son las ETS, el VIH, la tuberculosis, la diabetes, etc., umbral que marca que, pasado este, el individuo como empresa, es responsable de sus acciones. Cuestión que también nos permite entender la relación salud-educación (EpS), la cual nos muestra que a partir de la educación se está estableciendo el umbral necesario para que todo individuo pueda forjar sus propias decisiones sobre su salud, decisiones de las cuales será luego responsable.

Sumado a la concepción de Estado de derecho, existe una conceptualización del Estado relevante para este análisis, y desarrollada en el apartado anterior, la economía de mercado competitiva. A partir del golpe de 1955 se comenzaron a instalar una serie de reformas al sistema de salud que constaban en la descentralización principalmente, y más adelante en la incorporación del subsistema privado al sistema de salud. Es entonces que el sistema de salud queda dividido en tres: subsistema público, obras sociales y subsistema privado. En la década del noventa se pretendió que los trabajadores tuvieran una cobertura que dependiera solamente de las obras sociales, y se dejó el subsistema público para la población vulnerable, formada por pobres y marginados. Actualmente el sistema de salud sigue igual de fragmentado y el subsistema público sigue cumpliendo la función de encargarse de la población vulnerable (Acuña y Chudnovsky, s/d). Lo que estaría demostrando la competitividad que existe al interior del sistema de salud argentino, cuestión que no deja de existir al interior del sistema carcelario, en el cual también se produce competitividad en lo que refiere a los subsectores público y privado, y a la disputa, que uno de los documentos vendría a cerrar, entre quien se hace cargo del sistema de salud, si el Ministerio de Salud o el Ministerio de Seguridad, en palabras del documento "Políticas públicas en materia sanitaria (…)" *(...) priorizando en la actualidad el dispositivo de salud por sobre el de seguridad* (pág. 11). Es menester señalar que el MMH establecía antes de la década del sesenta que, el mejoramiento de la economía iba a producir inevitablemente una mejora en la salud (volver a pág. 3), esto no tuvo una consecuencia empírica por lo que este modelo entre en crisis. Sin embargo volvió a tomar fuerza después de la década del ochenta y es el que prima actualmente, aunque con algunas modificaciones. No obstante sigue existiendo un discurso de salud multicausal. ¿En qué se relaciona esto con la economía de mercado competitiva? En que al establecer que las enfermedades son producidas solamente por microorganismos que se encuentran en el ambiente en que uno vive, y que se relacionan con la higiene (discurso multicausal) se pretende que el individuo compita en el mercado por una posición social que le permita alejarse de ese ambiente que lo está enfermando, desconociendo absolutamente las

cuestiones de clase y la posición de los individuos en la estructura social. Lo cual lleva nuevamente a cuestionarse sobre los modos de vivir de las poblaciones en situación de encierro, ¿cómo es que estas poblaciones pueden competir si no se encuentran dentro del mercado de trabajo? Para esto existe el umbral mínimo de salud y la educación para la salud. Se establece entonces, a partir de los documentos, que hay algunas problemáticas que deben tratarse al interior de la cárcel con la prevención y la educación, la pregunta que se plantearía entonces, y que este trabajo no puede responder, es por qué se establecen estas enfermedades como características de las poblaciones de encierro. Las problemática que se nombran son: higiene (personal y entorno), falta de actividad física, adicción al tabaco, enfermedades de transmisión sexual (ETS), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), tuberculosis, adicciones, violencia y embarazo (en el caso de la mujer particularmente).

Retomando las concepciones de política social activa y liberalismo interventor como necesarias para entender la salud carcelaria actual, se encuentra que un actor importante en la aplicación de políticas sanitarias son los organismos internacionales. En la década del noventa estos organismos, en cuestión de salud, eran representados por el BID y el BM, actualmente encontramos como referentes a la OMS/OPS, como lo demuestra el documento "Cárceles Saludables (…)". Este organismo establece que *debe desarrollarse en las unidades penales un entorno saludable que contemple los derechos humanos, éticos y legales de los internos alojados y del personal del servicio penitenciario* (pág. 87), afirmación que confirma esta posición de los organismos internacionales como encargados de establecer políticas de salud en América y de intervenir en problemáticas generadas al interior de los pueblos. Por otro lado se rastrea en los documentos, la conceptualización de lo que se está definiendo aquí como política social activa en lo que refiere a la prevención. *La sociedad actual es, sin duda una fuente inagotable de estímulos, los medios de comunicación ofrecen productos que prometen "felicidad", la "satisfacción", el "bienestar". Es por ello que la tarea preventiva, se basa en la idea de que el factor más importante, en el abuso de drogas, es el aislamiento social* ("Cárceles Saludables (…)" pág. 67). Afirmación que muestra al aislamiento como un mecanismo de la prevención, de la APS. Se encuentra entonces una relación estrecha entre la conceptualización foucaultiana de política social activa y APS, en lo que refiere al sistema de salud, ambas muestran que la prevención es el punto a tomar como objetivo, y si este no se cumple, llegar al tratamiento, a la solución del problema. Ambas toman como eje al individuo, al cual se lo puede caracterizar ya como hombre empresa.

Homo economicus vs Homo agens. Su relación con el homo criminalis

Educación para la salud es el proceso de enseñanza, aprendizaje esencialmente interdisciplinario, intersectorial, dinámico y participativo, basado en la ciencia, la técnica y el respeto al ser humano, que actúa sobre factores condicionantes tanto personales como sociales, con el propósito de contribuir a elevar el nivel de salud y de calidad de vida de los individuos, familias y comunidades mediante el logro de actitudes y comportamientos de salud positivos, responsables y solidarios ("Cárceles Saludables (…)", pág. 21).

La "teoría del capital humano" desarrollada por Von Mises explica al individuo como un ser racional, el cual es el que decide que medio usar para llegar a un fin, afirmando que los medios son múltiples. Partiendo de esta conceptualización y relacionando la concepción de individuo que esta establece con el apartado anterior, hay que señalar que los documentos ponen al hombre como el elector del contagio de una enfermedad determinada o la adicción a algún tipo de droga, priorizando la educación como herramienta necesaria para la prevención. Y estableciendo que la población carcelaria es la más vulnerable hacia ciertas problemáticas de lo que es el resto de la población. Concepción neoliberalista de hombre, que lo caracteriza como un homo economicus, el cual tiene como riesgo una pena en consecuencia de sus actos, por lo que la responsabilidad recaería sobre quien tomó el riesgo al realizar una acción determinada. Sin embargo, a partir de la "teoría de la acción humana" se establece un hombre, el homo agens, el cual tiene en cuenta el sentido de la acción, los valores, que hacen que elija un medio frente a otro. Lo que suma el homo agens al homo economicus es, entonces, los valores a lo racional. Característica que la concepción de homo criminalis no tiene en cuenta. El homo criminalis es definido como un criminal, que puede ser cualquier persona al interior de la sociedad, que realiza una acción por la cual sabe que va a ser penado, que recibirá una pena. No toma en cuenta el sentido de la acción. Estas concepciones similares son las que se encuentran cuando se busca que tipo de hombre se define en los documentos. Bajo la pregunta ¿qué tipo de sujeto se define, subyacentemente, en estos documentos? Es que se orientó este apartado. Los documentos no explicitan a que se refieren cuando hablan de individuo, no obstante a partir de la idea de prevención, APS, y sobre todo, teniendo en cuenta qué enfermedades se encuentran en la lista de cuestiones a solucionar en el sistema sanitario carcelario, se puede esbozar una caracterización. En "Políticas públicas en materia sanitaria (…)" se lee que *el objetivo de la articulación interministerial es establecer medidas de asistencia integral a aquellas familias que se encuentran en extrema vulnerabilidad social y afectadas por el consumo indebido de estupefacientes, como así también,* ***promover y fortalecer la participación de los niños, niñas y adolescentes y sus familias*** *en redes locales comunitarias, en especial, en aquellas localidades bajo riesgo social, para la* ***elaboración e***

implementación de estrategias comunitarias de prevención y apoyo que contribuyan a evitar la vulneración de derechos *y/o a resistir derechos vulnerados* (resaltado propio), mientras que en "Cárceles Saludables (…)" se encuentra también que *para la organización mundial de la salud, OMS, el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano (...) y a la vez que derecho fundamental es también una* ***responsabilidad individual y social – para consigo mismo y para con los demás – que nos incumbe a todos*** (pág. 17) (resaltado propio). Estas citas muestran dos cosas particularmente, por un lado, se señala que la salud es un derecho que incumbe a todos y que es responsabilidad de todos, por otro también lo muestra como una responsabilidad individual. En ambos casos media la cuestión de la responsabilidad, y al mismo tiempo la idea de comunidad. Al poner en juego a la responsabilidad se ve como la concepción de homo agens y homo economicus sigue primando, ya que es el individuo por sí mismo (a lo que se le suma la responsabilidad por su familia también) el que debe hacerse cargo de las consecuencias, es decir de los riesgos que tomó para no encontrarse en un estado de salud absoluto. A la vez que también está actuando en relación la concepción de homo criminalis ya que el documento refiere especialmente a la población carcelaria, población a la que se le atribuyen dos tipos de responsabilidades, por un lado la pena por el acto ilegal cometido, por el otro la responsabilidad de cuidar o de tratar su salud. Se ve entonces al hombre empresa como su propio productor.

Sumado a la responsabilidad, se pone en juego la cuestión de la comunidad. No obstante en ningún momento los documentos hacen referencia a que es lo que quieren proponer con el concepto de comunidad, sin embargo a partir de las citas es posible asimilarlo a la sociedad civil. Ambas refieren al marco que permite el despliegue del hombre empresa, pensada como un complejo institucional heterogéneo en donde los individuos asumen roles y tareas distintos. Se caracteriza por la síntesis y la subordinación. Lo que también demuestra que la continuidad de la concepción de hombre como hombre empresa continúa dentro del mismo marco, el cual no se nombra como sociedad civil, pero se lo asimila bajo la idea de comunidad.

Otra cuestión importante a tener en cuenta cuando se establece la concepción de hombre, es la grilla de inteligibilidad económica. Es difícil caracterizarla en estos documentos ya que no se establece explícitamente de qué tipo de hombre de esta hablando, sin embargo es posible afirmar, sumado a la concepción de competencia y a la política social activa desarrolladas en el apartado anterior, que las acciones realizadas por los hombres en situación de encierro son consideradas por los documentos como racionales, sopesando medios y fines, y mientras estos

hombres ocupaban un lugar en el mercado laboral. Fuera de este la situación de cotidianeidad es distinta, pero, como se ve en los documentos, se considera a los hombres en situación de encierro iguales a los que están por fuera de estas instituciones, tomando como marco la comunidad sin considerar el espacio que ocupan en la estructura social, problema base del MMH.

Conclusiones

Este trabajo se ponía como objetivo primario establecer, a través de un estudio genealógico, la continuidad o el quiebre del arte de gobernar neoliberal, a partir del análisis de documentos referidos a la salud carcelaria. No obstante no fue posible encontrar documentos que caracterizaran la salud al interior de las cárceles durante el período neoliberal en Argentina; por lo que se decidió especificar las características del sistema de salud carcelarias en la actualidad, considerando documentos de organismos nacionales e internacionales y algunos conceptos que Foucault desarrolló para caracterizar al arte de gobernar neoliberal. Al tiempo que tuvimos que volver sobre la historia de la salud argentina para explicitar ciertos fenómenos de importancia actual y que nos sirvieran de apoyo para caracterizar la salud en las cárceles, temática de la cual también se posee información teórica-conceptual restringida.

Aunque no se puede generalizar la afirmación de continuación de la existencia del arte de gobernar neoliberal, sin embargo se pueden arrojar una serie de conclusiones a partir de este análisis que ayuden a problematizar la cuestión, teniendo en cuenta que este escrito se reduce solamente al análisis de la salud carcelaria.

El MMH sigue vigente en el caso de Argentina. La situación de cambio del sistema que se quiere proponer desde este nuevo arte de gobernar no es observable en la práctica, ya que las políticas propuestas en estos documentos no se han llevado a cabo en las cárceles, pero tampoco es lo que se propone desde los documentos. La intervención en lo social, la caracterización del hombre como hombre empresa, la economía de mercado competitiva, siguen vigentes. Como se observa en este sector de la sociedad, la población de encierro, aunque se plantee que debe recibir tratamiento, prevención y educación de la salud como los otros sectores de la población, siguen definiéndolos como hombres empresa sin que estén incorporados al mercado de trabajo. La pregunta sería entonces ¿por qué presentar como análisis las condiciones sanitarias en lugares de encierro? Porque es esta población la que muestra claramente si el arte de gobernar ha cambiado, y esto se afirma por varias causas. En los últimos tiempos se han propuesto cambios en las instituciones de encierro, tanto desde el lado de la seguridad como de la salud, y esos cambios (demanicomialización, garantismo,

etc.) no se están observando por el momento en Argentina. Bajo el amparo de los derechos humanos se plantea una situación de reconocimiento de la población carcelaria como miembros de una sociedad igualitaria, cuando en realidad el análisis muestra que las políticas neoliberales de desigualdad siguen primando. Siguen interviniendo los organismos internacionales como en la década del setenta y el noventa como sujetos interpelantes que fundan la escisión entre lo público y lo privado (Murillo, 2008), sigue existiendo un marco regulatorio para las políticas estatales, continúa la concepción homo criminalis y homo economicus; entonces cabría preguntarse si realmente se puede hablar de un nuevo arte de gobernar. Se habla desde 2001 de un neoliberalismo armado (Murillo, 2008), que une una política de guerra con la construcción de un diagrama de poder en el cual las reformas legales cercenen derechos y libertades democráticas y se intervenga en todos los ámbitos de la vida.

El MMH con su discurso multicausal sigue primando en el sistema carcelario de salud en el cual, desde la política social activa no se propone pensar al hombre como inserto en una estructura histórico social, sino como responsable de su salud, y sobre todo de su higiene personal, la que depende de sus condiciones materiales de existencia, las cuales tampoco son puestas sobre la mesa en el momento de establecer las políticas públicas. En los documentos no existe mención a las condiciones de higiene al interior de las cárceles, las cuales se conoce son paupérrimas.

El Estado, como estado de derecho, produce actualmente leyes y decretos para establecer los límites de la intervención, sin embargo también deja a responsabilidad del hombre sus acciones ya que los entiende como hombre empresa. Esto genera que al interior del sistema sanitario carcelario se encuentre una dicotomía entre el homo criminales como responsable de sus propios actos y penado como consecuencia, con la idea de que la salud se establece como un derecho para todos igual, a través de la política social y la intervención. Dicotomía caracterizante del arte de gobernar neoliberal. La APS conjuga estas concepciones de educación (como papel a cumplir por el Estado) y de prevención (como acción a ser realizada por la sociedad civil) bajo un mismo slogan de “salud para todos” sin tener en cuenta la fragmentación del sistema de salud y el desconocimiento de la desigualdad de clase vivida al interior de la cárcel.

Con todo lo anterior es posible decir que las políticas desarrolladas en torno a la salud de la población en contexto de encierro tienen una base neoliberal que sigue presente, esta población que ha sido castigada legal y socialmente es una de las más discriminadas en tanto derecho, al exterior como al interior de la cárcel, y no se encuentra propuesta que genere un cambio de concepción con respecto a por qué estas personas encerradas terminan ocupando

esos puestos en las instituciones carcelarias o por qué son más renuentes a contagiarse ciertas enfermedades o a consumir determinado tipo de drogas en relación al resto de la población. Es a esto a lo que se hace referencia cuando se quiere poner en jaque el discurso multicaulsal del MMH.

Retomando la afirmación realizada en la introducción en donde se estableció que hay un renacimiento de un sentimiento nacional se puede agregar que *desde el año 2002, al mismo tiempo que se sigue afirmando la importancia de escuchar a la sociedad civil, se hace más incapie en la idea de un Estado "fuerte" y la revitalización del concepto de "nación" como "conglomerado de intereses y actores", y también se pone el acento en la importancia de intervenir en una redistribución más equitativa a través de los impuestos. Junto al significante "fuerza" cobra relevancia el de "seguridad"* (Murillo, 2008: 130). Se podría agregar que junto al significante salud cobra relevancia el de responsabilidad.

Bibliografía (consultada y citada)

-Acuña, C. y Chudnovsky, M. (s/d) *El sistema de salud en la Argentina* (s/d)

-Arcuri, D. (2010) *Plan estratégico de salud en cárceles federales de Argentina.* Rev Esp Sanid Penit, Buenos Aires.

-Arroyo y Astier-Peña (2005) *¿Qué hay de la calidad asistencia en la Sanidad Penitenciaria? Una revisión sistemática*. s/d

-AAVV (2000) *Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias*. Revista Panamericana de la salud pública

-AAVV (2004) *Educación para la Salud: la importancia de concepto.* Revista de Educación y Desarrollo I, Universidad de Guadalajara.

-AAVV (s/d) *Recolonización, bienes comunales de la naturaleza y alternativas de los pueblos*. GEAL, Buenos Aires.

-Domenech, P. (2011) *La política pública de salud en los años noventa: su perfil en el marco de la reforma del Estado* en "Crisis y metamorfosis del estado argentino: el paradigma neoliberal en los noventa". Miguel Angel Rossi y Andrea Lopez (coordinadores). Ediciones Luxemburg, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

-Foucault, M. (2007) *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France. (1978-1979)*. FCE, Madrid.

-Fructuoso, L. (s/d) *Signos en disputa. La representación social del delincuente en los medios masivos de comunicación en la Argentina ante una posible reforma del sistema carcelario.* (s/d)

-Laurell, A. (1986) *El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina*. Cuadernos Médico Sociales n°37. Centro de estudios sanitarios y sociales, Rosario

-Lizárraga, F. (2011) *La justicia social en los tiempos del cólera* en "Crisis y metamorfosis del Estado argentino: el paradigma neoliberal en los noventa" Miguel Angel Rossi y Andrea Lopez (coordinadores). Ediciones Luxemburg, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

-Menéndez, E. (1983) *Modelo Médico Hegemónico. Crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud*. Cuadernos Médico Sociales n°33. Centro de estudios sanitarios y sociales, Rosario.

-Ministerio de Salud de la Nación argentina http://www.msal.gov.ar/

-Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Argentina http://www.msal.gov.ar/

-Murillo, S. (2008) *Colonizar el dolor. La interpelación ideológica del Banco Mundial en América latina. El caso argentino desde Blumberg a Cromañón*. CLACSO, Buenos Aires.

-Organización Panamericana de la Salud http://new.paho.org/arg/

-Rojas Soriano, R. (1984) *Capitalismo y Enfermedad*. Fondos Ediciones, México.

-Vezzeti, H. (1985) *La locura en la Argentina*. Editorial Paidós, Buenos Aires.

Documentos

(2003) Cárceles saludables: promoviendo la salud para todos. http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/carceles%20saludables.pdf

(2008) Políticas públicas en materia sanitaria en contextos de encierro. http://www.conabip.gob.ar/sites/default/files/politicas_publicas_salud_carceles_es.pdf