

UN JUEGO DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS: TUBERCULOSIS, NARRATIVAS DE  
AFLICCIÓN Y EL ENCUENTRO MÉDICO EN DOS DE LOS PENALES MÁS HACINADOS DE  
NUESTRO PAÍS

Julio César Portocarrero Gutiérrez

Noviembre del 2006

## INDICE

### INTRODUCCIÓN

#### CAPÍTULO 1

##### DESCONOCIMIENTO, DESCONCIERTO Y CERTEZAS: LOS ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.

- 1.1 El surgimiento de las interrogantes que generaron esta investigación.
  - 1.1.1 La extensión de la tuberculosis.
    - 1.1.1.1 La extensión de la enfermedad en el mundo.
    - 1.1.1.2 La tuberculosis en el Perú. Cifras ambiguas para un panorama preocupante.
  - 1.1.2 Desconocimiento y extrañeza: Las preguntas de investigación del estudio.
    - 1.1.2.1 Desconocimiento.
    - 1.1.2.2 Extrañeza.
    - 1.1.2.3 Encontrar explicaciones.

#### CAPÍTULO 2

##### LAS HERRAMIENTAS CONCEPTUALES DE ESTA INVESTIGACIÓN

- 2.1 ¿Cómo entender las concepciones sobre la tuberculosis en prisión?
  - 2.1.1 Cuatro enfoques para entender las interpretaciones sobre la salud y la enfermedad.
    - 2.1.1.1 Creencia vs. Conocimiento. El enfoque de la creencia popular.
    - 2.1.1.2 Modelos conceptuales formales y coherentes: Antropología cognitiva.
    - 2.1.1.3 Significados, experiencias y procesos: Las teorías interpretativas.
    - 2.1.1.4 Antropología crítica:
  - 2.2.1 Roles, estructuras e interacciones: Algunos conceptos para entender las relaciones entre pacientes y profesionales de la salud.
    - 2.2.1.1 La teoría de los roles sociales de Talcott Parsons y su aplicación a las relaciones médico – paciente.
    - 2.2.1.2 El enfoque propuesto por el interaccionismo simbólico.
    - 2.2.2.3 El estructuralismo marxista y las perspectivas basadas en Foucault.
    - 2.2.1.4 Estructura versus proceso o estructuras y procesos: Integrando las concepciones sobre el encuentro médico y las interpretaciones de las enfermedades en el marco teórico de esta investigación.

2.2.3 Qué, quiénes, cuándo y como: Los aspectos metodológicos de la investigación.

2.2.3.1 Perspectiva del estudio.

2.2.3.2 Los métodos y técnicas a utilizar.

### CAPÍTULO 3

“TODOS PERDEMOS” CONDICIONES DE VIDA E INTERPRETACIONES SOBRE LA SALUD CONSTANTES EN AMBOS PENALES

Las relaciones sociales y recursos detrás del encuentro médico en institución que pretende ser “total”

3.2 Enfermar durante el encierro y sus circunstancias.

3.3 Factores asociados al contagio de la Tuberculosis y otras enfermedades.

3.3.1 La mala alimentación.

3.3.2 El consumo de drogas, la pensadora y el cuidado del cuerpo.

3.3.3 La cuestión de la exposición y su relación con el contagio.

3.3.4 Dos años después:

3.4 Todos perdemos. Constantes en la vida en prisión y su variabilidad.

3.4.1 Hacinamiento.

3.4.2 Limitaciones para el acceso a servicios y medios de subsistencia.

3.4.3 Costos de vida en el penal y el acceso a medios de subsistencia.

### CAPÍTULO 4

“NO SOMOS TODOS IGUALES” REDUCCIÓN DE REDES SOCIALES, RECURSOS DE LOS INTERNOS Y SU VARIABILIDAD

4.1 Dos Historias.

4.1.1 Historia 1: Movilización de la familia inmediata y activos personales.

4.1.2 Historia 2: Perdida de la pareja e hija y enfermedad.

4.2 Comparando ambos casos.

4.3 La enfermedad como un recurso: Camila y el Huelguista.

4.4 Fingir.

4.5 Algunos recursos colectivos.

4.6 Los “compañeros” cercanos y el personal del INPE.

4.7 Reuniendo las piezas del rompecabezas.

#### 4.8 Las piezas faltantes:

### CAPÍTULO 5

#### “LO MEJOR QUE LE PODEMOS OFRECER A LOS INTERNOS DE ESTE PENAL” LOS SERVICIOS DE SALUD Y SUS POSIBILIDADES

##### 5.1 La intervención del Fondo Global.

##### 5.2 La antigua infraestructura y sus transformaciones para la atención de la salud de los internos.

###### 5.2.1 Lurigancho.

###### 5.2.1.1. El viejo albergue y la antigua clínica.

###### 5.2.1.2 El nuevo pabellón 17.

##### 5.3 Río Seco.

###### 5.3.1 El antiguo tópico.

###### 5.3.2 La nueva infraestructura.

###### 5.3.2.1 Faltan manos.

###### 5.3.2.2 El edificio de un centro de salud y los insumos de una posta.

##### 5.4 Dos situaciones diferentes

###### 5.4.2 Añadiendo una pieza más.

### CAPITULO 6

#### NARRATIVAS Y ENCUENTROS ENTRE PROFESIONALES DE SALUD Y PACIENTES

##### 6.1 Trascender el binomio médico paciente:

###### 6.1.1 Experiencias, expectativas y nociones detrás de estos encuentros:

###### 6.1.2 Posiciones, narrativas y el asunto del poder:

##### 6.2 Expectativas, posiciones y narrativas en los encuentros médicos de ambos penales:

###### 6.2.1 Expectativas previas al encuentro:

###### 6.2.1.1 La suspicacia como elemento importante en la atención: Perspectiva de los profesionales de salud.

###### 6.2.1.2 La responsabilidad del cuidado: Perspectiva de los internos.

###### 6.2.2 Descripciones de los encuentros médicos en ambos penales:

###### 6.2.2 Río Seco:

###### 6.2.2.1 Los encuentro en las consultas de medicina general:

6.2.2.2 Los encuentros en la atención del Programa contra la tuberculosis y el discurso médico sobre la enfermedad:

6.2.2.3 Respuestas lacónicas para muchas preguntas: Resumiendo lo encontrado en Río Seco:

6.2.3 Lurigancho:

6.2.3.1 Las atenciones individuales:

6.2.3.2 Las capacitaciones y charlas:

6.2.3.2.1 Una breve charla informativa para los internos del 3:

6.2.3.2.2 El circuito de la salud:

6.2.3.2.3 Necesitamos su colaboración: Reunión con delegados de salud

6.2.3.2.4 Dejen los vicios: Proyección de video para internos del 17.

6.2.3.3 Jugando con preguntas y respuestas: Resumen de lo encontrado en Lurigancho:

6.3 Ambos casos:

## CAPITULO 7

CONCLUSIONES DEL ESTUDIO: DE REGRESO A LA TEORÍA INICIAL

BIBLIOGRAFÍA

## INTRODUCCIÓN:

Las posibilidades de contraer enfermedades infectocontagiosas dentro de prisión son mucho mayores a las presentadas en otros contextos sociales. En nuestro país los reclusos presentan una probabilidad de contagio de la tuberculosis siete veces mayor a la del resto de la población. Existen diferentes perspectivas para explicar la asociación existente entre el encierro y la tuberculosis. Para algunos este hecho se relaciona con políticas gubernamentales enfocadas en combatir y castigar la delincuencia pero despreocupadas en la atención de los internos. Esta política ha generado que las prisiones se encuentren hacinadas sobrepasando las posibilidades de atención de los servicios médicos existentes en estas instituciones.

Para otros, se trataría de un problema atribuible a los estilos de vida, actitudes y prácticas de los reclusos, que incrementan sus riesgos de contagio y desarrollo de la enfermedad. En algunos contextos, el problema responde más bien a las limitaciones de los sistemas de salud público que no pueden atender las necesidades de atención de este grupo o brindan una terapia inadecuada para esta enfermedad.

Tampoco existe un consenso respecto a las posibilidades de atención de la tuberculosis en estos contextos. De acuerdo con Paul Farmer<sup>1</sup>, algunos investigadores señalan que las prisiones son ambientes particularmente problemáticos para tratar la tuberculosis ya que consideran a los internos como pacientes problemáticos: demasiado antisociales para ser tratados adecuadamente, con un nivel educativo tan bajo que no pueden seguir las prescripciones y una premunidos por una serie de prejuicios sobre las políticas del estado.

Otros alegan que el nivel de control producido por el encierro hace que las intervenciones en salud, tratamiento, educación y detección de los casos sean más fáciles. Un tema de consenso radica en el reconocimiento de que los recursos para la atención de la tuberculosis son pobres. Para algunos estudios esto es el producto de las restricciones estructurales de trabajar en un sistema penal subfinanciado. Otros se concentran en los problemas de los propios internos y en su comportamiento. Algunos hacen hincapié en la fragilidad de la relación médico paciente en sistemas que se concentran en castigar a estos últimos.

Tomando en cuenta estos aspectos, desde hace tres años el Fondo Global ha implementado una fuerte intervención con el fin de reducir los índices de la enfermedad en nueve de las más hacinadas prisiones de nuestro país. Su estrategia principal consiste en la

---

<sup>1</sup> FARMER, Paul. *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the new war on the poor.*

mejora de los recursos materiales y humanos de los servicios de salud en estos penales así como la capacitación y sensibilización de los internos y sus familiares para que desarrollen estilos de vida saludables que prevengan el contagio y desarrollo de la enfermedad.

Parte de su enfoque consiste en incorporar el punto de vista de los pacientes en el desarrollo de los mensajes de prevención y tratamiento. Estos deben incorporados en la atención y promoción de la salud, formando parte de los discursos elaborados por los proveedores de salud de estos penales. El objetivo principal de esta estrategia consiste en ceder poder hacia los pacientes para que asuman su cuota de responsabilidad en el problema, actuando de forma asertiva frente a la enfermedad y los riesgos del contagio.

La presente investigación intenta conocer cuáles son las narrativas sobre la tuberculosis elaboradas por los profesionales de salud y pacientes luego de tres años de intervención del proyecto, identificando los tipos de relación que se establecen entre estos actores durante las diferentes actividades involucradas en atención de la enfermedad. El proceso a través del cual se llegaron a estas preguntas de investigación es descrito en el primer capítulo de este documento.

Esta tarea no fue sencilla. Además de las dificultades inherentes al desarrollo del trabajo de campo en un contexto al que es difícil acceder, necesitaba construir un cuerpo teórico que me permitiera interpretar de manera adecuada los discursos elaborados por los proveedores de salud e internos. En nuestro medio, estos discursos son tratados de diferente forma. Algunos consideran las narrativas de los pacientes como “creencias” que son contrastadas con el conocimiento biomédico. Otros, inspirados en la perspectiva de la antropología cognitiva, desarrollan mapas mentales complejos y los interpretan como el conocimiento nativo sobre la enfermedades que dirigen las prácticas y motivaciones de los actores sociales. Existen además las interpretaciones basadas en la antropología crítica.

El escenario teórico sobre las relaciones entre profesionales de salud y los pacientes era similar. Mientras que algunos autores consideraban que a las relaciones médico pacientes como el producto de las grandes estructuras sociales, otros reducían el análisis de las relaciones en situaciones concretas.

Estas posiciones son revisadas y discutidas en el segundo capítulo del trabajo. En él también se desarrolla el marco teórico que hemos utilizado para la investigación. Este integrar las posturas estructurales sobre las narrativas y relaciones establecidas durante el encuentro médico, con las perspectivas que sugieren que éstas adquieren sentido en las interacciones concretas entre estos actores.

Sobre esta base hemos identificado tres dominios del fenómeno que queremos trabajar. El primero corresponde a las estructuras de interpretación de los pacientes y profesionales de salud sobre las enfermedades y su atención. El segundo corresponde a las estructuras de relación y los recursos que subyacen los encuentros médicos. En la tercera dimensión se observan las interacción en la atención de salud y las posiciones e intercambios que en ella se realizan.

En base a estas dimensiones se organizan los capítulos correspondientes a la descripción y análisis de la información. En el tercer capítulo se analizan las transformaciones y continuidades en las narrativas de los internos de ambos penales en estos dos años. Se sugiere la idea de que estas no han cambiado porque son elaboradas a partir de las experiencias del encierro y corresponden a la realidad subjetiva y objetiva de la vida en prisión. Como veremos en este mismo capítulo, esta realidad estaba determinada por el recorte de los medios de subsistencia, redes sociales y acceso a servicios de los internos.

En el cuarto capítulo se describe cómo es que, pese a que esta es una situación común, los recursos personales con que cuentan los internos pueden variar de manera significativa, determinando posibilidades de acceso a la salud diferenciados.

En el quinto capítulo se comparan los recursos con que ambos penales cuentan para la atención de la salud en general y la tuberculosis en particular. La evidencia que hemos encontrados indica que la intervención del Fondo Global ha sido diferentes en ambos lugares y que espectro de posibilidades de atención en ambos penales son desiguales.

En el sexto capítulo se comparan las interacciones desarrolladas durante las diferentes actividades de atención en los dos casos, analizando las narrativas sobre la tuberculosis que se elaboran en ellas.

La evidencia encontrada en ambos casos sugiere la existencia de un patrón de relación común basado en el control casi total de los proveedores de salud sobre los procesos de atención de las enfermedades y las narrativas que se construyen. Como se verá en las conclusiones, consideramos que estas no responden únicamente a los recursos de los diferentes actores involucrados en el encuentro médico. Responden también a las expectativas de los proveedores de salud sobre la atención y los intentos del Fondo Global por desarrollar estilos saludables de vida entre los internos de ambos penales.



## CAPÍTULO 1

### DESCONOCIMIENTO, DESCONCIERTO Y CERTEZAS: LOS ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.

#### **1.1 El surgimiento de las interrogantes que generaron esta investigación.**

En esta sección describiré el proceso a través del cuál se llegaron a las preguntas de investigación del estudio. Este es un aspecto importante en tanto que las interrogantes que pretendo responder, surgen de una serie de experiencias poco usuales para un investigador social: La tuberculosis en prisión y los intentos por disminuir su incidencia a través de políticas en salud.

Antes de realizar esta explicación, presentaré el panorama de la tuberculosis a nivel mundial y en nuestro país señalando los principales factores asociados con el desarrollo de esta enfermedad. Explicaré además las estrategias que se utilizan para combatirla.

Esta presentación tiene dos objetivos. El primero, es meramente informativo. Considero que, si bien todos hemos escuchado hablar de la tuberculosis, la mayoría de nosotros desconocemos la magnitud del problema y los esfuerzos que se realizan para combatirlo.

Creo que esta situación se debe a que, en nuestro país, esta enfermedad se experimenta en contextos donde la pobreza, exclusión y hacinamiento confluyen como vectores de enfermedad y muerte. Se trata pues de una realidad alejada de los sectores académicos, y de los tomadores de decisiones de políticas sociales y públicas.

Mi segundo objetivo, es mostrar cómo gran parte de la información pública sobre el tema es confusa e inexacta. Mientras que el Estado<sup>2</sup> señala que el Programa de Lucha Contra la Tuberculosis (PCT) es exitoso, han surgido una serie investigaciones que cuestionan esta afirmación. Estos estudios consideran que las actividades del PCT se han reducido de manera importante y peligrosa si es que se quiere controlar esta epidemia.

##### **1.1.1 La extensión de la tuberculosis.**

###### **1.1.1.1 La extensión de la enfermedad en el mundo.**

---

<sup>2</sup> A través de los informes elaborados por el PNCT y el MINSA.

*“La tuberculosis es una enfermedad contagiosa que se propaga por el aire. La fuente de infección son otras personas aquejadas de tuberculosis pulmonar. Cuando una persona infecciosa tose, estornuda, habla o escupe, expulsa al aire bacilos de la tuberculosis. Basta inhalar un pequeño número de esos gérmenes para resultar infectado. Se entiende por infección la presencia de bacilos de la tuberculosis en el organismo. No obstante, no todas las personas infectadas por esos bacilos necesariamente enferman. El sistema inmunológico ‘enclaustra’ los bacilos de la tuberculosis, que pueden permanecer latentes durante años. Si el sistema inmunitario no logra controlar la infección, se produce una forma activa de la enfermedad, entendiéndose por enfermedad las lesiones causadas por los bacilos de la tuberculosis. Si no reciben tratamiento, las personas con tuberculosis pulmonar pueden infectar a un promedio de entre 10 y 15 personas al año”.*<sup>3</sup>

En la actualidad, el conocimiento biomédico de la tuberculosis es bastante amplio. Se sabe en qué consiste, cómo se transmite y puede tratarse. Este dominio sobre la enfermedad ha permitido que desde hace más de una década, se desarrollen estrategias relativamente económicas y eficaces para combatirla<sup>4</sup>. Con estos programas se ha conseguido disminuir los índices de la enfermedad en la mayoría de regiones del mundo. Sin embargo, las cifras de casos identificados continúan siendo más que abrumadoras.

La tuberculosis es una de las enfermedades infectocontagiosas con más altas tasas de morbilidad y mortalidad en la población adulta en el mundo. La OMS considera que más de ocho millones de personas adquieren esta dolencia cada año. Estima además, que más de un millón y medio de infectados mueren debido a este padecimiento anualmente. A nivel mundial mueren más personas adultas por la tuberculosis que por otras epidemias como el SIDA, la malaria y enfermedades tropicales combinadas<sup>5</sup>. Por ello, esta afección se ha convertido en uno de los más importantes problemas de salud pública global.<sup>6</sup>

---

<sup>3</sup> <http://www.who.int/es/>

<sup>4</sup> La tuberculosis en el mundo fue retomada como un problema central de materia de iniciativas específicas a inicios de la década de los 90. Las cifras en este periodo eran mayores a las actuales. Ante esta situación, la 44ava. Asamblea Mundial de la OMS se planteó una nueva estrategia de lucha contra la Tuberculosis. Por ello, el Programa Global de Tuberculosis de la OMS propuso la estrategia DOTS; que se caracteriza por ser tecnología eficaz, barata y sencilla, lo que está dando resultados importantes en diversos países del mundo. Ver: DYE, C.S. SHEELE, P. DOLIN, V. PATHANIA y M. C. RAVIGLIONI. *Global burden of Tuberculosis: Estimated incidence, prevalence and mortality by country in 1997.*

<sup>5</sup> OMS Página Web.

<sup>6</sup> MINSA. *Impacto Económico de la Tuberculosis en el Perú.*

¿Qué hace que una enfermedad para la que se conoce una cura efectiva, aún presente tales niveles de incidencia? Teóricamente hablando, la tuberculosis es relativamente fácil de curar porque existe un tratamiento efectivo basado en quimioterapia. Pero este panorama se hace más complicado si consideramos que no todas las personas tienen las mismas posibilidades de acceso a los servicios de salud, y que es difícil identificar tempranamente a quienes la presentan. Este problema limita las posibilidades de romper con la vía de transmisión de la infección<sup>7</sup>.

Además, las tareas para combatirla no concluyen con el diagnóstico temprano de las personas con la enfermedad activa. Para quebrar su cadena de transmisión, es necesario que los pacientes terminen con el tratamiento. Cuando esto no sucede, es muy probable que el enfermo desarrolle resistencias a la medicación. El tratamiento de estos casos ha generado un nuevo reto para el que aún no se han establecido estrategias definitivas y totalmente efectivas.

Varias investigaciones han identificado algunos factores que nos ayudan a entender la gravedad de la incidencia de la tuberculosis. Para Yeager<sup>8</sup>, las altas cifras de morbilidad y mortalidad causadas por esta dolencia se relacionan principalmente con la pobreza y la asociación de la enfermedad con el virus de inmunodeficiencia adquirida. Desde su perspectiva, el resurgimiento experimentado por la tuberculosis en el mundo se explica en parte porque una gran cantidad de pacientes con el VIH desarrollan con facilidad este padecimiento. Como ya se conoce, la infección con el VIH debilita el sistema inmune y puede activar una infección latente de tuberculosis.

Por su parte, la OMS<sup>9</sup> ha señalado que el problema responde también a la existencia de una serie de debilidades en los sistemas de salud pública a nivel mundial como:

- El no aprovechamiento de los promotores comunitarios.
- La insuficiente respuesta y reacción de los servicios de atención primarios.
- La existencia de sistemas de salud desligados a tratamientos como muchas prisiones.
- El no involucramiento en el tema de los servicios médicos privados.

En resumen, las altas tasas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, son explicadas por el crecimiento de las poblaciones consideradas de alto riesgo (pobres,

---

<sup>7</sup> YEAGER y colaboradores. *Estudios Sociomédico sobre la tuberculosis*. Lima

<sup>8</sup> YEAGER, BAC y colaboradores. *ibid.*

<sup>9</sup> OMS 2004.

adictos, enfermos VIH) además de las debilidades de los programas de control de la enfermedad.

Paradójicamente, estos estudios no mencionan que detrás de estos factores puede encontrarse la ausencia de voluntad política de los gobiernos para transformar la situación socioeconómica de los “grupos en riesgo”, e incrementar los recursos de los servicios de salud para tratar la enfermedad. Como bien señala Anderson<sup>10</sup>:

*“La pobreza no es el principal impedimento para mejorar la situación de salud en nuestro país (...) y no debe ser usado como una excusa”.*

(Anderson 2001)

La especialista encuentra que muchos países, con proporciones de población en situación de extrema pobreza mayor que los de Perú, presentan mejores niveles generales de salud. Se trata pues de un asunto de voluntad de quienes tienen el poder y los recursos para hacerlo. ¿Cuál es el estado de la tuberculosis en nuestro país? ¿Cómo es que el Estado peruano ha actuado en la lucha contra la tuberculosis en los últimos años? Abordaremos el tema en la siguiente sección.

#### **1.1.1.2 La tuberculosis en el Perú. Cifras ambiguas para un panorama preocupante.**

La tuberculosis no fue siempre un problema de salud pública en la historia del Perú. De acuerdo con Jave<sup>11</sup>, los casos fueron incrementándose progresivamente desde el periodo colonial, a partir de la conformación de grandes ciudades y reducciones de indios. El número de casos aumento durante la República y su crecimiento se aceleró a partir de la década del sesenta del siglo pasado, con las grandes oleadas de migración y concentración urbana que se originaron a partir del proceso de industrialización y urbanización de nuestra sociedad.

Según este autor<sup>12</sup>, para finales de 1960 el Programa Nacional Contra la Tuberculosis había funcionado con una serie de limitaciones y problemas. El tratamiento era auto administrado, las medicinas eran abastecidas con irregularidad, y se presentaban una serie de debilidades en la organización del programa. En conclusión, la atención de los casos identificados era limitada. La situación continuó así por dos décadas más.

---

<sup>10</sup> ANDERSON, Jeanine. “Escenarios de enfermedad, salud, muerte y vida”. EN: *Perú. Actores y escenarios al inicio del nuevo milenio*. PUCP. 2001. Plaza ed.

<sup>11</sup> JAVE, Oswaldo. *La Tuberculosis multirresistente en el Perú*.

<sup>12</sup> *Ibid.*

En los ochenta, sólo un 30% de los casos diagnosticados recibía tratamiento. Buena parte de los que alcanzaban a recibirlo, no contaban con supervisión del personal de salud responsable. Estos aspectos influían de manera importante en el nivel de fracaso y abandono del mismo. Para finales de esta década, el éxito del tratamiento apenas alcanzaba el 47% de los casos. Estos factores llevaron a que el Perú fuera declarado por la OPS como uno de los países con una incidencia severa de casos de tuberculosis<sup>13</sup>.

Ante este panorama, en 1990, el Estado peruano reestructuró el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT). Para ello, se reformularon las normas y procedimientos utilizados hasta el momento adecuándolos a las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud<sup>14</sup>.

Los lineamientos generales del PNCT se basaron en el compromiso político y económico del gobierno para reforzar los aspectos operativos del programa y proporcionar tratamiento gratuito a todos los pacientes a nivel nacional. Los recursos suministrados por el Estado servirían para, además de atender a los pacientes, desarrollar un sistema de información y registro de los casos y la capacitación a los proveedores de salud en todo el país.

A nivel de la atención, la estrategia del PNCT consiste en solucionar los problemas vinculados al diagnóstico temprano y la culminación del tratamiento, porque la detección de todos los casos sería muy costosa para nuestra realidad. Por tanto, la prioridad del programa radica en romper la cadena de transmisión a partir de la medicación de los casos activos. Paralelamente, y como respuesta al problema de los tratamientos incompletos, los medicamentos son administrados bajo la supervisión inmediata de un agente de salud. La estrategia incluye además la capacitación de los pacientes y sus familiares con el objetivo de prevenir el contagio de la red del enfermo<sup>15</sup>.

De acuerdo con los reportes oficiales del programa, para finales de la década de los noventa más del 99% de los servicios de salud del MINSA garantizaban el diagnóstico y tratamiento contra la tuberculosis de manera gratuita y supervisada en todo el país. Las cifras oficiales sugieren que la cobertura y localización de casos activos fue mucho más eficaz que en décadas anteriores, reportando un descenso importante de la Tuberculosis en este periodo:

---

<sup>13</sup> ISEMAN, Michael D. *A clinician's guide to tuberculosis*.

<sup>14</sup> Sintetizadas en lo que vino a llamarse después estrategia DOTS (Directly Observed Treatment, Short-Course).

<sup>15</sup> YEAGER y colaboradores Op. cit.

*“Del año 1990 hasta 1992 la tasa de morbilidad se incrementa como consecuencia de la localización intensa de casos y a partir de 1993 comienza a disminuir hasta alcanzar una tasa de 165.4 x 100,000 en 1999, que equivale a una reducción de 35 % respecto de su nivel más alto y 11.3 % en relación a 1998. De manera similar, la tasa de incidencia alcanzó su punto más elevado en 1992 donde comienza a disminuir sostenidamente hasta 1999 donde se registraron 141.4 casos x 100,000 habitantes, que significan una disminución de 42 % respecto de su nivel más alto<sup>16</sup>”. (.)*

Estos resultados permitieron que, a finales de los noventas, el Programa Global de Tuberculosis de la OMS considerara a nuestro país como una de las naciones con estrategia DOTS más exitoso.

Pese a estos esfuerzos, el Perú continúa siendo el país con mayor morbilidad e incidencia de tuberculosis en América Latina<sup>17</sup>. Reporta el 25% de todos los casos de TBC en Latinoamérica y se encuentra dentro de los veinticinco países con mayor morbilidad para esta enfermedad.<sup>18</sup>

¿Cómo es posible que seamos uno de los países con estrategia DOTS más exitoso, y que al mismo tiempo continuemos teniendo la tasa más alta de incidencia de nuestra región? Jave ha identificado varios elementos que nos ayudan a entender esta aparente contradicción. Una primera razón, consistiría en que aunque las actividades de identificación y tratamiento de los casos activos se incrementaron considerablemente, los niveles de contagio de la enfermedad aumentaron en mayor medida.

Sin embargo, este autor considera que esta no es la única razón. Para él, ha existido una disminución artificial de la incidencia de la enfermedad. Esta situación se debería a que los diferentes gobiernos han reducido su apoyo al PCT y, para evitar críticas a su gestión, sólo presentan los resultados de la tasa de incidencia de este mal. Esta tasa se puede modificar de forma relativamente fácil a través de tres procedimientos:

- a. Modificar la definición operativa de la enfermedad que se monitorea.
- b. Cambiar las herramientas que se utilizan para detectar dicha enfermedad.

---

<sup>16</sup> APOYO, *Estudio sobre el Impacto Económico de la Tuberculosis en el Perú*

<sup>17</sup> WHO Report 2004. *Global tuberculosis control. Surveillance, planning, financing*. WHO Geneva.

<sup>18</sup> MC BECERRA, P FARMER, J Y KIM. “The problem of drug-resistant tuberculosis: an overview”. En: *Harvard Medical School/Open Society Institute. The global impact of drug-resistant tuberculosis*, 1999:3-38.

- c. Disminuir la intensidad con que se busca el fenómeno o enfermedad que se pretende medir.

Estudios recientes sugieren que, para el caso de la medición de la incidencia de la tuberculosis en nuestro país, se han dado por lo menos dos de estas situaciones. En 1995, el Ministerio de Salud modificó la forma en que este parámetro era calculado. A mediados de la década del noventa se comenzó a contabilizar sólo los nuevos casos de tuberculosis generando una disminución considerable en las cifras registradas en el sistema de información del PCT.

Por su parte, Francke<sup>19</sup> sostiene que los problemas de gestión y de implementación del modelo integral de salud, han hecho que programas prioritarios como el PCT se hayan dejado de lado. Las actividades de detección y tratamiento de los casos de tuberculosis habrían sufrido una permanente caída. Según este estudio, la disminución de la morbilidad registrada por el PCT se debe al declive en los esfuerzos de captación. En otras palabras, el gobierno conoce menos casos porque se vienen atendiendo menos casos y no porque la incidencia de la enfermedad haya disminuido.

El panorama parece ser menos optimista a aquél presentado por las instituciones estatales responsables de combatir la enfermedad. No obstante, se debe reconocer que la estrategia desarrollada desde los años noventa, ha contribuido a solucionar algunas dificultades referidas a la cobertura y continuidad del tratamiento.

Por otro lado, autoras como Vallenas y Ponce<sup>20</sup> sugieren que el PCT enfrenta además, problemas que trascienden la cobertura de los casos, y que se relacionan con las concepciones e interpretaciones de la enfermedad en los usuarios de los servicios de salud. De acuerdo con esta perspectiva es importante entender las concepciones, actitudes e interacciones de los pacientes y el personal de salud; ya que el éxito del programa depende de las ideas de la población respecto a este padecimiento y su tratamiento.

### **1.1.2 Desconocimiento y extrañeza: Las preguntas de investigación del estudio.**

Siguiendo esta última línea de investigación, el Fondo Global decidió financiar el “Estudio de percepciones sobre la tuberculosis en cuatro penales del Perú.” Las preguntas que intento responder en este trabajo surgieron de una serie de experiencias durante mi

---

<sup>19</sup> FRANCKE, Pedro. “Balance de la política de salud, 2001 – 2004”.

<sup>20</sup> VALLENAS, S y PONCE, A. *Vivir la tuberculosis. Estudio socioantropológico de la tuberculosis en dos zonas de alto riesgo en Lima: San Cosme y El Agustino.*

participación en esta investigación. El propósito del estudio, consistía en averiguar cuáles eran las concepciones sobre la tuberculosis manejadas por los internos que estaban recluidos en cuatro establecimientos penitenciarios del país. La investigación involucraba a un grupo de profesionales de la salud y las ciencias sociales, que participaban en un proyecto mayor para reducir los altos índices de la enfermedad en las prisiones en nuestro medio.

#### **1.1.2.1 Desconocimiento.**

Como miembro de este equipo, debí responsabilizarme por el análisis de la información recopilada en el campo y la redacción del informe final del estudio<sup>21</sup>. El desarrollo de ambas tareas se constituyó en un proceso complicado. En parte, esto se debió a ingreso en el equipo cuando la investigación ya se estaba desarrollando. Por este motivo, tuve que adecuar mi análisis a un marco conceptual y metodológico elaborado antes de mi llegada. Asumiendo así las fortalezas y debilidades de un diseño perteneciente a otros profesionales con experiencias y perspectivas algo distintas a las mías<sup>22</sup>.

Además, si bien había participado en otras investigaciones que abordaban la temática de la salud desde una perspectiva social, era la primera vez que me aproximaba a la tuberculosis como objeto de investigación. Al principio, interpreté estos aspectos como desventajas ya que no podía introducir algunos elementos de interpretación que consideraba importantes para el análisis que se debía realizar y tampoco conocía el tema e profundidad.

Sin embargo, conforme se desarrollaba el estudio, pude reparar en que mi desconocimiento inicial sobre el tema me había permitido relativizar varios de los supuestos con los que los especialistas solían explicar a la tuberculosis y el mundo social en el que se desarrollaba. Varios de estos supuestos no sólo se encontraban en el diseño del estudio, si no que también aparecían en la literatura sobre el tema y los discursos de tomadores de decisiones y personal del Ministerio de Salud y del INPE. Éstos pueden ser resumidos a través de las siguientes proposiciones:

a. Sobre las interpretaciones de la tuberculosis:

- Los pacientes o usuarios de los servicios de salud manejan una serie de creencias sobre la tuberculosis que son equivocadas y deben cambiarse.

---

<sup>21</sup> Trabajé en este proyecto de investigación entre Julio del 2003 y Octubre del 2004.

<sup>22</sup> Uno de los aspectos que más me preocupaba era la entrada sobre las interpretaciones de la tuberculosis como “percepciones sociales”

- Estas creencias generan comportamientos de riesgo que inciden de manera importante en el contagio de la enfermedad.
- Los profesionales de la salud, por su formación, manejan y reproducen la interpretación biomédica (es decir verdadera) de la enfermedad.
- La capacitación de los pacientes por el personal de salud les permite comprender adecuadamente a la tuberculosis
- Esta interpretación adecuada genera que los pacientes mejoren sus prácticas de prevención y tratamiento de la enfermedad.

b. Sobre las relaciones entre pacientes y el personal de salud durante el tratamiento:

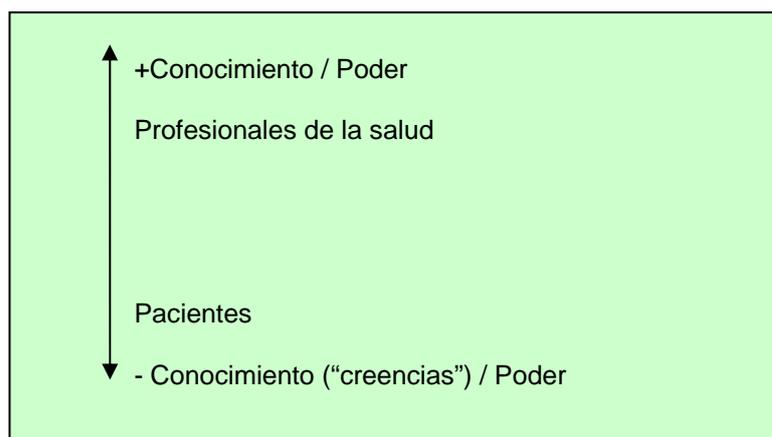
- La posición social, los roles y el nivel de conocimiento sobre los procesos de salud y enfermedad existentes entre el personal de salud y los pacientes son diferentes.
- El rol y conocimiento del personal de salud los coloca en una posición de superioridad y poder, sobre los pacientes.
- Esta situación genera relaciones desiguales que pueden afectar el “buen trato” del personal de salud sobre los pacientes.
- Este “buen trato” implica, entre otras cosas, que los profesionales de la salud cedan parte de su poder y control (para hablar, decidir, opinar, contradecir sobre los padecimientos y sus tratamientos) hacia los pacientes.
- La reforma del sector salud ha logrado sensibilizar a los proveedores o personal de salud generando un mejor trato y relación con los pacientes.
- El buen trato visto como acto de cesión del poder y control, va a generar que los pacientes se involucren en el proceso de curación de la tuberculosis, asumiendo su responsabilidad y ejerciendo control sobre el mismo.

Como se grafica en el siguiente diagrama, de estas proposiciones emerge un modelo de gran distancia y jerarquización entre profesionales de la salud y pacientes. Estas distancias se basan en niveles de conocimientos y posiciones diferenciados que moldean una estructura de relación jerarquizada y desigual. En esta estructura, los profesionales de la salud son representados como los detentadores del poder y del conocimiento; mientras que

los pacientes son vistos como meros portadores de creencias erradas con muy poco control sobre su salud. No se reconocían las convergencias entre ambos grupos y la heterogeneidad interna.

*Gráfico 1:*

*Modelo teórico subyacente a la investigación del 2004*



Este marco de interpretación tuvo mucho que ver con las dos hipótesis implícitas en el diseño del estudio al que hago referencia. Se decidió recoger la información seleccionando a dos grupos de internos. El primero estaba constituido por aquellos que fueron pacientes del programa contra la tuberculosis. Estos internos, además de recibir la quimioterapia respectiva, fueron capacitados sobre la forma en que se transmitía la enfermedad y cómo podía prevenirse el contagio. Se esperaba que los pacientes del programa incorporaran la perspectiva promovida por el PCT. La cual señalaba que, las posibilidades de contagio de la tuberculosis no están asociadas con la situación inmunológica de los individuos, si no a la exposición frente una persona con la enfermedad activa<sup>23</sup>.

El segundo grupo, estaba integrado por internos que no habían pasado por el programa. Se esperaba que ellos no reprodujeran las concepciones promovidas por el PCT, y que más bien tuvieran una interpretación equivocada sobre la enfermedad que les hiciera establecer comportamientos de riesgo frente a las posibilidades de contagio.

En el diseño, se esperaba también que existiera una diferencia importante en la forma en que ambos grupos enfrentaban las enfermedades. Se suponía que los internos ya

<sup>23</sup> En este punto debemos diferenciar el contagio, del desarrollo de la enfermedad. De acuerdo con las normas establecidas por la OMS el contagio de la enfermedad, no esta asociado con la condición del sistema inmunológico de la persona pero el desarrollo de la enfermedad en sí.

capacitados y sensibilizados, debían presentar una mayor capacidad para asumir y controlar algunos procesos vinculados con la prevención y el tratamiento de la tuberculosis. Tales como el cuidado de su salud y los tratamientos que recibían. Este control se debería ver expresado a través del desarrollo de una serie de facultades como: la capacidad para opinar, negociar y asumir los procesos de tratamiento ofertados en los puestos de salud existentes dentro de los establecimientos penitenciarios.

### 1.1.2.2 Extrañeza.

Los supuestos, señalados en las pp. 15-16, que guiaron el estudio del Fondo Global, trabajados a manera de axiomas, tuvieron mucho que ver con el asombro con el que el equipo de investigación reaccionó cuando se encontró que no existían diferencias significativas entre el modelo interpretación de la tuberculosis manejado por los dos grupos de internos. Ambos consideraban que las posibilidades de contagio dependían directamente de la “debilidad” de las personas.

Como se muestra en los siguientes testimonios, la *debilidad* era un concepto al que apelaban comúnmente los internos entrevistados para referirse a un estado en el que los individuos bajaban sus defensas inmunológicas. De acuerdo con los internos, esta situación se debía principalmente a deficiencias en la alimentación de la persona. Desde la experiencia de estos internos, este era un fenómeno muy común en los penales, debido a que ahí se les proporcionaba una dieta de baja calidad y porque muchos de ellos dejaban de alimentarse por problemas de estrés y adicción a drogas ilícitas.

*“E: ¿La gente se enferma en el penal?”*

*Sí se enferman, mal alimentados (...). Es algo (...) de poca nutrición y eso hace que las personas se enfermen (...).*

*E: ¿Por qué la alimentación es importante?”*

*La alimentación es importante porque te ayuda porque y nos ayuda a tener mas defensas ¿no?, alimentarnos bien, tener mas defensa y poder evitar las enfermedades”.*

*(Joel, interno sin TBC, Chiclayo)*

*“Seguro dicen, a veces por la pensadora como acá le dicen, que te pones a pensar, los recuerdos de la familia, cuánto tiempo estás preso y a veces de los hijos, y mucho pensar también te enferma, te quita las ganas de comer. Es la pensadora, te choca”.*

(Miguel, interno con TBC, Lurigancho)

La *debilidad* era vista como la causante de la mayoría de enfermedades y contagios dentro de las cárceles, y explicaba también la transmisión de la tuberculosis.

El panorama fue también inesperado para el equipo, cuando se terminó de analizar la información correspondiente a la agencia de los internos, y tampoco aparecieron diferencias significativas en la forma en que cada grupo concebía cómo es que se debía enfrentar a las enfermedades.

En sus respuestas, los internos entrevistados asociaban la noción de *enfermedad* con el de *dependencia*. Esta era entendida como la *incapacidad* para poder afrontar por sí solos un amplio rango de aspectos de la vida que incluían a las posibilidades de obtener los recursos básicos para subsistir y, naturalmente, tratar las afecciones de salud.

Esta asociación no es nueva para quienes han leído algo de la literatura sobre antropología médica en los andes rurales peruanos. Se han descrito muchos casos en donde los pobladores entrevistados consideran que la enfermedad es un estado que incapacita físicamente a los individuos, no permitiéndoles desarrollar sus actividades cotidianas.

Pero en este caso, el concepto no sólo hacía referencia a la pérdida de facultades físicas. También aludía a las condiciones propias de la vida en prisión. Un interno del Penal de Lurigancho me resumió muy bien la idea. Él me dijo que enfermarse era depender y estar incapacitado, no sólo porque uno necesitaba de los cuidados y soporte de otras personas si no porque su destino estaba sujeto a la *buena voluntad* de los otros.

Los internos se encontraban en manos de: familiares, quienes pueden o no acudir frente a un problema de salud; el personal de seguridad, quienes si desean pueden impedir sin mayor problema el acceso de un interno al tópico del penal. También se encuentran los proveedores de salud, quienes pueden o no atender con diligencia, seguir y resolver el caso. El interno concluía su explicación con la siguiente frase: “Curarte, no depende de ti ¿Qué puedes hacer tu? Dime”.

Otros de los entrevistados explicarían esta idea contrastando la situación con la experiencia de afrontar un desorden de salud en libertad:

*“En la calle, es muy diferente. En la calle es mas libre, depende de cada persona. Cada uno puede trabajar, puede comer y si la familia tiene más o*

*menos te apoya. Bueno por mi parte, me preocupo por mis señoras por mis hijos”.*

*(Max, interno con TBC de Lurigancho)*

*“No es como estar libre, como estar en la calle. Sabes de que tienes interés en curarte vas a salir a buscar tu medicina no estas libre pues estando preso ya no ya esperar la voluntad de ellos esperar, esperar la voluntad de lo servicios de los pabellones que a veces no te dan acceso para bajar a acá a recoger tus alimentos medicinas no te dejan bajar”.*

*(Juan, interno con TBC, Huánuco)*

*“No es igual, no ves que estamos presos, ahí afuera hay más apoyo de la familia. Si estás enfermo estás ahí, tus hijos te atienden, es mejor estar en la calle enfermo que acá. Estás preso y encima estás enfermo, tenemos la necesidades ...como nos puedan ayudar, con los alimentos, en cambio afuera uno mismo se vale (...) Pero aquí no se puede porque estamos presos, tenemos que esperar (...) Lo bueno de mi pensamiento es que al menos uno se puede esperar en la familia, como estamos presos qué más se puede hacer”.*

*(Miguel, interno con TBC, Lurigancho)*

Estas no eran las respuestas que se aguardaban para un interno que había pasado por el tratamiento.

### **1.1.2.3 Encontrar explicaciones.**

Después del asombro inicial, el equipo de investigación debía pensar en algunas explicaciones para estos hallazgos inesperados. ¿A qué podría deberse que los internos capacitados no hubieran incorporado las ideas promovidas por el programa? De manera casi inmediata surgieron dos hipótesis. La primera consideraba que la estrategia que se había utilizado para la capacitación de los internos había fallado. Los rotafolios y teatralizaciones no habían transmitido las ideas eficazmente, y se debía pensar en la posibilidad de cambiar la forma en que se transmitían estos mensajes.

La segunda hipótesis se enfocaba en los internos. El argumento de esta explicación consistía en que estas personas presentaban una capacidad limitada para aprehender

mensajes más o menos complejos. La idea que subyacía es esta interpretación, era que consideraba que la mayoría de internos había recibido poca educación o habían pasado tanto tiempo de sus vidas consumiendo drogas que presentaban problemas de aprendizaje.

Una vez que se plantearon estas dos posibles explicaciones, la imaginación de nuestro equipo y asesores se tomó un largo e indefinido descanso. ¿A qué más podían deberse estos hallazgos? Para muchos de los miembros del equipo de investigación, las explicaciones de los internos eran equivocadas y no podían basarse en sus experiencias de vida en prisión. Mucho menos se podía pensar en la posibilidad de que los profesionales de la salud encargados de transmitir estas ideas, pudieran tener formas de interpretación similares a los de los internos y diferentes del modelo biomédico planteado por el PCT.

Me parece que en este caso, el modelo de distancia y jerarquización que manejaban los miembros del equipo y asesores, funcionó como una camisa de fuerza que nos impedía plantear otras explicaciones alternativas.

Desde mi perspectiva personal, las dos primeras hipótesis perdían fuerza si considerábamos que en primera lugar, los internos capacitados tenían diferentes niveles educativos, y que muchos de ellos no eran consumidores de drogas. Además la idea no era tan compleja, y se expresaba de manera bastante simple y directa en las pocas capacitaciones que pude presenciar.

Por otro lado, las conversaciones informales que pude entablar con los profesionales de salud de los casos analizados, me sugerían que su forma de interpretar y explicar el contagio de la tuberculosis podía ser muy parecida a la de los internos entrevistados. Pude plantear esta idea en la presentación final del estudio.

A esta reunión asistieron profesionales de la salud de diferentes instituciones como el INPE y el PCT. Así como algunos proveedores de salud de los penales en los que habíamos realizado la investigación.

La gran mayoría fue muy receptiva a lo largo de toda la presentación, y continuamente hacían gestos de aprobación frente a las ideas que planteábamos. Sin embargo, estos gestos se transformaron en extrañeza cuando finalmente se planteó la posibilidad de que los profesionales de salud que atendían y capacitaban a los pacientes del PCT, podrían estar elaborando un discurso muy parecido al de los internos para explicar el contagio. Sin embargo, esta idea sólo era una hipótesis que no podía ser comprobada de manera consistente con la información que contábamos.

Aunque habíamos cumplido con los objetivos del estudio, quedé con una serie de interrogantes que debían ser absueltas para entender mejor la problemática de la tuberculosis en las prisiones de nuestro país:

1. ¿Cuáles son los modelos de explicación de la tuberculosis en los proveedores de salud que laboran en los centros penitenciarios de nuestro país?
2. ¿En qué medida estos modelos de explicación se acercan más a los desarrollados por los usuarios del servicio, y se distancia o difieren del modelo recomendado por las normas del PCT?
3. ¿Cómo es el tipo de relación desarrollada entre proveedores y usuarios del PCT dentro de los establecimientos penitenciarios?
4. ¿En qué medida esta relación y la percepción de los proveedores de salud sobre sus pacientes, actúa como limitante para la transferencia de poder e iniciativa desde los profesionales de la salud hacia la población usuaria dentro de los penales?

La presente investigación intenta cubrir este vacío de información, identificando además las dimensiones que explican la producción de estos discursos e interacciones. La tarea no es sencilla porque, para llegar a respuestas satisfactorias, es necesario trascender el marco conceptual de distancia detallado líneas arriba. Debemos construir herramientas conceptuales y metodológicas diferentes que den cuenta de la complejidad de la vida social que esta detrás de la enfermedad en las prisiones. En la siguiente sección explicaré las principales herramientas conceptuales con las que he decidí abordar el tema.

## CAPÍTULO 2

### LAS HERRAMIENTAS CONCEPTUALES DE ESTA INVESTIGACIÓN

#### **2.1 ¿Cómo entender las concepciones sobre la tuberculosis en prisión?**

Tratar de dar sentido a las interpretaciones y relaciones sociales que están detrás de los procesos de salud, enfermedad y su atención no es una tarea sencilla. Se trata de una empresa que involucra a varias disciplinas en un rango bastante amplio, que abarca tanto a las ciencias biomédicas como a las ciencias sociales. Incluso, si sólo consideramos a las disciplinas incluidas dentro las ciencias sociales, repararemos en que las perspectivas de investigación pueden ser muy diversas y hasta antagónicas<sup>24</sup>.

Este panorama se hace aún más problemático, pues las distintas interpretaciones sobre la salud coexisten en un contexto influenciado diferentes intereses de tipo político y comercial, en el que también entran en juego nuestras valoraciones sobre los grupos más afectados y con menos posibilidades de hacer frente a los problemas de salud<sup>25</sup>.

La complejidad del asunto exige una adecuada delimitación conceptual. Como señalé antes, esta investigación trata de conocer y entender dos dimensiones de la problemática de la tuberculosis en las cárceles: las interpretaciones sobre la enfermedad y las relaciones sociales que están detrás de la atención oficial de la salud.

Ambos temas han sido tratados de manera desigual desde las ciencias sociales en nuestro país. En nuestro medio, se ha presentado una tendencia a una mayor reflexión en torno a las interpretaciones sobre la salud y la enfermedad. Y la mayoría de estos estudios se ha concentrado en poblaciones rurales y urbanas marginales, enfocándose en la perspectiva de los pacientes. Los estudios sobre relaciones médico paciente son escasos.

Creo que estas tendencias responden, en parte, a la necesidad de dar la voz a quienes se encuentran en una posición de desventaja frente al poder ejercido desde el sistema oficial de salud

---

<sup>24</sup> ANDERSON, Jeanine. Op. cit

<sup>25</sup> *Ibid.*

¿Cuáles son los enfoques conceptuales principales con los que se ha trabajado estas dimensiones? Responderé a esta pregunta a continuación.

### **2.1.1 Cuatro enfoques para entender las interpretaciones sobre la salud y la enfermedad.**

Trabajar las interpretaciones sobre cualquier enfermedad no sólo nos conduce a preguntarnos por cómo las personas y grupos sociales conciben sus afecciones. También implica reflexionar sobre cómo los investigadores entendemos estas concepciones. Este es un asunto al que se ha prestado poca atención, tanto en nuestro medio como a nivel mundial, aunque el número de estudios e investigadores sociales interesados por la salud de nuestra población se incrementa día con día.

Uno de los pocos investigadores que ha tratado el tema<sup>26</sup> es Byron Good<sup>27</sup>. Este autor ha identificado cuatro marcos conceptuales utilizados comúnmente en el análisis de las representaciones de la enfermedad en la antropología norteamericana: el enfoque de la creencia popular, el marco de modelos cognitivos, las entradas interpretativas y los enfoques críticos. Cada uno de estos marcos entiende a las representaciones sobre las enfermedades de manera diferente, presentando debilidades y fortalezas que debemos tomar en cuenta en la construcción de una conceptualización propia.

A mi juicio, los estudios sobre interpretaciones de la enfermedad realizados en nuestro medio pueden ser analizados utilizando esta clasificación. A continuación explicaremos cada uno de estos enfoques con el fin de describir el proceso reflexivo que hemos seguido en la construcción de nuestro marco teórico.

#### **2.1.1.1 Creencia vs. Conocimiento. El enfoque de la creencia popular.**

Este enfoque interpreta a las representaciones de la salud y la enfermedad que no corresponden al punto de vista biomédico, como un conjunto de creencias. Dentro de esta perspectiva, las creencias son definidas como conjeturas culturalmente establecidas que tienen poco que ver con el conocimiento real de las enfermedades.

Quienes utilizan este marco generalmente asumen generalmente que el modelo de interpretación correcto es el biomédico y lo contrastan con las creencias para identificar las

---

<sup>26</sup> Y lo ha puesto por escrito.

<sup>27</sup> GOOD, Byron. *Medicina, Racionalidad y Experiencia. Una perspectiva antropológica.*

concepciones de la población que pueden conducir a prácticas de prevención y tratamientos equivocados y riesgosos.

A mi juicio, este tipo de enfoque se encuentra presente en los estudios sobre percepciones y actitudes de la población frente a la salud y la enfermedad. Para muchos investigadores, reconocer estas percepciones y actitudes es sumamente útil porque les permite identificar el conocimiento equivocado del grupo social con que están trabajando con el fin de cambiarlo. Sin embargo su uso puede generar una serie de problemas que describiré a continuación a partir de un caso concreto.

Hace un par de años participé en un estudio desarrollado por una prestigiosa universidad especializada en salud. El estudio intentaba conocer las percepciones sobre “una vida sexual saludable” para los padres de adolescentes que vivían en un gran asentamiento humano en la periferia de Lima. La investigación encontró que para los padres entrevistados, una “vida sexual saludable” implicaba que sus hijos postergaran el inicio de sus actividades sexuales, hasta que pudieran tener una educación superior o un trabajo estable que les permitiera mantenerse.

Para el equipo de investigación ésta era una percepción equivocada, en tanto que no reconocía el derecho de los adolescentes a ejercer su sexualidad y no tomaba en cuenta el uso de una serie de estrategias biomédicas para la prevención del embarazo y las infecciones de transmisión sexual. Por tanto, debía ser cambiada a través de una serie de capacitaciones sobre los derechos sexuales y reproductivos de sus hijos e información sobre la prevención de los embarazos y las ITS.

¿Cuál es el problema con esta interpretación sobre las percepciones de los padres? Me parece que ninguno de los miembros del equipo consideraba que esta idea podía ser legítima. Se trataba de una creencia de la cultura tradicional de las poblaciones que habitaban en este tipo de asentamientos humanos.

Al releer con detenimiento las entrevistas, pudimos reparar en que los padres entrevistados reconocían que sus hijos manejaban las estrategias biomédicas para evitar los embarazos no deseados y la transmisión de ITS. Pero sabían que no las utilizaban en el momento de tener relaciones sexuales. Ante esta situación ellos preferían que sus hijos postergaran el inicio de sus actividades sexuales.

Utilizar el enfoque de las creencias, bajo la etiqueta de percepción, nos impidió considerar la experiencia y conocimiento que los padres tenían respecto a la sexualidad de sus

hijos. Tampoco nos permitió reconocer que las prácticas sexuales de los adolescentes, no sólo respondían un asunto de desconocimiento o desinformación sobre las estrategias biomédicas para la prevención de estas situaciones.

Para Good estas no son las únicas consecuencias negativas de utilizar el marco de las creencias. Según este autor, quienes trabajan con este enfoque consideran que las creencias de la población pueden ser cambiadas de manera relativamente rápida a través de la capacitación. Sin reparar en que estas ideas pueden corresponder a marcos de interpretación y contextos relativamente estables y difíciles de transformar. ¿Son las creencias, percepciones o actitudes sobre la salud y la enfermedad tan superficiales? El enfoque de los modelos cognitivos aplicados a la salud rechaza esta idea.

#### **2.1.1.2 Modelos conceptuales formales y coherentes: Antropología cognitiva.**

El enfoque basado en la antropología cognitiva considera que los individuos, dentro de un grupo social, comparten una estructura de símbolos y conceptos internalizados culturalmente a través de la socialización. Estas estructuras les permiten generar teorías respecto a diferentes dimensiones de la vida, como la salud y la enfermedad. De acuerdo con esta perspectiva, su identificación nos permitiría explicar lo que piensan, dicen y hacen los miembros de una sociedad respecto a un fenómeno. Quienes trabajan utilizando el modelo cognitivo, intentan dar sentido a las concepciones sobre las enfermedades de determinadas personas y grupos sociales a través de clasificaciones, marcos conceptuales y taxonomías que representarían el conocimiento cultural de un grupo sobre las enfermedades.

En nuestro medio se han realizado algunos estudios que trabajan la salud desde esta perspectiva. Uno de los trabajos más fieles a los postulados de la antropología cognitiva corresponde a Alfredo Anderson<sup>28</sup>.

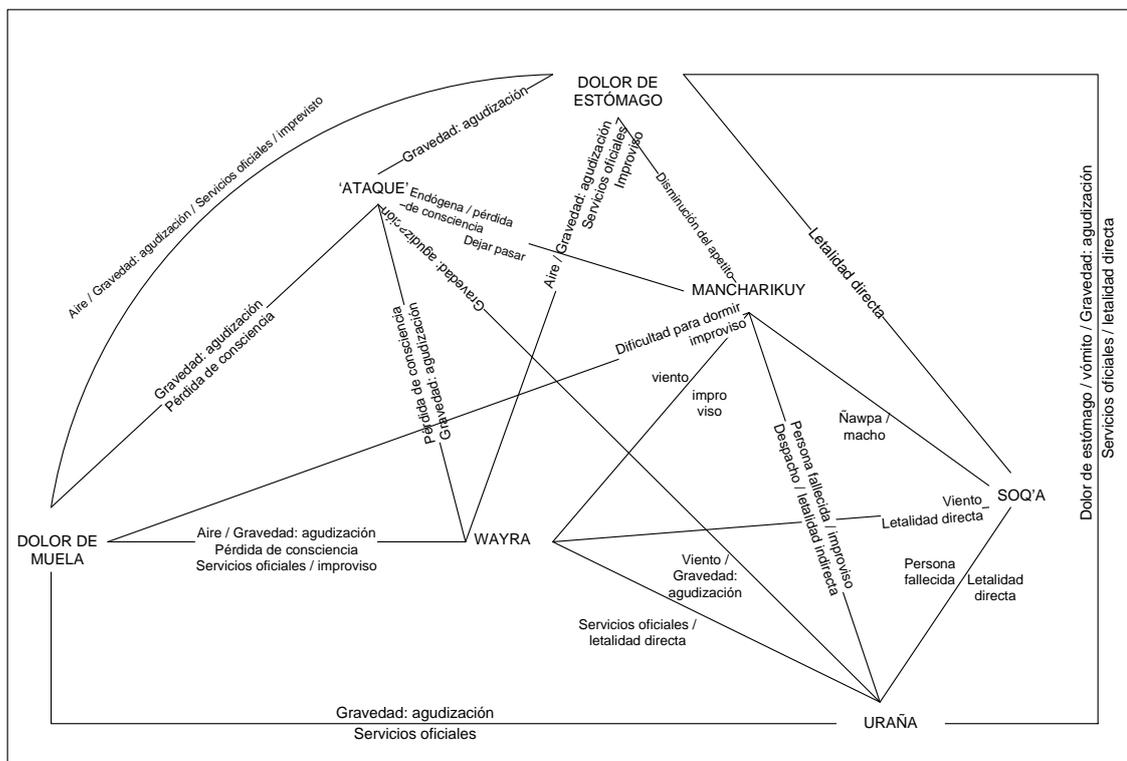
Anderson intenta “describir exhaustivamente el dominio cultural de las enfermedades tal como lo conciben los pobladores” de una comunidad rural en la sierra sur del país. Para ello, construye varios modelos conceptuales de la población respecto diversos tipos de padecimientos.

Como se muestra en el siguiente diagrama, Anderson representa el conocimiento sobre las enfermedades de estos pobladores como un marco conceptual coherente, sistemático y complejo.

---

<sup>28</sup> ANDERSON, Alfredo. *El Dominio Cultural de las Enfermedades en Cuyo Grande, Cusco*.

Gráfico 2  
Modelo Etnomedológico



Fuente: Elaborado por Alfredo Anderson.

El resultado es interesante porque muestra los diferentes conceptos y significados asociados por este grupo, a varios tipos de males. Sin embargo su interpretación genera algunos cuestionamientos importantes que comparte con la mayoría de estudios que utilizan este enfoque. Estos se pueden resumir en la siguiente pregunta: ¿Es el conocimiento grupal e individual sobre los padecimientos algo tan estructurado, coherente y sistemático como se expresa en el modelo presentado por este autor?

Good indica que muchos investigadores dudan que estas conceptualizaciones tengan el nivel de formalización, estructuración y coherencia representado en las taxonomías y clasificaciones de los antropólogos cognitivos.

Si pensamos en nosotros mismos y cómo explicamos una enfermedad tan común como el cáncer, observaríamos que la mayoría desarrollaría una serie de definiciones con muchos vacíos de información e interpretaciones contradictorias. Sin embargo en la mayoría de modelos desarrollados por la antropología cognitiva no hay lugar para estas manifestaciones. ¿Es así como nosotros pensamos en nuestras enfermedades? El modelo parece ser más bien

una construcción artificial del investigador basada en una serie de entrevistas formales muy estructuradas.

Este enfoque tampoco toma en cuenta los procesos a través de los cuales estas concepciones son producidas y cómo pueden variar de una situación a otra para un mismo grupo y persona. Sólo se presentan modelos estáticos e ideales, muy formales respecto a cómo el conocimiento se presenta en realidad.

Finalmente, este enfoque considera que las normas culturales, representadas en los modelos cognitivos, generan comportamientos consistentes con los modelos. Sin embargo, muchas de nuestras acciones no responden a nuestras normas o ideales por más internalizadas que estén. Muchos actos son circunstanciales y podemos hallarles otras interpretaciones, relativizar nuestras concepciones o acotarlas. A mi juicio, en la mayoría de situaciones no existe una correspondencia directa entre los modelo cognitivos y la práctica de las personas.

Pero no debemos descartar todas las ideas planteadas desde esta perspectiva. Una de sus ideas más interesantes y útiles, consiste en entender el conocimiento respecto a una enfermedad como conceptos en relación, teorías locales que pueden ser más o menos desarrolladas, consistentes y permeables.

#### **2.1.1.3 Significados, experiencias y procesos: Las teorías interpretativas.**

Partiendo de esta idea, los enfoques interpretativos se enfocan también en los significados. Pero su objetivo no consiste en desarrollar modelos conceptuales formales y estáticos. Esta perspectiva teórica se concentra en los significados como fenómenos que se producen a través de la experiencia. Trata de descubrir los significados y las interpretaciones observando cómo estos se van transformando, relativizando o reafirmando en situaciones, contextos y procesos concretos de experiencia individual o grupal.

Esta entrada intenta otorgar dinamismo a las concepciones sobre las enfermedades, analizándolas en situaciones y contextos específicos. Sin embargo, considera que estos significados no se construyen de manera aleatoria, si no que conforman tramas que adquieren patrones y estructuras de significación compartidas por un grupo social.

Los sistemas de explicación son patrones de interpretaciones sobre los riesgos y factores que causan diversos problemas de salud, compartidas por un grupo social. Estas interpretaciones abarcan también diferentes consideraciones respecto al desarrollo de las

enfermedades, y las formas particulares de acción frente al tratamiento y prevención de las mismas<sup>29</sup>.

Asimismo, la experiencia de la enfermedad y el comportamiento de un grupo a otro, son organizadas de manera diferente. Muchos de estos sistemas son relativamente estables, se mantienen en el tiempo y nos sirven para interpretar nuevas experiencias. Pero no son cerradas, pueden cambiar y presentan vacíos de información e incongruencias porque adquieren su forma en contextos y relaciones sociales específicas; en donde participan pacientes, médicos, familiares, una comunidad, etc.

Una de las fortalezas de esta entrada, consiste en que es menos formal que la perspectiva cognitiva y no trabaja con modelos ideales, si no con tramas de significados que se forman en la experiencia e historias. Sin embargo, en la práctica es muy probable que un estudio que trabaje con este enfoque termine concentrándose demasiado en los sistemas de explicación dejando de lado los contextos, experiencias y prácticas sociales que esta detrás de los mismos.

#### **2.1.1.4 Antropología crítica:**

Para Byron Good, frente a las investigaciones que se han focalizado en los modelos formales de interpretación de la salud y la enfermedad, se ha desarrollado toda una reacción que subraya el papel de las fuerzas políticas y económicas que están presentes en las situaciones de salud locales. De acuerdo con este autor, para muchos de estos investigadores en lugar de significados, existiría una ideología que encubre relaciones sociales de subordinación en diferentes dimensiones: Estado – ciudadanos, médicos - pacientes.

Desde la perspectiva crítica, las representaciones de la salud son el producto de un sistema de dominación política social construida desde los centros de poder, para lograr la conformidad de los pacientes frente a los diagnósticos y tratamientos.

Estos enfoques tratan a las representaciones como ideologías que sostienen relaciones sociales desiguales entre el sistema de salud oficial y las personas u otros sistemas de salud.

Frente a esta situación, los investigadores con una perspectiva crítica han utilizado mucho el concepto de resistencia como una estrategia de oposición de los grupos

---

<sup>29</sup> ANDERSON, Jeanine. *Tendiendo Puentes. Calidad de la atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud.*

subordinados, frente a la dominación socio económica e ideológica impuesta por los grupos de poder.

Pese a ello, algunos detractores de dicha postura consideran que ésta termina deslegitimando la experiencia de las personas y no reconociendo la necesidad de muchos de ser atendidos integrados al sistema de salud, aunque sea para ser dominados.

### **En síntesis:**

Sería simplista elegir una de las entradas teóricas descartando a las otras. Cada una de las perspectivas descritas en esta sección presentan, por un lado, una serie de fortalezas que es necesario integrar y, por el otro, una serie de debilidades frente a las que hay que estar atentos. Mientras que la perspectiva de las creencias y el enfoque crítico deslegitima la validez ontológica de las interpretaciones no biomédicas, los enfoques cognitivos no problematiza el tema.

El enfoque cognitivo y el interpretativo, focalizan su interés en los modelos conceptuales sin atender necesariamente a las estructuras sociales que están detrás de estas los mismos, presentando modelos formales que son poco útiles en el momento de analizar las interpretaciones sobre la enfermedad en contextos y sobre experiencias concretas.

Antes de adelantar una respuesta definitiva, debemos reflexionar en torno a cómo es que se vinculan las concepciones de las enfermedades con la teoría desarrollada sobre la interacción médico paciente.

### **2.2.1 Roles, estructuras e interacciones: Algunos conceptos para entender las relaciones entre pacientes y profesionales de la salud.**

Como ya habíamos señalado, las investigaciones sociales en nuestro país sobre la relación médico – paciente<sup>30</sup> son escasas y aparecen generalmente como subtemas dentro de estudios enfocados en conocer la interpretación de las personas sobre su salud y la consulta médica. En consecuencia, el desarrollo teórico sobre el tema también es limitado.

---

<sup>30</sup> Buena parte de los estudios revisados hacen referencia a las interacciones entre proveedores de salud y pacientes como “el encuentro médico”. Utilizaremos este término en algunas ocasiones para referirnos a las relaciones que se establecen a lo largo de las diferentes atenciones de salud que pueden ser provistas por profesionales de salud oficiales. Como veremos en el sexto capítulo esta categoría puede ser malentendida porque no sólo se limita a las consultas e involucra a diferentes profesionales de salud y no sólo a los médicos.

Jeanine Anderson<sup>31</sup>, es una de las pocas investigadoras que ha desarrollado algunas ideas teóricas para entender esta relación en nuestro medio. Ella señala que las relaciones sociales entre usuarios y proveedores de salud se dan en dos planos diferentes que deben analizarse y trabajarse por separado.

Uno de estos planos es el colectivo, y corresponde a la relación establecida entre el establecimiento de salud como institución y la comunidad como conjunto de personas que utiliza los servicios y establece relaciones de diverso tipo como: la colaboración para la realización de campañas o el conflicto por el uso de los recursos otorgados por el estado para el establecimiento. Un segundo plano sería aquel en el que el proveedor, en tanto individuo, se vincula a un usuario en el momento del servicio.

Utilizando este marco general la autora ha encontrado que la consulta es el momento central de la interacción entre los usuarios y los proveedores de salud, y representa el foco de interés cuando los usuarios evalúan el sistema oficial de salud.

Anderson también considera que los proveedores de salud tienen un discurso políticamente correcto respecto a la relación con los usuarios y su rol, y que normalmente desestiman las interpretaciones de los pacientes, son autoritarios con ellos y no suelen ceder poder hacia la comunidad y los usuarios.

Frente a esta situación, los usuarios sienten que es difícil plantear preguntas en el momento de la consulta. Los proveedores desalientan las preguntas, en parte porque desconfían de su capacidad para dar explicaciones en términos comprensibles y porque no confían en la capacidad de las usuarias para entender y asimilar una gran cantidad de información.

A nivel individual existen una serie de expectativas tácitas de comportamiento y discurso entre ambos actores. Hay muchas áreas grises en torno a las interacciones en la atención de la salud, donde las reglas vigentes no son claras ni consistentes, ni son conocidas en todas partes. Normas y expectativas que rara vez son articuladas de manera explícita, pueden generar conflictos en la relación usuario - proveedor.

El escenario descrito por Anderson describe a proveedores de salud autoritarios y pacientes/ usuarios que evalúan de manera negativa esta situación, pero que poco pueden

---

<sup>31</sup> ANDERSON, Jeanine. Op. cit.

hacer para transformarla. ¿Es así en todos los contextos de atención existentes en nuestro país? Posiblemente no. La autora analiza casos de atención ginecológica de mujeres de espacios rurales, en servicios públicos de salud. ¿Sucedería lo mismo si se tratara de un varón de clase media que acude a un servicio privado de salud? ¿Cómo explicar el patrón de relación encontrado por Anderson en el encuentro de las mujeres rurales y proveedores de salud de los casos estudiados?

De acuerdo a autores como Fahy y Smith<sup>32</sup>, Bleda<sup>33</sup> o Briceño<sup>34</sup> existen varias posibles respuestas a esta última pregunta que dependen del enfoque teórico utilizado por el investigador.

### **2.2.1.1 La teoría de los roles sociales de Talcott Parsons y su aplicación a las relaciones médico – paciente.**

Los inicios de la conceptualización sobre las relaciones entre el personal de salud y los pacientes, están definidos por el desarrollo de la teoría de los roles sociales de Talcott Parsons<sup>35</sup>.

Parsons consideraba a las enfermedades como circunstancias que impiden el funcionamiento normal de la sociedad. Desde su perspectiva, frente a este tipo de situaciones la sociedad actúa generando una serie de normas y valores relativos al “estar enfermo”. Para conseguir este objetivo, la sociedad define a las personas que sufren algún problema de salud en un papel y posición específicos. El rol del enfermo lo libera de sus responsabilidades sociales pero, al mismo tiempo, le impone un conjunto de obligaciones como: desear mejorar, buscar recuperarse y seguir estrictamente las indicaciones dadas por el médico.

Desde esta perspectiva la atención de la salud es vista como un mecanismo social mediante el cual se regula y controla a los enfermos para devolverlos a sus actividades normales. El papel del médico consistiría en desarrollar el control social, necesario para reponer al enfermo en su papel normal.

Basándose en estas proposiciones, Parsons observó que la relación entre médico y el paciente puede ser entendida como una estructura social. Para este autor ser médico o paciente es un rol social que conlleva un conjunto de comportamientos normados por la

---

<sup>32</sup>FAHY, Kathleen y SMITH, Philip. *From de sick role to the subject positions: a new approach to the medical encounter*.

<sup>33</sup> BLEDA, José María. *Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad*.

<sup>34</sup> BRICEÑO, Roberto. “Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico”.

<sup>35</sup> PARSONS, Talcott. *El sistema Social*.

sociedad, e impuestos sobre los individuos. El paciente debe tratar de curarse y, por tanto, obedecer. El médico debe imponer su criterio para recuperar socialmente al enfermo. De esta forma las normas y estructuras sociales operan sobre los individuos, dando lugar a interacciones preestablecidas en donde el médico detenta el poder y el paciente obedece.

Desde esta perspectiva nuestro varón de clase media limeña, debería obedecer al médico sin oponer resistencia o cuestionar sus procedimientos. El médico privado actuaría de manera autoritaria por el bien del paciente. ¿Cuál es el problema con este tipo de interpretaciones?

### **2.2.1.2 El enfoque propuesto por el interaccionismo simbólico.**

Interaccionistas simbólicos como Strauss y Corbin<sup>36</sup> consideran que este modelo no revela ni es flexible a las posibles negociaciones, pugnas y contingencias existentes en la relación médico - paciente.

Estos encuentros y el tipo de relación que se establece entre ellos, emergen de situaciones que dependen de condiciones institucionales, locales y de la experiencia de vida de quienes se inscriben en esta relación. Para Kleimann<sup>37</sup> estos aspectos se hacen más importantes si es que uno analiza el poder existente en los encuentros médicos.

Los autores que se basan en las teorías planteadas por el interaccionismo simbólico, consideran que las identidades y tipos de relaciones establecidas entre pacientes y médicos, son construidas por y en su interacción concreta. (Bleda 2005).

Utilizando esta perspectiva, Goffman<sup>38</sup> analiza las relaciones sociales de la atención médica como dramas, que se desarrollan sobre un escenario en el que se negocia por obtener y ceder control sobre los procesos de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

Por ejemplo, observa que los médicos adecuan su lugar de trabajo con la finalidad de transmitir una impresión de profesionalismo y poder más allá de su dominio real del conocimiento médico. Los pacientes también hacen lo propio. Pero los recursos que tienen a su disposición para obtener cierto control sobre sus diagnósticos y tratamiento son diferentes y desiguales y, por tanto, su capacidad de ejercicio de poder también es distinta.

---

<sup>36</sup> Citados por Fahy y Smith

<sup>37</sup> KLEIMANN, A. *Social Origins of Distress and Disease*.

<sup>38</sup> GOFFMAN, Irving, *Internados*. Amorrorty Editores Buenos Aires.

Los profesionales de la salud pueden utilizar sus recursos, como la legitimidad institucional, para etiquetar a los pacientes asignándoles papeles que pueden resultar estigmatizantes. Por ejemplo, considerar a las mujeres rurales como pacientes difíciles y desinformadas sobre las que hay que ejercer un control estricto.

Estas etiquetas no sólo se despliegan dentro de las consultas si no que pueden generar toda una imagen social sobre determinados grupos de usuarios influyendo en la forma como se observa en la sociedad y cómo es que se piensan políticas sociales para ellos.

Como señala Bleda, algunos padecimientos pueden llevar a algunas personas a una muerte social antes que física al generar la reducción de sus redes sociales o el aislamiento absoluto. Los estudios que manejan esta perspectiva observan cómo la organización institucional del servicio médico puede contribuir a las deficiencias en el tratamiento de los pacientes.

Además los pacientes y profesionales de la salud tienen intereses que trascienden los objetivos de la curación de una enfermedad como: obtener atención o recursos, ganar dinero, imponer criterios, controlar una situación, etc. Para alcanzar estos objetivos, ambos grupos deben aprender a jugar y controlar las impresiones que generan frente al otro.

Pese a que las críticas planteadas por el interaccionismo simbólico al enfoque funcionalista de Parsons son más que legítimas, debemos reconocer que el enfoque basado en la teoría de los roles sociales introduce un elemento importante para el análisis del encuentro médico; que es la inclusión de los grandes marcos estructurales que influyen en las relaciones de poder que están detrás este vínculo. Tanto médicos como pacientes, adquieren posiciones estructurales en la relación dependiendo de su procedencia étnica, socio económica y del tipo de servicio o institución en donde se desarrolla la relación.

### **2.2.2.3 El estructuralismo marxista y las perspectivas basadas en Foucault.**

Esta perspectiva del asunto, ha sido trabajada por el análisis de los encuentros médicos desarrollados por el estructuralismo marxista. Para Fahy y Smith, quienes trabajan utilizando esta vertiente teórica, se concentran en cómo la estructura del gran modelo social en el que se encuentran los sujetos y grupos generan las relaciones de poder. Sin embargo, al igual que el enfoque Parsoniano, no otorgan el crédito necesario a la agencia, las contingencias y las negociaciones que se dan en las acciones concretas de la interacción<sup>39</sup>. (Pappas, 1990).

---

<sup>39</sup> PAPPAS. *Some Implications for the study of doctor patient interactions, social sciences and medicine.*

Según Fahy, desde esta perspectiva los pacientes están atrapados en discursos y procedimientos que sólo les dejan espacio para la obediencia. No dan lugar a cambios en las identidades y roles existentes en las interacciones.

Por otro lado, los enfoques basados en las conceptualizaciones de Foucault hacen hincapié en estos aspectos subestimados por la perspectiva marxista. Estos enfoques se concentran en la resistencia y la contingencia de las identidades y roles utilizados por los involucrados en los encuentros médicos. Pero sobre enfatizan los mecanismos de control y conformidad creadas en las instituciones médicas dejando de lado la estructura social mayor en la que se desarrollan.

#### **2.2.1.4 Estructura versus proceso o estructuras y procesos: Integrando las concepciones sobre el encuentro médico y las interpretaciones de las enfermedades en el marco teórico de esta investigación.**

La discusión que hemos presentado, nos ubica frente a un panorama conceptual antagónico en donde algunas miradas teóricas sobrestiman a las grandes estructuras sociales y otras se focalizan casi exclusivamente en las interacciones concretas.

Para Fahy y Smith la cuestión se encuentra en:

*“...repensar el encuentro médico de una manera teórica que pueda tomar en cuenta la relación existente entre las posiciones y las acciones de los individuos y la estructura social mayor en las que se enmarcan”<sup>40</sup>.*

Para estas autoras, también existe una posibilidad alternativa, que consiste en abandonar los intentos por trabajar con teorías generalizadoras para elaborar conceptualizaciones específicas a casos y contextos concretos. Lo mejor para ellas, y también para mí, consiste en encontrar un punto medio utilizando las ideas más útiles de estos enfoques, pero enriqueciéndolos con miradas a casos específicos.

Esta revisión teórica, nos permite construir un modelo conceptual en el que tanto las ideas sobre las enfermedades como las relaciones entre médicos y pacientes, se despliegan en dos campos diferentes. Uno de estos campos es el de las estructuras.

---

<sup>40</sup> FAHY, Katheelen y SMITH, Philip Op cit.

Las interpretaciones sobre las enfermedades conforman patrones o modelos de explicación que pueden presentar una mayor o menor consistencia, compartirse o no y ser abiertos al cambio en mayor o menor medida. Estos patrones sirven como punto de partida para que los pacientes y profesionales de la salud interpreten sus experiencias en relación con las enfermedades y su tratamiento.

Pero nuestro marco no atiende únicamente a las concepciones sobre una enfermedad en específico, en este caso la tuberculosis. Considero que éstas se encuentran enmarcadas en modelos de interpretación mayores sobre los siguientes aspectos: las enfermedades en general, el contexto en el que se desarrollan y las ideas sobre las relaciones sociales que están detrás de su tratamiento.

Estas concepciones se construyen y reinterpretan dentro de estructuras de relaciones sociales, que abarcan varios niveles generando recursos diferenciados para atender los problemas de salud. Dichas estructuras influyen en las formas que adquieren las interacciones y el ejercicio del poder desplegado en los encuentros médicos.

A un nivel macro, existen patrones de relaciones e intercambios que se establecen entre los miembros de la comunidad que estamos trabajando, los penales y la sociedad mayor. Es importante atender a esta dimensión porque nos permite considerar cuáles son los recursos que son provistos por el estado y los familiares, para que los proveedores de salud e internos enfrenten los padecimientos en una situación de encierro.

A mi entender, en las prisiones los pacientes y médicos actúan en una estructura de relación marcada por la crisis y los shocks. El encarcelamiento de cualquier persona implica un shock económico y social que altera buena parte de las dimensiones de su vida. Cuando este encarcelamiento es prolongado, como ocurre en la mayoría de procesos penales en el Perú, esta situación adquiere las características de una crisis que hace que los internos experimenten la cancelación repentina de una serie de recursos y alternativas de vida, así como la imposición de limitantes para el desarrollo de sus actividades sociales y económicas<sup>41</sup>.

Esta cancelación o reducción de recursos y alternativas, se expresa en diferentes dimensiones. Por ejemplo, a nivel económico, los internos deben presenciar un dramático descenso de sus niveles de ingresos. A un nivel social, es muy posible que las redes sociales – como la familia, los amigos y pares, los empleadores y organizaciones -- se vean reducidas por el estigma del encarcelamiento. A un nivel más personal, los internos pueden observar una

---

<sup>41</sup> Mi perspectiva sobre los shocks y las crisis se deriva de la conceptualización realizada por Benjamín Orlove en un artículo sumamente interesante titulado *El suicidio de Juanita*.

transformación radical de sus posibilidades de control en el ejercicio sobre sus procesos de salud y enfermedad, y del manejo de su salud sexual y reproductiva.

Esta crisis conlleva además a la adición de nuevas metas en las perspectivas de vida de las personas. Como señala Benjamín Orlove<sup>42</sup>, las situaciones de crisis son emergencias que requieren y demandan respuestas. En este sentido, el ciclo y expectativas de vida de estas personas se ven afectados frente a la necesidad de enfrentar las exigencias económicas y burocráticas que la situación del internamiento demanda. Por su parte, los internos desarrollan una serie de estrategias tanto formales como informales para acceder a servicios y recursos dentro de estas instituciones.

Esto aspectos no sólo afectan a los internos, si no también a su entorno familiar. En muchos casos, las parejas y madres deben asumir una larga lista de costos prácticos relacionados con la manutención de sus familias (hijos, padres, etc.) y los costos de la vida de la persona privada de la libertad en prisión, que no son asumidos totalmente por las instituciones penitenciarias: salud, alimentación complementaria, útiles de aseo, pago por el alquiler de espacios en las celdas, entre otros.

Paralelamente, las parejas deben lidiar con los costos de los procesos judiciales. Estas demandas conllevan, en muchos casos, a la urgencia por desarrollar nuevas destrezas como el aprender a maniobrar en la intrincada red de nuestro poder judicial. El asunto se hace más dramático si consideramos la gran cantidad de internos abandonados por sus familiares y otras personas fuera de prisión.

A un nivel medio debemos analizar cuáles son los límites de los intercambios entre los servicios de salud existentes en los penales y los internos como comunidad. Por ejemplo, varios de los médicos entrevistados consideran que su labor se concentra casi exclusivamente en la atención de los padecimientos, y que no pueden realizar actividades preventivas efectivas porque no cuentan con los recursos suficientes.

A un nivel micro podemos observar cuáles son los patrones de relaciones que se establecen entre proveedores de salud y pacientes en los tratamientos individuales y cómo estas están marcadas por un contexto de recursos limitados y expectativas divorciadas.

Pero tanto los patrones de relación como los modelos de explicación, adquieren formas específicas en las interacciones generadas en la atención de la salud. Es en la acción y la

---

<sup>42</sup> ORLOVE, Benjamín. “El suicidio de Juanita”.

práctica concreta, en que estos patrones se reafirman o transforman, generando experiencias sobre las cuales se reevalúan estos patrones.

Estas experiencias pueden ser recogidas a través de los discursos y prácticas establecidas por los profesionales de la salud y los pacientes. Para recogerlos, debemos atender a las historias que médicos y pacientes elaboran en torno a episodios y procesos de enfermedad que experimentan y las narrativas que ambos grupos desarrollan durante las atenciones de salud.

La antropología ha desarrollado el concepto de “narrativas de aflicción”, para dar cuenta de la estrategia que se debe seguir con el fin de aprehender las experiencias de los enfermos<sup>43</sup>. Esta estrategia se basa en que los seres humanos explicamos estos problemas a través de narraciones como cuentos, relatos o pequeñas historias.

Estas narrativas se despliegan en diferentes momentos y situaciones como las conversaciones entre amigos, familiares, el investigador y también en la consulta misma.

Para Anderson<sup>44</sup>, los pacientes elaboran historias en donde definen momentos, actores y eventos relacionados a su enfermedad. A través de estas narraciones, los pacientes hacen referencias a sus modelos de causalidad sobre la enfermedad, y realizan evaluaciones morales respecto a la actitud asumida por los actores que participan o participaron en el evento.

De acuerdo con la autora, las narrativas de aflicción privilegian la voz de quienes sufren “pesares”:

*“La atención se centra en la forma en que cada individuo va elaborando un relato personal y único en lo que dice o no dice. Los silencios, olvidos, la supresión de hechos y evidencias son elementos importantes para el análisis. Es necesario atender a lo que dice una persona, cómo lo dice, cuánto dice que no quiere (o no puede) decir”.*

*(Anderson 2000)*

Pero los proveedores de salud también construyen narrativas en relación a sus experiencias frente pacientes y sus casos. Nancy Scheper Hughes<sup>45</sup> alude a esta idea cuando analizar las historias que elaboran los profesionales de salud para describir sus dificultades en la atención de personas pertenecientes una comunidad del noreste brasileño.

---

<sup>43</sup> ANDERSON, Jeanine. “Narrativas de aflicción de mujeres andinas”.

<sup>44</sup> *Ibid*

<sup>45</sup> SCHEPER – HUGHES, Nancy. *La Muerte sin Llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*.

Estas narrativas también son elaboradas en un juego de intercambio de historias entre pacientes y médicos. Cheryl Mattingly<sup>46</sup> se centra en este aspecto al observar cómo es que en las consultas médicas, pacientes y rehabilitadoras intercambian narrativas durante el proceso de atención con varios fines. Los familiares, amigos y otros actores también participan de esta dinámica.

Estos intercambios no son necesariamente fluidos porque, a través de estas historias, los proveedores de salud y pacientes compiten en un intento por tomar o ceder control sobre los tratamientos, legitimar una posición o identidad y dar sentido a la trayectoria que sigue el proceso de atención de la dolencia.

Pero no se trata simplemente de hacer referencia a experiencias pasadas. Se trata de crear experiencias para otros, con el fin de lograr ciertos objetivos como entender una enfermedad y negociar el proceso de atención de la salud.

Para Mattingly, estas historias se relacionan con la acción y la experiencia. Las narrativas tratan sobre personas intentado hacer algo sobre un quiebre de salud, y qué es lo que le pasa como resultado de esta acción:

*“Las historias nos hablan sobre cómo los eventos actúan sobre los protagonistas y qué significa esta carga para ellos. También nos dicen qué es lo que eventos están tratando de ser iluminados por los narradores. Pero la narrativa no sólo es definible en términos de su contenido. También está marcado por el estilo de presentación, por un lenguaje altamente connotativo. Existen una serie de características”.*

*(Mattingly 1998)*

Por tanto se relacionan con acciones e interacciones humanas y actos sociales. En este sentido no sólo nos habla de sobre lo que alguien hace en un contexto determinado, también nos indica qué hace este mundo sobre esta persona. En palabras de esta autora:

*“Nos permite inferir algunas cosas acerca de lo que significa y qué se siente estar en el mundo de esa historia”.*

*(Anderson 2000)*

---

<sup>46</sup> MATTINGLY, Cheryl. *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience.*

Para Anderson, atender a estas narrativas pueden permitirnos elaborar teorías más contundentes sobre la salud de las personas y los grupos sociales y plantear mejoras en los sistemas de atención de salud.



### 2.2.3 Qué, quiénes, cuándo y como: Los aspectos metodológicos de la investigación.

En esta sección presentaré la estrategia metodológica que seguí para el desarrollo del estudio, describiendo: la perspectiva epistemológica de la investigación; los métodos y técnicas utilizadas; los casos que hemos trabajado y los procedimientos seguidos para el análisis de la información obtenida.

#### 1.2.3.1 Perspectiva del estudio.

Delimitar cuál es la perspectiva de investigación a enfatizar en nuestro estudio, nos permite definir cómo consideramos que podemos captar y analizar los fenómenos que estudiamos. En este estudio he enfatizado una perspectiva cualitativa de investigación, en tanto considero a las interpretaciones de la enfermedad y las relaciones entre profesionales de salud y pacientes como un conjunto de estructuras dinámicas de significados y prácticas socialmente construidas por los sujetos de estudio que se cristalizan en narrativas de aflicción e interacciones sociales.

Como señala Maxwell (1996), la perspectiva cualitativa nos permite entender los significados (cognición, afectos, sentidos), de los participantes del estudio en los contextos particulares en que éstos actúan. También nos acerca a los procesos concretos en los que estos significados toman forma, identificando fenómenos no previstos y sus influencias. Esta perspectiva resultó particularmente útil en la medida en que el estudio aborda diferentes dimensiones (macro, medio, meso) y actores (diferentes tipos de profesionales de la salud y pacientes) con interpretaciones y condiciones particulares frente a un mismo fenómeno.

Finalmente, esta entrada fue especialmente conveniente porque enfatiza una lógica inductiva de investigación en la que las categorías y conceptos emergen de los datos enriqueciendo el modelo teórico inicial planteado en la sección anterior. Esta lógica me permitió identificar dimensiones y dominios del fenómeno no considerados en el marco teórico inicial.

Pese a contar con estas ventajas de la investigación cualitativa, debí enfrentar a una serie de retos relacionados con la impredecibilidad de los procesos de investigación en estos estudios.<sup>47</sup> A diferencia de los estudios cuantitativos, desde la perspectiva que utilizamos no se puede controlar con exactitud la confiabilidad y representatividad de los datos encontrados<sup>48, 49</sup>:

---

<sup>47</sup> HOLLIDAY, Adrian. *Doing and Writing Qualitative Research*.

<sup>48</sup> ANDERSON, Jeanine. *Mujeres de Negro. La muerte materna en zonas rurales del Perú*.

<sup>49</sup> Aunque esta afirmación no es del todo cierta ya que en los estudios cuantitativos también existen una serie de sesgos que no se pueden controlar y que generalmente no son tomados en cuenta.

*“Estas no permiten establecer correlaciones entre variables, asignar números y niveles de significación estadística a distintos grados de asociación entre dos o más fenómenos”<sup>50</sup>.*

Por tanto, el proceso de construcción de conclusiones y alegatos requirió de un monitoreo constante de la validez de las descripciones, conclusiones e interpretaciones a través de: la revisión exhaustiva de los textos primarios (entrevistas y observaciones), exposición de la diversidad y complejidad de facetas del fenómeno que estudiamos y la triangulación de información para asegurarnos de que los datos sean verdaderos para la gente y el contexto con que se ha trabajado así como para situaciones en contextos similares al desarrollado en el estudio.

### **1.2.3.2 Los métodos y técnicas a utilizar.**

En concordancia con el modelo teórico desarrollado, debí utilizar diversos tipos de datos que requirieron diferentes estrategias de recolección y análisis de información. En la siguiente tabla se describen los diferentes tipos de datos importantes para el estudio y las técnicas que usé para recogerlas.

*Tabla 1*  
*Tipos de datos y formas de recolección*

Tipo de dato	Característica	Formas de recolección
Descripción de recursos intercambiados a un nivel macro	Lo que se ve y escucha sobre los recursos que brinda el INPE, el PCT y otras organizaciones brindan para el puesto de salud.  Lo que se ve y escucha sobre los recursos que brindan las familias a los pacientes.	Entrevistas a informantes claves. Profesionales de la salud y promotores.  Revisión de fuentes secundarias.
Descripción de recursos intercambiados a un nivel medio	Lo que se ve y escucha sobre los recursos formales e informales con que el puesto	Entrevistas a informantes claves. Profesionales de la salud y promotores.

<sup>50</sup> ANDERSON, *ibid.*

	cuenta para realizar actividades grupales con los internos.	
Descripción de recursos intercambiados a un nivel micro	Lo que se ve y escucha sobre los recursos intercambiados entre pacientes y profesionales de la salud en la atención.	Observación de los servicios de salud y el PCT.  Entrevistas con profesionales de la salud.
Explicaciones e interpretaciones locales de profesionales de la salud las enfermedades en el penal y la tuberculosis.	Las narrativas sobre las enfermedades y la tuberculosis desarrolladas por los profesionales de la salud en la consulta y en otros contextos.	Observación de la atención médica y el PCT.  Entrevistas con profesionales de la salud.
Explicaciones e interpretaciones locales de los pacientes sobre las enfermedades en el penal y la tuberculosis.	Las narrativas sobre las enfermedades y la tuberculosis desarrolladas por los pacientes en la consulta y en otros contextos.	Entrevistas a pacientes.  Observación de la atención médica y el PCT.
Descripción de prácticas de atención de la salud en general y del PCT	Lo que el investigador observa sobre y escucha sobre las interacciones entre médicos y pacientes.	Observación de la atención médica y el PCT.  .

A partir de esta tabla es posible apreciar los dos grandes componentes metodológicos utilizados en la investigación. El primero que es de carácter etnográfico. Buena parte de mi esfuerzo se concentró en convivir, observar y registrar las interacciones y narrativas generadas en la atención de la salud en dos penales: Río Seco y Lurigancho<sup>51</sup>.

Pero es imposible atender a todos momentos de esta atención. Por esta razón utilicé la estrategia recomendada por Adrian Holliday (2001) sobre la ubicación de lugares o “sitios ricos en datos”. Este concepto no alude únicamente a espacios físicos. También pueden involucrar momentos y grupos relevantes en la atención de la salud. Se trata de elegir “escenarios definibles en donde el fenómeno que nos interesa pueda ser ubicado de manera significativa en un ambiente social específico”.

<sup>51</sup> La descripción detallada de ambos casos se encuentra en los capítulos siguientes, como parte de la evidencia presentada para sustentar mi análisis e interpretaciones.

Para Holliday, estos escenarios nos deben proveer de una variedad de datos relevantes e interconectados que nos muestren diferentes perspectivas, y dimensiones sobre los fenómenos que queremos investigar.

En este estudio identifiqué dos espacios, logística y conceptualmente manejables: los momentos de consulta de los pacientes, y las reuniones para la administración de los medicamentos a los internos que siguen el tratamiento brindado por el PCT. A mi juicio, la observación de estos momentos me permitió acceder a parte de las estructuras interpretativas, relaciones sociales y procesos concretos que están detrás de la atención de la salud en estos contextos.

Adicionalmente se han observado espacios de reunión informal de pacientes y profesionales de la salud, como: el lugar de espera para la consulta o las áreas de reunión de los pacientes internados en el tópicó de la cárcel.

El segundo componente es de carácter más bien interpretativo, en tanto que se recogieron y analizaron las experiencias de los proveedores de salud y usuarios en torno a la tuberculosis, otras enfermedades y el encierro.

Se suele considerar que la entrevista es la técnica privilegiada para desarrollar este enfoque. Sin embargo, para esta investigación he optado por privilegiar el uso de la observación como estrategia principal de registro de las narrativas de los actores. Esta una de las pocas técnicas que nos permiten dar cuenta de las experiencias de las personas a través de sus discursos en situaciones relativamente naturales y espontáneas.

De acuerdo con Ricardo San Marín<sup>52</sup> (1992) el uso de la observación para registrar narrativas, nos permiten diferenciar entre la cultura ideal, normalmente verbalizada a través de conversaciones más o menos formales como las entrevistas, de las prácticas y procesos concretos. Esta estrategia fue importante ya que muchos de los temas tratados eran difíciles de verbalizar y/o problematizar por la población objetivo que trabajamos.

Una de las principales críticas hechas a la observación, pasa por el carácter subjetivo que esta detrás de esta experiencia. Sin embargo, ninguna de las técnicas de recojo de información se libra de este ingrediente. Lo que hay que hacer es entender cómo actúa nuestra subjetividad y bagaje personal en relación con esta técnica. Uno no necesariamente ve lo que quiere, ver si no lo que su bagaje cultural y conceptual le permiten ver.

---

<sup>52</sup> SAN MATIN, Ricardo. "Observación Pariticipante".

Como observador uno puede llegar a desempeñar diferentes posiciones, que van desde observación pura a la participación total pasando por una combinación de ambos. En general he tratado de observar los acontecimientos que me interesaban sin participar mucho de ellos. Consideré esta posición en tanto que el observador no se constituye en el centro de atención sobre lo que ocurre. Las observaciones se hicieron más selectivas mientras que identificamos patrones, actores y contextos que me interesaban.

Adicionalmente realicé una serie de entrevistas abiertas con el fin de profundizar en diferentes aspectos del contexto y generar narrativas un poco más elaboradas sobre la tuberculosis, en profesionales de la salud y pacientes. En la siguiente tabla se resume el número de aplicaciones de las técnicas utilizadas:

**Tabla N°2**  
**Número de aplicaciones de las técnicas utilizadas**

<b>Técnica</b>	<b>Lurigancho</b>	<b>Río Seco</b>
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 25 consultas.</li> <li>- 4 eventos de capacitación colectivos.</li> <li>- Observaciones en otros espacios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 38 consultas.</li> <li>- Observaciones en otros espacios.</li> </ul>
Entrevistas abiertas a internos	Seis	Diez entrevistas individuales
Entrevistas abiertas a proveedores de salud	Seis entrevistas	Tres entrevistas
Revisión de información secundaria	Bases de datos de casos atendidos en el tópico de Río Seco	Base de datos de una investigación anterior sobre tuberculosis en Lurigancho.

La tabla nos permite apreciar que el número observaciones y entrevistas realizadas durante el trabajo de campo en ambos penales fueron diferentes. En Lurigancho tuve que suspender mis visitas debido a algunos inconvenientes con la dirección de salud del INPE, que consideraba excesiva mi presencia en el penal.

Esta situación planteaba una desventaja considerable para el desarrollo de alegatos sobre el caso. He intentado subsanar este problema desarrollando algunas entrevistas a proveedores de salud fuera del penal y reanalizando los datos obtenidos, dos años atrás, durante mi primer trabajo de campo en el penal.

Nota sobre los actores en el servicio de salud:

A lo largo del análisis haré referencia a varios tipos de proveedores de salud. A continuación se presenta y describe cada uno.

Proveedor	Descripción
Médico	Profesionales de la salud responsable del diagnóstico y tratamiento de pacientes.
Médico/interno	Médicos que colaboran dentro de los servicios de salud, que son internos del penal
Técnicos	Personal del INPE capacitados en enfermería.
Colaborador	Interno que asiste a los Médicos y técnicos en sus actividades
Promotor de salud	Interno capacitado por el proyecto del Fondo Global, encargado de la captación de los enfermos.
Delegado de salud	Interno responsable encargado de trabajar temas de salud de cada pabellón.

### CAPÍTULO 3

#### “TODOS PERDEMOS”

#### CONDICIONES DE VIDA E INTERPRETACIONES SOBRE LA SALUD CONSTANTES EN AMBOS PENALES

Una mañana, mientras que aguardaba al enfermero de turno en la recepción del tópico de Río Seco, pude presenciar un evento que llamaría poderosamente mi atención. Uno de los internos se había dispuesto en posición de cuclillas, con la cabeza entre las piernas y las manos en puño sobre ellas. Tenía los ojos y dientes apretados. Lloraba y entre gemidos decía que le dolía la cabeza. De pronto comenzó a gritar, “¡Doctor! ¡Doctor!”.

El interno se tomó el cabello con fuerza para, inmediatamente, caer de costado. Repetía la misma frase: “¡Doctor! ¡Me duele la cabeza!” El resto de pacientes lo miraba sin acudir a su llamado. Ninguno de ellos se acercó para ver qué le ocurría. Los ayudantes del personal de salud pasaban y se miraban haciendo gestos de disgusto. Uno de ellos me dijo, “esta fingiendo porque quiere recibir tratamiento externo para su glaucoma, igualito que el paciente del leucoma.”

En ese momento tuve que abandonar el ambiente de espera para conversar con el enfermero. La entrevista duró aproximadamente dos horas. A mi regreso el interno había sido ubicado en una habitación contigua al consultorio principal. Este ambiente estaba destinado a los casos en observación, generalmente para quienes llegaban con cuadros de deshidratación aguda.

Ahora estaba recostado en posición fetal. Todavía gemía e insistía en que la cabeza le dolía. Pedía que el médico acudiera a ver su caso. Casi no habían internos esperando la consulta, pero ninguno de los proveedores de salud le prestaba atención. Uno de los colaboradores<sup>53</sup>, el señor Falcón, se me acercó y me explicó lo sucedido: “El doctor (...) no podía atenderlo, lo vio usted en la mañana, estaba bien, sólo venía para ver qué podía hacer con su caso”.

Desde la perspectiva de Falcón, el paciente fingía esta crisis porque se había enterado que otro interno, con un padecimiento similar al suyo, iba a ser tratado fuera del penal. El colaborador continuó con su relato:

*“El pata es hábil vendía caramelos en los micros, pero tiene el problema de la vista y ya perdió un ojo. A él nadie lo viene a ver y no tiene como sustentar su consulta externa, pero hace todo lo posible para conseguir la ayuda y no perder su otra vista”.*

Alzamora, uno de los médicos internos<sup>54</sup> intervino en la conversación: “Está abandonado, no tiene visitas, no puede hacer nada con su enfermedad, nosotros tampoco estamos en condiciones de ayudarlo.” Él consideraba que la mejor forma de solucionar el problema consistía en ayudar al interno para que saliera pronto del penal. Cancino suspiró antes de culminar con su explicación, señalándome:

---

<sup>53</sup> Este es el nombre que se le da a los internos que asisten en sus actividades a los proveedores de salud.

<sup>54</sup> En Río Seco existen dos “Médicos Internos”. Son personas profesionales de la salud privadas de su libertad que colaboran diariamente con la atención a los pacientes y se encargan de algunas tareas específicas. Uno de ellos, era el responsable informal del Programa Contra la Tuberculosis en el Penal.

*“Es que aquí no somos iguales. El otro paciente pudo ir a la consulta externa porque su familia va a pagar la consulta en el hospital regional. Todos estamos fregados, pero hay gente que tiene más recursos que otros, como todo cuesta, hay internos que viven mejor que otros”.*

Este incidente revela varios de los aspectos que analizaré en los siguientes capítulos. Para la mayoría de internos, con los que conversé, la reclusión en un establecimiento penitenciario implicaba compartir una situación común, las circunstancias del encierro, en un contexto de considerable heterogeneidad y desigualdad interna.

Por su parte, varios de los proveedores de salud consideraban que debían actuar sobre los procesos de salud y enfermedad de los internos, tomando en cuenta estas desigualdades y a los recursos que el INPE les proveía.



*Foto 1: “Doctor! Doctor! me duele la cabeza” Otro interno, esperando su turno al lado de una ventana, mira para otro lado. Fuente: Piura, Febrero de 2006.*

### **3.1 Las relaciones sociales y recursos detrás del encuentro médico en institución que pretende ser “total”**

En esta sección describiré las relaciones sociales, recursos e intercambios detrás del encuentro médico y la atención contra la tuberculosis. Esta tarea conlleva la responsabilidad de narrar una historia trazada por las condiciones de vida en prisión, sin reproducir los estereotipos clásicos sobre los internos y sus cuidadores.

Internos y proveedores de salud actúan en un sistema determinado por las limitaciones de recursos, hacinamiento y corrupción existentes en las instituciones penitenciarias de nuestro país. Si no tomamos en cuenta dichas circunstancias es muy fácil representar a estas personas como seres deshumanizados, enfocados en la trasgresión de las normas, el control o la manipulación<sup>55</sup>.

Pero también puede ocurrir el efecto contrario. En muchos casos los investigadores desarrollamos empatía hacia el tema y los sujetos que estudiamos, tendiendo a elaborar lecturas compasivas de estas personas. En consecuencia dejamos de tomar en cuenta la responsabilidad que estos actores tienen frente a sus circunstancias y la solución de las mismas.

En consecuencia, necesitamos contextualizar las acciones, perspectivas e interacciones, de los internos y el personal de salud, en el marco de las circunstancias particulares que se generan alrededor de la vida en prisión.

Muchas entradas analíticas utilizadas para dar cuenta de estos aspectos para el caso de las prisiones, se basan en el concepto de “Instituciones Totales”; categoría desarrollada por Erving Goffman para describir la dinámica de las relaciones sociales en un hospital psiquiátrico<sup>56</sup>.

---

<sup>55</sup> Para autores como Philippe Bourgois este problema ha sido poco trabajado desde la antropología ya que, usualmente, los etnógrafos han tendido a imponer orden y armonía a los grupos sociales que investigan y a evitar abordar temas tabú como: “la violencia personal, el abuso sexual, la adicción o la autodestrucción”.

<sup>56</sup> GOFFMAN, Erving. *Asilos. Ensayos sobre la situación de los enfermos mentales*. Buenos Aires. Amorrortu. 1970.

Utilizando este caso, Goffman generó toda una teoría sobre el funcionamiento y la organización de las relaciones sociales en una amplia gama de instituciones como: sanatorios, asilos, campos de concentración, monasterios y, como no, las prisiones. Una institución total es definida por este autor como:

*“Un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente.”*

De acuerdo con dicho autor, las personas que viven en este tipo de instituciones desarrollan todas sus actividades<sup>57</sup> cotidianas en un mismo espacio, acompañados de un gran número de individuos a quienes se da un mismo trato. Todos comen a la misma hora, reciben uniformes similares, acceden a servicios estandarizados. Bajo este tipo de régimen, las actividades diarias están programadas en una secuencia impuesta desde arriba mediante un sistema de normas formales explícitas, que buscan alcanzar los objetivos propios de la institución<sup>58</sup>.

En suma, para Goffman uno de los objetivos principales de estos establecimientos, consistía en manejar muchas necesidades humanas mediante la organización burocrática de conglomerados de personas llamadas internos. Este grupo habita dentro de la institución y tienen contactos limitados con el mundo exterior.

Pero los internos no son los únicos actores en esta trama institucional. Existe además un grupo responsable de la supervisión y la vigilancia de las normas. Estos son denominados por Goffman como El Personal.

Según el autor, la relación entre el personal y los internos es de suma desigualdad y gran distancia social. Entre ellos existe un régimen de vigilancia de un solo lado y una serie de estereotipos de ida y vuelta<sup>59</sup>. Desde su perspectiva, el personal suele juzgar a los internos como seres crueles y poco confiables. Por su parte, los internos tienden a considerar al personal como despótico y mezquino. Estas diferencias producirían una distancia considerable entre ambos grupos, desarrollándose así, sólo contactos formales, puntuales y superficiales.

---

<sup>57</sup> Como dormir, jugar, trabajar, enfermar, curarse, etc.

<sup>58</sup> El aislamiento, la readaptación, curación, tratamiento, castigo.

<sup>59</sup> HANNERZ, Ulf. *Exploración de la Ciudad*. Fondo de Cultura Económica. México D.F. 1986.

Goffman consideraba además que la vida en las instituciones totales generaba una serie de efectos sobre los internos. En un inicio, estas despojan a las personas recluidas de su identidad. El trato homogenizante y la pérdida de la intimidad anularía buena parte de sus sentidos de autodeterminación, autonomía, libertad de acción y representación. Este proceso se intensificaría debido a que, paralelamente, el interno comienza a recibir una instrucción formal o informal sobre el cumplimiento de las normas de la institución. Este adoctrinamiento se sostendría en un sistema de privilegios y sanciones en relación a la adhesión a las reglas. Proporcionándole así, un marco de referencia para la reorganización personal basada en estas normas.

Para Goffman, sin embargo, esta situación generaría el desarrollo de una serie de prácticas de resistencia que, sin desafiar directamente a las normas de la institución y el personal, permiten a los internos obtener satisfacciones prohibidas o bien alcanzar satisfacciones lícitas con medios prohibidos. Estos ajustes permiten al interno mantener cierto dominio sobre su medio. El grupo de internos desarrolla también algún tipo de código y medios de control social informal para impedir que alguno de ellos transgreda su nueva identidad.

Pero ¿En qué medida la conceptualización de Goffman nos permite entender la vida en los establecimientos penitenciarios de nuestro país? Los penales peruanos presentan algunas características distintas a las instituciones analizadas por este autor. Una de las principales diferencias se encuentra en los pocos recursos con que se cuentan para organizar las actividades y la vida de los internos dentro de nuestras prisiones.

A mi juicio, este factor influía en las situaciones que se presentan en el encuentro médico y la producción de narrativas sobre la tuberculosis entre internos y proveedores de salud.

Señalar que los recursos destinados para la manutención de los internos en las cárceles peruanas son escasos, no es ninguna novedad. El problema consiste en establecer qué condiciones y recursos existentes en las cárceles se relacionan con las formas que adquieren las prácticas y narraciones existentes en torno a la salud, la enfermedad y la tuberculosis dentro de prisión. Desarrollaremos esta tarea a continuación.

### **3.2 Enfermar durante el encierro y sus circunstancias.**

Enfermarse en prisión es una situación difícil de imaginar para quienes estamos alejados de esta realidad. Para la mayoría de internos, con los que pude dialogar, la descripción de esta experiencia comenzaba mucho antes de ingresar a la institución penitenciaria. Estas historias incluían relatos, más o menos extensos, sobre sus vidas antes de la reclusión en prisión<sup>60</sup> y la transformación que el encierro significó para las mismas.

A mi entender, este hecho no era casual. Responde a que muchas enfermedades experimentadas en prisión eran explicadas, en gran medida, por las condiciones de vida particulares que se generan alrededor del encarcelamiento. Para exponer mejor esta idea presentaré la descripción, realizada por uno de los internos del penal de Lurigancho, sobre cómo llegó a enfermarse de tuberculosis.

Conocí a Arellano durante mi último trabajo de campo en este penal. Él había tenido una recaída y se encontraba llevando el tratamiento contra la tuberculosis por segunda vez. Luego de explicarle el objetivo de la entrevista le pedí que me contara cómo es que había llegado a enfermarse:

*“Tengo 33 años (...) Yo desde los 8 años que falleció mi papá estaba en la calle. Me separé de mi familia, de mi madre, comencé a vivir así en casa de unos amigos que me apoyaban (...) porque me sentía solo.*

*Empecé andando en los carros en la Avenida Belaúnde. Me gustaban los carros porque siempre quise ser chofer. Hasta que, a los 12 años, empecé a manejar y empecé a manejar carros. Esas lanchas (colectivos), que se dice, y yo mismo ya chapaba mi colectivo hasta último que me he venido preso pe.*

*Por qué vine preso... cuando una semana antes me iban a bajar el motor (el auto con que trabajaba se malogró) y estaba sin trabajo. Conocí a unos amigos, porque ellos también eran de mi barrio (...) yo, como le explico, tenía mi compromiso, la madre de mis hijos que esta afuera pues y nunca vino al penal. Ya voy a tener 3 años preso.*

*Y me conocí a esos amigos por lo que necesitaba plata, y no sabía cómo hacer, estaba desesperado. Una semana antes que me quede sin trabajo mi primer compromiso da a luz a mi segundo hijo, la que hasta ahora no la conozco. Por fotos nomás. Me conduje, hice un robo de un celular y me vine preso junto con dos más.*

---

<sup>60</sup> Cómo eran sus familias y amistades, las actividades a las que se dedicaban y cómo es que terminaron encerrados.

*Me sentenciaron a 5 años y hasta ahorita estoy. Yo lamentablemente en la calle nunca...a pesar que andaba con gente que fumaba, se drogaba y yo me guiaba por eso...pero yo nunca le he dado importancia a la droga. Llegué y así empezó.*

*Mi primer compromiso me había abandonado desde el primer día que estaba en la fiscalía y no podía saber nada de mí. Y aparte tenía otro compromiso pero no estaba en una formación así ¿no? (No vivía con ella) Y ella fue la que me apoyó. Y así de tanto pensar, ella no podía tampoco (ayudarme) por que tenía su hija (...) de lo cual yo me enfermo como le digo un 22 de marzo, un día antes para el día mundial de la TBC.*

*Me internan acá. Ella no me vino a visitar el día martes, pero vino el día sábado. Le cuento mi problema, que estoy así enfermo, por que pensaba mucho en mis hijas y también me fui al abandono, me dediqué a la droga. Porque sólo me dediqué a la marihuana. En eso fumé pasta con marihuana y así era mi vida. A los 4 meses me enfermo y vengo pa' acá.*

*(Yo estaba en el pabellón de) primerizos (para reos primarios) (...) el tiempo que yo he estado había mucho abuso, porque te obligaban a pagar el ingreso que era 100 soles, por visita tenías que pagar 10 soles. Y había veces que yo no tenía.*

*Me obligaban, me sacaban al patio y me hacían ranear y me castigaban físicamente. Y tuve la suerte (que) la señora, que hasta ahora me acompaña, me traía lo que podía y con eso pagaba el ingreso. (...)*

*Yo me acuerdo que cuando mi papá estaba vivo era zapatero, arreglaba cocinas y me acuerdo que yo le ayudaba. A los (...) 6 meses me voy al (pabellón) 6 por intermedio de un vecino, del pabellón era delegado de mi habitación.*

*Entonces el me mete a la cocina de ayudante de un señor que arreglaba las cocinas. Y el al mes se va a la calle, le dan su libertad y entonces yo me quedo ahí. Pero ese tiempo me enseñó muchas cosas. Entonces se va y yo me quedo como maestro que arregla cocinas. Ahí trabajaba y me ganaba 15 soles semanal. De los cuales 10 soles le mandaba a mi señora y 5 me lo quedaba yo. No me cobraban el ticket de paila, de limpieza, nada.*

*Estuve 1 año y medio en (ese) pabellón. Trabajaba parejo hasta que tuve problema de borrachera con el amigo que me ayudó. Y por intermedio de mi amigo decidí irme del pabellón, y me fui al (pabellón) 1. Después (en el) 1 yo mismo hablé con el delegado de*

*habitación que ahora es Aramburu. Le dije que tengo conocimiento de la cocina, que he trabajado en el 6. Me puso de ayudante de grifero (administrador del combustible para cocinar), estuve 15 días. Después el que arreglaba la cocina lo sacan y yo estoy.*

*Hasta la fecha, como se dice, (pensé) si ellos roban por qué yo no puedo robar, si ellos tienen sus cosas. Entonces llegué un día que me dan el kerosene a mí, y yo lo tanqueaba. Y yo un poco de cada uno pelaba (robaba) como quien dice. Me llevaba diario, lo vendía, juntaba. Lo hacía no sé... pa' bien o pa' mal, por que a la semana juntaba a veces 25 (soles).*

*Y como mi señora estaba en Santa Mónica (me dedicaba) a tomar, o sea llevaba una vida desordenada. Después de ese día he conocido todo lo que es droga: la marihuana, la pasta, la piedra, el crack que le dicen, y la coca. O sea he probado todo.*

*Pero si me he enfermado, en esto (la tuberculosis), es por que pensaba mucho en mi señora que ya había salido. Pero me venía a visitar, y me daban muchas referencias que me contaban. Pensaba que me dedicaba a la droga, a la borrachera y me debilité, seguro ahí lo cogí de otro.*

*E: ¿En qué pensabas?*

*O sea en cuando voy a salir o me acordaba de mis hijos del mayor, en Brandon, en mi esposa, que no andará con otro. Y pensaba y lloraba solo, solo...en un rincón tirado en mi colchón por que no tenía celda. Y a veces pensaba que la única solución era desbandándome. Y, pa' que, a veces te olvidas, pero después llegan las consecuencias que es esto.*

*Ahora estoy acá, si tengo una recaída, sí encuentro ampollas. Gracias a Dios mi madre a pesar que yo no viví con ella...por que yo vivía con el segundo compromiso de mi padre que era una señora que yo he querido bastante. Pero desde que he estado preso solo me ha venido a visitar una vez. Y mi madre ha venido. Como se dice cuando estas acá sabes quien te quiere y quien no.*

*A mis primos, (los amigos) con lo que yo paraba, nunca estuvieron conmigo cuando lo necesitaba. La que siempre ha estado conmigo ha sido mi madre, que en la calle yo nunca he estado con ella. Y mi pareja.*

*Ella, no sé si habrá sido desesperación o por qué, ella se va (a robar). O sea unos amigos de ella la conducen también a robos de autos, y también cae presa. Estuvo 2 años en Santa Mónica, salió y hasta el día de hoy con ella tengo una hija que nació allá en Santa Mónica a los 7 meses. Y hasta ahorita me apoya, quizás no viene cada visita pero viene cuando puede.*

*Tengo una hija que se llama Julisa, de 2 años y, pa' que, con ella me llevo bien. Ayer justo mi hijo el mayor cumplió 7 años, me llamó y estuve conversando y pasé bonito. Creo que ya se debe dar cuenta porque tiene 7 años. Y ahora ya estoy haciendo mis papeles para irme, Dios quiera que este año salga a la calle.”*  
(Interno Lurigancho. PCT).

El relato elaborado por Arellano, nos muestra cómo el haber adquirido la tuberculosis, tiene para él mucho que ver con la lejanía y pérdida de contactos con buena parte de su familia y amigos. Lo que se suma a la preocupación por subsistir en el penal y el tipo de vida que llevaba en prisión.

De manera similar, el resto de historias recogidas identifica una serie de actores, circunstancia y una cadena de eventos que nos refieren a un modelo común de causalidad de la tuberculosis, y de las enfermedades en general. Estas narraciones reflejan tanto la realidad objetiva y subjetiva en relación a la enfermedad:

- Pérdida de redes sociales.
- Reducción de posibilidades para subsistir.
- Las dificultades de acceso a servicios.
- Impacto emocional y conflictos inherentes al aislamiento.
- La exposición frente al consumo de drogas ilícitas.

### **3.3 Factores asociados al contagio de la Tuberculosis y otras enfermedades.**

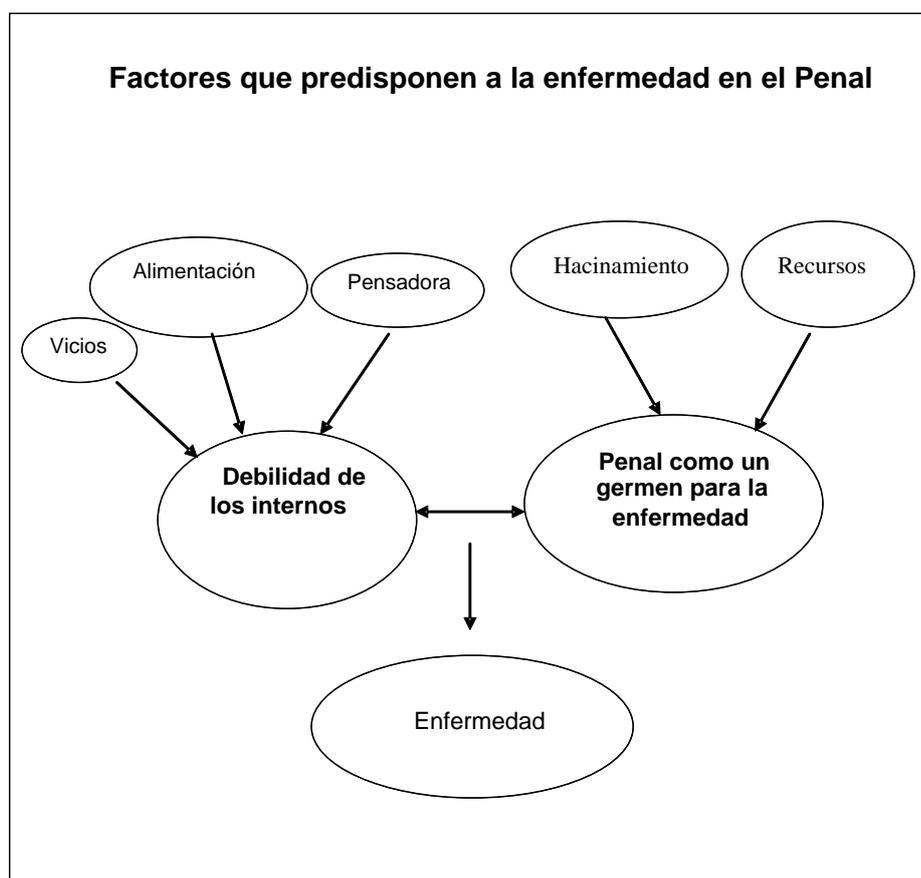
A mi entender, el modelo de explicación que emerge de la descripción de Arrellano no sólo es común a la de la mayoría de internos alojados en Río Seco y Lurigancho. También es la forma de explicación predominante en otros centros penitenciarios de nuestro país.

El estudio sobre tuberculosis en cinco penales (Portocarrero, et al. 2004) sugiere que los internos no consideraban a la exposición frente a una persona con la enfermedad activa, como el factor determinante para contagiarse de la enfermedad.

Las explicaciones de estos internos se basaban en un esquema interpretativo muy similar al utilizado para dar sentido a muchos padecimientos de salud. La gran mayoría de entrevistados reconocía dos tipos de factores íntimamente vinculados con el desarrollo de la mayoría de enfermedades. El primero consistía en el debilitamiento del cuerpo debido a una mala alimentación, la pensadora y los vicios, principalmente el consumo de drogas ilícitas y el alcohol<sup>61</sup>. Un segundo cuerpo de factores se refiere más bien al ambiente de insalubridad y hacinamiento existente dentro del penal.

*Gráfico 4*

*Factores asociados a la enfermedad según los internos*



*Fuente: Elaboración propia.*

### 3.3.1 La mala alimentación.

De acuerdo con dicho estudio, los internos consideraban que el debilitamiento del cuerpo era el elemento más importante para entender la adquisición de la tuberculosis. Esta

<sup>61</sup> Estos elementos ya han sido descritos en el primer capítulo de este trabajo, así que no considero que sea necesario explicarlos nuevamente.

debilidad, podía tener diferentes raíces, pero la principal era la mala alimentación. Como se muestra en los siguientes testimonios, este elemento puede estar relacionado con dos situaciones: dejar de alimentarse o consumir alimentos poco nutritivos.

*E: ¿Con cuál te quedas?*

*La alimentación (...) si tu no te alimentas bien así sigas tomando tus pastillas recaes, por que en el mismo ambiente que vives en los pabellones. Allí, está todo lo demás. En los pabellones, falta de higiene, falta de alimentación, falta de ventilación, los mismos cuartos son las cuevas de los cuartos, las celdas son hacinadas. La mayoría de los pabellones, falta bastante limpieza.*

*(Pedro, interno con TBC Lurigancho, focus, 2004)*

*La tuberculosis da por la mala alimentación, o de repente te has alimentado bien y la contaminación (contagio). Podrías comer de repente en el mismo plato en la misma cuchara y todo eso podría ¿no? Todo eso podría ser ¿no? La alimentación es más importante porque no si tu estas bien alimentado te sientas a comer de repente en el mismo plato sabiendo (que la persona tiene tuberculosis) y como. No que uno no discrimine porque este contagiado (Juan, interno con TBC Huanuco, 2004)*

*Por que como le digo no hay recursos económicos, la mala alimentación, hay cuantos niños afuera abandonados que no se alimentan bien. Y yo creo que la TBC da por la mala alimentación. Ese es uno de los puntos principales para la enfermedad de TBC, si uno esta bien alimentado difícil te va te podría dar.*

*(Juan, interno con TBC Huanuco, 2004)*

La calidad de la alimentación dentro de las prisiones era, y continúa siendo, uno de los temas más conflictivos en la relación entre la comunidad de internos y la administración de los penales. Suele aparecer en muchas de las demandas elaboradas por las personas privadas de su libertad y es un tema de conversación cotidiano, tanto entre los mismos internos como con el personal del INPE que interactúa con ellos.

Durante mi último trabajo de campo, los reclamos por la comida eran recurrentes. Un interno de Lurigancho me dijo: “Esto que nos dan (refiriéndose a la Paila, la ración de alimentos diarios suministrado por el INPE) es para jugar a la comidita, no tiene nada...es para cumplir nomás y, para nosotros, para engañar al estómago”. Al igual que este interno, muchos de los entrevistados consideraban que el contenido de la paila era insuficiente y no los alimentaba realmente. Para ellos, esta situación podía tener varias causas.

En primer lugar se debía a que el INPE no asignaba los recursos suficientes para la alimentación de las personas privadas de su libertad. Muchos consideraban también que buena parte de las raciones se “perdían” en su cadena de distribución, ya sea entre el personal del INPE o entre los internos responsables de su administración dentro de los pabellones.

Las descripciones elaboradas por varios internos, así como las sucesivas observaciones en los días que estuve en cada penal, me hicieron relativizar la versión de los internos sobre las propiedades nutritivas de la comida que se les brindaba. Utilizaré la descripción de Raúl, un joven interno de Río Seco, para mostrar esta situación:

*“En la mañana, un wafer, un día te, un día cocoa, hierba luisa, anís, con tus tres panes, a veces con jamonada. A veces ponen palta o aceituna. Eso es a las ocho, ocho y media. Entre las doce, doce y media te dan dos tazas de arroz, a veces con una presa de carne o pollo, con menestras. Un día te dan pescado. Te dan mondongo los días sábados. Los días martes y viernes te dan tu fruta, tu plátano a cada uno. A las cuatro de la tarde te dan tu sopa de menestras, o de cualquier cosa, a veces pollo”.*

En el caso de Lurigancho, pese a que posiblemente existan ciertos problemas debido al número mayor de internos por atender, las descripciones eran muy similares. Sin embargo esta situación no pone en tela de juicio la existencia de ciertos malos manejos y pérdida de raciones en el sistema de distribución de los alimentos.

¿Por qué los internos se concentrarían tanto en criticar su alimentación? Debemos tener en cuenta las dificultades inherentes para preparar alimentos agradables cuando se debe cocinar para cientos de personas. Varios de los internos observaban este hecho, señalando que el arroz y otros productos no estaban bien cocinados, ni son sabrosos. Intuyo que para muchos internos, éste es el verdadero problema con los alimentos que recibían.

El personal del INPE entrevistado, especialmente el encargado de administrar las raciones en cada pabellón, consideraba que la alimentación era adecuada. Una funcionaria, con más de dos décadas de servicio en prisiones, me describiría los desencuentros por la comida de la siguiente manera:

*“En los veinte años que tengo siempre se han quejado, no sé qué quieren, no será rico pero acá no hay nadie desnutrido, salvo los que quieren, por estar fumando. Tenemos que preocuparnos por la comida porque si no los internos se levantarían. Es una forma de mantenerlos tranquilos. Tenemos que preocuparnos por todo, incluso si se les sirve tarde protestan y hay que evitar esto”.*

Para varios de estos funcionarios, la calidad de la Paila era un tema a través del cual se canalizaban otras insatisfacciones y el estrés general del encierro. Varios de ellos consideraban que servía también como “pretexto” para plantear demandas de otro tipo. Este hecho se reveló con claridad en un evento ocurrido durante mi última estadía en Lurigáncho.

Un grupo de misioneras llevaba semanalmente medicinas y alimentos para los pacientes del pabellón 17. Como veremos en la sección correspondiente, en este pabellón se encontraban hospitalizados los pacientes con tuberculosis activa y multirresistente así como los internos con HIV que seguían el tratamiento. En una de las visitas semanales, las misioneras recibieron la información de que sus provisiones no llegaban a los internos, siendo consumidos por los responsables de administrar la comida. Ellas conversaron con los funcionarios responsables del pabellón, dejando en claro la posibilidad de cortar sus suministros si es que el hecho continuaba.

Los funcionarios estaban preocupados ante esta posibilidad ya que iban a perder una fuente de recursos que les permitía mejorar las condiciones de tratamiento de los pacientes. Me mostraron el registro de donación, señalándome que, si bien, la dotación de las misioneras era importante se terminaba pronto, en uno o dos días. Había que alimentar a cerca de doscientos pacientes. Uno de ellos sospechaba que la acusación había sido planteada por dos internos que estaban insatisfechos ya que no se les dejaba salir del pabellón.

Al día siguiente se preparó la paila como de costumbre. Las ollas fueron sacadas al patio y los internos se formaron de acuerdo a las cuadras en las que vivían. El funcionario les pidió conversar un momento antes de repartir los alimentos. Expuso el caso:

*“Alguien ha señalado a las misioneras que vienen, que nos estamos quedando con los alimentos y no los repartimos. Ustedes saben, porque ya les hemos explicado, que la comida que traen ellas se acaba en uno o dos días. Nosotros les repartimos todos. Quiero que me digan quien ha sido y por qué”.*

Los internos no respondieron, se miraban entre ellos hasta que uno señaló:

*“Usted sabe que nosotros no les podemos decir quién ha sido, eso no lo vamos a hacer. Nosotros sabemos quién fue y por qué, también sabemos que ustedes nos dan lo que las misioneras nos dejan. Comprendemos eso, ya nosotros vamos a resolver el asunto, entre nosotros y les vamos a decir a las misioneras la verdad, para que no haiga malos entendidos. Pero a veces la comida esta mal preparada y llega tarde”.*

El funcionario quedó satisfecho con la respuesta: “Yo sé quien ha sido pero voy a dejar que ustedes lo arreglen”. Al día siguiente varios internos me dijeron que en realidad la acusación era infundada y que, en realidad, ésta fue una salida de los dos reclusos en cuestión para manifestar su malestar por no poder desplazarse con libertad fuera del pabellón. Según ellos, en esa ocasión, el resto de internos había respaldado estas afirmaciones porque la comida había sido repartida con retraso en esa semana.

En el año 2002, la Coordinadora de Derechos humanos<sup>62</sup> estimaba que La dotación de alimentos en Lurigancho era tan insuficiente como en el resto de penales del país. Se calculaba que la administración invertía por ración alrededor 2.75 nuevos soles, lo que resultaba insuficiente al punto que, por lo general, los familiares de los internos deben alcanzar a los internos otros alimentos que sirvan de suplemento a sus raciones.

No podría afirmar si es que la comida suministrada por el INPE cumplía con los requisitos mínimos para evitar que los internos cayeran en estados de desnutrición. Sospecho que sí. Algo que sí se desprende con claridad de la evidencia descrita es que el problema con los alimentos tiene mucho que ver con la experiencia misma del internamiento, operando como un conductor de muchos de los dramas personales y colectivos que se viven en Lurigancho, Río Seco y el resto de penales de nuestro país.

Una interpretación similar es desarrollada por Armus<sup>63</sup> (1999) al analizar la situación de los pacientes de tuberculosis reclusos en sanatorios argentinos durante la primera mitad del siglo pasado. Este autor encuentra que los reclamos por los alimentos eran un fenómeno común a sanatorios público, con escasos recursos, y privados, “donde los pacientes eran atendidos con esmero y dedicación” (p 235). El asunto de “la comida”, servía como canalizador

---

<sup>62</sup> [www.dhperu.org/download/ Infannual/Informe%20Anual%202002.pdf](http://www.dhperu.org/download/Infannual/Informe%20Anual%202002.pdf) (Informe anual de la coordinadora de Derechos Humanos, 2002).

<sup>63</sup> ARMUS, Diego. “De ‘medicos dictadores’ y ‘pacientes sometidos’: Los tuberculosos en acción: Argentina 1920 -1940”. EN: *Allpanchis*. N. 53. 1999.

de las experiencias de encierro impuestas por el sistema de control de la enfermedad durante esta época.

Como hemos visto, en los casos que analizamos el tema la alimentación juega un papel importante para dar sentido a muchos aspectos de la vida en prisión y juega un papel fundamental en el desarrollo de las interpretaciones sobre muchos problemas de salud, incluyendo la tuberculosis. Alrededor de este tema se agrupan varios otros, conformando un sistema de causalidad para la debilidad.

### 3.3.2 El consumo de drogas, la pensadora y el cuidado del cuerpo.

De acuerdo con el estudio sobre tuberculosis desarrollado en el 2004, buena parte de los entrevistados consideraban también que el consumo de drogas influía, directamente o indirectamente, en las posibilidades de contraer la enfermedad. La mayoría de ellos señaló que muchos internos dejan de alimentarse para consumir drogas debido a que venden sus raciones, o porque su alimentación pasa a un segundo plano. Para un grupo importante de estos entrevistados, las drogas debilitaban directamente al cuerpo, predisponiéndolo a diversas enfermedades y contagios como la tuberculosis.

*Tabla 2*

*Drogas y su relación con la debilidad del cuerpo*

Tipo de efecto	Ejemplos
Directos: Disminuye la capacidad inmunológica del cuerpo. Debilita el sistema respiratorio.	“Yo tengo tuberculosis hace años. Eso no me lo contagiaron, ni nada por el estilo. Viene por el mismo consumo de drogas o consumo de cigarros...que tener en los mismos pulmones, eso lo que quería plantear”. (Martín, interno con TBC Lurigancho, focus 2004)  “¿Y allá cómo se enferma la gente de la tuberculosis? E: será por su descuido mismo, porque son personas también que paran en el vicio y esto los debilita, te afloja el cuerpo”. (Edgar 240:246, 2004)
Indirectos:	“Yo tengo tres ingresos acá pero nunca me enfermé de nada no?. Pero a causa de ese problema comencé a fumar

Descuido en la alimentación	<p>marihuana, marihuana en la mañana, marihuana a cada hora, marihuana en la tarde, todo, todo eso, y eso me ha hecho mal. Dejé de comer a mis horas”. (José, interno con TBC de Huanuco, 2004)</p> <p>“Porque paraba en vicio, o paraba en vicio yo reconozco que no comía, no comía y paraba tirado en el piso uy dije, o comencé a parar y digo, si me duele el pulmón y sudo, pero para entonces el doctor me había dicho ya, me había dicho que esto”. (Roberto,interno con TBC Chiclayo, 2004)</p>
-----------------------------	--

*Fuente: Elaboración propia.*

De manera similar a la interpretación de las enfermedades en general, la pensadora es también un factor que expone al interno al contagio de la tuberculosis. El siguiente testimonio nos permite observar la relación existente entre la mala alimentación, los vicios y la pensadora. Los dos últimos llevan a que el interno se alimente mal y finalmente se debilite:

*“Cuando uno piensa, más se debilita, deja de comer (...) yo tomaba más líquido y en la noche ya no comía y en la noche mi comida quedaba guardaba, mi paila. Eso que pasó conmigo y pensaba muy poco, pensaba otra cosa y otra cosa. Y ese problema me afectó y la doctora me explicó que de repente yo ya he tenido la enfermedad dentro y ha esperado mi punto débil de agarrarme y poder caer, mi pensamiento. El pensamiento y dejé de comer un poco, eso fue mi debilidad...y comencé a botar sangre.*

*(Raúl, interno con TBC Lurigancho, Entrevista grupal 2004)*

Muchos entrevistados hacían una clara distinción entre lo que consideraban “cuerpos débiles” y “cuerpos fuertes”. Dicha fortaleza/debilidad estaba relacionada con el “cuidado” que le daban a sus cuerpos, principalmente con: tener una buena alimentación, la abstención o consumo moderado de drogas ilícitas, la protección frente a los cambios de climáticos. Los internos con cuerpos descuidados y débiles eran las presas del contagio:

*“Porque debes (...) el también como preso no es responsable de su salud, uno debería saber porque, porque de que proviene los problemas, nos cuidamos entre nosotros, y ellos como hay (...) problemas varios de TBC, no se cuidan*

*nosotros sabemos de que proviene el TBC entonces de la alimentación tratamos de alimentarnos y trabajamos para eso. Cocinamos, comemos bien y cuidamos de la salud. “*

*(Ramiro 56:115, 2004)*

*“Se encuentran sin chompa y esta lloviendo sin polo o en una camiseta (...) el vicio les ha ganado. No se abrigan bien y no se cuidan y siguen para adelante. (...) y no hay nadie que los pare... Nadie”.*

*(Edgar 340:350, 2004)*

A partir de estas ideas se construía un discurso moral en el cual los internos señalaban que la tuberculosis y el resto enfermedades no sólo eran el producto de un ambiente físico insalubre si no que se originaban, en gran medida, por el desarrollo de una serie de prácticas asociadas al descuido del cuerpo y la salud. Un interno me explicó esta idea así:

*“E: ¿Y allá cómo la gente se enferma de la tuberculosis?*

*Será por su descuido mismo, porque son personas también que paran en el vicio, en una cosa.”*

*(Daniel 564:575, 2004)*

*“Para que no se contagien, no tiene que fumar, porque eso de ahí le hace daño, drogas, el alcohol, también como se llama, esto...a veces que se abandonan así y andan por el piso, y nosotros estamos expuestos a un montón de bacterias y hongos que se procrean ahí en los baños, entran a miccionar y esos baños paran constantemente con microbios, a veces ni agua le echan no, en otros pabellones ni agua le echan y todo es una contaminación tremenda”.*

*(Focus 456:520, 2004)*

Pese a ello, los internos reconocían que estas prácticas eran una constante en la que la mayoría de internos caía en algún momento. Es decir, era parte de la conducta relativamente normal de todo interno. El caso del consumo de drogas es particularmente iluminador para entender esta idea. Muchos de los entrevistados hacían una marcada diferenciación entre el hecho de consumir drogas y ser un “vicioso”.

*“Me cuido mismo yo para que no me (...) trato de animarme no trato de irme muy profundo hacia la droga porque nos hace olvidar te saca un rato de la realidad, es una cosa normal acá.”*

(Edgar 240:246, 2004)

*“Medirse con las drogas (...) Para mi las drogas son un momento, no hay se quedan (...) y si estas enfermo peor nadie más se mete, nadie te... ¿la policía? La policía acá lo que cuida es que no te vayas.”*

(Edgar 351:365, 2004)

De acuerdo con sus respuestas, las personas adictas eran las que podían contraer la enfermedad con mayor facilidad. Este límite estaba marcado por el “descuido” de sus cuerpos. Sobre esta base, señalaban que la principal población que “pesca” o “chapa” la enfermedad son los “drogadictos”.

Como veremos en el sexto capítulo, correspondiente al encuentro médico-paciente, los proveedores de salud también promueven de alguna manera este tipo de interpretaciones al desarrollar un discurso que promueve los “estilos de vida saludables” en prisión. Dicho discurso proscribe el consumo de drogas y alcohol así como las prácticas sexuales con diferentes parejas. El tema es delicado porque, paradójicamente, estas prácticas forman parte de los patrones socialización de muchos internos.

Uno de los problema con este discurso radica en que muchas veces termina derivando en una suerte de mecanismo que responsabiliza, en el peor de los casos culpa, totalmente a los pacientes por su situación de salud; velando otros factores sociales y económicos igualmente importantes.

Al respecto Rose Galvin<sup>64</sup> sostiene que las perspectivas que relacionan la salud y la enfermedad como asuntos de responsabilidad personal no son nuevas. Sin embargo han cobrado un cariz reduccionista desde que la salud pública se ha comenzado a pensar utilizando muchos supuestos económicos liberales. Como consecuencia de este proceso algunas enfermedades, y tipos de pacientes o grupos sociales, pueden ser considerados como moralmente reprochables y castigables.

Desde su perspectiva, en la actualidad existe un énfasis por desarrollar teorías morales sobre las enfermedades. Las enfermedades siempre se definen frente a un tipo de normalidad, que puede basarse en cuestiones vinculadas al buen o el mal comportamiento moral de una

---

<sup>64</sup> GALVIN, Rose. “Disturbing notions of chronic illness and individual responsibility: towards a genealogy of moral”. EN: *Health*. Vol. 6. p. 107, 137. 2002.

persona. De esta forma se promueve la idea de que las personas pueden evitar las enfermedades con vidas, pensamiento y morales saludables.

Reconocer las dimensiones individuales, el control y empoderamiento de las personas y los pacientes como consumidores y agentes activos en la prevención de la salud, no debería implicar un discurso moral. Una persona promiscua puede muy bien prevenir infecciones de transmisión sexual con los mecanismos de protección adecuados. Pero muchas personas no lo hacen.

Para Galvin, entender estas acciones pasa por considerar la importancia de los orígenes sociales de las enfermedades, teniendo en cuenta que la responsabilidad y el control individual están enmarcados en sistemas y estructuras mayores. Existe pues una responsabilidad social y una individual, y no debemos simplificar las causas de las enfermedades a sus componentes y factores individuales.

En el caso específico de Lurigancho y Río Seco, el discurso de estilos de vida saludables, si bien era importante, podía encubrir el hecho de que una persona en buen estado de salud tiene las mismas posibilidades de exponerse a un contagio, además de desestimar el papel que juegan las condiciones de vida dentro de prisión.

### **3.3.3 La cuestión de la exposición y su relación con el contagio.**

La mayoría de entrevistados, afirmaba también que exponerse ante una persona con la enfermedad jugaba un papel en la adquisición de la tuberculosis:

*“Yo pienso que me ha agarrado así, por como dicen ahí, pues yo vivía en la celda de un amigo que ya estaba con esa enfermedad, con tratamiento, por eso por la comida, a veces te pasan un plato, comes, te puedes contagiar, ¿no?”*

(Rubén, interno con TBC, Huanuco, 2004)

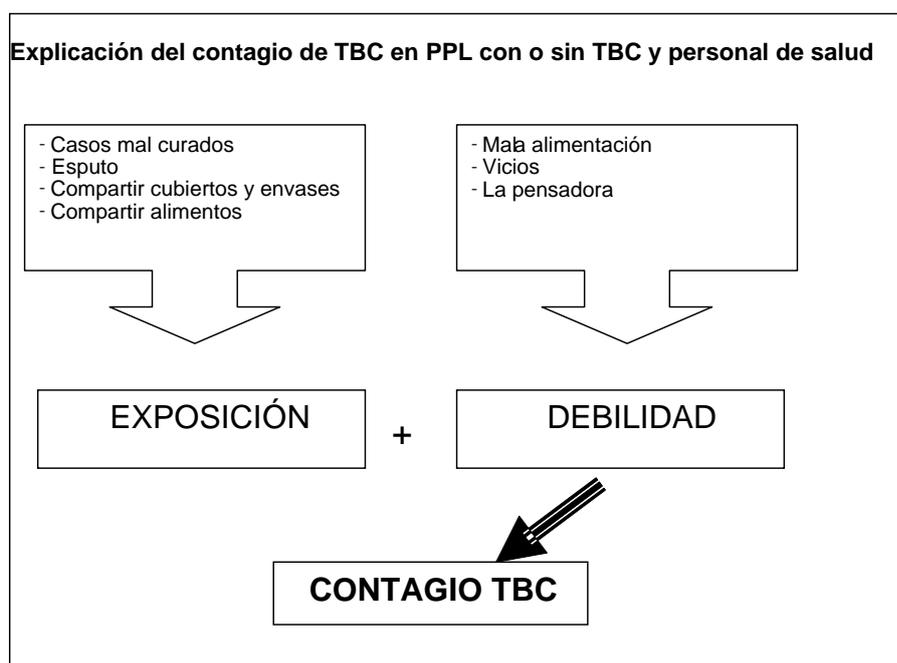
*“Puede ser por contagio con escape, eso cuando dices cuando no estás en tratamiento, en un ambiente puedes vivir, a veces no teníamos un ambiente que este ahí, y a veces cuando está con esta enfermedad puedes contagiar a ellos, y yo no quisiera que puedan estar con esta enfermedad”.*

(Juan, interno con TBC Huanuco, 2004)

El discurso de la exposición coexistía con el de la debilidad. Sin embargo, no se tratan de interpretaciones en pugna porque los entrevistados no discutían la validez de una versión frente a la otra. La interpretación del contagio tenía una menor fuerza explicativa que el de la debilidad en el marco de interpretación sobre los factores asociados a contraer la tuberculosis. La debilidad, y no la exposición, era la condición para el contagio.

Gráfico 5

Modelo de explicación de los internos sobre el contagio de la tuberculosis en seis cárceles del país (2004)



Fuente: Elaboración propia

Como se describe en el siguiente testimonio, sólo algunos internos que habían tenido la enfermedad, señalaban con sorpresa que fueron contagiados sin estar en una situación de debilidad.

*“A cualquiera, claro, la tuberculosis le da a cualquiera porque yo no hecho nada que no tengo vicios, no tomo, no hago desarreglos, y por eso me he sorprendido, porque yo no tomo no hago nada acá, además es por el frío, como le digo es contagio, de otra persona”.*

*(José, interno con TBC Chiclayo 2004)*

### **3.3.4 Dos años después:**

Lamentablemente, la evidencia recopilada durante el último trabajo de campo sugiere que, luego de dos años de una fuerte intervención del área de salud del INPE y el Fondo Global sobre el tema, los modelos de explicación del contagio basados en la debilidad continúan siendo dominantes, incluso para internos que habían pasado por el tratamiento en más de una ocasión:

*“¿Qué habrá pasado?”*

*Porque quizás ya mucho fumaba, estaba débil. De repente por contagio, porque de comer sí comía, bastante porque estaba en la cocina.*

*¿Cómo así se contagió?”*

*Es que en ahí dormíamos como 50. Yo dormía en la esquina a un costado, y quizás como estaba bajo de defensas me contagiaron”. (Interno PCT tratado en el año 2001 y el 2006, Lurigancho)*

Como se describe en el siguiente testimonio, buena parte de las personas entrevistadas que llevaban el tratamiento, reconocían haber sido informados por los profesionales de salud sobre los riesgos de la exposición a una persona con la enfermedad activa. Pese a ello, continuaban incorporando esta versión al marco de interpretación de la debilidad asociada al desarrollo de estilos de vida riesgosos.

*“Por la droga pues. Es algo fuerte, una coca retrocedida, en EEUU le dicen crack, es muy fuerte y tanto darle termina por dañarte. Eso es sólo lo que me pasó. Acá, como te digo, dejé de comer pues no te alimentas, no tienes defensas, te contagias.*

*¿Cómo te contagiaste la tuberculosis?”*

*A veces se dice el doctor yo me contagié porque tal persona me contagió, pero también es cobardía. Uno se enferma porque quiere enfermarse, porque uno esta consumiendo una droga y la droga es dañina, te debilita. Mayormente si preguntas tu por qué te contagiaste, te dicen ‘Ah, es que fumé, la misma pipa*

*del que estaba con TBC y me contagió'. Pero eso es mentira. Nosotros nos hemos contagiado porque estamos consumiendo una droga y eso es lo que nos contagia.*

*(Interno, PCT, Lurigancho).*

Pero, en este momento, ya no sólo se trataba de una simple incorporación del concepto de exposición al contagio en el marco de la debilidad. Varios de los entrevistados, ponían en cuestión esta interpretación basándose en sus experiencias. Muchos de ellos pensaban que éste no podía ser el factor decisivo en el contagio, porque, de lo contrario, la mayoría de internos tendría la enfermedad.

Esta reacción frente al discurso de los proveedores de salud se daba incluso entre quienes eran promotores de salud y habían recibido varias horas de capacitaciones sobre el tema. Félix, un promotor de Río Seco me decía lo siguiente aludiendo a la información recibida por un capacitador del Fondo Global:

*"En la conversación, se ponen a conversar, o sino comen de la misma cuchara, y ya lo contagió. Y él se ha ido a la calle y ya está contagiando.*

*E: ¿Y uno se contagia sólo por la conversación?*

*También por la comida o en el tarro que toman agua ellos. Por la cuchara que comes, también te contagia (...) Mira, si se encuentra débil, se fregó, ya se contagió, pero si se encuentra gordo normal, bien alimentado no pasa nada.*

*E: ¿Conoces algunos casos así?*

*No, no pasa nada. Por decirte, yo tengo un amigo que ha vivido en mi pabellón, yo he vivido con él un año casi. Hemos comido del mismo plato, si no que yo he sido gordo".*

*(Interno promotor de salud, Río Seco)*

La mayoría de promotores entrevistados compartían esta perspectiva. Por ejemplo, Estela, un travesti con seis años de internamiento en Río Seco, recordaba muy bien la información que recibió de parte del personal de IEC del Fondo Global. Hace dos años, esta persona había corregido su perspectiva sobre el contagio. Le señaló que las personas no se contagiaban por comer de un mismo plato, ni por estar débiles. Sin embargo, ella dudaba de esta versión: "El me dijo así, pero yo sé, si compartes las cucharas, te contagias, si estas débil te contagias".

Pero no todo el panorama era tan gris. Muchos internos reconocían ahora que, con un tratamiento a tiempo, es muy difícil que esta enfermedad culmine con un desenlace fatal. Buena parte de los internos en tratamiento distinguían perfectamente entre las diferentes modalidades de tuberculosis, diferenciado los niveles de peligrosidad que conllevan. Pero ¿Por qué no ocurrió lo mismo con las explicaciones del contagio?

Esta situación puede deberse a varios factores. Por un lado, como se verá en la sección destinada a las interacciones entre internos y proveedores de salud, puede responder a que muchos de los mensajes y narrativas creadas por los profesionales de salud reafirman esta idea.

Pero, además, debemos considerar que muchos modelos de explicación sobre las enfermedades son sumamente resistentes al cambio. Sobre todo si los elementos que las componen, constituyen constantes importantes en las experiencias de las personas. Como hemos visto, buena parte de estas interpretaciones sobre la tuberculosis y las enfermedades en general, responden a las condiciones de vida objetivas y subjetivas de la vida en prisión. El hacinamiento, la reducción de redes, el consumo de drogas, la pensadora, problemas con el acceso a servicios, entre otros, son elementos fundamentales para construir las interpretaciones sobre la tuberculosis y se presentan como constantes en la vida de estas personas. Estas circunstancias no habían variado significativamente en los últimos dos años.

Esta idea concuerda con las interpretaciones de Good respecto a los conocimientos de los pacientes sobre sus enfermedades. Según el autor, la salud y la enfermedad son fenómenos que no sólo tienen que ver con aspectos biomédicos; sino también con experiencias, con la pertenencia a uno u otro grupo, con el sexo, es decir con la sociedad tanto como la biología. Las enfermedades se construyen a través de procesos narrativos en los que participan los pacientes, sus familiares y allegados y los médicos o sanadores. Son un producto social. Estas narraciones no son un producto cerrado, aceptan lecturas y perspectivas alternativas (en algunos temas más que en otros) tanto retrospectivamente como prospectivamente.

Emma Whelan<sup>65</sup> señala que los pacientes también construyen una comunidad epistemológica, interpretando las enfermedades y su atención con criterios propios, que puede compararse con la de los médicos. Parecerse o diferenciarse mucho. En muchos casos puede

---

<sup>65</sup> WHELAN, Emma. "Putting pain to paper: endometriosis and the documentation of suffering". EN: *Health.California*. Vol 7. p. 463-482. Sage 2003

ser más positivista que la de los proveedores de salud. Veremos estos aspectos a continuación.

### **3.4 Todos perdemos. Constantes en la vida en prisión y su variabilidad.**

El encierro parece ser experimentado por los internos, como la acumulación de una serie de carencias. Un evento que transforma y recorta de forma importante sus redes sociales, posibilidades de acceso a servicios y medios de subsistencia. Todo ello en un contexto de creciente hacinamiento.

Nuestra legislación señala que el sistema penitenciario debe brindar al interno un tratamiento con el fin de re educarlo para su vida posterior fuera de prisión. Sin embargo las autoridades del INPE indican que esta es una tarea imposible de realizar ya que carecen de los recursos materiales y humanos para alcanzar dicho objetivo. Ante esta situación, señalan haber optado por concentrarse en aspectos que, aún siendo problemáticos, están más a su alcance: la custodia de los internos y el respeto de sus derechos fundamentales<sup>66</sup>.

De acuerdo con el informe sobre la situación penitenciaria en el Perú elaborado por CEAS la respuesta del Estado ante esta situación no ha sido favorable:

*“Durante el año 2004 se adicionó una partida presupuestaria para mejorar la seguridad en los penales, y se dejó atrás áreas muy deficitarias tanto o más importantes que requieren con urgencia ser atendidas (salud, alimentación, etc.). (...) los últimos gobiernos no han priorizado esta problemática porque no contaban con un plan de reforma en el ámbito penitenciario, o en algunos casos, este tema ha sido postergado”.*

Si bien existe un Plan Nacional de Tratamiento Penitenciario, elaborado durante el año 2003, son pocas las acciones que se realizan utilizando los lineamientos definidos por este documento. Sólo se han realizado pequeños cambios, sobre todo en infraestructura, que no representan una transformación real de la situación penitenciaria en nuestro país. Por el contrario, los problemas para la re socialización y cobertura de las necesidades básicas de los internos se han agudizado por el constante crecimiento de la población penitenciaria.

#### **3.4.1 Hacinamiento.**

---

<sup>66</sup> Perú: Informe sobre la situación penitenciaria. CEAS. Lima Marzo del 2005

A inicios del 2006 existían en nuestro país 83 establecimientos penitenciarios con una capacidad total para albergar a 20,497 internos. Sin embargo alojaban a 34,205 personas en conjunto<sup>67</sup>. De esta forma, el INPE afrontaba una sobrepoblación de 13,708 individuos. Aproximadamente un 60% más de población privada de su libertad del que el sistema penitenciario es capaz de atender.<sup>68</sup>

Esta sobrepoblación se distribuye de manera desigual entre las diferentes regiones y cárceles de nuestro país. Son las prisiones más grandes y cercanas a espacios urbanos las que reciben un flujo mayor de internos y que, por tanto, se encuentran más hacinadas.

La mayor concentración de la población penal se observa en las Direcciones Regionales de Lima y el Norte, con un 51 % y el 16% respectivamente. Los dos casos que elegimos para este estudio se encuentran dentro del grupo de los establecimientos penitenciarios más hacinados de estas zonas.

Río Seco, perteneciente a la Dirección Regional Norte, es un establecimiento penitenciario ubicado en la periferia de la ciudad de Piura. Fue construido para albergar a 584 personas privadas de su libertad ya procesadas.

Pese a ello más de la mitad de sus residentes no habían recibido sentencia alguna. En el momento en el que se realizó el trabajo de campo para el estudio, este penal alojaba a un promedio de 1,451 personas. Su población real estaba cerca de triplicar la capacidad para la que fue planificada, convirtiéndose en el penal más hacinado del país después de los de Lima y Callao.

*Tabla 3*

*Número y Porcentaje de Internos en la Región Norte*

---

<sup>67</sup> Del total de la población penal el 93,04 % son varones y el 6,96% mujeres. En cuanto a la población juvenil - entre los 18 y 29 años de edad - se presenta como la más numerosa representando el 47,9% del total de la población penal.

<sup>68</sup> El hacinamiento es una tendencia general en la Región Andina. Para el año 2000 Perú ocupaba el tercer lugar luego de Colombia y Bolivia con tasas de hacinamiento que iban desde el 37% al 249% en algunos casos.

Zona	Procesado		Sentenciado		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
D.R NORTE CHICLAYO	3,231	62%	2,111	38%	5,342
DEPARTAMENTO DE PIURA	752	56%	779	44%	1,531
E.P SENT. CASTILLA-PIURA (RÍO SECO)	654	56%	690	44%	1,344

Fuente: Estadísticas del INPE. Febrero, año. Elaboración propia

Como se muestra en la siguiente tabla, Río Seco contaba originalmente con cuatro pabellones. Mientras que dos de ellos, el A y el B, debían albergar a 232 internos cada uno, los pabellones C y D estaban acondicionados para dar cabida a 120 personas en conjunto. La población actual de cada pabellón puede llegar a exceder hasta más del 400% de su capacidad de albergue. Además se tuvieron que utilizar muchos de los ambientes destinados a brindar servicios como pabellones de internamiento

Tabla 4

Distribución de la población penal en Río Seco. Planificado/Existente

Pabellón	No. Planificado		No. Existente		% de sobre población
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
A	232	40	292	20	25%
B	232	40	403	28	73%
C	60	10	321	22	435%
D	60	10	246	17	310%
E (Venustorio)	-	-	101	7	-
Guardería	-	-	9	1	-
Tópico	-	-	28	2	-
Cocina	-	-	19	1	-
Observación	-	-	11	1	-
Meditación	-	-	21	1	-
<b>Total</b>	<b>584</b>	<b>100</b>	<b>1451</b>	<b>100</b>	<b>148%</b>

Fuente: Informe diario de alcaldía. Elaboración Propia. Mes, Año

El penal de Lurigancho presenta una situación similar pero en una escala mayor. Inaugurado en 1964 para albergar a 1500 reclusos, a mediados del presente año sobrepasaba en cinco veces la capacidad de alojamiento previsto ya que contaba con un total de 8698 internos.

En Lurigancho reside más de la mitad de las personas privadas de su libertad de la provincia de Lima. En términos de uno de los internos, comparados con este penal, el resto de establecimientos penitenciarios de Lima pueden ser vistos como hospedajes de una estrella, en donde uno debe compartir una misma habitación sin llegar a la necesidad de dormir en una

misma cama. Esto se debe, en parte, a que Lurigancho fue concebido como un establecimiento penitenciario de Régimen Cerrado Ordinario. Es decir, que es utilizado para recluir a varones por delitos comunes de todo tipo, procesados o no, por lo que es utilizado especialmente como penal transitorio. Puede ser visto como un gran cajón de sastre, en el que son asignados la mayoría de procesados de nuestra capital.

*Tabla 5*  
*Población penal en la Región Lima. Número y Porcentajes.*

Zona	Procesado		Sentenciado		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
D.R. LIMA LIMA	13766	75%	4486	25%	18252
DEPARTAMENTO DE LIMA	11337	79%	3080	21%	14417
E.P. LURIGANCHO	7273	84%	1425	16%	8698

Fuente: Estadísticas del INPE. Julio, Año. Elaboración Propia

Todo indica que estos niveles no mejorarán ni en el corto, ni en el mediano plazo. Desde 1991, la población penitenciaria ha venido incrementándose en un promedio de 6.4% internos anualmente. Estos índices han aumentado de manera alarmante durante el último quinquenio. Sólo entre el año 2003 y el 2005 el número de internos se incrementó en 5,000 y entre enero del 2005 y febrero del 2006 había aumentado ya en 2159 personas<sup>69</sup>.

Para la CEAS el constante incremento de la población penitenciaria se encuentra íntimamente asociado a un sistema judicial que no resuelve eficazmente la situación legal de la mayoría de las personas privadas de su libertad. Para febrero del 2006 las autoridades judiciales no habían sentenciado a casi un 60% de los internos. De acuerdo con el IPE, la mayoría de la población penal sin sentencia tiene más de un año de reclusión. De hecho, el tiempo promedio de espera promedio de los penitenciarios es de 17 meses antes de ser sentenciados.

<sup>69</sup> En marzo del 2005 Wilfredo Pedraza, director por ese entonces del INPE, declaraba con preocupación que la tasa de crecimiento de la población penal en el 2004 había sido del 12%, una cifra mucho mayor a la de años anteriores.

Foto 2

*“Cuatro es mejor que seis”*



*Celda construida para albergar a dos personas. Durante mi estadía en Río Seco debían convivir y pernoctar en ella seis internos. ¿Cómo lo hacen? Dos en cada cama y dos en el suelo. El lugar menos apreciado se encuentra sobre el silo de la celda. Esta es una situación común, por eso para los habitantes de ésta celda, todo sería mucho mejor si sólo fueran cuatro.*

*Fuente: Piura, Febrero de 2006.*

Para los internos entrevistados en ambos penales, el hacinamiento definía buena parte de sus experiencias de vida y enfermedad. En algunos casos formaba parte de la explicación de los padecimientos que los llevan hasta el tóxico. Por ejemplo, “Pajarito” uno de los internos de Río seco con problemas respiratorios crónicos, atribuía su situación a hecho de dormir en el piso sobre el silo de su celda.

*“Sí doctor, yo no llegué aquí así, yo me puse así desde que estoy durmiendo al lado del baño. Es muy húmedo, huele mal, esta todo contaminado y en las*

*noches, todos pasan para allá. Me despiertan. Cuando usan el caño, me cae el agua y me enfrío. Es por eso que estoy aquí”.*

*(Interno, sin TBC, Río Seco)*

Este interno debía compartir una celda destinada a cuatro personas, cuatro camas, con siete compañeros más. Dos de ellos dormían en el piso. Uno, sobre una colchoneta, en el pequeño espacio que quedaba entre las camas, y “Pajarito” en un espacio destinado al baño, debajo de un lavatorio, sobre el silo.

Varios de los internos en Río Seco atribuían malestares como los dolores a la espalda y el estrés debido a las pocas horas de sueño al hecho de compartir sus pequeñas camas de media plaza con otros compañeros. Pero esta situación no sólo explicaba algunos de los padecimientos desarrollados por los internos.

La sobrepoblación formaba también parte de las dificultades que los internos debían manejar para sobrellevar la vida en prisión. Las celdas estaban atiborradas de sus pertenencias, que incluían artefactos, comida, etc. Esto generaba ambientes cargados, impregnados con olor a humedad, comida y cuerpos que dificultaban la estadía dentro de ellas en las horas del día. Eran muy pocas las actividades que se podían desarrollar dentro de ellas y se debía seguir un orden estricto para su uso en los horarios de visita.

#### **3.4.2 Limitaciones para el acceso a servicios y medios de subsistencia.**

Al hecho que los diferentes servicios existentes dentro de ambas prisiones no estaban preparados para cubrir el tamaño de la demanda generada por la sobrepoblación, se sumaba que la mayor parte de los centros penitenciarios no cuentan con una infraestructura adecuada para brindar servicios básicos. El 40% de los pabellones para internos están en mal estado y se estima que sólo el 26% de los establecimientos penitenciarios poseen adecuados sistemas de seguridad interna y externa.

De esta manera, la antigüedad de la infraestructura por un lado y la sobrepoblación por el otro, han provocado que el 53% de las prisiones en nuestro país tengan deficientes servicios básicos (agua, instalaciones eléctricas y sanitarias). Los cálculos del Ministerio de Justicia sugieren que sólo el 17% de los penales se encuentran en relativo buen estado. Lurigancho y Río Seco no se encuentran dentro de este grupo. El problema de la sobrepoblación y el deterioro en la infraestructura en ambos penales, estaban asociados a una disminución en la

cobertura de los servicios básicos, lo que afectaba la capacidad de readaptación de los internos.

Tabla 6

*Condiciones de los servicios básicos y de seguridad en los penales*

	Servicios Básicos	Sistema legal	Administración	Pabellones de internos
Bueno	2	21	19	14
Regular	36	31	31	35
Malo	43	29	31	32
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>81</b>	<b>81</b>	<b>81</b>
% Bueno	2	26	23	17
% Malo	53	36	31	40

*Fuente: Ministerio de Justicia*

*Tomado del Instituto Peruano de Economía. Agenda IPE. Lima, 2006*

### 3.4.3 Costos de vida en el penal y el acceso a medios de subsistencia.

Como consecuencia, las posibilidades para desarrollar un trabajo formal dentro de ambos penales también es bastante limitada. En la actualidad el sistema de trabajo promovido por el INPE sólo es capaz de atender al 42% de los internos de nuestro país por lo que existen pocas fuentes legales y oficiales para conseguir ingresos para una mayoría. Estos internos reciben ingresos por debajo de los mínimos legales y no cuentan con seguridad social ni indemnizaciones por accidentes de trabajo<sup>70</sup>. En el caso de Río Seco y Lurigancho, esta proporción es mucho menor. El resto debe buscar diferentes estrategias informales para conseguir algún dinero. Como bien señala el informe elaborado por CEAS, nos encontramos frente a un sistema penitenciario que condena a la mayor parte de su población a la inactividad.

Dicha situación se vuelve crítica si consideramos que la vida en el penal representa una serie de gastos importantes para los internos. En la mayoría de prisiones de nuestro país los internos deben pagar por una serie de bienes y servicios. La lista es bastante grande: alojamiento, mantenimiento de los pabellones, ingreso y venta de droga y alcohol. Existen también una serie de pagos por desplazamientos, para no recibir castigos, para contar con protección, para permitir visitas, para acceder a información legal y mejor dejamos de contar. La dinámica interna está entonces marcada por la posibilidad de compra de privilegios y algunos derechos.

<sup>70</sup> Informe de CEAS.

Algunos internos de Río Seco y Lurigancho me explicaron dicha situación apelando a esta distinción. Para ellos, los derechos abarcaban el acceso a una serie de servicios básicos como la salud, el sistema legal, la alimentación u obtener una celda donde vivir. Por su parte, los privilegios implicaban el acceso a una serie de bienes y condiciones de vida como: tener una celda, contar con electrodomésticos, acceder a visitas fuera de los horarios establecidos, movilizarse entre pabellones, pasar alimentos y productos prohibidos, drogas y alcohol incluidos.

Según su versión, el volumen y tipo de gastos realizados por los internos estaba asociado con el nivel de corrupción existente en la administración formal (personal del INPE y policía) e informal (la propia organización de internos) de cada penal.

Este asunto era bastante claro en el caso de Río Seco. Durante la anterior administración, la corrupción había llegado a niveles tales que se tenía que pagar por diversos derechos, incluyendo al acceso al tóxico:

*“La cosa es así. Ahora tú puedes negociar por privilegios, un televisor, una refrigeradora, visitas fuera de los días y horarios previstos, camas. Pero antes, antes tú debías pagar por todo, hasta por tener tus derechos básicos: visitas, acceso al puesto de salud, etc. Si te enfermabas, costaba un sol cincuenta en total (pasar por todos los controles en la ruta hacia el tóxico) cincuenta céntimos por cada control. Luego subió y todos te cobraban un sol, tres soles en total ¿de dónde?”.*

*(Internos hospitalizado, Río Seco)*

Varios de los promotores de salud tuvieron conflictos con el personal del INPE que impedía su acceso al tóxico, si no se realizaban los pagos respectivos. Por ejemplo, uno de los promotores fue indebidamente recluido en una celda de castigo debido a que insistió en que un interno, con una crisis de hipoglucemia, fuera trasladado al tóxico. En otra ocasión, uno de los promotores travestis fue despojado de sus ropas, ridiculizado y golpeado debido a una circunstancia similar. Esta situación continuó a pesar de las actividades de promoción del Fondo Global en el penal. Como me diría uno de los promotores: “Aunque la gente del Fondo Global le dijo al director que no se cobrara, el se cagó en ellos, igual seguían cobrando.”

Con la llegada de la nueva administración al penal y gracias al diálogo directo de los promotores de salud con el director del INPE de aquel entonces el asunto cambió. Los

promotores aprovecharon un evento del Fondo Global para, luego de presentar una obra sobre la transmisión de la tuberculosis, acercarse a él y contarle la situación.

De acuerdo con algunos de los informantes, era difícil que este tipo abusos se registraran en Lurigancho, debido a que el nivel de poder de la organización de internos en este penal era mucho mayor. Sin embargo en ambos penales se cobraba por una serie de derechos como el obtener una celda y una cama. Los pagos por desplazamientos entre pabellones y el ingreso de productos prohibidos también era una constante en ambos casos. Uno de los internos de Lurigancho describiría de la siguiente manera la serie de gastos que debía abonar a las autoridades de su pabellón:

*“En el tiempo que yo he estado, había mucho abuso, porque te obligaban a pagar el ingreso que era 100 soles, por visita tenía que pagar 10 soles. Y había veces que yo no tenía. Me obligaban, me sacaban al patio y me hacían ranear y me castigaban físicamente. Y tuve la suerte de mi señora, que hasta ahora me acompaña, me traía lo que podía y con eso pagaba el ingreso.”*

*(Interno, Lurigancho)*

El dinero es entonces uno de los recursos principales a ser obtenido por los internos. Como bien señala Pérez Guadalupe<sup>71</sup>, dentro de los penales éste se convierte en el factor determinante de las relaciones, tanto entre internos como con el exterior, porque las posibilidades de acceder a él se restringen considerablemente.

Según este autor, existen dos formas en que los internos acceden a este bien: La primera se basa en la transferencia de dinero desde el exterior. Uno de los internos de Río Seco estimaba que semanalmente debían ingresar al penal a través de las visitas, por lo menos diez mil soles:

*“Tienen que hacer esto para mantener su economía, por eso que no avanzaría si no hay visita, la economía llega a través de la visita en el penal. Son 1300 internos, a tres soles que se le dejen por visita a cada interno, son más o menos 5,000 soles, en dos visitas semanales son 10,000 soles que ingresa a este penal (...) y a dónde va a dar este dinero, a los que tienen droga, los que tienen negocio. Antes iba al vicio la mitad casi, cuando había corrupción, la mitad casi”.*

---

<sup>71</sup> PEREZ GUADALUPE, Juan. Faires y Atorrantes. Una etnografía del penal de Lurigancho.

Debemos realizar algunas precisiones a los elementos de estimación utilizados por este interno. Por un lado, un grupo de personas privadas de su libertad no cuentan con visitas. Por el otro, el flujo de dinero no sólo presenta una dirección de afuera hacia adentro. Algunos internos aportan, en la medida de sus posibilidades, con la economía de sus hogares.

Por otro lado, la mayoría de reclusos desarrollaba paralelamente una serie de actividades económicas al interior de las cárceles como: el comercio de drogas, alimentos, ropa, sexo. Según sus posibilidades y experiencia previa, los internos se dedicaban a diferentes actividades. Existían: cocineros, electricista, porteros, panaderos, ambulantes, recursoros, llamadores, burros, etc.

La aplicación de ambas estrategias, combinadas o no, permitían que las personas dentro del penal no están pasando hambre en una escala masiva y puedan cubrir, con mayor o menor éxito, con los imperativos económicos de la vida en este lugar. De acuerdo con los datos proporcionados por el INPE, los internos deberían vivir en condiciones por debajo de la línea de la pobreza. El Estado (INPE) destina aproximadamente tres soles diarios por interno y se considera que las personas que viven con menos de un dólar diario se encuentran en una situación de pobreza extrema. Pero no es así. Existe una enorme economía paralela que permite que miles de personas subsistan con las mínimas condiciones de vida y satisfacción de necesidades básicas.

Estas estrategias alternativas, generadoras de ingresos y recursos, consumían buena parte del tiempo y dedicación de los internos. Sin embargo, su flujo real constituye parte de los datos no conocidos en la gran caja negra del penal. Hay estrategias públicamente más visibles que otras, y hay estrategias más valoradas y organizadas. Existe gente que se especializa, gente que diversifica. Pero es muy difícil realizar una cuantificación de estos datos. Como es obvio muchos internos esconderían los datos verdaderos a propósito temiendo represalias por su participación en estas economías. Por otro lado, el INPE no se ha preocupado por conocer estos detalles, perdiendo así la posibilidad de identificar a los grupos que no cuentan con los recursos para sobrevivir.

Lo que sí está claro es que las posibilidades de acceso a medios de subsistencia de un interno a otro pueden ser marcadamente diferentes. Esto genera una variación importante en las probabilidades que los internos tienen para afrontar la satisfacción de sus necesidades básicas y los problemas de salud. En Río Seco y Lurigancho es posible intuir estas diferencias tan sólo con observar los patrones de consumo de los internos. Algunos de ellos visten ropas en buen estado y de última moda dándose el lujo de rechazar la paila para alimentarse en uno de los pequeños restaurantes levantados por los propios internos. En Lurigancho, algunos

pocos llegan a tener servicio de televisión por cable. Pero la mayoría no está en esta situación. Es posible observar a algunos internos que prácticamente viven de la mendicidad.

Muchos proveedores de salud consideran que esta situación corresponde casi exclusivamente a los adictos, gente que ha vendido hasta su alma para continuar con sus vicios. Pero también existe otro buen grupo de personas que no puede desarrollar estrategias de sobrevivencia efectivas por diferentes motivos. Algunos internos tienen una edad tan avanzada, o un estado de salud discapacitante, temporal o permanente, que no pueden agenciarse de dinero y otros recursos por sus propios medios.

La evidencia construida durante el trabajo de campo sugiere que estas posibilidades guardan una relación directa con los recursos personales de los internos. Especialmente el tamaño, frecuencia y recursos de las redes sociales que estas personas desarrollan desde su reclusión. Desarrollaremos esta idea a continuación.

## CAPÍTULO 4

### “NO SOMOS TODOS IGUALES”

#### REDUCCIÓN DE REDES SOCIALES, RECURSOS DE LOS INTERNOS Y SU VARIABILIDAD

##### **4.1 Dos Historias.**

Muchos de los relatos en ambos centros penitenciarios dan cuenta del impacto que el encierro conlleva para el entorno familiar y las redes sociales de los internos. Éstos últimos y sus familias, no sólo deben lidiar con el costo emocional que implica el internamiento de uno de sus miembros. En muchos casos conlleva también la pérdida, momentánea o prolongada, de una fuente de ingresos y el quiebre de los roles desarrollados al interior de las unidades parentales. El caso del señor Arriola nos permitirá comprender mejor esta situación.

##### **4.1.1 Historia 1: Movilización de la familia inmediata y activos personales.**

Él era un profesional egresado de la Universidad Nacional de Piura. Conoció a la que hasta ahora es su esposa dentro de las aulas, cuando estaba por finalizar su carrera. Ella era algunos años menor que él, pero esto no fue un impedimento para que se casaran luego de un periodo relativamente corto de noviazgo. Una vez egresado, Arriola pudo trabajar en tres lugares, y lo que ganaba le alcanzaba para mantener a su familia y para que su esposa terminara sus estudios.

Esta carga laboral le generaba una serie de tensiones que disipaba, como muchas personas, bebiendo con sus colegas. Su esposa no aprobaba esta actividad y le llamaba la atención por sus constantes salidas a celebrar. Para él, ésta era su única distracción y no se la podían quitar.

Fue en una de estas salidas, que se vio involucrado en una gresca que finalizó con la muerte de una persona. Arriola y un amigo suyo fueron encarcelados por el hecho. Él nunca me dijo quien mató a esta persona, pero sí recalcó el hecho de que las autoridades actuaron con singular rapidez en su detención, porque la víctima era de una familia conocida de Piura. Por esa misma razón, el caso fue cubierto ampliamente por los medios de comunicación de la ciudad. Mientras que él alegaba que todo había sido un evento fortuito, producto de una confusión, la familia del difunto se concentraba en mostrar a la opinión pública que el hecho no había sido accidental.

La esposa de Arriola me contaría luego que pasó varios días recorriendo las calles de Piura para sacar los carteles de acusación que esta familia había mandado a colocar por la ciudad: "Todo esto sola". Su esposa trató de recurrir a los amigos y empleadores de Arriola para poder mantener a su familia, y cubrir los costos del proceso judicial e internamiento de su esposo en la prisión de Río Seco. Encontrándose con la mayoría de puertas cerradas.

Ninguno de sus empleadores quiso reconocer los salarios que adeudaban a su pareja. Sólo uno, un funcionario del estado, mostró cierto interés para luego indicarle que le pagaría el sueldo de su esposo en su casa y en la noche. Ella nunca acudió a la cita y tuvo que vender buena parte de las cosas que tenían, e irse a vivir a la casa de la madre de Arriola. Así, tuvo que buscar un empleo en cualquier cosa para no dejar de asistir a su marido.

El dinero que tenían ahorrado y el de la madre de Arriola, se acabó pronto. Lo mejor que pudieron hacer fue brindarle los medios para subsistir dentro del penal. Consiguieron una pequeña refrigeradora que hicieron pasar ilegalmente a su celda. Cada día de visita proveían a Arriola de gelatinas y helados caseros para que los vendiera. Él me describiría la vergüenza inicial que sintió al salir de su celda con una bandeja de gelatina para ofrecerla a sus compañeros. Pero no podía hacer otra cosa por el momento.

Poco a poco se le presentaron una serie de oportunidades para brindar sus servicios como profesional dentro de prisión. Al principio no cobraba, por que lo hacía sólo para buscar ciertos reconocimiento y legitimidad entre la gente de su pabellón. Luego fue pidiendo, a quienes podía, 5 ó 10 soles para obtener un espacio gratuito donde vivir gracias a sus servicios. Asunto que logró. De esta forma, Arriola podía dar en ocasiones algún dinero para que su esposa subsistiera y retomara sus estudios. Pero esto no hubiera sido posible sin el respaldo económico de ambas familias de la pareja.

Ahora él esta más tranquilo, pero aún recuerda esos días en que pasaba su tiempo pensando en cómo se mantendrían y cómo sobreviviría su familia mientras estaba en prisión, cuándo saldría, cómo estaría su mujer, si lo dejaría o no y si le era fiel. Muchas de estas preocupaciones aún no se han disipado.

Sin embargo muchos internos no tienen la suerte de Arriola, y ven cómo sus seres queridos se alejan e incomunican dejándolos además, sin recursos para subsistir. Este fue el caso de Pacheco.

#### **4.1.2 Historia 2: Perdida de la pareja e hija y enfermedad.**

Conocí a Pacheco una mañana en la que realizaba las observaciones de las consultas en el tópicico de Río Seco. El enfermero estaba atendiendo a un paciente cuando de pronto él abrió la puerta y dijo: "Dr. déme una pastilla para la infección, mira esta recontra infectado". Mostraba su antebrazo. En él, sobre un tatuaje, se podían apreciar varias cicatrices y dos cortes (de unos siete o nueve centímetros de largo) aún frescos.

*Foto 3: El brazo de Pacheco, tallado a pulso, con cicatrices y heridas recientes*



*Fuente: Penal de Río Seco, Piura de 2006.*

El enfermero lo miró sin decir nada. Pacheco continuó con el tono entre demandante y suplicante:

- Pacheco: "Dame las pastillas pe".
- Enfermero: "No esta el doctor".
- Pacheco: "De todas maneras pe"

El enfermero no quiso atenderlo y le cerró la puerta del consultorio:

*“Todos los días hace lo mismo y es un paciente difícil. Pacheco es un paciente código blanco, tiene VIH, además es violento, quiere agredir a uno de los internos hospitalizados porque dice que no tiene nada y está aquí descansando. No quiere reconocer que este paciente tiene diabetes y necesita una dieta especial y control”<sup>72</sup>.*

Los proveedores de salud no sabían qué hacer con él. Uno de ellos me diría: “(No sé) ¿Qué quiere? ¿Internarse? ¿Pastillas para venderlas y consumir drogas?”. Había estado hospitalizado en el tóxico pero su comportamiento fue agresivo. Además salía habitualmente a los pabellones para conseguir drogas. Pacheco iba casi todos los días con un corte nuevo para ser atendido, una de esas ocasiones significó su hospitalización en el tóxico. Se había cortado la garganta de forma profunda. Varias personas tuvieron que sujetarlo para recostarlo en una camilla. El médico le informó que tenía que coserlo. Pacheco se negó diciendo que le iba a doler y que no quería: “Me los voy a reventar igualito (los puntos) por las huevas va a ser, soy maricón pa’ los puntos”.

El médico le respondió “esta vez sí lo necesitas, no es como las otras veces, no puedes estar así, no va a curar”. Le hablaba en voz baja y calmada, cerca de su oído, casi suplicándole “un puntito nomás, un puntito nomás, yo te voy a hospitalizar la otra semana, te lo prometo”.

Pacheco comenzó a decir: “a la yugular, el huevón se me esconde, me tiene miedo, le voy a dar en la yugular (se refiere al hospitalizado con el que tuvo conflictos). Los ayudantes y el doctor se miraron moviendo la cabeza de un lado al otro en señal de desaprobación. Uno de los ayudantes le pregunta “¿Has estado en piedras (crack)?” Pacheco le contestó: “no, he estado sazonado (un poco ebrio), me pusieron música romántica y me acordé de la forajida (alude a su ex pareja, con quien tiene una hija y que ahora está con otra persona que también es un interno del penal)”.

El médico insistía mientras limpiaba la sangre de la herida, “un puntito nomás y la próxima semana estas acá”. Pacheco aceptó y fue hospitalizado a los dos días. Hasta ese momento nunca había querido conversar conmigo, pero su actitud cambio una vez que fue instalado en el tóxico. Ahí me contó que estaba más tranquilo, y que quería seguir el

---

<sup>72</sup> Luego me enteraría que el paciente al que se refería, es un canadiense de unos cincuenta años. Muchos de los internos comentan sobre él y dicen que, al igual que él, hay muchos diabéticos en los pabellones, que no pagan para que lo tengan en el tóxico. “Ahí vive cómodamente en una celda individual con ducha, televisión y otras comodidades”.

tratamiento contra el VIH. Sin embargo también enfatizaba que le resultaba difícil estar tranquilo porque tenía un problema fuerte, su hija de siete años.

*“Yo vivía con mi hija, me separé de mi esposa la primera vez que entré a un penal, ella se fue con otro que también trabaja como yo. Yo me quedé con mi hija, vivíamos en una pensión. Como yo trabajaba la señora la cuidaba. Yo le dije: yo te apoyo económicamente y tú la cuidas si me pasa algo. Antes que cumpliéramos el año solos su madre viene a querer llevársela con su nueva pareja. Yo le escribí directamente a él: has tu vida como mejor te parezca pero a mi hija no me la toquen. Ellos denuncian el caso en el Promudeh y dicen que estaba enfermo y que soy un delincuente, yo estaba requisitoriado. Yo no quería venir acá preso.*

*Me cuidé, ya no robaba, empecé a vender pasta básica. Fui al juzgado para presentar mi contra denuncia pero ya me habían tasado. Yo me di cuenta y les dije que me presten el baño y me escapé. Ellos fueron a mi casa y la internaron en el albergue. Yo me dediqué al vicio. Me olvidaba por completo de todo. Perdí la noción del tiempo, cada vez que estaba borracho me cortaba, no sé por qué. Hasta que caí preso, no tenía quien viera por mi hija, tampoco quién moviera mis papeles y empecé a meditar al verme preso y le conté mi problema a una secretaria del penal. Ella me dijo, dame el nombre de tu mamá que yo la voy a ubicar.*

*Yo no había visto a mi mamá como en diez años. Yo dejé mi casa cuando era casi niño. A los quince días la secretaria viene con un teléfono celular y me dice: tengo su número, llámala. Yo la ubiqué y le dije que estaba con tal enfermedad y que tenía el problema de mi hijita. Mi mamá me dijo que yo ya estaba grande y que ella tenía 3 hijos más de su compromiso, que yo era un hombre hecho y derecho y que no tenía plata. Pero unos días después vino para acá. Yo ya no la reconocía y sale un pata viejo y me dice: ¿te acuerdas de mí? Yo soy Fernando, tu eras chiquillo (Era la pareja de su madre). También estaban mis hermanitas.*

*Yo le dije a mi mamá “Yo no quiero que me ayudes a mí, lo hecho, hecho está. Ella me dice que por la plata no me preocupe porque tiene un negocio. Me contó que había sido alcohólica, pero Fernando la apoyó y salió de ese mundo. A la semana mi padrastro me trajo dos pares de zapatillas, una mica, me trajo una TV pequeña. Económicamente son de nivel medio.*

*Fueron a verla a mi hija pero, cómo ya había pasado tanto tiempo les dijeron que a la bebé la pusieron en adopción, entonces van a venir de un país Europeo para que a la bebé la adopten. Mi mamá pone un abogado pero se va a Lima. El abogado se comió*

*su plata y la ha estado paseando, no había quien siguiera el caso aquí en Piura. Quería saber si mi hija estaba, me mandaban a decir que la bebé no se hallaba en el albergue. Entonces empecé con la desesperación maldita, empecé con diazepam, diazepam, diazepam. Yo me pongo violento, a veces trato de desahogarme. La directora me dijo que me va a apoyar. Mi mamá me dice que la niña esta para adopción pero que hacía el esfuerzo. Yo andaba bien bacán, bien vestido pero me daba la desesperación, me ponía violento y me mandaban en aislamiento. Luego mi mamá dejó de venirme a visitar. Volví a caer pensando, me drogaba, hacía lo que fuera para conseguir dinero y todo me lo fumaba. Por eso ahora ando en la celda de castigo”.*

#### **4.2 Comparando ambos casos.**

Los casos expuestos en las líneas precedentes, nos hablan de algunos procesos comunes y diferencias sustanciales en relación a la forma que adquirieron las redes sociales y recursos personales de un interno frente al impacto del encarcelamiento. Ambos internos vieron reducidas sus redes sociales en escalas y con consecuencias diferentes.

Mientras que Arriola contemplaba cómo sus colegas y empleadores le cerraban las puertas, siguió contando con el apoyo de su pareja y padres. La presencia de su familia inmediata le permitió atender al proceso judicial por el que estaba en prisión. Su familia también jugó un papel importante para que él desarrollara varias estrategias iniciales de subsistencia en prisión. Las visitas frecuentes de su esposa y madre le permitieron sobrellevar mejor el tiempo de reclusión que le esperaba.

Este caso revela también cómo es que el soporte de los recursos provistos por las redes sociales pueden ir cambiando en el tiempo, disminuyendo en la mayoría de casos. La familia de Arriola gastó la mayor parte de sus recursos al inicio, debido a los fuertes costos del proceso judicial e instalación del interno en prisión. Frente a esta situación, tuvieron que optar por brindar a Arriola los recursos necesarios para que desarrollara sus propias estrategias económicas, disminuyendo así la carga que representaba para su familia.

Un elemento adicional, se encuentra en el uso de otros recursos personales. Arriola contaba con una profesión que le permitía ofrecer servicios dentro del mismo penal. Las posibilidades de ejercicio de su profesión no sólo le permitieron obtener una fuente de ingresos económicos, si no una posición relativamente buena dentro de la estructura de jerarquías existente entre los internos de Río Seco. Con ello, él logro desarrollar una estrategia más o

menos estable, que incluía el despliegue de una serie de intercambios con otros internos y con el INPE.

Afortunadamente, los servicios que Arriola brindaba cubrían uno de los tantos servicios para los que la institución penitenciaria no se daba abastos. Por ello recibió una serie de beneficios, como el contar con una celda individual en un lugar en el que el hacinamiento se respiraba en el aire.

Pese a que nuestra descripción presenta a Arriola como un caso relativamente exitoso, el despliegue y mantenimiento de estas redes estuvo bastante lejos de ser un proceso fácil, fluido y exento de conflictos. En algunos momentos la relación con su pareja fue precaria, ya que Arriola le planteaba una serie de demandas que sobrepasaban la capacidad de ella.

Las negociaciones establecidas con el personal del INPE y sus compañeros, para conseguir mejores condiciones de alojamiento, también fueron tensas. Arriola debía maniobrar en un contexto en que sus demandas podían ser consideradas como abusivas o fuera de lugar por sus compañeros. Por ejemplo, una vez que obtuvo cierta posición dentro de su pabellón, solicitó a la dirigencia interna una cama para dormir. La autoridad del pabellón le ofreció una que estaba ya ocupada. El tuvo que declinar esta oferta para no deslegitimar su posición frente al resto de sus compañeros. Debido a esta decisión, tuvo que seguir durmiendo sobre el piso durante un tiempo más.

Pero no debemos entender estos intercambios, como los movimientos de un individuo que desarrolla sus relaciones frente a un número determinado de posibilidades de acción social, basándose exclusivamente en una lógica de acuerdo a fines. Estas experiencias están marcadas por emociones de diferente tipo: la pasajera alegría ante las visitas de su esposa, la vergüenza frente a la necesidad de vender dulces para gente de esa calaña, la desilusión ante la imposibilidad de obtener la tan ansiada cama, la indignación en relación a un sistema judicial que siempre está un paso atrás en los procesos.

Estas emociones son una expresión de cómo la estructura y los procesos sociales son vividos, experimentados e interpretados. Funcionan también como puentes que vinculan a los internos entre sí y con la sociedad mayor. Ya sea para comunicarse, cooperar, intercambiar bienes o, lamentablemente, para establecer relaciones conflictivas y tomar decisiones autodestructivas. Además, se orientan tanto por las acciones del actor mismo como por las

acciones de los otros, dándoles razones para vivir, morir y actuar<sup>73</sup>. Y, en el caso de Pacheco, nos ayudan a comprender mejor la complejidad de sus motivaciones.

Las posibilidades de Pacheco eran más reducidas. Sin estudios y con un mal que lo condenaba a muerte en el largo plazo, vio cómo su esposa e hija se alejaban, perdiendo así el único soporte económico y emocional con que contaba fuera de prisión. Sería simplista e injusto culpar a su pareja por el abandono. Siendo una ama de casa sin experiencia laboral, con una pareja que tenía expectativas de vida inciertas y ante la necesidad de subsistir; debió verse forzada a conseguir un nuevo compromiso, desligándose por completo de los lazos que la unían a Pacheco.

Con el tiempo, y gracias a la ayuda de una de las funcionarias del penal, logró contactarse con su madre, a la que no había visto en más de una década. Esto le permitió pasar por un periodo en el que contaba con ciertos recursos para subsistir dentro del penal. Sin embargo, poco a poco fue perdiendo el apoyo de su familia.

Como muchos internos, Pacheco había formado en varios momentos, parte del grupo de “casos sociales” de los penales. Esta categoría es utilizada comúnmente por los proveedores de salud y demás trabajadores del INPE, para referirse a los internos que carecen de visitas y que, por tanto, no cuentan con los recursos que éstas les brindan. Otra categoría usual utilizada para describir a las personas sin redes sociales fuera del penal, era “los abandonados”.

Son varios los factores asociados con el abandono de los internos. En muchos casos las relaciones familiares, especialmente las de pareja, se debilitan y/o rompían con el tiempo. Los internos se convierten, en muchas ocasiones, en cargas difíciles de sobrellevar para muchos familiares que deben resolver sus propios problemas. En otras, las parejas de los internos rehacen sus vidas estableciendo nuevos compromisos.

Por otro lado, muchos internos tienen a sus familias y amigos cercanos en localidades distantes a los centros penitenciarios en donde son ubicados. El transporte es costoso, y muchos de ellos reciben visitas luego de un tiempo bastante prolongado.

La mayoría de los internos en esta situación, deben basar sus estrategias de sobrevivencia a partir de la construcción de una serie de redes al interior de los penales. Los compañeros, otros internos, no son los únicos nodos de estas redes. El personal del INPE y de

---

<sup>73</sup> GIDDENS, Anthony. *Sociología*.

la policía, también pueden llegar a constituirse en fuentes de recursos y soporte para diversos fines.

Pacheco concentró muchos de su esfuerzo en establecer relaciones con el personal de la administración del penal, para poder continuar con su proceso judicial y el tratamiento para atender su enfermedad. Él apelaba a muchas estrategias que incluían la búsqueda de amistad y caridad con algunos funcionarios. Con este fin, se las arreglaba para acceder a la zona administrativa del penal, intentando conversar con el personal sobre sus problemas, pidiendo consejos y señalando sus intenciones de redención. En otras ocasiones debía apelar a estrategias de confrontación para conseguir sus objetivos.

Razones no le faltaban. Lidiaba con la angustia de perder a su hija en manos de unos “extranjeros que lo tienen todo”. También, por momentos, decidía seguir con el tratamiento para combatir el avance de su enfermedad. Pacheco no contaba con el aprecio de los proveedores de salud del tópic. Fue internado varias veces, pero en todas estas ocasiones tuvo un comportamiento conflictivo con el resto de sus compañeros incumpliendo, además, con la norma de abstinencia a las drogas dentro del tópic. Algunas veces los responsables del tópic decidían “darle de alta”, en otras él mismo dejaba el tópic por voluntad propia.

Sus perspectivas de vida cambiaban, en relación con su mal, con cierta frecuencia. Algunas veces señalaba que la vida no valía nada y se dedicaba a consumir drogas y autoinfligirse heridas. En otras oportunidades declaraba su necesidad de sobrevivir a la prisión para rehacer su existencia al salir de prisión. Cuando conocí a Pacheco, estaba empeñado en continuar con el tratamiento. Los médicos se negaban a recibirlo aduciendo que no había más espacio en el tópic y que, como en otras ocasiones, él iba a abandonar la quimioterapia.

Él acudía diariamente al tópic con cortes autoinflingidos, aprovechando la ocasión para demandar su reingreso. Dirigió además el siguiente documento a la directora del penal:

Solicitud:

Se me conceda autorización para que se me transfiera al tópic por encontrarme con síndrome (B.I.H)

## AISLAMIENTO

Señora directora del E.P.s. Río Seco Piura.

José Pacheco Castañeda o Humberto Alzamora Collantes, interno de este EPS Río Seco. Piura, ante usted muy respetuosamente expongo y digo.

Recurro a su honorable y respetable despacho con el fin de solicitarle que ordene a quien corresponda para que se me conceda autorización para que se me transfiera al tópicos por encontrarme delicado de salud con síndrome (B.I.H.) ya que el pabellón que me encuentro no presta los siguientes garantías necesarias por el estado en que me encuentro.

Fin supremo de la sociedad todas autoridad tiene el deber de respetarla y protegerla mucho más cuando el interno se encuentra en estado delicado de salud.

Sra.: Directora caso contrario al no acceder a mi petición me someten a una huelga de hambre indefinida.

Por lo expuesto.

Sírvase acceder a mi petición por ser de ley, es justicia que espero alcanzar.

Piura 27/02/2006

José Pacheco Castañeda o Humberto Alzamora

#### 4.3 La enfermedad como un recurso: Camila y el Huelguista.

La mayoría de internos con los que pude conversar, manejaban bastante bien el complejo sistema judicial y penal en el que estaban enredados. Conocían también sus derechos, concentrándose sobre todo en las formas de reducción de penas. Durante mis visitas a ambos penales, era relativamente común encontrar a personas privadas de su libertad con fólder o bolsas plásticas en donde llevaban la documentación correspondiente a sus procesos.

Muchas personas acudían al tópicos con esta documentación para anexar sus diagnósticos a los oficios que debían presentar en sus juicios. Esto ocurría sobre todo cuando los pacientes tenían enfermedades que ponían en juego sus vidas, padecimientos crónicos que no podían ser tratados en los servicios de salud de la prisión y males discapacitantes. Muchos

de estos pacientes reconocían que estas circunstancias podían representar atenuantes de peso para sus penas. También estaban enterados de la posibilidad de acceder a la libertad por una “gracia” que tomara en cuenta su situación de salud.

Este era el caso de Camila. La conocí un día que se me acercó para consultarme un asunto. Ella era un interno que tenía 13 meses dentro el penal. Fue diagnosticada con el VIH entre rejas, y no vive en el tópico como los otros pacientes que siguen el tratamiento. Se encontraba en el pabellón porque así podía convivir con su pareja:

*“Estoy acá por tráfico de drogas hace trece meses, pero sólo era micro comercialización. Nunca tuve molestias, tuve enfermedades pero como cualquier otro, pasajeras, nunca me percaté que estaba enfermo del VIH. Ingreso al penal el cinco de Marzo, estuve en observación una semana. El 12 de marzo me pasaron acá al pabellón. Ese mismo día había una campaña, el doce de marzo del 2005. Me hicieron el rapitex (rapitest), ese día me dijeron: te han salido dos rayitas en la prueba, ¿sabes que tu estas infectado?. Me quedé pasmado, no me dijeron nada más, ni cómo me sentía. Luego me hicieron otras pruebas acá y recién me di cuenta y lo acepté. En el tópico me dijeron que me iban a hacer un programa, que me iban a dar medicinas. Yo me negué, porque me iban a hospitalizar acá y mis visitas se iban a dar cuenta. No entre al programa del TARGA. No quería que se enterara mi familia, el único que sabe es él, mi pareja. Si llegaban me iban a preguntar: ¿A qué te has ido al hospital? Me da miedo a que me rechacen, no sé. Cuando me fui del tópico, yo le he pedido al doctor para que me dieran para ir al psicólogo porque no superaba bien mi trauma, no aceptaba, ya eran casi nueve meses. Recién en Diciembre he ido aceptando. Me dieron tratamiento para protegerme de la TBC. Yo pensé que era para el VIH pero el tío Emilio me dijo que era para TBC. Luego ya recibí la TARGA. Ellos se demoraron, me dieron pastillas pa´ TBC y yo creía. La enfermera a ello me ayudó con el TARGA.*

*Me dijeron que tenía que ir cada mes a revisarme y ver cómo estaba yendo, pero sólo he ido una vez en diciembre. Antes había una enfermera acá, ella se movía. Ahora no se han movido con nada para mi cita. Ese tratamiento de nosotros, no nos cuesta pero tienen que ver mi virus y cómo me afectan las pastillas. Son fuertes, me tumban, no comía, era fuerte, sólo tomaba agua. Ahora ya no digo nada porque creo que no me van a hacer casos.*

*En mi pabellón estaban hablando. Cuando me preguntaban yo decía que no. A nadie, al único que le he dicho “Sí” es a él (mira a su pareja), aunque casi todo*

*el penal sabía, no hay colaboración. Yo no estaba con él cuando me detectaron. Yo no le decía, le decía que estaba con el TBC. Pero en su pabellón y acá en la posta le decían. Él me dijo. Para tener relaciones pasó un mes. El doctor lo llamó y le dijo. Cuando salió me dijo, me reclamó, lloró. El doctor le decía que me cortara (terminaran). Le han hecho la prueba por segunda vez y nada”.*

Su pareja, quien había afirmado con la cabeza todo lo que Camila decía, intervino y me preguntó: “¿Cómo puedo hacer para que Camila salga a un hospital? ... ella y luego yo”. Ambos preguntaron si padecer de VIH era un atenuante que les permitiría salir de la cárcel en menos tiempo. Camila añadiría, “pero si a él no le detectan yo saldría primero, ¿y nuestra relación?”.

El relato me sorprendió en muchos sentidos. En primer lugar, me costaba comprender por qué su pareja no se había protegido durante todo este tiempo. También me extrañaba el hecho de que Camila prefiriera vivir en el pabellón en vez de gozar de las facilidades de la atención en el tópico. Existían otras razones además del amor: “allá, allá hay como trabajar, acá no, todo es gasto.”

Si bien la estadía en el tópico implicaba el acceso a una serie de servicios gratuitos, como la comida, muchos internos consideraban que la hospitalización implicaba la posibilidad de desatender las estrategias de subsistencia que tanto les había costado desarrollar. Para algunos internos, la vida en el tópico no implicaba una posibilidad interesante de subsistencia.

Pese a ello el juego con la salud representa la posibilidad de plantear algunas demandas. En ciertas ocasiones algunos internos apelaban a huelgas de hambre para presionar al poder judicial con el fin de agilizar sus procesos o reclamar por algún derecho conculcado. El primer día que llegué a Río Seco, acompañé al médico del penal a atender un caso de este tipo.

El interno se encontraba en una de los ambientes destinados para los enfermos de VIH y TBC. El médico le preguntó cómo es que se había sentido y si tenía alguna molestia. El paciente se veía bastante mal y apenas pudo sentarse para ser auscultado. El médico lo trataba de convencer para que le administrara suero por vía endovenosa. Le hablaba en tono muy bajo, “se va a poner peor, es peligroso”, no le decía nada más, tampoco le explicaba nada más.

Uno de los colaboradores miraba y asentía con la cabeza respaldándolo. Yo no sabía que ocurría. El paciente se tocaba la boca para hablar y hacía mucho esfuerzo para susurrar algunas palabras. En ese momento pensé que, al tener VIH y TBC podría estar en un estado tal que se le dificultaba mucho el habla.

Dejamos al paciente luego de cinco minutos. En el camino el médico me contó que era un interno en huelga de hambre y ése era su octavo día. Se había cocido la boca y no había ingerido ni sólidos, ni líquidos y podía morir. El interno no iba a dejar la huelga hasta que alguien del ministerio público se acercara para ver su caso. De acuerdo con el colaborador, este interno era un reincidente que había recibido el beneficio de la semilibertad pero había sido capturado delinquiendo nuevamente. Por ello, ahora no recibía muchos de los beneficios que acortarían su estadía en prisión.

Él insistía en que se le reconocieran estos beneficios, y por ello, pedía ser escuchado por un funcionario del juzgado correspondiente. Más tarde, este colaborador me dijo que para él el interno no tenía la razón, había fallado. Pero muchas personas fallan de esa manera. “Te portas bien, te dan el beneficio de la semilibertad y luego caes otras vez”. Un interno que estaba esperando consulta al lado, asintió con la cabeza: “Eso es cierto, a mi me pasó, yo estuve preso por narcotráfico y me dieron la semilibertad y acepté transportar droga, caí. Ahora tengo pa’ seis años acá. Dígame ¿por qué hice eso?”. El interno no se veía molesto, parecía resignado cuando hablaba del tema. Dos días después el huelguista recibió la visita de un secretario de juzgado, abandonando su medida.

Pacheco no tuvo que hacer esto. Cómo ya he mencionado, un buen día se inflingió una herida tan grave que el médico acepto internarlo para brindarle el tratamiento contra el VIH. Durante mi estadía en Río Seco, este tipo de estrategias confrontacionales eran comunes entre algunos de los “abandonados” que acudían al tópico para solicitar medicinas. Algunos de ellos ya eran conocidos y se les denominaba “los fingidores”.

#### **4.4 Fingir.**

En la mayoría de casos, los “fingidores” eran internos que habitualmente simulaban padecimientos para obtener medicinas que luego vendían entre sus compañeros. Para los proveedores de salud, este dinero era destinado a la adquisición de drogas. Como ya eran conocidos, sus requerimientos se denegaban casi de inmediato. Frente a este situación, muchos de ellos recurrían a las suplicas. Varios de los proveedores de salud ya cansados los

atendían, pero en muchas ocasiones mantenían su posición. Cuando esto ocurría, normalmente los internos optaban por estrategias de confrontación.

En varias ocasiones pude observar el uso de este recurso, sobre todo en Río Seco. De acuerdo con los profesionales de salud de Lurigancho con los que conversé, esto ocurría generalmente en la atención de medicina general pero no en los servicios especializados porque los internos ya habían pasado por un primer filtro. En Piura este filtro no existía, y el médico debía enfrentar todo tipo de casos. Sin embargo, este tipo de comportamiento no era aplicado durante las interacciones con el médico responsable del tóxico. Ocurría más bien cuando la atención era brindada por los técnicos (enfermeros formados por el INPE), colaboradores y el personal médico que pertenecía a la misma población privada de su libertad. En estos casos los internos acusaban a estos proveedores de salud de querer “adueñarse” de las medicinas y tratar al tóxico como su consultorio particular, recordándoles, que el acceso a las mismas era un derecho.

La presencia de internos que simulaban padecimientos, se añadía un elemento más a la ya complicada tarea de los proveedores de salud. La situación es comprensible. Según Emma Whelan<sup>74</sup> el dolor y el sufrimiento, aunque se forman de acuerdo con patrones sociales, son experiencias personales y subjetivas que deben ser representadas para que otros lo entiendan.

Existe pues una división o distancia entre quienes sufren y los que observan y analizan el sufrimiento. Este desfase afecta la comunicación entre pacientes y proveedores de salud. Incluso algunos padecimientos pueden llegar a ser enigmáticos porque los síntomas de dolor y padecimiento narrados por los pacientes pueden pertenecer a varios problemas o indicar diferentes grados de gravedad que no están claros. Los signos y síntomas pueden ser impredecibles. Pueden hacer pensar que los pacientes exageran o mienten. Muchas veces se construye un perfil del paciente como un exagerado, sin comprender la experiencia de quien sufre.

Los fingidores no eran los únicos en recurrir a la simulación, el exageramiento y la confrontación para obtener la atención en el tóxico. Los internos con escasos recursos, entre ellos los abandonados, tenían menos posibilidades de cubrir algunas crisis de salud que no podían ser atendidas de manera gratuita dentro del penal. Muchos de ellos debían recurrir a diferentes formas para intentar obtener la atención y medicación que requerían.

---

<sup>74</sup>WHELAN, Emma. “Putting pain to paper: endometriosis and the documentation of suffering”. EN: *Health.California*. Vol. 7. p. 463-482. Sage. 2003

Estas situaciones nos conducen a pensar en las ideas desarrolladas por Cohe, Collin y Perodeau<sup>75</sup> sobre la medicación. Para estos autores, la medicación no sólo se reduce a brindar unos productos farmacéuticos para padecimientos específicos. Desde su perspectiva, los medicamentos son más que objetos materiales con efectos fisiológicos, también nos revelan los significados en torno a relaciones sociales que envuelven a los pacientes como individuos y como grupo.

En estos actos de simulación, se revelan los intentos de los pacientes por ejercer cierto poder para plantear sus necesidades. Los medicamentos, además de ser una herramienta importante para combatir las enfermedades, se convierten en una interfase entre el paciente y el proveedor de salud. Como puede apreciarse en la siguiente descripción, en cierto sentido, las medicinas y los tratamientos eran utilizados como instrumentos, a veces más efectivos o no, de control social y vehículos de ideas sobre el cuerpo, la responsabilidad, la salud y la enfermedad:

**Observación en Río Seco: Una atención brindada por el técnico de turno.**

Se acerca otro joven, es delgado, tiene la cara enjuta y se le notan los huesos de las rodillas: “Tío Jaime me duele la espalda, debe ser porque estoy compartiendo mi cama con un paisano, déme algo”.

El técnico le dice: “Te pongo una ampolla”. El interno le responde: “Ya, con tal de que me cure”. Técnico: “Te voy a poner diclofenaco con dexametazona”. El interno duda un poco e insiste “Tío, dame una pastilla pe”.

El técnico levanta la voz, “no, tu siempre vienes, vas a vender las pastillas”. El interno le replica: “Y como a Castillo sí le ha dado, cómo a él si le da si el lo vende. Yo no vengo todos los días pe, a la semana vengo a molestarlo, es que primero me duele la garganta, ahora orino amarillo, yo quiero pastillas porque la otra vez que me pusieron ampollas y salieron bolitas de agua en la espalda”.

El técnico no respondió y comenzó a llenar su registro nuevamente, “¿cuántos años tienes?”, murmura, “todo por la droga”. El interno se alegra al ver que el “tío” Jaime acepto darle pastillas en vez de la inyección.

<sup>75</sup> COHE, D; CUBBIN, Mc; COLLIN, Johanne y PERODEAU, Guilheme. “Medications as social phenomena”. EN: *Health* . Vol. 5. p. 441 – 469. 2001.

El técnico se dirige a mi, me cuenta sobre uno de los internos que está en una de las celdas para pacientes psiquiátricos, “¿Cómo será el que se ha alocado?, de repente viene galopando, todo por el vicio, vicio, vicio nomás, él estaba en el tratamiento de TBC pero le dieron de alta porque se salía para consumir pasta, ¿no le ha pedido nada?”. El interno recibe las pastillas del ayudante y se va.

Frente al problema de los fingidores, los médicos podían cambiar el tipo de medicación administrada para garantizar su debido uso. Por ejemplo, en algunas ocasiones, y ante la sospecha de un caso de simulación, los proveedores de salud preferían utilizar inyecciones y placebos con el fin de evitar la comercialización de los fármacos o el desabastecimiento de un medicamento que consideraban efectivo o importante. El uso de los medicamentos guarda cierta relación con los significados sociales, estructuras sociales e identidades. Utilizando la perspectiva de estos autores: Los significados cambian mientras los medicamentos son utilizados.

Por otro lado la presencia o ausencia de determinados medicamentos regula también las prácticas médicas, sus capacidades y acciones. Este era el caso del joven interno del evento descrito al inicio del tercer capítulo. El exageraba su cuadro, con el fin de obtener un tratamiento similar a un compañero con un padecimiento parecido que contaban con los recursos familiares, para ser atendido en un hospital fuera del penal.

Lamentablemente, formaba parte de la masa de “abandonados” que existe en Río Seco y Lurigancho. Ante la posibilidad inmediata de perder la visión, y sin redes sociales externas que pudieran cubrir con los gastos de su tratamiento, debió apelar a una estrategia arriesgada para llamar la atención de los proveedores de salud. Su estrategia no dio los resultados que esperaba. Por el contrario, en los días sucesivos, su presencia en el tópicó fue invisibilizada por los proveedores de salud. Ellos hacían como si no existiera y pasaban de largo sin mirarlo.

Sin embargo los proveedores de salud estuvieron hablando de su caso, durante un par de días, para llegar a la conclusión de que no podían hacer nada por él. Una de sus posibilidades consistía en apelar a algunos colegas conocidos fuera del penal para que lo atendieran gratuitamente. Pero, no conocían a un especialista en el caso que estuviera interesado en colaborar con los internos. Por otro lado, no querían gastar sus pocas oportunidades para apelar a instituciones o profesionales caritativos cuando no se trataba de un asunto de vida o muerte.

Las opciones de este interno eran reducidas. Luego de los proveedores de salud, sólo le quedaba su propia comunidad para resolver el problema. La organización de pabellones colaboraba en algunos casos en el que la vida de su compañero estuviera en evidente riesgo. Muchas veces también lo hacían cuando los casos correspondían a internos apreciados dentro de su comunidad. Este joven no se encontraba en ninguno de los dos grupos. Podía perder la visión totalmente, pero no iba a morir. Además, se trataba de uno de los parias del pabellón. Este es un término utilizado para describir a los internos conflictivos que no habían establecido relaciones armoniosas entre sus compañeros.

Este caso no era del todo extraordinario. Durante mi estadía en Río Seco pude observar por lo menos cinco situaciones similares. En el siguiente ejemplo, se observa cómo estas situaciones no sólo corresponden a internos abandonados. También existían casos de pacientes cuyas familias no están en condiciones de afrontar ese tipo de gastos, o cuando los padecimientos requerían de una atención costosa, imposible de asumir con los recursos del tópico.

#### **Opciones y decisiones en torno a un caso crónico intratable en el penal.**

El paciente aún no se ha retirado y el médico me comenta: “Este paciente ya viene diagnosticado con diabetes, aparte ya ha perdido una vista por cataratas. Viene con otros problemas pero la familia no tiene plata, casi no vienen, sus problemas se han recrudecido aquí. El no tenía nada en los riñones. ¿Qué se puede hacer? Con tantos informes al asistente social lo voy a volver loco, el tampoco puede hacer nada. El pabellón podría ayudar, pero eso depende del pabellón, si ellos se organizan, si quieren, pueden hacer una chanchita o una actividad para conseguir fondos, ya ha pasado. Pero también depende del interno, tiene que moverse, que pedir, tiene que ser amigo de todos en el pabellón. Pero él no lo es, es medio conflictivo. No creo que pueda hacer algo con el pabellón”.

El interno interviene y dice: “¿En mi pabellón? No tienen fondos, la mayoría no paga la limpieza, menos van a tener para esto”. El médico le dice: “debe hacer algo porque puede perder la otra vista”.

El promotor del pabellón ha estado escuchando la conversación desde la puerta, ingresa e interviene en la conversación: “Pero para que se dé eso el hombre debe estar muriéndose. El hombre esta entero. No creo que lo apoyen. Ahora, al pata no lo visita nadie. Prácticamente

esta a su suerte. No sé”.

El doctor Velarde ha ingresado también y también interviene “Hay que ver ¿Ya vas a salir? Qué espere para que cuando salga se vea”. El interno sale del consultorio algo contrariado, mueve la cabeza de un lado al otro.

Alzamora, el médico/interno le dice a Velarde: “Háblale, no vaya a decir que lo estás peloteando, tiene que esperar creo que le falta poco tiempo”. Velarde afirma con la cabeza y le dice: “Sí, es que hay casos más urgentes, de vida o muerte, no podemos cargar a la asistencia social con esto. Además su familiar viene el domingo, así nos ha dicho. Tú Alzamora, háblale porque yo no voy a estar”. Velarde me miró diciéndome: “El señor es diabético, acá le damos su dieta porque en realidad esta abandonado, su familia no puede pagar sus gastos aquí”.

El paciente reingresa al consultorio y le dice: “Estoy preocupado, y si no viene, no es mi familiar, es mi amigo. Es que yo soy de Lima. He tenido cálculos, he botado piedras, pero lo de la vista no sé que es, me da miedo. Por eso fui a la campaña (de salud) porque me sentía mal”.

Velarde le contesta: “No puedo decirte nada, puede ser la diabetes hay que esperar, pero faltaría la prueba de sangre. Que el doctor Falcón te siga dando tu dieta, él esta encargado de los hipertensos y los diabéticos. No se puede hacer nada más sin los análisis y para eso se necesita plata.” El paciente se va. Velarde y Alzamora hablan sobre el asunto.

“Podemos pedir el favor a LARESA (el laboratorio de un amigo de ellos que les hace los análisis gratuitos a algunos pacientes). Pero ya los tenemos con varios casos de anemias, glaucomas, tuberculosis, son en total catorce análisis, ya es mucho debemos ser prudentes para pedirles luego cuando sea una emergencia”.

#### **4.5 Algunos recursos colectivos.**

Este ejemplo nos presenta algunos otros elementos a tomar en cuenta para el análisis de los recursos personales y sociales de los internos en la resolución de sus problemas de salud. Si bien, los pabellones podían tener la disposición de colaborar con la emergencia de salud de un interno, no todos contaban con recursos similares para hacerlo. Esto dependía en gran medida de los recursos económicos de sus miembros. Algunos pabellones estaban integrados por internos con mejores condiciones económicas que otros.

En Lurigancho estas diferencias pueden observarse con claridad. Los pabellones de personas privadas de su libertad por casos de narcotráfico y secuestro estaban en mejores condiciones, demostrando la capacidad adquisitiva de sus alojados. Los internos habían invertido en el mantenimiento de la apariencia y limpieza del lugar. En él se brindaban diversas ofertas de comida, y era posible encontrar servicios higiénicos recién construidos con material noble que incluían una sección para mujeres. Buena parte de las celdas eran individuales y estaban equipadas con electrodomésticos y baños privados con inodoros. Estas celdas pueden llegar a costar varios cientos de dólares, si es que un nuevo interno quiere alquilar uno de estos espacios.

En cambio pabellones como el destinado a los reos primarios, carecían de estos servicios y sus dirigentes tenían dificultades importantes para recolectar el dinero necesario para el mantenimiento del lugar. Muchos de sus integrantes debían priorizar el uso de sus recursos en el seguimiento de sus procesos penales.

Pero el nivel económico de los internos no era el único factor importante para entender las posibilidades de colaboración de cada pabellón. La capacidad organizativa de muchos pabellones también les permitía desarrollar actividades que les proveían de fondos para la realización de una serie de gastos cotidianos y extraordinarios. Este es el caso de los pabellones para acusados de terrorismo. Muchos internos reconocían que estas personas generalmente no tenían los recursos individuales para subsistir por encima de los niveles básicos de sobrevivencia, sin embargo tenían un nivel de participación que funcionaba como mecanismo para cubrir los costos de mantenimiento de su pabellón.

La evidencia descrita nos permite reparar en cómo buena parte del vacío generado por la incapacidad del INPE para atender las necesidades básicas de los internos era cubierta por la propia población, tanto de manera individual como colectiva. Muchas de las actividades cotidianas son regidas por los internos y por sus propias normas y modos de convivencia, y no por las normas de la institución oficial. En ambos penales existía una organización compleja y fuerte; basada en pabellones, barrios y jerarquías delictivas reconocidas por la administración formal de las prisiones<sup>76</sup>.

Utilizando la perspectiva de Michel Crozier<sup>77</sup>, podríamos decir que los internos habían aprovechado los grandes espacios grises y no normados del sistema penitenciario para desarrollar su propia estructura organizativa. Este sistema paralelo regulaba buena parte de las

---

<sup>76</sup> Parte de esta organización ha sido descrita de manera detallada, aunque imponiendo la estructura social sobre los individuos, en Pérez Guadalupe.

<sup>77</sup> CROZIER, Michel. *El actor y el sistema*.

actividades cotidianas en ambos penales, así como las relaciones e intercambios entre internos y con la autoridad formal del penal. Imponiendo, sobre la base de sanciones, una serie de proscipciones y prescripciones. Si bien esta organización no jugaba un papel protagónico en la solución de los casos de salud individuales, servía como puente, a través de los delegados de salud, para el desarrollo de una serie de actividades realizadas en el tópic.

#### **4.6 Los “compañeros” cercanos y el personal del INPE.**

En el estudio sobre tuberculosis desarrollado en el 2004 se encontró que la mayoría de internos utilizaba el término “compañeros” para referirse a sus pares. Este término abarca relaciones a varios niveles. En primer lugar, implica al conjunto de la población privada de su libertad del penal. Sin embargo, esta referencia es amplia. En realidad existen diferentes grados de relación y confianza cuya calidad y fortaleza varía si se trata de un amigo íntimo, un compañero de celda, un compañero de pabellón, un compañero del penal. Con estos diferentes grupos es posible tejer redes de confianza, solidaridad y protección.

Como ya habíamos visto, a nivel de la gran comunidad, las referencias a la cooperación en problemas de salud estaban asociadas a la "voluntad del pabellón". Se trataba de una colaboración de tipo extraordinario. Los pabellones se involucraban en los problemas de salud individual en los casos de emergencia en el que habían fracasado las otras instancias de soporte del interno: la familia o los servicios de salud oficiales.

Pero también existen los compañeros cercanos. Los relatos recopilados en esta oportunidad sugerían que este grupo podía colaborar en casos de enfermedad de diversas formas: con consejos, cuidados, recursos. Pero esta relación también podía implicar actitudes permisivas a conductas de riesgo. Muchos internos afirmaron que no se habían separado de sus amigos íntimos con tuberculosis en la etapa activa, ni siquiera para dormir.

El tipo de relación parece variar de manera importante cuando se trata de los cuidadores. En varias conversaciones informales, muchos internos nos señalaban que los técnicos sólo tenían dos funciones: vigilar "para que nadie se escape" y hacer negocios con los internos. Según nuestros entrevistados, estos negocios iban desde permitir la salida o entrada a pabellones, envío de encargos de familiares, la salida de los internos de la zona de los pabellones hacia las clínicas del penal hasta la venta de drogas y armas.

Para los internos entrevistados, varios de estos aspectos son cruciales porque puede llegar a influir directamente sobre el acceso de la PPL a la salud. Como por ejemplo en la

interrupción del envío de medicinas por parte de familiares, y en la imposición de obstáculos a la salida de los pabellones para tratamiento médico.

Esta perspectiva sobre "la autoridad", coincidía con la visión de los proveedores de salud. El personal de salud entrevistado, consideraba que su relación con el personal de seguridad podía llegar a ser tensa. Desde su perspectiva, la seguridad del penal trataba de controlar todo lo que ocurre en prisión. Esto incluye la relación proveedor - paciente.

Los proveedores de salud, eran uno de los pocos grupos de representantes de la institución penitenciaria que no necesariamente recibían una calificación negativa de los internos entrevistados. Sin embargo, debemos definir si se trata de una evaluación tipo personalizada o institucional. La mayoría de referencias positivas vienen acompañadas con nombres y comparaciones con otro personal de salud.

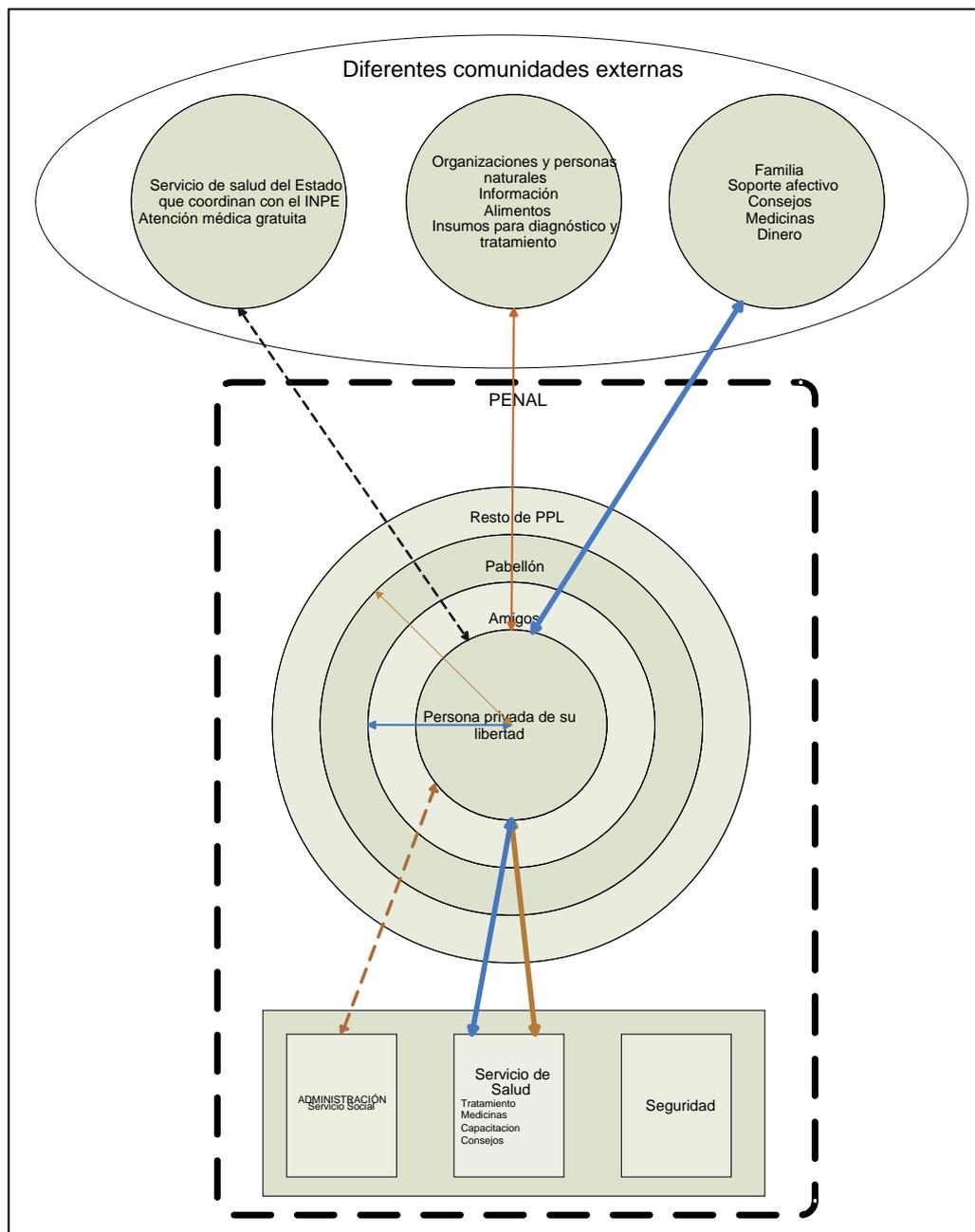
Este hecho sugeriría dos aspectos interesantes. En primer lugar que buena parte de la confianza, disposición y relación con los establecimientos de salud pasaba por las personas. Este es un aspecto importante porque tal relación no garantiza su sostenibilidad en el tiempo, en tanto que el personal puede rotar o retirarse, y la confianza ganada con el tópico podía perderse con relativa facilidad. En segundo lugar, sugiere que esta valoración sobre el personal de salud no influía en la visión crítica que se tiene sobre el resto de servicios y la administración de los establecimientos penitenciarios.

#### **En resumen:**

En el siguiente diagrama se resumen los posibles puntos de red establecidas por los internos para resolver sus problemas de salud. Se muestran diversos actores y recursos, pero estos pueden variar significativamente; ampliándose o reduciéndose, de un caso a otro dependiendo de factores como el tipo de padecimiento y los recursos personales del interno, presentándose diferentes carteras de posibilidades.

Las líneas azules representan el caso de los internos con mayores recursos personales. Las rojas, la situación de los pacientes con menores recursos de este tipo. El grosor de las líneas describe el nivel el volumen de recursos con que cada actor contribuye para la atención individual de los problemas de salud. Como se verá, si bien el número de líneas y opciones es similar en ambos casos, el ancho varía significativamente siendo mucho más finos y menores en el caso de los internos con pocos recursos.

*Gráfico 6*  
*Redes egocentradas frente a problemas de salud.*



Fuente: Elaboración propia.

El gráfico anterior también conduce nuestra atención hacia la importancia de los recursos disponibles en los servicios de salud. Como apreciamos en este capítulo, estos pueden variar de forma dramática de un caso a otro en un mismo penal. Pero también puede existir una diferencia importante entre los recursos disponibles por los servicios de un penal y otro. Abordaremos este aspecto, y sus consecuencias, en el siguiente capítulo.

#### 4.7 Reuniendo las piezas del rompecabezas.

Las imágenes que he tratado de representar en los capítulos tres y cuatro, no se ajustan a algunas de las proposiciones planteadas por Goffman en su teoría sobre las Instituciones Totales. En primer lugar, los penales de nuestro país distan mucho de ser instituciones cerradas que generan contactos sumamente limitados con el mundo exterior. Lurigancho y Río Seco no son una excepción. Ambas prisiones pueden ser vistas como instituciones con una gran movilidad interna y externa, con intercambios en diferentes direcciones.

Esta conclusión coincide con la elaborada por el estudio sobre las condiciones de salud en Lurigancho, realizada por Médicos Sin Fronteras<sup>78</sup>. Según este estudio, además de haber unos desplazamientos de la población penal entre distintos pabellones, existe un movimiento diario de ingreso y salida de personal civil y policial que labora en la prisión. A esto debemos sumar las visitas. Dicha situación determina una alta y constante rotación entre la población del penal y la sociedad en general, mostrando un escenario complejo para el control de los problemas de salud al interior de estas instituciones.

Según Paul Farmer<sup>79</sup>, esta es una característica presente en la mayoría de prisiones del mundo. Para él, “las prisiones tienen puertas y rejas pero son instituciones altamente permeables, con una amplia gama de interacciones con el mundo exterior representado por diversas comunidades”. Por eso lo que ocurre dentro de las prisiones es de vital importancia para el manejo de la salud pública de nuestra sociedad.

Parte del problema consiste en los términos en que se dan estas relaciones. De acuerdo con el análisis que hemos realizado, éstas parecen estar marcadas por una persistente desigualdad y exclusión. Los intercambios no son del todo fluidos ni simétricos. En un nivel macro, el Estado asigna a los penales una serie de recursos materiales y humanos que son insuficientes para satisfacer muchas de las necesidades básicas de los internos. Por su parte, el poder judicial genera un volumen creciente de reclusos que difícilmente puede ser atendido.

En un nivel medio, estas circunstancias imponen a los internos condiciones de vida marcadas por el hacinamiento, la corrupción, así como la reducción de posibilidades de acceso a servicios y medios de subsistencia. Constantes a las que debemos añadir la inherente reducción de redes sociales que genera el encarcelamiento.

---

<sup>78</sup> **MÉDICOS SIN FRONTERAS.** *Estudio sobre las condiciones de salud en relación a la tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA*

<sup>79</sup> Op. Cit.

A mi juicio, estos factores se convierten en elementos centrales de las experiencias de vida, subsistencia y enfermedad de estas personas. Contribuyendo a que las diferentes estrategias de capacitación para explicar el contagio de la tuberculosis, desde un punto de vista biomédico, sean incorporadas o rechazadas en función a un modelo de interpretación dominante basado en la debilidad. Los internos consideran su estado de salud colectivo e individual como un producto de estas constantes.

Sin embargo, estas interpretaciones no deben ser consideradas exclusivamente como un epifenómeno de la realidad material. Constituyen cuerpos de experiencias que dan forma a las interacciones y prácticas sociales generando condiciones y estrategias de subsistencia.

Como señalé en el segundo capítulo, enfermar dentro de prisión puede ser entendido como un shock dentro de una situación de crisis en el que las posibilidades de acceso a recursos se restringen de manera importante. Pero, no debemos ver estos procesos como exclusivamente individuales. Las Crisis y shocks impactan a personas, familias y comunidades completas. En este caso estamos ante una situación en el que las circunstancias personales tienen un efecto multiplicador en las condiciones de la comunidad penitenciaria.

Asimismo, no todos los recursos son concretos y materiales. Otros son invisibles como la capacidad de concertación, obligaciones de ayuda mutua entre compañeros, las redes de comunicación informal, etc.

A diferencia del marco propuesto por Goffman, muchas de las actividades cotidianas y extraordinarias de la vida de los internos no están programadas desde "arriba", por lo menos no desde la institucionalidad formal. Los internos generan una serie de respuestas colectivas e individuales basadas en gran medida sobre el desarrollo de estas interpretaciones, redes sociales e intercambios con diferentes actores: sus familias, los funcionarios del INPE, instituciones y organizaciones no gubernamentales, sus compañeros.

Las posibilidades de acceso a recursos sobre estas redes son bastante desiguales. Algunos cuentan con redes más fuertes y con mayores recursos, otro dependen exclusivamente de los vínculos que establecen en el interior de los penales. Existen también diferencias sustanciales en otros recursos personales asociados al nivel educativo, la clase social, la generación, entre otros. Por tanto, el trato y las condiciones de vida reciben y construyen los internos no es homogéneo.

Esta situación se parece mucho a las encontradas en otros contextos sociales. Por ejemplo, al analizar los factores de la muerte materna en espacios rurales, Jeanine Anderson<sup>80</sup> encuentra como en ciertos momentos algunos recursos y puntos de la red de las mujeres que fallecieron se vuelven más importantes que otros, mostrando una gran variabilidad.

Estas desigualdades confieren a los internos, espectros de posibilidades de acción para atender su salud, que son diferenciados. Dependiendo del tipo de padecimiento y recursos individuales y colectivos, entre otros factores, un interno puede contar con mayores opciones de acción que otros. Muchos reclusos con opciones reducidas para resolver sus problemas de salud, entre otros asuntos, recurren a estrategias de confrontación o que salen del patrón de comportamiento esperado por sus propios compañeros y los proveedores de salud que laboran en prisión.

El análisis presentado por Fahy y Smith<sup>81</sup> sobre las opciones de una adolescente afroamericana embarazada que vivía en una casa para niñas abandonadas, sugeriría que esta situación no es exclusiva de los internos de Río Seco y Piura y se aplica a otros contextos correspondientes a Instituciones Totales, o que pretenden serlo, con población empobrecida y excluida.

Estas autoras observan cómo es que esta persona tuvo que recurrir a una serie de estrategias de resistencia y confrontación, para intentar recibir un mejor trato por parte de los profesionales de salud que la atendía. De acuerdo con su interpretación, esta opción no funcionó ya que la joven desarrolló una posición inaceptable para sus cuidadores.

Los recursos, de todo tipo, eran un factor importante en relación al acceso de los internos a la salud en varios sentidos: en primer lugar les permite el acceso a medicinas y tratamiento que en muchos casos no se encuentran en el stock de los servicios de salud del penal. Además les permiten que presenten mejores condiciones de vida. Pero para algunos internos la salud no es sólo un producto de la vida en prisión, si no que se convierten en medios a través de los cuáles se pueden acceder a ciertos objetivos.

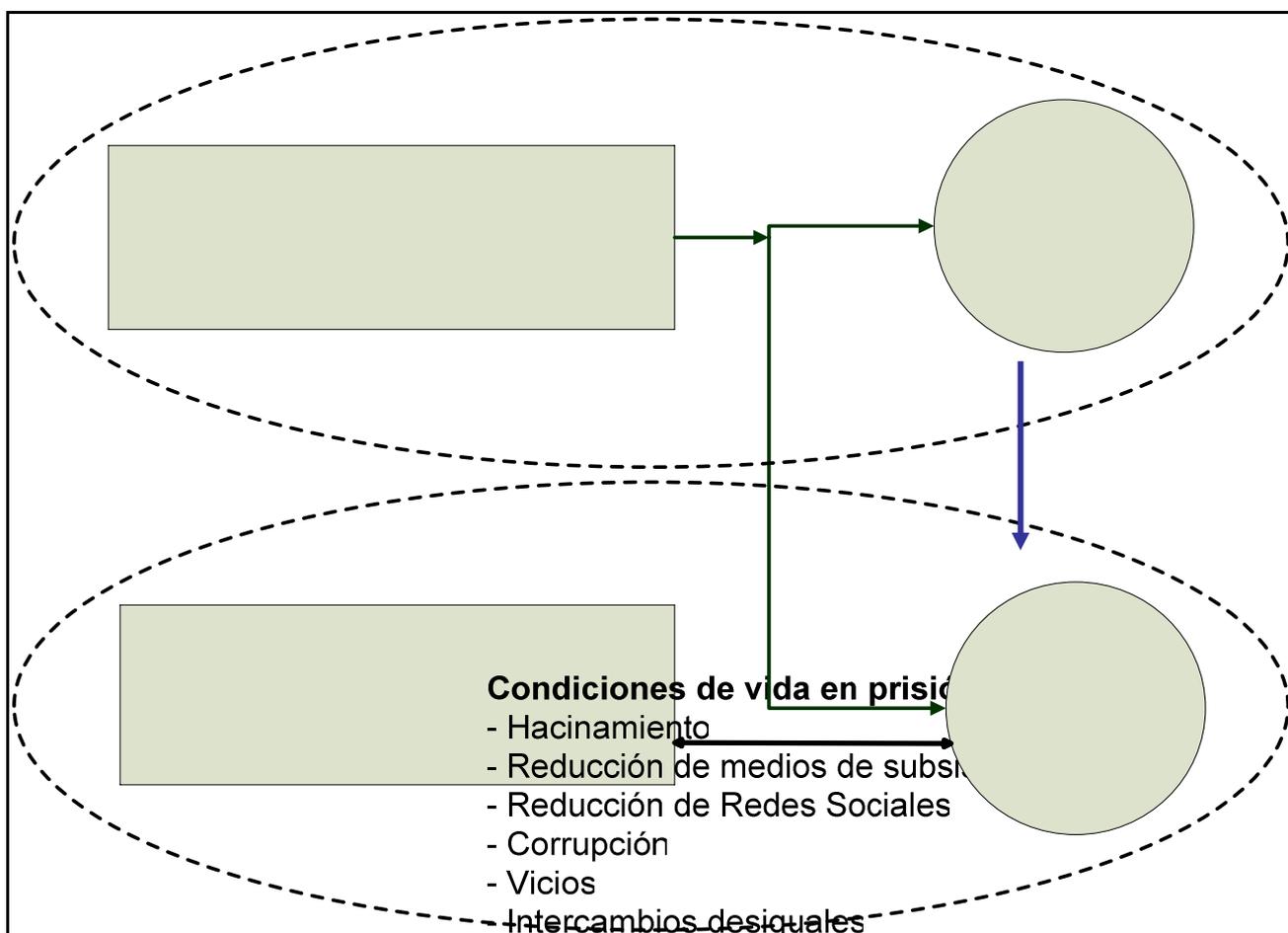
#### *Gráfico 7*

#### *Constantes y variables detrás de la salud de los internos*

---

<sup>80</sup> ANDERSON, Jeanine. *Mujeres de negro*.

<sup>81</sup> Op. Cit.



*Fuente: Elaboración propia.*

Lamentablemente no existen cifras que nos señalen cuál es la proporción de “Pachecos” y “Arriolas” dentro de las instituciones penitenciarias. Estas cifras son además muy difíciles de calcular debido a la complejidad de los procesos personales y colectivos atravesados por los internos. Muchos de los “abandonos” se dan en el largo plazo. Además, felizmente existen también los milagros, y algunos prisioneros pueden retomar las relaciones perdidas luego de muchos años.

#### **Las piezas faltantes:**

Hasta este punto contamos con un fragmento del fenómeno investigado. El análisis y las interpretaciones planteadas hasta el momento arrojan nuevas interrogantes:

#### **Recursos individuales y colectivas:**

- Redes Sociales
- Generación.
- Clase Social.
- Niveles Educativo
- Habilidades para el establecimiento de intercambios

1. ¿Cuáles son los recursos con que cuentan los tópicos de Río Seco y Lurigancho para atender la los problemas de salud general y los casos de tuberculosis que se presentan?
2. ¿Existen diferencias importantes entre los recursos del tópico en ambos penales?
3. ¿Qué consecuencias generan estas diferencias para el diagnóstico y tratamiento de los internos?
4. ¿Qué interacciones se generan entre proveedores de salud durante las atenciones, tomando en cuenta estas situaciones?
5. ¿Qué narrativas sobre la salud y la tuberculosis generan los proveedores de salud durante estas atenciones?

Intentare responder a estas preguntas en los siguientes capítulos.

## CAPÍTULO 5

### “LO MEJOR QUE LE PODEMOS OFRECER A LOS INTERNOS DE ESTE PENAL” LOS SERVICIOS DE SALUD Y SUS POSIBILIDADES

#### **5.1 La intervención del Fondo Global.**

*“Frente al riesgo de contagio de enfermedades tan terribles como la tuberculosis y el VIH-Sida, esta clínica y este albergue constituyen, sin duda, lo mejor que le podemos ofrecer a los internos de este centro penal.”*

*(Diario Expreso, 26 de Mayo 2006)*

Con estas declaraciones Pedro Salas Ugarte, por aquel entonces director del INPE, inauguraba la nueva clínica del penal de Lurigancho. Ese mismo día se estrenó también la infraestructura del pabellón 17, el ambiente destinado a los enfermos con tuberculosis activa y personas viviendo con VIH y Sida.

Salas no faltaba a la verdad cuando se refería a estas obras como lo mejor que podían ofrecer a los reclusos en Lurigancho. Desde el año 2004 la intervención del Fondo Global para reducir las tasas de incidencia de tuberculosis y VIH/SIDA, había mejorado considerablemente la calidad de los servicios de salud en Río Seco, Lurigancho y otros siete penales del país.

Esta institución ha desarrollado una estrategia de acción que articula a la Coordinación Nacional de Salud y el INPE, con el fin de estandarizar el uso de recursos, procedimientos y estrategias de salud en el tratamiento de estas enfermedades. Para ello viene financiando la implementación de tres componentes.

El primero de ellos consiste en mejorar la infraestructura de los servicios de salud. Para ello, se han construido y/o adecuado los establecimientos de salud de nueve de los penales más hacinados de nuestro país, suministrando además nuevos equipos y personal para la atención de los pacientes.

El segundo componente se dirige hacia la prevención y promoción de la salud de los internos y sus familiares. Capacitándolos, a partir de una estrategia de IEC<sup>82</sup>, en diferentes

---

<sup>82</sup> Información, educación y comunicación

temas como: la tuberculosis, infecciones de transmisión sexual y el desarrollo estilos de vida saludables; que involucran hábitos como dejar de fumar, drogarse, ingerir alcohol, entre otros.

Con este fin, se capacitó a los responsables del PCT y promotores de salud de estos penales. Se buscaba que los proveedores de salud desarrollaran estrategias y mensajes sobre prevención de la salud “desde la población”. Es decir, tomando en cuenta la perspectiva, respuestas y estrategias utilizadas por los internos para enfrentar las enfermedades.

Sobre esta base se vienen ejecutando una serie de actividades de información a internos y sus familiares de diferentes formas, como: el desarrollo de charlas grupales, juegos y escenificaciones dentro de los pabellones, asesoría individual en las consultas, el uso de rotafolios diseñados especialmente para este contexto, y la elaboración de afiches artesanales con cartulinas y plumones.

Durante mis visitas a ambos penales, pude observar varios de estos afiches en donde se plasmaban generalmente, los siguientes mensajes:

- La tuberculosis puede curarse.
- El tratamiento es gratuito.
- Protege tu salud y la de tus familiares.
- Evita el consumo de alcohol, drogas ilícitas y tabaco.

Estos mensajes no sólo emergieron de la experiencia de los proveedores de salud e internos. Como nos señalaba una de las funcionarias del proyecto, también calzaba muy bien con la perspectiva de la intervención, que intentaba depositar buena parte de la responsabilidad de la prevención de la salud en los reclusos:

*“...porque nosotros estamos trabajando con un enfoque de derechos humanos, y consideramos que la persona debe tomar el interés del cuidado su salud. Nosotros no estamos abordando el tema de la salud desde un punto de vista asistencialista, sino queremos que la población se empodere, conozca lo que tiene que hacer para prevenir su salud. Porque más fácil es decir cuántos enfermos tengo, tengo mil entonces voy a dar mil tratamientos, pero lo que nosotros estamos haciendo es pensar en estas personas a cuántos pueden contagiar y a cuántos puedo proteger haciendo que ellos reconozcan los comportamientos de riesgo frente al TBC y VIH, y principalmente el TBC. Pues el objetivo de nosotros es el disminuir la incidencia de los casos positivos de TB en los 9 penales más grandes del país”.*

Un tercer elemento de intervención radica en la capacitación del personal de salud, con el fin de fortalecer sus capacidades frente a la prevención, tratamiento y manejo de estrategias IEC de enfermedades como TBC y VIH-SIDA. Para ello se ha creado un diplomado dirigido por docentes de la Universidad Mayor de San Marcos. El objetivo del mismo era dar un valor agregado a la formación del personal de salud del INPE, con el fin de incentivarlos a que participen.

Parte del problema con el personal, radicaba en que al depender del Ministerio de Justicia, no recibieron la formación especializada que brindaba el Ministerio de Salud. Por ello se incluyeron a especialistas del MINSA y Médicos Sin Fronteras, buscando que los proveedores de salud del INPE manejen adecuadamente los procedimientos estandarizados de las estrategias nacionales de lucha contra la TBC y VIH (PCT y PROCETS).

Todo este proceso ha sido gradual. Durante los dos primeros años, dos ONGs se encargaron de implementar estos tres componentes. En la actualidad varias de las actividades se están transfiriendo hacia el personal del INPE responsable de la salud de los penales a nivel nacional.

Esta intervención ha generado que los servicios de salud destaquen por sobre el resto de prestaciones que el INPE brinda a la población privada de su libertad en estos nueve penales. Para Wilfredo Pedraza<sup>83</sup>, otro ex director del INPE, estas medidas han sido lo más importante que se ha realizado en el tema en los últimos treinta años de la historia de las cárceles peruanas. No obstante, como veremos en las siguientes secciones del capítulo, la evidencia sugeriría que la distribución de los recursos ha sido desigual, incluso tomando en cuenta la diferencia en el volumen de internos existente entre Río Seco y Lurigancho.

## **5.2 La antigua infraestructura y sus transformaciones para la atención de la salud de los internos.**

### **5.2.1 Lurigancho.**

#### **5.2.1.1. El viejo albergue y la antigua clínica.**

---

<sup>83</sup> PEDRAZA, Wilfredo. “Necesitamos un nuevo paradigma de cárcel”. EN: “*IDEELE*”. Perú. N°. 168. Marzo del 2005. p. 72 – 74.

Pese a que la inauguración de la nueva clínica fue celebrada en mayo del presente año, todavía no era utilizada en el mes agosto, cuando inicié mi último trabajo de campo en el penal<sup>84</sup>. De acuerdo con los proveedores de salud con los que pude conversar, casi todo estaba listo pero aún restaba implementar algunos equipos y ambientes para la atención ambulatoria de los pacientes.

La vieja clínica aún se encontraba funcionando, mostrándonos las condiciones en las que los proveedores de salud de la prisión habían trabajado hasta ese momento. No había cambiado mucho desde mi última visita, dos años antes. Era un pabellón de reclusión acondicionado para atender la salud de los internos. El edificio tenía tres pisos. En su fachada se reflejaban claramente los años de falta de mantenimiento y ausencia de recursos. Ingresar a este ambiente era un golpe para los sentidos.

El olor era fuerte e irrumpió directamente hacia mi cerebro, sin pedir permiso. Podía identificar alguno de ellos: productos de limpieza a base de cloro, medicinas y los cuerpos de muchas personas con atuendos percudidos y pocas posibilidades para asearse. Una combinación de desinfectante, humedad y grasa corporal que la fatiga olfativa no lograba aplacar en ningún momento.

Las paredes pintadas de color celeste, estaban marcadas por las huellas de las espaldas y zapatos de los internos que habían aguardado a ser atendidos, parados, a lo largo del estrecho corredor que comunica a los consultorios del primer piso. En algunos tramos, la cantidad de pacientes en espera hacía difícil el desplazamiento. Mis hombros chocaron continuamente con los de los pacientes, colaboradores y enfermeros que circulaban por el lugar.

El mobiliario del tópico presentaba también un desgaste considerable. Varias de las ventanas mostraban barrotes doblados, y el mobiliario estaba rasgado y descolorido. Mientras paseaba por el lugar, uno de los colaboradores se anticipó a mi observación diciéndome:

*“Está feo, peor que la mayoría de pabellones. Felizmente esto va a cambiar. Ha visto usted el edificio que se ve a la izquierda de la entrada principal. Es la nueva clínica, parece un hospital, esta bien bonito y con todo nuevo. Lo han terminado hace unos meses y están esperando algunos arreglos para inaugurarlo. Ahí todo el mundo va a querer ir”.*

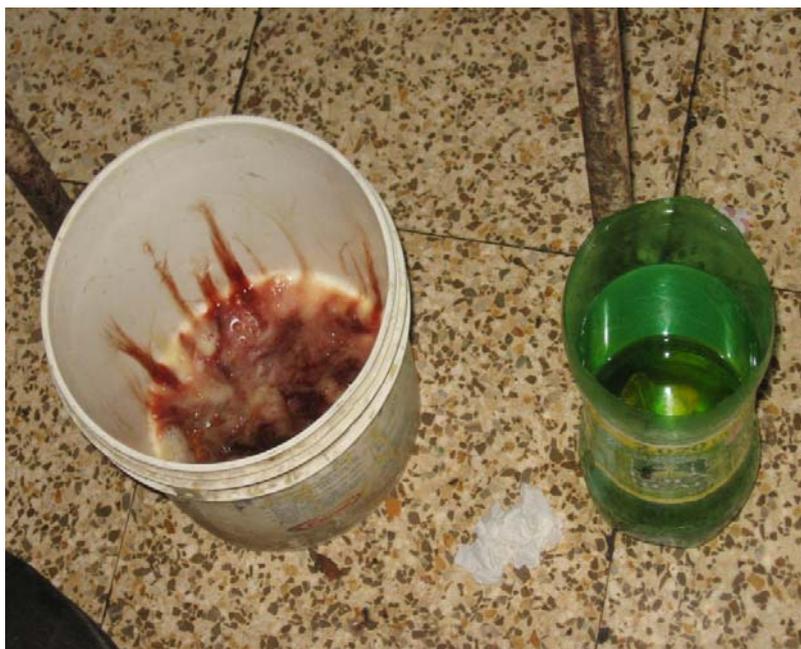
---

<sup>84</sup> La clínica fue abierta al público tres semanas después.

En el segundo piso se encontraban los ambientes administrativos y la zona de hospitalización. El aspecto era similar al del primer piso, pero sin hacinamiento. Me sorprendió ver muchos cuartos vacíos. En ellos sólo se apreciaban viejas camas de metal casi cayéndose, con colchones muy delgados y desgastados. Los ambientes más grandes, destinados para alojar a unas ocho o diez camas, tenían sólo tres o cuatro pacientes.

En uno de ellos se encontraban las personas afectadas por las tuberculosis con cuadros de hemoptisis, que expectoraban sangre proveniente de sus pulmones y bronquios. Para los internos de Lurigancho este cuadro es conocido, y suelen llamarlo “botar las alhajas.” Esta denominación constituye una metáfora para describir la forma en que la sangre adquiere al ser expulsada junto con flema, adquiriendo la forma de cuerpos relativamente grandes en forma de gotas.

Foto t



*Un cuadro de hemoptisis: Balde con “alhajas” y envase con orines.*

*Fuente: Lima, 2006.*

En dicha habitación sólo habían tres pacientes en camas dispuestas de forma desordenada, ocupando buena parte el espacio. Lamentablemente no pude conversar con ellos, estaban demasiado débiles como para hacerlo y debían hacer grandes esfuerzos para incorporarse e ir al baño o expectorar. La mayor parte del tiempo permanecían inmóviles con los ojos cerrados o mirando a la nada.

Foto 5



*Paciente con un cuadro de “alhajas” sobre dos espumas desgastadas que fungen de colchón.*

*Fuente: Lima, 2006.*

En ese momento me encontré con un proveedor de salud. Me contó que el pabellón 17 había cambiado diametralmente desde la última vez que lo visité. Antes, era un espacio que contaba con tres ambientes destinados para prácticamente depositar a los enfermos en habitaciones semi sótano. En ese momento recordé lo que pude observar durante mi anterior trabajo de campo. Estas habitaciones eran lugares húmedos y oscuros en donde los pacientes hacían carretajes<sup>85</sup> con plásticos y sábanas o frazadas para tener algo de intimidad.

El pabellón no era utilizado exclusivamente por los pacientes. Los “refugiados”<sup>86</sup> usaban el patio para pernoctar. Ingresaban al 17 al atardecer, antes de que se cerraran las puertas de los pabellones y se pasara la revisión de rutina del penal.

Para ello, comúnmente, debían pagar un sol al personal de seguridad que controlaba el ingreso. En el patio levantaban carretajes para dividir el espacio en el que iban a dormir, sobre otras frazadas. El número de refugiados podía variar pero, según varios informantes, siempre habían entre 20 y 40 de ellos acampando cada noche.

---

<sup>85</sup> “Carretaje” es un término utilizado por los internos y cuidadores para denominar a las divisiones de ambientes que construían los reclusos al colgar sábanas y plásticos sobre cordeles.

<sup>86</sup> Con este nombre se conoce a las personas que por diferentes motivos (conflictos, economía) han sido expulsados de sus pabellones y no tenía donde ir.

El control de los desplazamientos era débil. Los internos pagaban o convencían al cuidador para salir y entrar. Las drogas ingresaban al pabellón con relativa facilidad y, según algunas historias, era algo común encontrar pacientes y refugiados consumiendo en los baños y otros espacios. Esta era una situación peligrosa, ya que los pacientes con tuberculosis en su etapa activa podían desplazarse con relativa facilidad por el penal, poniendo en riesgo de contagio al resto de sus compañeros.

Durante mi primer trabajo de campo, varios internos me dijeron que la presencia de los médicos era limitada. El técnico encargado de administrar la medicina era quien acudía diariamente. Y quien muchas veces debía lidiar con algunos pacientes descontentos y conflictivos.

Esta descripción me recordó la primera vez que acompañé a este técnico, hace dos años. Él no sólo llevaba las medicinas como parte de su equipo para administrarlas. También cargaba un palo de escoba que usaba como mecanismo de persuasión. Al preguntarle por este artefacto, me contó que se trataba de un elemento disuasivo ya que muchos pacientes se ponían difíciles y no querían tomar las pastillas o eran algo agresivos. Otros conservaban su espacio con desechos y basura, o se drogaban. Según él, había utilizado esta vara en algunas ocasiones, para hacer que los pacientes obedezcan sus indicaciones o castigarlos por el desarrollo de conductas indebidas.

De acuerdo con los relatos de algunos pacientes y proveedores de salud, durante las noches el pabellón era tierra de nadie. Los refugiados, muchos de ellos personas peligrosas y conflictivas (motivo por el cual habían sido echados de sus respectivos pabellones) intercambiaban diferentes cosas (drogas, alimentos, dinero, sexo, consejos, chismes, ¿enfermedades?, etc.) con los hospitalizados. Algunos de estos intercambios llevaban a conflictos y disputas que eran difíciles de resolver para el personal de salud, y generaban el descontento de los pacientes. Por tanto, para muchos internos, llegar al pabellón 17 era más un castigo que una forma de sanar. Durante mi primera visita a Lurigancho, muchos pacientes me dijeron que preferían estar en sus pabellones y celdas de origen.

#### **5.2.1.2 El nuevo pabellón 17.**

El escenario actual es muy diferente al que encontré hace dos años. El antiguo 17 ya no existía. Fue demolido para dar lugar a un nuevo edificio, más amplio, que trataba de cumplir con las normas de bioseguridad para el manejo de pacientes con tuberculosis. El nuevo albergue cuenta con un área de tres mil metros cuadrados y dos niveles. En el primer piso se construyeron 14 celdas de internamiento para 84 pacientes con TBC, mientras que en el

segundo, separadas del resto, se encontraban 59 celdas individuales para internos con coinfección TBC-VIH y multidrogo-resistentes. Cada uno de los ambientes individuales cuenta con servicios higiénicos propios, y a los pacientes se les brinda la ropa de cama necesaria.

Se dispusieron además dos ambientes para el uso de los proveedores, en donde podían tener reuniones, dejar sus cosas, bañarse, etc. También levantaron dos ambientes para la consulta de pacientes con TBC y VIH derivados por la clínica.

Foto 6



*Uno de los ambientes del nuevo "17". Panorama de una de las alas del segundo piso, con celdas individuales.*

*Fuente: Lima, 2006.*

Pero no sólo la infraestructura había mejorado. También se dotó de mayores insumos para atender las quimioterapias, y de todo un equipo para el registro de casos y capacitación de los internos; que incluían una computadora, un cañón multimedia, entre otros.

Asimismo, el número de proveedores de salud en el pabellón se incrementó, y su presencia se hizo permanente. La diferencia era significativa. Hace dos años, sólo un

enfermero y un médico visitaban el pabellón. En cambio ahora, desde hace varios meses se contaba con tres médicos y dos técnicos, todos de planta para la atención de los pacientes.

Este cambio no sólo ha redundado en una mayor capacidad de atención. También ha representado ciertas mejoras en las condiciones laborales del propio personal de salud en varios sentidos.

En primer lugar, si bien el nuevo personal era relativamente joven, había pasado por una serie de capacitaciones para tratar ambas enfermedades. Además podían aprovechar la experiencia de los proveedores de salud antiguos, con quienes compartían el trabajo.

Ellos contaban ahora con una serie de equipos para proteger su integridad física, algo indispensable ante las altas posibilidades de contagio implicadas en la atención a pacientes con la enfermedad en plena etapa de contagio, y con diferentes tipos de tuberculosis.

El incremento en el número de proveedores también había permitido una mejor división de las tareas. Durante mi primera visita a Lurigancho, el técnico y el médico responsable del PCT debían afrontar una carga laboral que implicaba diferentes tareas como: el diagnóstico de los pacientes, atender los asuntos administrativos, organizar algunas capacitaciones, administrar la quimioterapia correspondiente, y mantener cierto control sobre el comportamiento de los pacientes.

Durante mi última visita las tareas estaban bastante definidas, y muchas de ellas eran excluyentes. Los dos médicos contratados recientemente, se encargaban de las consultas a pacientes; un técnico afrontaba normalmente la quimioterapia de los hospitalizados y otro hacía la misma labor con los pacientes ambulatorios, que ya habían cumplido con la primera etapa del tratamiento. El enfermero, con ayuda del resto, asumía parte del seguimiento así como muchas de las labores administrativas y de registro de casos. Y el médico responsable del pabellón se encargaba del control de todos estos procesos.

La mayoría participaba en las actividades del IEC dirigidos a la comunidad penal. En una semana pude observar la realización de dos campañas en los pabellones. Estas se aprovechaban para captar e identificar nuevos casos, aplicando la prueba de esputo a varios internos.

Si bien, para la mayoría de profesionales de salud el tiempo nunca sobraba, las consultas resultaban menos complejas ya que la mayoría de pacientes habían pasado por el diagnóstico en medicina general. Generalmente se contaba con las pruebas correspondientes.

Con el fin de controlar los riesgos de contagio, la movilidad y control de intercambios con otros pabellones se hizo más estricta. Las personas que ingresaba debían registrarse en un cuaderno en el que se anotaban sus datos y lugar de procedencia. Los refugiados ya no podían entrar más. Los pacientes debían contar con un permiso especial para salir del pabellón. Y a quienes se les encontraba drogas y alcohol, eran castigados con la reclusión en una de las celdas individuales. Si algún paciente reincidía en alguno de estos comportamientos, podía ser expulsado del pabellón.

Este era el caso del señor Gamarra. Él era un interno de 35 años con cinco años en prisión. Había logrado sacar dos sábanas del 17, no se sabe si para venderlos entre los internos de los otros pabellones. Los proveedores de salud especulaban que pudo haber sido a través de algún familiar, o por un contacto en el techo del pabellón. El asunto es que el médico principal le había dado un ultimátum. Si no reponía la ropa de cama, iba a ser expulsado. El decía que lo iba a hacer pero estaba demorando. Para el interno, el regreso de la ropa de cama extraviada representaba su alta inmediata.

*“Es que ya terminé mi tiempo de tratamiento, ya no tengo la enfermedad activa, yo sé que si devuelvo las sábanas, me van a sacar y yo no quiero. Pasa que si regreso a mi pabellón, voy a volver a drogarme y me voy a enfermar de nuevo. Yo sé, estoy seguro, tengo dos meses sin... limpio, vez, y sé que voy a caer de nuevo. Si todos mis compañeros fuman. Es mentira que me voy a quedar”.*

Muchos de los internos en el pabellón 17 eran adictos. Varios de ellos continuaban consumiendo drogas, aunque en menor medida. A través de las salidas con permiso, la droga se filtraba hacia el albergue. Otros trataban de dejarla, porque consideraban que era uno de los requisitos para sanar completamente y querían mejorar su forma de vida. Sin embargo, todos reconocían que esto era muy difícil fuera de este pabellón porque mucha gente se drogaba. Conseguirla era fácil y además, cuando eres adicto, es muy difícil reprimirte.

Otro de los pacientes, Ramírez, me explicaría esta idea a partir de un evento que le ocurrió hace unos años en el mismo penal. Fue en un momento en el que no tenía dinero para consumir y ya no era sujeto de crédito entre los distribuidores. Acudió a uno y cuándo menos lo pensó, tenía su cabeza sobre el pene del distribuidor, a punto de tener sexo oral para conseguir una dosis.

*“Ahí me di cuenta, lo que puedes llegar por las drogas. Esta cosa te tumba tu voluntad, tu moral, hasta te puedes volver maricón por las drogas”.*

El resto de la audiencia, compuesta por otros pacientes, afirmaba con la cabeza en señal de aprobación. Algunos reían sorprendidos por la historia de Ramírez, quien es un hombre alto y corpulento, relativamente respetado entre sus pares. Uno añadiría: “las drogas son así, los vicios son la muerte”:

Los pacientes internados tenían sentimientos encontrados frente a este nuevo régimen. Por un lado, reconocían que el cumplimiento de las reglas sobre la disciplina y los desplazamientos de los internos, iban a propiciar un mejor proceso de curación. También representaba una forma de limpiarse por un tiempo, es decir, desintoxicar tu cuerpo. Y, aunque mucho más difícil, una oportunidad para dejar los vicios. Además valoraban el hecho de que se les proveyera de alimentos y ropa de capa de forma gratuita.

Muchos extrañaban el hecho de estar con sus compañeros, poder tomar de vez en cuando y distraerse en sus actividades cotidianas. Además el encierro en el 17 implicaba perder de vista, y por tanto descuidar, las estrategias económicas y sociales que habían construido en sus respectivos pabellones. Otro interno me describiría cómo es que tuvo que pensar muy bien antes de internarse: con quien dejaba la cama que tanto le había costado mantener, a quién dejaba su pequeño negocio de venta de golosinas, comunicar a la autoridad del pabellón sobre su salida temporal. Frente a esta situación, los amigos cercanos se constituían en un soporte importante para su retorno. De ellos dependía, en gran medida, que se respetara el espacio físico y social del interno en su pabellón de origen.

Uno de los proveedores de salud me dijo que algunos de los diagnosticados no llegan hasta acá, se “pierden” para no dejar su forma de vida. Pese a ello, para el personal de salud con que pude conversar, la mayoría de internos se sentía a gusto en el pabellón, porque era otro ambiente, mucho más tranquilo, sin tantos conflictos y sin las preocupaciones de subsistencia cotidiana de los pabellones comunes.



*Dos jóvenes internos dados de alta, esperando su salida del 17. Al lado, todas sus pertenencias. Pese a que sonreían para la foto, estaban insatisfechos porque sentían que aún no habían concluido con su etapa de recuperación.*

*Fuente: Lima, 2006.*

Con las transformaciones, el 17 se había convertido parcialmente en una institución total, dentro de otra institución total, con normas específicas y formas de relación relativamente diferentes a la vida común del penal.

### **5.3 Río Seco.**

#### **5.3.1 El antiguo tópico.**

Cuando llegué a Río Seco, en febrero del 2006, el antiguo tópico ya había sido demolido. Pude hacerme una idea de las anteriores condiciones a partir de las descripciones de algunos proveedores y pacientes. Uno de los colaboradores me dijo:

*“Era un basural, un basural, todo este pasadizo cochino, lleno de cáscaras de plátano, de plásticos, de naranjas, de moscas, más que hospital parecía una morgue. (...) Era más chico, antes los cuartos de atrás no existían, solamente existía esto, no existían el patio y (...) sólo había un cuarto grande (para los*

*hospitalizados), yo vivía en donde eran los psiquiátricos, era una celda sola, ahí yo vivía, estaba llena de papel periódico (pegado en las paredes) y de cucarachas, todo cochino, yo la pinté.”*

*(Colaborador, Río Seco)*

De acuerdo al testimonio de algunos informantes, para ser hospitalizado se tenía que pagar una cuota semanal que servía para el mantenimiento del ambiente, que era llevado a cabo por los mismos pacientes. Pero el cuidado del tópico funcionaba de manera deficiente. Uno de los médicos/internos<sup>87</sup> me contó cómo tuvo que reorganizar las responsabilidades de los hospitalizados y colaboradores con el fin de mejorar las condiciones de atención, en un contexto en el que los recursos materiales y humanos estaban ausentes:

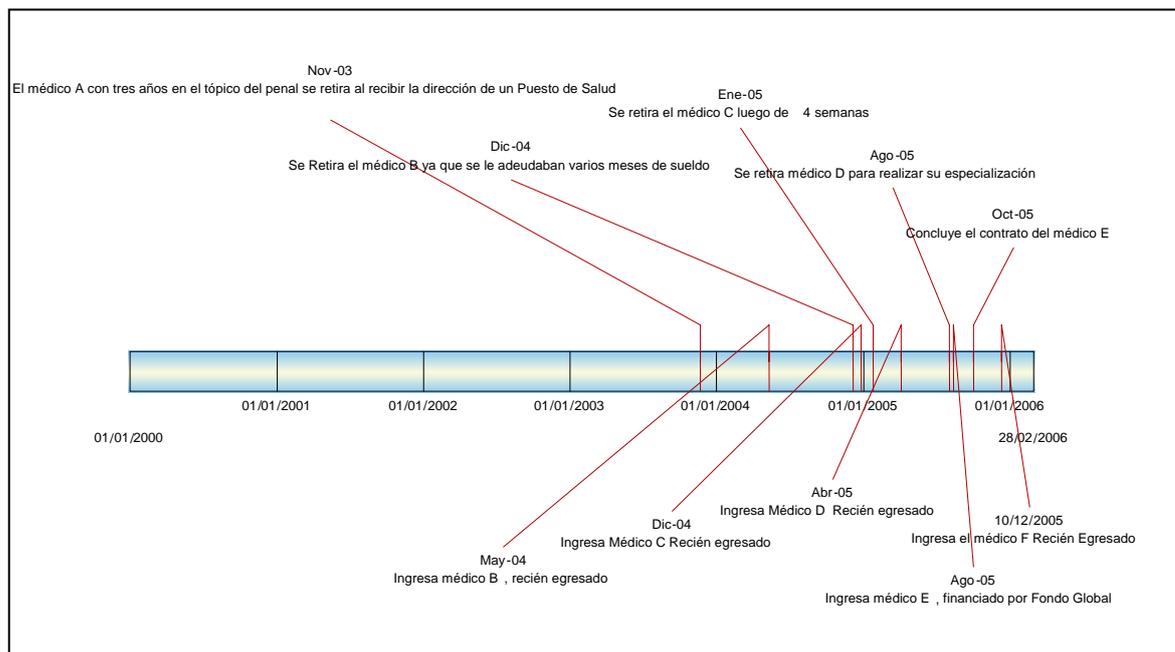
*“Fumaban todo el día, ya no querían hacer limpieza. Yo, cuando llegué, los organicé. Primero, cincuenta céntimos semanales, vamos a comprar útiles de aseo, y dieron la plata. Empezamos a limpiar el tópico, limpiamos los baños, el administrador no nos quería dar nada (...) era muy grosero, muy grosero (...) nos decía un montón de lisuras (...) tu venías y encontrabas a la gente hueso y pellejo (...) hay que ir mejorando su alimentación le digo (...) estaban viviendo del preso, del preso (Refiriéndose al antiguo administrador) yo reclamaba, pero era una negativa constante, y así se murieron muchos, que eran diabéticos, tuberculosos”. (Médico Interno, Río Seco)*

La presencia de los dos médicos internos se hizo indispensable en muchas ocasiones, debido a que los médicos contratados por el INPE permanecían por periodos cortos para luego buscar mejores condiciones laborales. En la siguiente línea del tiempo se muestra cómo hubieron momentos, a veces prolongados, en donde no se contó con un médico externo responsable de la salud de los internos.

*Gráfico 8: Línea de tiempo de ingresos y salidas del personal de salud en el penal de Río Seco en Piura, entre el 2000-20006.*

---

<sup>87</sup> Como señalé en el cuarto capítulo, en Río Seco habían internos con formación médica que colaboraban en la atención de los pacientes.



*Fuente: Elaboración propia.*

En varias ocasiones el tópico estuvo sin un médico formal por más de medio año. En sólo dos casos se consiguió un profesional de salud casi de inmediato.

El gráfico también nos permite observar como durante un periodo menor a dos años, pasaron por el tópico del penal cinco médicos. Estos eran generalmente profesionales recién egresados, con poca experiencia, y las expectativas puestas en mejores puestos de trabajo. Los rangos de tiempo de estadía de estos profesionales eran variados. Uno de ellos logró quedarse ocho meses, la mayoría trabajó entre dos y tres meses. Un médico sólo pudo trabajar tres semanas ya que según dos de nuestros informantes, la administración del penal le solicitó dinero para contratarlo.

Los problemas de contratos fueron una constante con la que lidió la mayoría de los proveedores de salud. Salvo el proveedor E, empleado por el Fondo Global durante un periodo de tres meses, el resto de profesionales contaba sólo con compromisos verbales que generaban problemas en sus pagos. Este factor y otros antes mencionados, terminaron por desanimar a varios.

Los inconvenientes continuaron pese a las transformaciones físicas del lugar y el cambio de administración. Pude apreciar esto durante mi periodo de trabajo de campo en esta prisión. El médico Velarde, representado en el gráfico por la letra F, un joven recién egresado de la universidad de Piura, tenía casi tres meses trabajando pero aún no había firmado un

contrato escrito y le debían un mes de sueldo. Hasta el momento de la redacción de este documento, Río Seco no contaban con un médico externo.

### **5.3.2 La nueva infraestructura.**

#### **5.3.2.1 Faltan manos.**

Como principal responsable del tópicó, Velarde debía ser un hombre orquesta. Se encargaba de las consultas, el control de los hospitalizados, la realización de los procedimientos administrativos. Fungía también como acompañante en los casos de emergencia y tratamientos derivados fuera del penal. Además era el responsable del PCT y el TARGA en el penal.

Nadie hubiera podido cumplir con toda la lista de labores. Estas tareas eran compartidas por el resto del equipo. El técnico de turno, colaboradores y los médicos/internos ayudaban en la realización de estas actividades de acuerdo a las circunstancias. Cuando Velarde salía acompañando alguna emergencia, los técnicos se encargaban de la atención ambulatoria y el registro de las actas. Mientras, los médicos/pacientes iban atendiendo la administración de los alimentos y el seguimiento a los pacientes hospitalizados. Si estos últimos se encontraban ocupados, los colaboradores se encargaban de las curaciones y administración de las medicinas a los pacientes.

Todos eran conscientes de que esta distribución no era la idónea. De acuerdo con los procedimientos estandarizados por la dirección de salud del INPE, los técnicos no podían realizar diagnósticos o prescribir tratamientos. Sus tareas se circunscribían a la asistencia al médico y la atención de emergencias menores. Esta situación era imposible de cumplir. Velarde debía salir en ciertas ocasiones. Su turno terminaba al medio día, y el resto del tiempo las situaciones de salud quedaban en manos de los otros miembros del equipo. Por otro lado, el volumen de internos que ingresaban al tópicó excedía sus capacidades.

Foto 9



*Colaborador atendiendo a paciente*

*Fuente: Piura, 2006.*

También se había proscrito la participación de los colaboradores en la atención directa a los pacientes. Una tarde, mientras que uno de ellos cosía una herida, el técnico de turno me miró y, adivinando mis pensamientos comentó: “Ya sé que esto no lo debe hacer él, pero ha visto cuántos pacientes tenemos, nos faltan manos, necesitamos manos”.

La situación era obvia para cualquier observador medianamente perspicaz y comprensivo. Había momentos en que alguno de los médicos/internos debía improvisar un consultorio para atender la demanda de pacientes.

El personal desarrolló un sistema en el que cada promotor de salud se comprometía a llevar sólo dos pacientes al día. Con esto se conseguiría atender a cerca de veinticinco pacientes, dedicando cerca de ocho minutos para la atención de cada uno. Pero la realidad era otra. En varias ocasiones los pacientes entraban y salían sin parar. Esto se debía a dos motivos principales. Un buen grupo de promotores no realizaba su trabajo. Según los proveedores de salud y los mismos promotores, eran muy pocos los que realmente se dedicaban a captar pacientes. La mayoría se encontraba disconforme ya que consideraban que su labor debía ser tomada en cuenta como parte del sistema de trabajo formal, lo que les permitiría reducir sus sentencias. Muchos ingresaron con estas expectativas pero abandonaron sus labores al ver que esto no ocurría. Por otro lado, algunos internos salían de sus pabellones, atravesando los controles de seguridad sin los permisos correspondientes y con diferentes estrategias.

Uno de los principales avances dentro de la organización interna de los proveedores de salud, consistió en la descarga de tareas; no solo de las responsabilidades formales, si no también hacia los médicos/internos. Uno de ellos, Falcón, atendía la preparación y distribución de alimentos para los hospitalizados. El otro, Alzamora, se encargaba de la administración de las medicinas para los pacientes con tuberculosis y VIH. Esta no era la solución perfecta. Si bien Alzamora contaba con varios años de experiencia en servicios de salud públicos, no había recibido una capacitación especializada para atender este tipo de casos. Por otro lado, aunque ambos internos estaban involucrados con los problemas de salud de la población penal, trataban de guardar un equilibrio entre la carga de actividades que realizaban y la situación que debían enfrentar. Ellos tenían mucha más experiencia que Velarde y no recibían un sueldo por sus servicios. Su trabajo tampoco era reconocido para el sistema de recorte de penas. Además ellos no tenían el rango de un médico formal externo como para negociar con la administración del penal. Finalmente, parte de la relación con los pacientes estaba limitada por el hecho de ser internos.

### 5.3.2.2 El edificio de un centro de salud y los insumos de una posta.

Pese a estos problemas, todos los proveedores de salud reconocían la pertinencia de las obras desarrolladas por el Fondo Global en el tópic. El nuevo edificio, de un solo piso, fue terminado en septiembre del 2005 y contaba con un área de 1160 metros cuadrados. En él se encontraban los ambientes de atención ambulatoria, y separado por una puerta con barrotes, el área destinada a la hospitalización de los pacientes. En esta zona se distribuían varios ambientes.

*Tabla 7: Distribución de los ambientes para hospitalización*

Función	Descripción
Pacientes con tuberculosis y/o VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dos salas de internamiento para alojar en conjunto a ocho internos con tuberculosis.</li> <li>- Cuatro celdas para alojar a un total de siete pacientes con VIH y tuberculosis.</li> <li>- Dos ambientes destinados al internamiento de un total de cuatro internos con tuberculosis en la etapa activa.</li> <li>- Diez celdas individuales con baño privado destinadas al internamiento de pacientes con tuberculosis en la etapa activa o multirresistente.</li> </ul>

Pacientes con otros padecimientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dos salas para alojar en conjunto a quince internos con diferentes padecimientos.</li> <li>- Dos celdas individuales para la atención de los pacientes con problemas psiquiátricos.</li> </ul>
-----------------------------------	---

*Fuente: Elaboración propia.*

**Tabla 8: Distribución de los ambientes destinados de consulta y análisis.**

Función	Descripción
Casos de TBC	Al lado del edificio principal se encontraba: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un ambiente para la toma de muestras (fuera del tóxico).</li> <li>- Un consultorio para el tratamiento de los pacientes que seguían el programa contra la tuberculosis (fuera del tóxico).</li> </ul>
Atención general	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un consultorio de medicina general.</li> <li>- Un ambiente para la atención dental.</li> <li>- Un espacio para almacenar las medicinas.</li> <li>- Un espacio destinado para el laboratorio clínico.</li> </ul>

*Fuente: Elaboración propia.*

La lectura de ambas tablas nos permite reparar en cómo la mayor parte de la infraestructura física del tóxico, había sido planificada para atender a pacientes con tuberculosis. Sin embargo, sólo existían cuatro hospitalizados por esta enfermedad y tres pacientes ambulatorios. Estos eran alojados en un par de las habitaciones colectivas dentro del edificio del tóxico. El resto de los ambientes estaban destinados a pacientes con múltiples padecimientos. Varios de ellos tenía problemas neurológicos y otros se encontraban recuperando de cirugías mayores. El grupo más importante estaba compuesto por seis portadores de VIH. Además, varias de las celdas individuales eran utilizadas por los colaboradores y médicos/internos del penal así como pacientes con problemas de diabetes.

La situación generaba que los pacientes del PCT con posibilidades de contagio, compartieran muchos espacios y momentos con el resto de sus compañeros, hospitalizados o no. Si bien había dos ambientes separados del edificio del tóxico, destinados a la atención de los tuberculosos, estos sólo se utilizaban para la administración de los tratamientos.

En la práctica no existía una separación real de estos pacientes del resto de la comunidad penal. En muchas ocasiones la reja, que dividía el área de consulta ambulatoria y la

de hospitalización, estaba abierta y los pacientes se desplazaban con relativa facilidad hacia otros ambientes. En algunas contadas veces lograban salir fuera del tópic. Por otro lado, durante todo el tiempo que estuve visitando el lugar, sólo una vez un paciente con riesgo de contagio se puso la mascarilla de protección. Esto ocurrió un día, mientras conversaba sobre el tema frente a él, con el médico oficial. Estas prácticas salían totalmente de las normas estipuladas en el PCT.

La proscripción del consumo de drogas ilícitas y de tabaco, era una norma que se cumplía mejor. Si bien no existía un control tan fuerte como en Lurigancho, los mismos hospitalizados trataban de seguir esta indicación, muchas veces como una forma de retribución a la atención que recibían. En otras ocasiones, lo que limitaba a muchos adictos era el miedo a ser expulsados. En el tópic todos sabían quien consumía y quien no, los colaboradores y proveedores de salud trataban de vigilar especialmente al primer grupo.

Por otro lado, el área de análisis no funcionaba debido a la ausencia del equipo necesario. Los proveedores de salud entrevistados consideraban que el desabastecimiento de medicinas y equipos, era uno de los principales problemas para la atención de los pacientes. Velarde me describió la situación de la siguiente manera:

*“Con respecto a los exámenes, no hay esa facilidad ¿no? Por ejemplo, en una consulta privada o en un establecimiento del ministerio de salud, hay exámenes y la persona como sea, va con su plata. Paga los exámenes. Aquí, como usted se habrá dado cuenta, estas limitado, en eso de análisis más que todo, a los casos de urgencias. (...) El equipo, el equipo instrumental, hay mucho menos, ya están deteriorados. Tienen un tiempo. Hay un pantoscopio pero esta malogrado, un estetoscopio pero igual, yo tengo que traer el mío”.*

Muchos de los padecimientos comunes en el penal<sup>88</sup> no podían ser atendidos adecuadamente, ya que se carecía de los medios para diagnosticarlos. Los proveedores de salud se esforzaban por explicar esta situación a los pacientes. Reconocían además, las dificultades y riesgos inherentes a los diagnósticos basados exclusivamente en la sintomatología del enfermo. Uno de ellos me dijo que: “casi todos los diagnósticos de diabetes y problemas renales los tengo que hacer al ojo nomás ¿y si me equivoco?”. Las posibilidades de los médicos para resolver esta situación eran limitadas. Sin embargo intentaban varias estrategias para dar solución a estos problemas.

---

<sup>88</sup> Diabetes, problemas renales, padecimientos respiratorios crónicos, padecimientos neurológicos, cáncer, entre otros.

Como se muestra en el siguiente testimonio, en algunas ocasiones apelaban a las consultas externas en hospitales y servicios de salud privados. Si bien el penal había establecido un convenio para la atención de los internos, en dos hospitales públicos de Piura estos sólo asumían los costos de la atención cuando se trataban de casos de emergencia. Para el resto de problemas de salud, los gastos debían ser afrontados por los familiares del interno:

*“Lo llevamos a interconsulta con el infectólogo y luego al enólogo del hospital regional, ahora necesitan que le hagan una biopsia para estudiar su caso. El doctor Falcón ha conseguido formol para conservar la muestra, y sólo nos falta la consulta del enólogo para llevársela. El señor puede realizar estos análisis porque están siendo pagados por su familia. Cuenta con su familia, porque si no...”*

*(Velarde, anotaciones de campo)*

Los médicos utilizaban también sus contactos personales con colegas que laboraban en servicios de salud públicos o privados. Esta estrategia debía ser usada con discreción porque sus redes eran pequeñas y no debían agotarlas. Generalmente éstas destinaban a situaciones muy delicadas, cuando el paciente estaba abandonado y presentaba un padecimiento mortal o discapacitante. Sólo en una ocasión lograron conseguir una provisión constante y gratuita de pruebas para el diagnóstico del VIH.

Foto 9



*Paredes, pisos y mobiliario nuevos, pero ¿dónde están los equipos para diagnosticar?*

*Fuente: Piura, 2006.*

Con los tratamientos ocurría una situación similar. Los proveedores de salud reconocían que el INPE había incrementado considerablemente la provisión de estos insumos. Esto es cierto, desde el año 2004 el INPE ha proporcionado volumen cuatro veces mayor de medicinas que en los años anteriores. En Río Seco, estas consistían básicamente en analgésicos y antibióticos, por lo que estaban preparados para enfrentar infecciones y dolores pero no otros problemas de salud.

La alta demanda por estos medicamentos los obligó a una práctica que consideraban poco adecuada: reducir las dosis de medicación. Se prescribían antibióticos para tres días sugiriendo al paciente que regresara si es que sus molestias continuaban. Como se muestra en el siguiente registro de observación, sólo en estas situaciones se optaba por ampliar la dosis por dos días más:

**Cuaderno de Campo Río Seco: Consulta 14**

De inmediato entra otro interno. Velarde repite nuevamente la pregunta: ¿En que puedo servirlo?. El interno le responde: “Tengo tos, molestia, desde el martes, me dieron pastillas pero no me ha pasado. La tos que me fastidia, tengo debilidad.”

El médico le pregunta: ¿Del pabellón C izquierdo? No le dice nada más y lo ausculta con el estetoscopio. Al terminar el procedimiento le hace tomar asiento diciéndole: “Tienes ya tres días de tratamiento, te voy a seguir dando las pastillas por dos días más y te voy a poner una ampolla ¿Eres alérgico? ¿Has tomado amoxicilina?” El paciente le responde: “No, cuando me enfermé tomé otra pastilla.”

Esta situación generaba un clima de insatisfacción generalizada entre los proveedores de salud, principalmente los médicos, ya que buena parte de sus esfuerzos se limitaban a tratar los síntomas del paciente sin resolver las causas de los padecimientos. Como en el caso siguiente, el asunto se volvía más desalentador cuando se trataban de padecimientos que podían solucionarse rápida y efectivamente si se contaba con la medicina adecuada.

**Cuaderno de Campo Río Seco: Consulta 18**

El médico termina de atender a un paciente hospitalizado que manifiesta mucho dolor y mareos. Se queda un momento pensando, suspira y mueve la cabeza de un lado al otro, para luego dirigirse hacia mi y explicarme el caso:

“Este paciente debería recibir un tratamiento específico para controlar su desorden hormonal pero la medicina que le podemos administrar sólo sirve para reducir el malestar que tiene. Es un tratamiento sintomático. El interno podría recibir un tratamiento adecuado sólo con medicina básica (creo que se refiere a los medicamentos genéricos), pero cada pastilla cuesta cincuenta céntimos y el no puede costear, mucho tiene que ver el abandono familiar, acá hay muchos internos abandonados, con diabetes y otras enfermedades que requieren medicinas que no pueden ser pagadas por un interno abandonado. El depende de nosotros.

Con el transcurso de los días pude observar cómo muchos de los médicos definían estas situaciones como “un diagnóstico de abandono”, sin referirse de manera directa a la enfermedad específica del paciente. En realidad, muchas veces estos casos correspondían a pacientes con múltiples padecimientos. Los relatos desarrollados por los proveedores de salud, muestran cómo estas situaciones eran especialmente difíciles de atender.

Para ellos, en estos casos debían ser enfocados atendiendo a los “problemas de fondo” y los “problemas principales”. Los problemas de fondo eran definidos por los proveedores de salud como las razones últimas del padecimiento. De acuerdo con sus explicaciones estas podían presentar varios orígenes, entre los que distinguían:

*Tabla 9: Factores asociados a los padecimientos de los internos según el personal de salud.*

Factores	Descripción
Personales	Conflictos familiares. Problemas con los compañeros Abandono
Biológicos	Desorden físico.
Psicológicos	Desorden mental
Sociales	Producidos por las condiciones de vida en el penal

*Fuente: Elaboración propia.*

Por otro lado, los problemas principales eran referidos como los malestares más graves y peligrosos que aquejaban al interno. Por ejemplo, en una ocasión, el médico debía atender a un paciente que manifestaba varias dolencias: dolor de cabeza, hongos en la piel, úlceras, dolor de columna y una herida en el pie. El médico le explicó que trataría de atender progresivamente cada uno de sus problemas pero que iba a comenzar por el que consideraba más peligroso, las úlceras. Lamentablemente en muchas ocasiones no era posible seguir este criterio, ya que carecían de medicamentos apropiados para tratar los problemas de fondo, o los que involucraban más riesgo para el paciente.

Para resolver estas situaciones, los proveedores de salud utilizaban estrategias similares a las aplicadas en los diagnósticos como: consulta externa pagada por la familia y los favores de otros colegas. Sin embargo, muchas de las gestiones para la salida del interno debían pasar por un proceso administrativo que no se adecuaba a las necesidades de respuesta ante muchas enfermedades. A veces, cuando estas salidas no eran posibles, optaban por considerar el tiempo que restaba al paciente dentro del penal evaluando si resistiría hasta acceder a un tratamiento en libertad.

En algunas ocasiones los médicos llegaban a prescribir tratamientos insólitos para ellos mismos. Este fue el caso de Otárola, un paciente que presentaba una enfermedad de transmisión sexual. Había acudido varias veces al tópico quejándose por que “nadie” quería tener relaciones sexuales con él. Además, no contaba con los recursos para comprar la medicación que necesitaba. Velarde intentó conseguirlos por su cuenta pero no obtuvo una respuesta positiva entre sus contactos.

El médico aprovechó una de sus salidas al hospital regional para consultar sobre el tema con un especialista. Este le había señalado que ante la situación, debía establecer un tratamiento basado en “la cronoterapia”. Velarde nunca había escuchado sobre este tratamiento y se quedó más que asombrado al escuchar en qué consistía. Debía sugerir al paciente que aguardara entre cuatro a seis años para ver si su cuerpo combatía la enfermedad. No pudo hacer otra cosa y este fue el tratamiento que indicó.

Estas descripciones nos enfrentan a un escenario en el que, dependiendo del tipo de enfermedad y los recursos del tópico y el paciente, se establecían diagnósticos y tratamientos diferenciados y desiguales. Los médicos comparaban esta situación frente a las posibilidades de tratar la tuberculosis dentro del penal. Uno de ellos me decía: eso sí, eso si lo podemos combatir acá porque tenemos los recursos del Fondo Global y los medicamentos que nos manda el Ministerio de Salud. Esta frase resume la opinión general de los proveedores de salud de este tópico.

Sin embargo, en los siguientes días pude percatarme que se referían básicamente a la quimioterapia para los enfermos y la realización de pruebas a las personas de su entorno. Durante las tres semanas de visita en este penal, nunca observé que se desarrollaron actividades de prevención y captación de los internos. ¿A qué podría deberse este hecho? Los proveedores de salud señalaban que no contaban con el tiempo suficiente para realizarlas, y que muchos de los colaboradores no participaban en ello. Sólo uno de los médicos/internos había sido capacitado por el Fondo Global, pero no atendía los casos de tuberculosis.

#### **5.4 Dos situaciones diferentes**

Según Farmer<sup>89</sup>, existen diferentes perspectivas para explicar la asociación entre prisiones y tuberculosis. Algunos señalan que las prisiones son ambientes particularmente problemáticos para tratar la tuberculosis, debido en parte a que la educación de los internos es baja. Otros alegan que el nivel de control producido por el encierro hace que las intervenciones en salud, tratamiento, educación y detección de los casos sean más fáciles. Conuerdo con esta última afirmación. Sin embargo el análisis que he realizado muestra que muchas de estas posibilidades de intervención se ven limitadas por los recursos con que cuentan los proveedores de salud.

Si bien la presencia del Fondo Global mejoró muchas de las condiciones de atención en ambos penales, la descripción que he presentado demuestra diferencias significativas en los recursos existentes para la atención de los pacientes.

A simple vista, estas divergencias no se relacionarían con la infraestructura física de los establecimientos. En ambos lugares se habían levantado nuevos edificios para la atención de los internos con tuberculosis y otros padecimientos. Pero, esto no es del todo cierto.

En Lurigancho, el tratamiento de los internos con tuberculosis se desarrollaba en un ambiente separado del resto de la comunidad penal y del servicio de medicina general. Incluso, al interior del pabellón 17, la distribución del espacio aislaba a los pacientes con la enfermedad en su forma normal, de los casos multirresistentes y los pacientes con VIH y Sida. En Río Seco el panorama era otro. Los pacientes con múltiples padecimientos, incluyendo la tuberculosis y el VIH, convivían en un área común.

---

<sup>89</sup> FARMER, Paul. *Pathologies of Power. Health, Human Rights and the new war on the poor*. California. University of California Press. 2005.

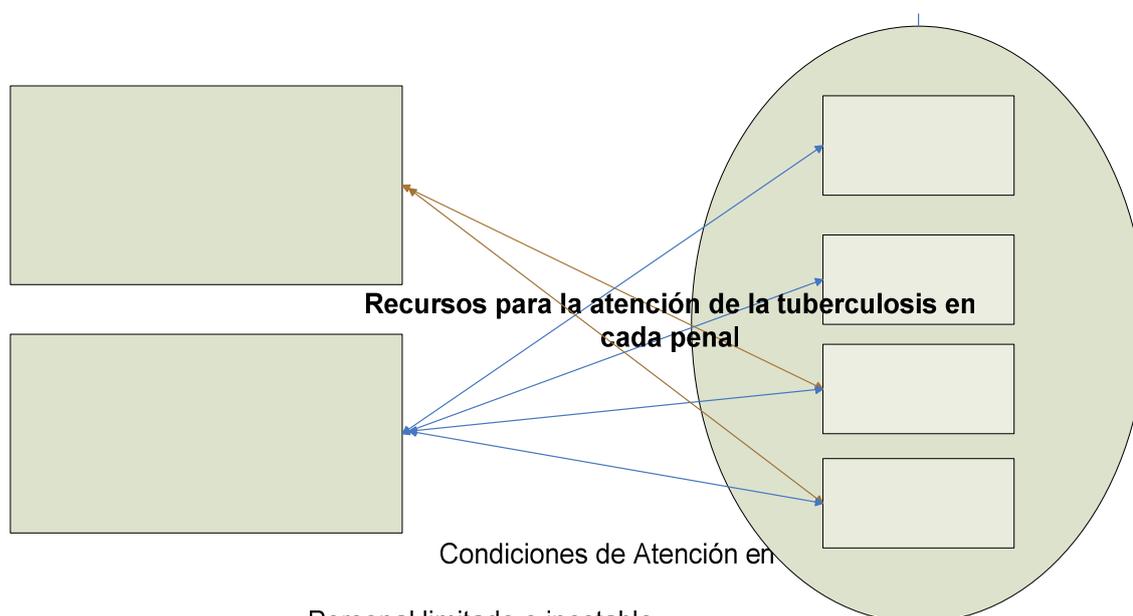
Este elemento no sólo generaba mayores probabilidades de contagio de la enfermedad hacia el resto de comunidades del penal. Marcaba también experiencias sustancialmente diferentes en la práctica de los proveedores de salud de ambos penales.

El personal de salud de Río Seco debía lidiar con una sobre carga de casos diversos, y adicionalmente, debía atender los casos de tuberculosis. Las diferencias se hacen mayores si consideramos que estos profesionales debían dedicar parte de sus esfuerzos y tiempo, para atender las dificultades originadas por la ausencia de insumos y equipos para los tratamientos de medicina general.

En Lurigancho, los proveedores de salud brindaban un servicio especializado contando con los insumos indispensables para atender la mayoría de los casos. Además se trataba de personal contratado y capacitado especialmente para esta labor. En Río Seco, la alta rotación de proveedores de salud contribuía a que no se estableciera una estrategia adecuada de intervención sobre el tema. La presencia de los médicos/internos era un recurso importante pero limitado, ya que se trataba de personas que debían afrontar sus propios problemas frente al encarcelamiento.

Como se muestra en el siguiente diagrama, estas circunstancias influyen en una desigual intervención para la lucha contra la tuberculosis. Mientras que en Lurigancho era posible apreciar actividades de prevención y capacitación de los internos, en el caso de Piura estas se habían restringido frente a las otras necesidades de atención.

*Gráfico 8: Listas de recursos de atención de TBC en los penales de Río Seco y Lurigancho, y su relación con las líneas de intervención en las estrategias de lucha contra la TBC.*



- Personal limitado e inestable

*Fuente: Elaboración propia* Intervención en PCT como parte de la atención de medicina genera

- Sobre demanda de atención

Al comparar los recursos de cada servicio, podemos entender cómo la atención del PCT no sólo depende de la existencia de insumos para el tratamiento de los casos detectados. El Ministerio de Salud y el Fondo Global dotaban de estos recursos a ambos servicios. Sin embargo, el resto de las condiciones de atención influían directamente en el desarrollo de las actividades de prevención y detección de los pacientes. ¿Por qué en Lurigancho se habrían generado condiciones diferentes a Río Seco?

Una de las posibles respuestas se encuentra en el volumen de internos mucho mayor que existe en Lurigancho. Pero este elemento no responde al hecho de que no se halla destinado un profesional exclusivo para combatir esta enfermedad en Río Seco. Una respuesta posible frente a esta observación, se encontraría en el volumen de internos que presentaban la enfermedad en este lugar. **Demanda de atención en Río Seco por medicina integral** Muchos diagnósticos con tuberculosis, en Lurigancho se sobrepasaban los doscientos ochenta casos distribuidos a lo largo de los diferentes pabellones.

Pero, como hemos visto en el primer capítulo, el nivel de casos de tuberculosis registrados en una comunidad guarda una relación directa con los esfuerzos destinados a la detección de los mismos. En Río Seco las actividades se enfocaban en el tratamiento de los casos que llegaban al tópico.

De acuerdo con Farmer<sup>90</sup> los reclusos tienen mayores posibilidades de adquirir la tuberculosis que el resto de la población. En muchos países, los índices de tuberculosis en prisiones son cinco o diez veces mayores a los promedios nacionales. De acuerdo con Pedraza<sup>91</sup>, la tasa de prevalencia de esta enfermedad en las cárceles peruanas es siete veces mayor que en el resto de la población de nuestro país.

Para Farmer, uno de los factores más importantes que explica esta situación se encuentra en las condiciones de vida dentro de estos penales. La sobre población y los ambientes poco ventilados, actúan de una manera particularmente efectiva para amplificar los sistemas de transmisión de la enfermedad. Este proceso ocurre sobre todo en prisiones en donde los recursos puestos para el diagnóstico temprano y la prevención, son difíciles de conseguir. Río Seco cumple con todas estas condiciones.

#### **5.4.2 Añadiendo una pieza más.**

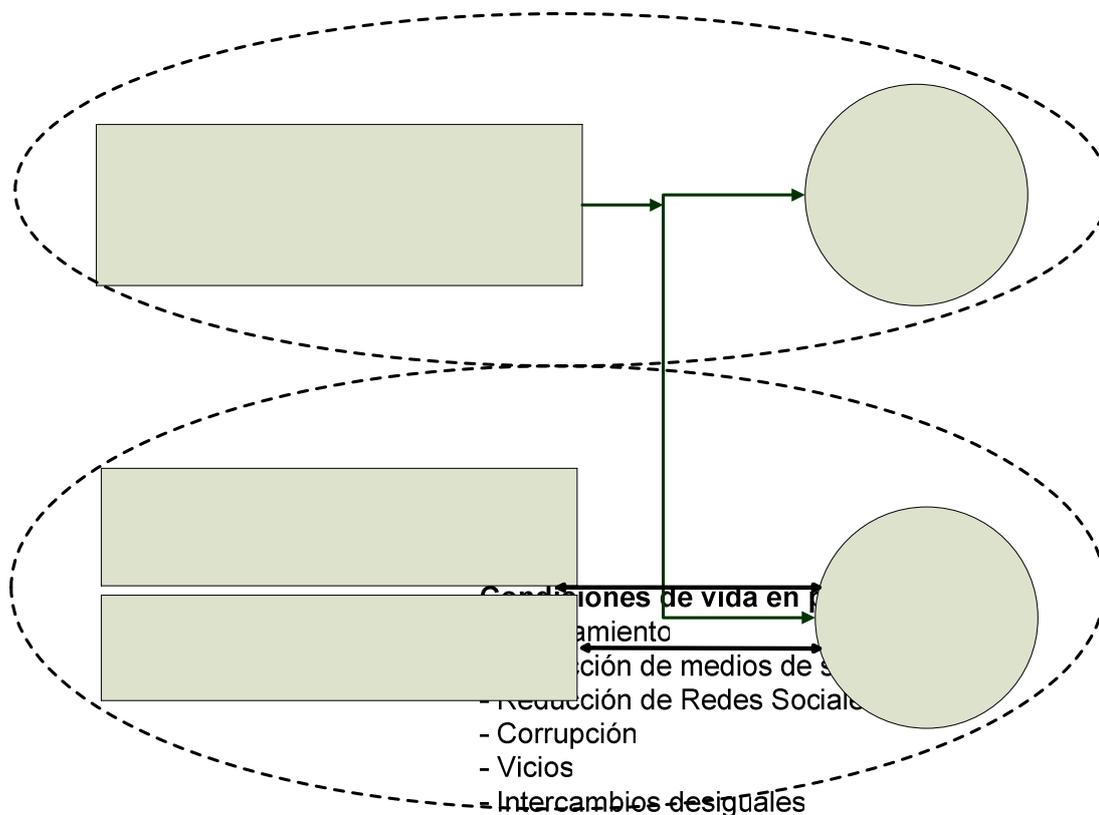
La evidencia analizada en esta sección, nos permite agregar otro elemento de variabilidad en nuestro esquema teórico sobre las condiciones del encuentro médico en ambos penales. Nos muestra cómo la existencia o ausencia de determinados recursos humanos, medicamentos y equipos; regula las prácticas médicas, sus capacidades y acciones. Y, en este caso, afectan las intervenciones en la lucha contra la tuberculosis de los diferentes servicios de salud.

*Gráfico 9:*

---

<sup>90</sup> FARMER, Paul. Op. Cit.

<sup>91</sup> PEDRAZA, Wilfredo. Op. cit.



Fuente: Elaboración propia.

Las condiciones de vida en prisión, los recursos individuales y colectivos de los internos, así como las condiciones de atención; forman parte de la estructura de relaciones sociales y significados que están detrás del encuentro médico y nos permiten explicar, en parte<sup>92</sup>, su variabilidad. También nos plantean nuevas preguntas ¿Qué tipos de relaciones médico/pacientes se establecen sobre estas bases? ¿Qué tipo de narrativas sobre la tuberculosis desarrollan los proveedores de salud frente a este escenario? Responderé a ambas preguntas en el siguiente capítulo.

#### Recursos individuales y colectivas:

- Redes Sociales
- Generación.
- Clase Social.
- Niveles Educativo
- Habilidades para el establecimiento de intercambios

#### Desiguales condiciones para la atención de la salud:

- Insumos y equipos
- Infraestructura física.
- Recursos Humanos.
- Experiencia de la atención. (Especialización vs. Atención general)

<sup>92</sup> No debemos descartar el papel que juega la contingencia, la casualidad y el azar en muchas de estas relaciones. También pueden existir otros factores no identificados.

## CAPITULO 6

### NARRATIVAS Y ENCUENTROS ENTRE PROFESIONALES DE SALUD Y PACIENTES

En este capítulo abordaré las dos piezas faltantes en la historia que relato: las interacciones que se establecen entre proveedores y pacientes en las atenciones de los servicios de salud en ambos penales y el tipo de narrativas sobre el contagio de la tuberculosis desarrollada por los proveedores sobre la tuberculosis en este contexto.

Como señalé en el segundo capítulo, el análisis de estas dimensiones dirige nuestra atención a las diferentes posiciones, narrativas e intercambios que desarrollan los actores involucrados en el encuentro médico.

#### 6.1 Trascender el binomio médico paciente:

Generalmente se suele pensar esta relación como un binomio en el que sólo interactúan dos actores (un médico – un paciente) con sendos roles previamente determinados (Sanador – Enfermo). Esta perspectiva del encuentro médico puede ser relativizada tomando en consideración varios argumentos.

En primer lugar, como he presentado en el análisis y las descripciones anteriores, no sólo los médicos brindan este tipo de servicios. Enfermeros, técnicos, colaboradores intervienen en diferentes momentos de la atención. Desarrollando relaciones que pueden variar de manera importante y diferir del vínculo que se establece con los galenos. Además, en muchos de estos encuentros, intervienen más de dos personas, ya que casi siempre los médicos están acompañados por asistentes y otros colegas que influyen de manera importante en estas interacciones. En contextos diferentes a los descritos, los pacientes pueden acudir a los servicios con amigos y familiares que también participan en la relación.

Pero no sólo se trata de una participación física. En las atenciones, los proveedores actúan y se relacionan con sus pacientes utilizando como referentes una serie de experiencias compartidas con colegas y una serie de recursos otorgados por el marco institucional en el que trabajan. Del mismo modo, los pacientes llegan a este encuentro con una serie de recursos, ideas y expectativas que son construidas a partir de sus redes sociales.

Por otro lado, los encuentros médicos no sólo se limitan a las consultas individuales. Pueden existir múltiples escenarios que involucran diferentes procesos de tratamientos y diversos niveles de relación. En muchas ocasiones los proveedores de salud interactúan con colectividades, sobre todo para establecer actividades conjuntas, muchas veces destinadas a la prevención de la salud.

#### 6.1.1 Experiencias, expectativas y nociones detrás de estos encuentros:

El desarrollo del encuentro médico es influido por las experiencias previas de proveedores de salud y pacientes, que sirven como referentes a partir de los que se interpretan las nuevas situaciones de atención. Estos referentes no son sólo individuales, porque ambos comparten historias e ideas con otras personas y comunidades de su entorno.

Las experiencias previas brindan parte del material con el que se elaboran las concepciones que los dos grupos presentan sobre: las enfermedades, su tratamiento, la atención de la salud. Generan además una serie de expectativas en torno a las posiciones y roles que cada actor debe cumplir. A partir de ellas, se elaboran una serie de ideas sobre lo que es legítimo y factible esperar de un servicio de salud, un proveedor y un paciente. Existen además una serie de expectativas sobre las posiciones y roles que debe asumir cada uno. En algunas ocasiones estas pueden ser inesperadas y no bien vistas.

Sobre estas bases se construían algunas nociones de lo que debería ser un buen proveedor de salud, lo que representa ser un buen paciente, los comportamientos y actitudes detrás de las acciones de un mal médico y de malos pacientes.

Desde estas experiencias, expectativas y nociones, las comunidades de pacientes y proveedores de salud desarrollan estilos de alegatos, estrategias y protocolos para representar las situaciones de salud y su tratamiento. Estos grupos establecen criterios para evaluar los recursos, tiempos, nivel de dedicación y respuesta; información que debe ser transmitida, así como ciertas nociones sobre el manejo del poder en el trato.

Como sugiere Anderson, este asunto es bastante complejo ya que en la mayoría de circunstancias, se producen diferentes lecturas de una misma situación. Lo que demanda que los actores involucrados en el encuentro médico realicen algunas concesiones entre ambas partes, en un grado u otro. Pero muchas veces estas diferencias en las interpretaciones del encuentro médico llegan a generar incompatibilidades y desencuentros importantes.

#### 6.1.2 Posiciones, narrativas y el asunto del poder:

Por otro lado, durante el encuentro mismo, pacientes y médicos establecen una serie de posiciones y roles que se van delineando frente a las acciones del otro. Los proveedores de salud pueden actuar de diferentes formas: sanadores, confidentes, consejeros, buenos proveedores, malos proveedores, amigos, ¿policías?. Con diferentes propósitos como: ganar la confianza del paciente, realizar un diagnóstico acertados, promover la adhesión a los tratamientos, convencer a los enfermos, trascender el vínculo profesional, entre otros. Los pacientes también hacen lo propio. En algunas ocasiones sólo se desempeñan como meros proveedores de información, en otras pueden decidir sobre los procesos de tratamiento, asumiendo en parte, el rol asignado a los sanadores.

Estos roles no son desarrollados de manera exclusivamente intencional. Su configuración puede variar significativamente de acuerdo con el momento de la interacción (diagnósticos, tratamientos, capacitaciones, intervenciones quirúrgicas, etc.), el tipo de proveedor de salud que brinda la atención, el tipo de padecimiento y los recursos con que cuentan los actores.

Para Fahy y Smith, la ejecución de estos roles tiene correspondencia con el despliegue de diferentes posiciones de poder que también pueden variar. Al asumir el rol de amigo o confidente, muchas veces el médico cede poder al paciente, para opinar, decidir, interpelar muchas de las decisiones de la atención de salud. Desde roles más autoritarios el médico más bien trata de concentrar el poder sobre su persona. La habilidad de ambos grupos para movilizar sus posiciones no sólo responden a las características personales de cada uno, es el producto de fuerzas estructurales que ubican a ambos grupos en situaciones sociales diferentes y les otorgan recursos diferenciados.

De acuerdo con Denzin<sup>93</sup> los médicos son quienes tienen mayores posibilidades de movilidad y control de sus posiciones. Ellos no sólo pueden curar si no también postergar la consulta, dejar morir, no atender o tratar mal. Desde su perspectiva el paciente tiene un rol más

---

<sup>93</sup> DENZIN, Norman. Interpretative Interactionism.

bien dependiente. Los médicos tienen el poder para diagnosticar, decir qué está pasando y qué se puede hacer. Los médicos controlan el conocimiento como un instrumento de poder. Pero el conocimiento no lo es todo y muchas veces deben ejercer autoridad sobre la base de su buen desempeño para obtener resultados positivos.

Los médicos ejercen este poder en su capacidad para no dar espacio a la discusión, para plantear preguntas y bloquear las objeciones del paciente. Por eso evitan en muchos casos esta comunicación, que se expresa en muchas formas como hablar sobre o alrededor del paciente dejándolo fuera de la discusión por varios motivos: imponer la justificación clínica sobre la experiencia del paciente, mostrar confianza frente a alguna incertidumbre, poca habilidad para transmitir la información a los pacientes. El poder médico también se expresa en la posibilidad de incorporar y explicar las anomalías y fallas en su práctica. Establecer prioridades.

Muchas veces estas situaciones se encuentran enmascaradas en tratos aparentemente horizontales. Por ejemplo, Fahy y Smith hallaron situaciones en que los proveedores de salud no eran participativos e imponían sus decisiones a los pacientes pero desarrollando un tono "suave" porque necesitaban tener una sensación de estabilidad, entre ser amable y buen médico y controlar al paciente para imponer sus ideas.

Para los pacientes uno de los pocos mecanismos de resistencia y ejercicio de control consiste en hablar de igual a igual con el proveedor de salud. Existen también la posibilidad de establecer posiciones confrontacionales frente a ellos pero, como hemos visto en el cuarto capítulo, estas pueden llevar a que los pacientes dejen de ser atendidos ya que asumieron roles inaceptables para los proveedores de salud. También pueden aparecer actores que cumplen posiciones intermedias entre estar más cerca al paciente o al médico. Los familiares y algunos profesionales de salud juegan este papel.

El asunto nos habla de posibilidades de ejercicio marcadamente desiguales. Sin embargo muchas veces este poder no es utilizado por los profesionales de salud de forma totalmente autoritaria. Mattingly encuentra este tipo de situaciones al analizar las interacciones entre pacientes con discapacidades y terapeutas físicos. Esta autora observa cómo estas profesionales de salud utilizan su posición y recursos para elaborar narrativas de curación que incorporaban las perspectivas de los pacientes, otorgándole un sentido positivo al proceso de rehabilitación.

En los encuentros médicos, de diversos tipos, pacientes y proveedores de salud elaboran narrativas en las que se desarrollan diferentes argumentos. Muchas veces estas

ideas tratan sobre las causas de la enfermedad y el rol o la responsabilidad de los pacientes sobre la misma. En otras ocasiones sirve explicar los procesos de tratamiento y curación, planteando, en algunas ocasiones, imágenes sobre el futuro del paciente.

Desde mi perspectiva el análisis de las narrativas de aflicción y curación generadas por médicos y pacientes puede ser visto la expresión de la relación y ejercicio del poder que se establecen entre los dos grupos. Los médicos pueden alentar o no las narrativas de los pacientes. También pueden incorporarlas dentro de sus propias explicaciones o elaborar discursos completamente alejados de ellos.

En resumen, las narrativas elaboradas durante las atenciones nos hablan también del establecimiento de roles, responsabilidades, juicios morales y procedimientos que pueden ser elaborados de manera conjunta o unilateralmente.

Sobre esta base teórica desarrollaremos la descripción y análisis de las situaciones de interacción entre médicos y pacientes en los dos casos estudiados, intentando responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué tipo de expectativas presentan los proveedores de salud e internos antes del encuentro médico?
- ¿Qué tipo de roles y posiciones adquieren los diversos actores que participan en los encuentros médicos que hemos observado?
- ¿Qué intercambios se establecían entre estos actores?
- ¿Con qué recursos contaban para relacionarse?
- ¿Qué tipos de narrativas se construían en estos encuentros?

## 6.2 Expectativas, posiciones y narrativas en los encuentros médicos de ambos penales:

En el capítulo cinco concluí que los recursos que contaban el equipo de salud de Río Seco y Lurigancho eran desiguales, preguntándome si estas diferencias influirían en el tipo de interacción que establecían en las atenciones de salud. No podemos afirmar una relación nomotética entre ambas dimensiones en tanto que existen otros elementos que intervienen en el encuentro médico. Uno de estos elementos está compuesto por las nociones y expectativas de actores involucrados en esta relación. Como veremos a continuación, no existían diferencias importantes en las expectativas de proveedores de salud de ambos penales. Tampoco entre los internos con quienes conversamos.

### 6.2.1 Expectativas previas al encuentro:

Durante uno de los días de trabajo de campo en Río Seco, el técnico de guardia tuvo que asumir las consultas ambulatorias. Eran casi las dos de la tarde y la jornada de atenciones estaba por concluir. En ese día en particular llegaron al tópico varios “fingidores” y algunos casos complicados, con pacientes que presentaban múltiples padecimientos y algunas situaciones de abandono. El técnico parecía cansado y, en un momento de la atención, se dirigió a mí para decirme: “uf, aquí hacemos de todo. ¿Se ha dado cuenta?”

#### 6.2.1.1 La suspicacia como elemento importante en la atención: Perspectiva de los profesionales de salud.

A lo largo de mi trabajo de campo en ambos penales un buen número de los proveedores de salud apelaría a esta misma idea para describir el trabajo que realizaban. Para algunos esta frase hacía referencia a las múltiples actividades que realizaban: atenciones de salud, actividades de promoción, procedimientos administrativos, control del orden. Para otros aludía más bien a los diversos papeles que debían asumir en su labor: sanadores de padecimientos muchas veces difíciles de diagnosticar y tratar, consejeros frente a las circunstancias que los pacientes debían enfrentar, cuidadores que velaban por el buen comportamiento de los internos, representantes del INPE frente a los problemas de salud individuales y colectivos dentro del penal.

De acuerdo con los profesionales de salud de ambos penales, estas posiciones aparecían, muchas veces de manera simultánea, en los diferentes encuentros con los pacientes y la población privada de su libertad en general: consultas, conversaciones en encuentros informales, capacitaciones, etc. La mayoría de proveedores con quienes conversé preferían circunscribir su rol al de sanador, con el fin de no complicar su trabajo aún más. Pero, de acuerdo con ellos, muchas veces este ideal era imposible de cumplir debido a los cuadros que presentaban los pacientes.

Estos profesionales de salud solían contarme historias en las que intentaban dar sentido a las difíciles relaciones con pacientes cuyo comportamiento afectaba directamente su trabajo. Como se describe en la siguiente observación de campo, muchas de estas historias expresaban una idea de gran distancia social con los internos:

Notas de Campo: Lurigancho.

Hoy por la tarde el técnico del 17 y yo visitamos las Malvinas. Este es un ambiente de diez metros cuatros en el que conviven cerca de cuarenta internos que se dedican a consumir y/o

comercializar crack. (...) Estuvimos con ellos una media hora. En el camino de regreso al pabellón de atención conversamos un poco sobre este lugar. El me dijo:

“¿Te diste cuenta cómo se pararon apenas entramos y nos preguntaron qué queríamos? No les gusta que entre cualquiera al lugar. Muchos de ellos me conocen bien, han pasado por el PCT y me tienen respeto y agradecimiento porque los he atendido cuando estaban mal. Pero igual desconfían. Esto no es sólo de ellos. Toditos piensan igual. Los internos y nosotros somos grupos diferentes, opuestos. Nosotros somos INPE. Por eso, nunca van a confiar totalmente en nosotros y nosotros tampoco en ellos. Tu puedes haberlos ayudado, están agradecidos, pero nunca van a hablar bien de nosotros totalmente, estarían traicionando su propio grupo. Ya no serían internos”.

La desconfianza era un tema que atravesaba muchos de las historias elaboradas por los profesionales de salud con los que conversé. Aparecía en las narraciones sobre los diagnósticos, trascendiendo el tema de los fingidores. También ocupaba un lugar central en las anécdotas sobre la adhesión de los pacientes a los tratamientos. Era además uno de los criterios principales sobre los que se elegían a los colaboradores, aquellos internos que asistían a los proveedores de salud en sus diferentes labores.

Por ejemplo, en una ocasión pregunté a una proveedora de salud de Lurigancho cómo es que habían elegido a un colaborador en específico. Ella me contó que el interno era un paciente hospitalizado que, ya restablecido, ayudaba a los médicos en sus atenciones. Un buen día, uno de los médicos olvidó su billetera en el consultorio. Al día siguiente este paciente le entregó su billetera con el contenido intacto. La había guardado para evitar que otros internos la robaran. La profesional me indicó: “El ya no había actuado como cualquier interno, otro se hubiera llevado el dinero sin pensarlo dos veces. Ya no era un interno cualquiera, se identificaba con nosotros. Podíamos encargarle tareas y confiar en él”.

De acuerdo con la mayoría de proveedores con quienes conversé en ambos penales, el tema de la desconfianza era un asunto que habían interiorizado desde sus primeras experiencias de atención en los penales. Muchos de ellos me narrarían pequeños ritos de pasaje en el que realizaron diagnósticos, entregaron medicinas o se involucraron demasiado con un paciente que no había sido totalmente sincero. Para algunos de ellos, marcar las diferencias, a través de un trato educado pero distante era un mecanismo que les permitía evitar este tipo de incidentes y ejercer cierta posición de control sobre las múltiples intenciones de los reclusos.

Para buena parte de estos proveedores de salud, este estilo de relación contradecía uno de los principios básicos en la atención de la salud: la confianza. El siguiente testimonio, elaborado por un proveedor de salud de Río Seco, nos ayudará a entender mejor esta idea:

“Bueno, en la calle tienen una conducta más respetuosa. Saben que soy un profesional. La relación médico paciente es como debería ser, más cercana, darles más confianza (...) pero acá no, “Oye, qué tienes” (Intenta imitar el tono de voz con que pregunta a los pacientes) No, todos no, no generalizo, pero uno sabe más o menos cuando te quieren manipular (...) yo les escucho su rollo, dicen que tienen diarrea, le digo, porque me quieres engañar a mí, porque no me dices la verdad”.

Muchos de ellos habían pasado por experiencias de atención con poblaciones en situación de extrema pobreza y solían compararlas con el trabajo que realizaban en prisión. Ambos contextos correspondían a circunstancias de trabajo en donde los pacientes contaban con escasos recursos para resolver sus problemas de salud. Sin embargo, con otras poblaciones no habían desarrollado sentimientos de suspicacia. Para la mayoría de ellos, los internos eran pacientes particularmente “especiales” o “difíciles”, con características que les demandaban formas de intervención diferentes a las que podían establecer en otros contextos: Los pacientes acudían con problemas que trascendían los aspectos biomédicos. Muchos desarrollaban estilos de vida especialmente peligrosos para la prevención de las enfermedades y la aplicación de tratamientos efectivos. Un buen número no obedecía las prescripciones médicas. Algunos internos utilizaban las atenciones como medios para conseguir recursos económicos. Otros podían hablar mal de la atención de manera injustificada.

A partir de estos elementos los proveedores habían desarrollado ciertas nociones sobre lo que consideraban un buen y un mal paciente dentro del penal. Para la mayoría de ellos, su concepto de buen paciente podía resumirse en una idea: ser “compresivo” con la labor que realizaban los profesionales de salud. Este concepto aludía a diferentes características:

- La obediencia frente a las indicaciones.
- Adhesión a la perspectiva del proveedor de salud.
- No fingir o exagerar padecimientos.
- Establecer estilos de vida saludables
- Entender las limitaciones en los recursos existentes sin demandar más de lo que se pudiera dar.

La noción de mal paciente que manejaba la mayoría de proveedores de salud entrevistados se construía en oposición a estas cualidades. Algunos eran más tolerantes que otros frente a los internos que no cumplían con el perfil deseado. Consideraban el drama personal y social de la vida en prisión. Sin embargo, para la mayoría, estas eran características que los reclusos debían aprender a desarrollar de manera individual ya que ellos mismos habían buscado la situación en la que se encontraban. Para algunos, además, los presos debían conformarse con los servicios que se les podía brindar porque eran reclusos y debían ser concientes de su condición.

Estos criterios estaban íntimamente vinculados con lo que consideraban su tarea o rol principal: Identificar el padecimiento de los pacientes y sanarlos, en la medida de lo posible y en relación a los recursos disponibles. En este punto se marca una distinción importante entre la perspectiva de los proveedores en ambos penales. Como se muestra en el siguiente testimonio, en Río Seco, esta tarea conllevaba, en primer lugar, definir si el paciente mentían o no y, posteriormente, establecer los recursos personales con que contaba para seleccionar el tratamiento más adecuado:

“La atención individual se basa en los siguiente: Determinar si eres un fingidor o no. Determinar el o los padecimientos reales y conocer su situación, lo que incluye la relación que tienen con sus familias y los recursos que las familias tienen”. (Notas de Campo Río Seco)

En los proveedores de salud de Lurigancho con quienes trabajé, el asunto se había simplificado un poco ya que la mayoría de pacientes ya habían sido depurados en la atención de medicina general y se podía contar con los análisis clínicos de los pacientes:

“Mira, aquí mi trabajo es más sencillo que en la clínica principal, la mayoría de los pacientes ya vienen derivados y yo puedo contar con sus placas y pruebas de BK. Entonces yo sobre esa base ya trabajo” (Notas de campo, Lurigancho)

Obviamente estos recursos no simplificaban los problemas de adhesión a los tratamientos, ni cubrían todos las posibles dificultades de comunicación con los pacientes.

Otra diferencia importante entre los proveedores de salud de ambos penales es nivel de atención que le brindaban al tema de la capacitación para la prevención de las enfermedades, especialmente en los casos de tuberculosis y VIH. Como señalé en el quinto capítulo los proveedores de salud de Río Seco enfocaban la mayor parte de sus esfuerzos en el tratamiento de enfermos.

En Lurigancho existían proveedores que se responsabilizaban por diseñar y realizar actividades de IEC con los internos. Conversé con algunos de ellos. Buena parte de su preocupación se enfocaba en realizar actividades simples, directas que no “cansaran” a los internos. Sospecho que para muchos proveedores de salud, la mayoría de reclusos estaban poco interesados en recibir información sobre estos temas, por varios motivos. El principal, desde la perspectiva de los proveedores, consistía en que los internos se encontraban enfocados en resolver sus problemas de subsistencia cotidianas. A otros el tema les tenía sin cuidado porque se hallaban envueltos en un estilo de vida que descuidaba el cuidado de la salud.

#### 6.2.1.2 La responsabilidad del cuidado: Perspectiva de los internos.

Como se describe en la siguiente tabla, los reclusos también habían elaborado algunas expectativas sobre el desempeño de los proveedores de salud. Para muchos de los internos entrevistados, un buen proveedor se preocupaba por encontrar una solución rápida y efectiva a sus problemas de salud, comunicarse con los pacientes, escucharlos y hacerles entender sus padecimientos así como los tratamientos que debían seguir, seguir la evolución del estado de salud del paciente.

Tabla 9: Noción de buen y mal paciente en los internos

Tipo de evaluación	Criterio de evaluación	Ejemplo
Aspectos Positivos: El buen trato.	El proveedor atiende al paciente y busca dar solución rápida a su problema.	"primeramente llegas, te hace que pases, te atiende, te mira la temperatura, te mira si tienes fiebre, él busca la forma como curarte, él se fija que el tópico tiene una botica donde guardan las medicinas, entra, busca las medicinas y te da".(Juan, interno con TBC de Huánuco)  "te atiende con lo que tenga, te atiende, ahora, si no hay acá, te receta con receta médica para que puedas comprar afuera, él te da más o menos ideas cómo puedes solucionar los problemas que tienes en cuanto a tu salud" (Demetrio, interno con TBC de Huánuco)

	Realiza un seguimiento del paciente.	Se preocupan porque tomemos nuestras pastillas, que no faltemos, nos mandan a llamar para tomar las pastillas, que no faltemos, nos mandan a llamar para tomar las pastillas" (Miguel, interno con TBC de Lurigancho)
	Se comunica con el paciente y le hace entender sus problemas de salud.	"Nos explican que es responsabilidad de nosotros que pongamos de nuestra parte, y también explican que tenemos que alimentarnos, comer bien, dejar a un lado las drogas (...) no estar tomando chicha, ron" (Juan, interno con TBC de Lurigancho)
Aspectos negativos	No solucionan el problema de salud.	"hay algunos que dicen, no hay, no hay de dónde te voy a dar y se acabó listo, anda a tu pabellón, eso es todo"(Demetrio, interno con TBC de Huánuco)
	No les importan los problemas de los internos	"hay algunos doctores, enfermeros que no les importa, más les importa la salud de ellos quizás, y no por la salud de los demás, dicen, que esté en su pabellón" (Juan, interno con TBC de Huánuco)
	No se comunican con los internos.	"porque los doctores vienen acá y dan la pastilla y están viendo sus papeles creo, no conversan mucho" (Juan, interno con TBC de Lurigancho)

La mayoría de internos entrevistados reconocía las limitaciones de recursos con los que contaban los proveedores de salud para atenderlos. Pero consideraban que, en algunas ocasiones, mucho de lo que se hacía dependía de la voluntad de estos profesionales. Así mismo, señalaban que buena parte de la responsabilidad sobre su salud recaía en ellos mismos. Sin embargo muchos pensaban que no estaban en condiciones de asumir esta tarea de manera individual porque sus recursos personales eran limitados.

Esta idea apareció de manera importante en el estudio que realicé dos años atrás. El panorama que emergía de las entrevistas a internos, indicaba que éstos depositaban la mayor parte de la responsabilidad de la atención de la salud en otros actores como sus familiares y los proveedores de salud dentro del penal. Este resultado es coherente con una concepción de

la enfermedad que considera al paciente como una persona que depende de la voluntad de otros para curarse.

En las entrevistas aparecían una serie de actores con roles y responsabilidades diferentes en torno al restablecimiento de la salud de los internos. La importancia de cada actor se expresa en el orden en que aparecen:

Tabla 10 ¿Sobre quién recae la responsabilidad de la salud dentro del penal?

Actor	Tipo de responsabilidad en el cuidado
1. La Familia del interno	Ayuda emocional y material.
2. El personal de Salud	Tratamiento y prevención de enfermedades.
3. El interno	Previene individualmente, moviliza sus recursos personales para atender las situaciones de salud.
4. INPE	Provee de recursos para atender los problemas de Salud.
5. La población penal en general	Colabora en casos de emergencia, nombra representantes que facilitan el acceso a los servicios de salud.
6. Otros actores: Misioneros, ONG	Colaboran en casos de emergencia.

Para muchos internos, el tratamiento y prevención de las enfermedades estaba casi exclusivamente en manos de los proveedores de salud oficiales de los penales. Al parecer, a diferencia de otros contextos, estos servicios no competían con otros proveedores de salud. Tampoco podemos hablar de un pluralismo médico, los pacientes y proveedores de salud nunca hicieron referencias a chamanes, curanderos, queseros al elaborar sus narrativas de aflicción.

#### 6.2.2 Descripciones de los encuentros médicos en ambos penales:

De acuerdo con Mattingly, la elaboración de historias de parte de ambos tipos de actores no sólo sirve para dar cuenta de experiencias pasadas. También forma parte del proceso de resolución de problemas durante la atención médica. Las historias sirven para describir un malestar, explicar un diagnóstico, argumentar un tratamiento. Se utilizan para asumir posiciones y establecer relaciones, funcionando como un mecanismo de ejercicio de poder para preguntar, explicar, identificar posibilidades y dar sentido a las enfermedades. Desde la perspectiva de esta autora, la elaboración de historias puede considerarse como una acción importante para llegar más lejos en la dirección en el que el médico quiere que vaya la

terapia. Sin embargo, como veremos en los siguientes casos, muchas veces no es posible desarrollar este tipo de dinámicas.

A continuación describiremos las narrativas desarrolladas en el transcurso de las atenciones de salud en los dos casos estudiados. Las situaciones que vamos a presentar son muy diversas. Corresponden a la atención de pacientes diferentes tipos de padecimientos y recursos personales. Sin embargo, a mi juicio, es posible encontrar una serie de regularidades que nos hablan de un patrón común de relación e interacción entre médicos y pacientes en ambos penales.

#### 6.2.2 Río Seco:

En Río Seco pude observar cerca de cuarenta situaciones de interacción entre proveedores de salud y pacientes. La mayoría corresponde a consultas individuales y seguimientos a pacientes hospitalizados. Si bien, en algún momento, todos los miembros del equipo de salud del tópico realizaban estas actividades, el grueso de las mismas eran atendidas por Velarde, el médico oficial del penal. Sólo ante su ausencia, los técnicos de turno y médicos/pacientes asumían las consultas. La situación era diferente en el caso de las atenciones del PCT, Alzamora, uno de los médicos/internos, era el responsable del seguimiento a los pacientes con tuberculosis.

Una de las primeros elementos que llamó mi atención radicaba en el tiempo que se destinaba para atender a cada paciente. En la mayoría de los casos las consultas duraban entre cinco y siete minutos. Cuando los problemas de salud correspondían a infecciones respiratorias o diarreicas, estas podían llegar a durar entre dos y tres minutos. Sólo en los casos más complicados (correspondientes a pacientes con múltiples padecimientos, cuadros de abandono familiar en donde se debían discutir formas de solución alternativas) o frente a la insistencia de los pacientes, las consultas podían llegar a durar entre diez a quince minutos.

##### 6.2.2.1 Los encuentro en las consultas de medicina general:

De acuerdo con los proveedores de salud, la demanda de atenciones era uno de los factores determinantes para explicar la duración de las consultas. Como ya habíamos señalado, el número de pacientes que acudía al tópico diariamente sobrepasaba la capacidad de atención de los proveedores de salud. Frente a esta situación, Velarde debía desarrollar diagnósticos y prescribir tratamientos en el menor tiempo posible. En la siguiente anotación de campo es posible apreciar como Velarde intentaba que los intercambios verbales, discusiones,

repreguntas de los pacientes, fueran mínimos, rápidos y circunscritos a problemas de salud específicos. En la mayoría de ocasiones, el médico interrumpía o cortaba las descripciones de los internos:

#### Caso 1

Son las diez de la mañana. El médico de Río Seco ha realizado cerca de diez atenciones. Los pacientes no dejan de entrar y salir. La puerta se mantiene abierta en la mayoría de los casos. Los asistentes del médico ingresan continuamente para realizarle consultas. Ya se encuentra un nuevo paciente. No ha ingresado directamente, esta esperando en la puerta como esperando a que el médico le de una señal para sentarse. A esta señal el interno, toma asiento y el médico le pregunta:

- “¿En qué lo puedo atender?”
- Tengo infección al estómago, llevo dos días haciendo el dos. Ya no aguanto, pujo y pujo.
- Siéntese en la camilla.

Velarde lo ausculta en silencio, le toca el vientre y, por unos segundos, coloca el estetoscopio sobre esta parte del cuerpo del paciente. El proceso dura unos veinte segundos. Le indica que tome asiento nuevamente. Una vez que están sentados Velarde comienza a hablar.

- Tiene una EDA, necesita hidratarse, en tres días vas a estar mejor, ¿de qué pabellón es usted? ¿hierve el agua no?
- Sí pero a veces tomo agua cruda... no tengo para... (El médico lo interrumpe)
- ¡No! Ahí esta el problema, el agua (debe ser) hervida. ¿Sabe preparar las sales?
- Sí, en un litro de agua hervida... (nuevamente lo interrumpe)
- A libre albedrío lo consume ¡ya!
- Estaba fuertísimo, como bilis vomité...

Velarde lo interrumpe para continuar con las indicaciones: “Y un antibiótico, tres pastillitas, mitad en la mañana y mitad en la noche por tres días, de ahí viene acá”. El paciente se retira luego de agradecer, sin decir nada más.

Como era de esperarse, no todos los pacientes estaban interesados en desarrollar narrativas sobre sus padecimientos. Algunos internos con padecimientos ingresaban a la

atención solicitando medicamentos específicos, sin mostrar mucha disposición a describir sus padecimientos. No obstante, las interrupciones que Velarde realizaba constantemente también se daban en aquellas situaciones en que los pacientes intentaban elaborar relatos para explicar sus padecimientos:

Caso 2:

Velarde acaba de terminar una atención. Mientras que el paciente se retira, ingresa uno nuevo. Tiene aproximadamente 50 años, lo conozco porque ya fue diagnosticado por uno de los médicos internos. Se le había dicho que tenía un problema en la columna. Este paciente no espera la señal para ingresar. Se dirige directamente a la camilla, cojeando, mientras va sacándose la camiseta y comienza a hablar:

“Sigo mal, estoy igualito. Ahorita no tengo ni familia para que me vea, no sé si será la columna, no hago nada, estoy adelgazando, no como, me estoy debilitando, pago pensión por las huevas”.

Se sienta sobre la camilla y continúa:

“Me viene un dolor horrible won (huevón). No puedo, mi mujer me trajo hace tiempo pastillas para el dolor pero no sé... no estoy ni siquiera fumando. Me levanto con cólera, ayer casi me peleo. Les digo (al personal de seguridad) enciérreme (para no atacar a nadie), ando con cólera, todo me apesta, hasta ando con una huevada (muestra un pequeño cuchillo de cocina). Mi esposa se ha ido al ecuador, no regresa, no me llega mi semilibertad, le digo a mi esposa que venga a ver pero nada, no se..

El médico, quien lo ha estado observando todo este tiempo, sentado, sin decir nada, lo interrumpe y le dice “le voy a dar dos ampollas para la inflamación y un relajante”. Llama al ayudante “Padilla ¿tenemos algún relajante?” Padilla le responde que se han terminado.

El interno le responde: “Sulca me ponía una (inyectable) que me hacía bien... ahora casi le pego al de seguridad..” Velarde lo interrumpe nuevamente, le dice que pase al otro ambiente para colocarse la inyección. Hace ingresar a nuevo paciente.

Como en el caso anterior, Velarde muchas veces respondía a estos intentos recetando medicamentos y afirmando que estos iban a solucionar la sintomatología, por lo menos temporalmente. Las interrupciones y los diálogos puntuales y cortos no sólo respondían a las necesidades de premura en la atención. También eran utilizadas por el médico como una forma de enfocar la atención en un problema de salud, cuando los pacientes llegaban con padecimientos complejos, de diferentes tipos, debidos a factores que trascendían los aspectos biológicos.

Caso 5:

Regreso a ver las consultas. Para variar la puerta del consultorio principal estaba abierta y pude entrar sin problemas para observar la siguiente atención. El paciente es un interno de 42 años. Apenas ingresa Velarde le pregunta:

- “Dígame, ¿en qué puedo servirlo?”
- El riñón me duele.
- ¿Tranquilo, ha arrojado un cálculo alguna vez? ¿orina bastante?
- Sí, como cuatro o cinco veces. Me siento y siento que una bola se me sube para arriba. Doctor aquí es.
- Tiene una sintomatología de infección urinaria, lo vamos a tratar para esto. Le doy una ampolla y para el domingo va a estar mejor.
- ¿Y cápsulas no me va a dar? ... Doctor una preguntita, de noche se me quita el sueño y me duele acá (se toca la parte trasera del cráneo)
- Primero la infección, hoy, mañana y pasado (refiriéndose a la medicación).

En ese momento el médico deja de prestar atención al paciente, creo que intencionalmente – no sé si lo hizo para no seguir con el tema de las cápsulas de regalo o porque consideraba que no debía o podía tratar otro padecimiento del paciente, se dirige a uno de los médicos internos Cano (que había entrado al ambiente de la consulta) que quería saber si ya iban a terminar el tratamiento alguno de los internos hospitalizados por el PCT ya que se estaban necesitando las camas.

En ciertos casos, el médico intentaba explorar en la situación personal de los pacientes. Estos correspondían sobre todo a situaciones en que los internos llegaban con dolores de cabeza o problemas para dormir. Pero la mayoría de las narrativas de estos

pacientes eran bastante complejas y Velarde no se detenía para esclarecerlas. En el siguiente caso se muestra a un paciente que ingresó al consultorio describiendo diversos dolores. Velarde lo conocía y sospechaba que se trataba de alguien con un fuerte cuadro de estrés debido al encierro y una serie de problemas de índole familiar y judicial.

El médico intentó promover que el paciente elaborara una narrativa sobre el asunto. Lo hizo de manera indirecta, preguntándole por el tiempo que llevaba recluido en el penal. El paciente, entendió el sentido de la pregunta pero respondió que encontraba bien y que su padecimiento era sólo físico. El médico no exploró más en el asunto e intentó concentrarse en los síntomas del paciente. Este, sin embargo, volvió a referirse a los problemas personales que tenía. Cuando Velarde quiso retomar el tema, el interno señaló nuevamente que su problema era biológico. A estas alturas, el médico no mostró intenciones de ahondar en la situación personal del paciente, prescribiéndole un medicamento para tratar la migraña.

### Caso 3:

Hoy día llegó al tópico un volumen mayor de internos buscando atención. Uno de los médicos/internos ha improvisado un consultorio en una sala de observación. Velarde se encuentra atendiendo a otro interno en el ambiente de consulta. Este paciente tiene cerca de treinta años y lleva tres años de reclusión. Llega a la puerta y, como otros pacientes, espera la indicación del médico para tomar asiento. Velarde pregunta “¿En qué puedo servirlo?”. El interno le responde:

“Me pasa algo acá (se toma el vientre), me duele acá (se toca la cabeza), me hace cosquillas, me duele. Con la pastilla que me dan acá me pasa el dolor y aunque sea póngame una inyección a la vena”.

Se inicia una conversación entre ambos:

Med: ¿Cuánto tiempo tiene acá? ¿Tiene ideas que lo perturban?

Inter: Tengo 36 meses, nada, estoy tranquilo.

Med: ¿Tiene tos?

Inter: Nada. La barriga y la cabeza que me duele, son los riñones.

Med: ¿Alguna vez ha tenido cálculos? ¿Es piurano? (el doctor Palma luego me contaría que, para él, el contenido del agua de Piura predispone a la gente a los cálculos).

Inter: Sí, no tengo visita, 36 meses, desde el 2003, desde que he ingresado me negaron dos

veces ... (Se refiere a la semilibertad)

El médico lo interrumpe para indicarle que tome asiento en la camilla. Lo ausculta en la parte de la cintura por unos segundos. Ambos toman asiento y Velarde le pregunta: "¿Dolor me dijo? ¿Al orinar?". El interno lo mira pero no responde. El médico pregunta nuevamente "¿No tiene la pensadora?" El interno le responde inmediatamente, "no, nada, nada". El doctor le dice "Ya has venido con lo mismo". Le toma el pulso y le pregunta "¿Te da igual todo? ¿Estar acá?" "No, nada" le dice el interno.

"Te voy a dar una pastilla para que te relajés (ergotamina) y no tengas ese dolor. Vienes el viernes para ver cómo estás". No se dice nada más, el paciente le agradece y se va.

En algunas situaciones los internos mismos preferían no entrar en detalles sobre sus problemas de salud. Como se ejemplifica en la siguiente anotación, estas situaciones se daban sobre todo cuando los pacientes habían recibido alguna herida o golpe de sus compañeros o el personal de seguridad. Ellos consideraban que Velarde podía notificar la situación a la administración y sus relaciones se podían complicar aún más.

Caso 4:

Llega un nuevo interno, es conocido, le dicen calambrito porque es muy delgado, él acude frecuentemente al tóxico. Los ayudantes dicen que es adicto y que viene a conseguir pastillas para venderlas y poder comprar drogas. El interno le dice al médico.

- Sabe qué doctor, que me duele la cabeza, tuve un pleito y me han dado un bancazo
- ¿Quién le dio?
- No le voy a decir quien me dio pero acá (se toca los genitales) he estado sangrando (se toca la nariz), he botado sangre y me duele la cabeza toda la noche, no he podido descansar con el dolor.
- EDA ¿ya no tienes? (El doctor le pregunta porque ese fue el motivo de las tres visitas anteriores)
- No, ya no vengo, me están diciendo que siempre vengo.
- Primero la EDA, luego infección urinaria y ahora esto.
- Me han golpeado en la mano con un ladrillo, me han golpeado la nariz, me patearon mis partes, he sangrado y me ha dolido toda la noche. Casi no vengo porque no es igual que esté usted que conversar con los enfermeros por eso no vine en la noche. El

problema (la eda) no tengo nada, estoy tranquilo, las pastillas me han hecho bien.  
(Los golpes en la cara son evidentes)

- Te voy a poner una ampolla y me tomas estas tabletitas para el dolor, con esto te vas a ir mejorando. ¿Tienes en la celda grasa o chuchuhuasi? (para que se frote los golpes)
- No, ni un poquito, mi familia no ha venido...

El médico, que ha estado llenando el registro de atenciones, lo interrumpe para decirle: "Bueno, toma las pastillas nomás".

El interno agradece y se dirige al ambiente contiguo con la receta del médico para que el ayudante le aplique el analgésico.

También pude observar esta dinámica de interacción, basada en atenciones rápidas y diálogos limitados e interrumpidos, en las ocasiones que acompañé al médico durante seguimiento de los internos hospitalizados en el tópic. El médico contaba con aproximadamente media hora para visitar a estos pacientes, antes de comenzar con las atenciones externas. Como se describe en el siguiente registro de observación, durante ese tiempo era poca la información que podía intercambiar con cada paciente. La mayoría de conversaciones entre el médico y los hospitalizados se enfocaban también en los síntomas y en la medicación para tratarlos.

#### Caso 6:

"Este es el ambiente para los recién operados" me dice Jesús (el señor Soto no dice nada mientras el médico esta presente). En este ambiente de unos siete por tres metros se ubican seis camas de hospital. Tiene también una ducha y un baño privado. Todas las camas estaban llenas y había un interno más acomodado en una camilla en el pasillo del cuarto. Cuando entramos los internos saludaron a Jesús con mucha atención haciendo un coro "Buenos días doctor". Jesús les respondió el saludo y se dirigió a revisar al paciente que estaba en la camilla. El señor de la camilla tendría unos cincuenta años. Tenía el pelo muy corto y blanco y una barba blanca recién crecida. Estaba sólo con su ropa interior. Su cara mostraba dolor y pesadumbre. Jesús le dijo "¿Cómo se ha sentido? ¿Continúa el dolor?" Luego pasó a repetir la operación que realizara con el anterior paciente: medir la presión, revisar el abdomen y auscultar la espalda con el estetoscopio.

Mientras el paciente contaba con frases cortas cómo se sentía: “me sigue doliendo, a veces no puedo dormir” “la pastilla que me dio no me quita el dolor”. Jesús le respondía “¿No te ha hecho nada el analgésico?”. El paciente continuaba. “En el hospital me ponían una inyección, una en la nalga y otra en la vena, eso me quitaba el dolor”. Repitió esto unas tres veces más mientras era auscultado: “lo que me ponían en el hospital si me hacía bien”. Jesús le dijo “pero ¿qué te ponían?”. El paciente le respondió “no sé, era una inyección”. El médico le respondió: “Bueno, ahora va a venir mañana tu familiar y va a traer tu historia para saber qué te han dado, también tiene que traer la tomografía de tu cabeza para saber qué hacer”. Mientras que Soto lo ayudaba a echarse nuevamente el paciente dijo “yo fui instructor de bomberos” y se rió con algo de nostalgia en su rostro. Todos mirábamos en silencio, también los internos desde sus camas. El señor Soto se dio cuenta de la escena y volteó a ver fijamente a los ojos de cada uno de ellos con la cara muy seria y los dientes apretados. No dijo nada más.

De todos modos, Velarde conocía la situación personal y familiar de la mayoría de los pacientes hospitalizados. Colaboradores, promotores de salud de cada pabellón así como los médicos/pacientes le brindaban la mayoría de esta información. Esta era particularmente importante ya que muchos de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento se elegían sobre la base de los recursos del paciente. Sin embargo, comúnmente, estas posibilidades de atención eran discutidas sólo entre el personal de salud. De acuerdo con Velarde y Falcón era preferible no hacer participar a los pacientes en estas discusiones, salvo que contaran con recursos familiares, ya que se les podrían crear expectativas que no podían satisfacerse. Para ambos, discutir las posibilidades con los internos también podían generarles conflictos posteriores ya que muchas de las posibilidades de acción eran bastante inciertas y difíciles de cumplir.

Esta dinámica, basada en conversaciones cortas, dirigidas por el proveedor de salud, era mucho más fuerte en las consultas brindadas por los técnicos del INPE. Estos profesionales generalmente realizaban atenciones cortas, de dos o tres minutos, en donde no se auscultaba al paciente. De acuerdo con uno de ellos, esto se debía a que esta tarea no les correspondía y preferían brindar una medicación provisional para aguardar a que el paciente sea nuevamente atendido por el médico oficial. Los técnicos, colaboradores y médicos internos también actuaban como filtros para identificar a los pacientes fingidores. Por eso generalmente tenían conflictos con los internos.

Al parecer, los pacientes eran conscientes de esta situación y, en muchos de los casos observados, preferían esperar a ser atendidos por el médico Velarde. Como hemos visto en los

capítulos tres y cuatro, algunos apelaban a exagerar sus padecimientos con el fin de recibir la atención que consideraban necesaria. Otro mecanismo de ejercicio de poder por parte de los pacientes consistía en acudir a una nueva atención, cuando consideraban que el tratamiento que habían recibido no surtía efecto o cuando las medicinas generaban efectos secundarios negativos para ellos. No obstante, estas estrategias no resultaban particularmente efectivas para la mayoría de los casos. Los médicos podían cambiar algunas prescripciones por otros medicamentos, también podían ceder ante la insistencia de los fingidores, pero poco podían hacer mucho cuando las posibilidades de diagnóstico y tratamiento dependía de los recursos personales del paciente.

6.2.2.2 Los encuentros en la atención del Programa contra la tuberculosis y el discurso médico sobre la enfermedad:

Durante mi estadía en Río Seco sólo se presentó una consulta individual en la que el paciente mostraba la sintomatología de la tuberculosis. El tenía 23 años y era conocido porque acudía frecuentemente al tópico para manifestar diferentes malestares. Para los proveedores de salud se trataba de un fingidor, buscando recursos para adquirir drogas.

Se presentó a la consulta con un cuadro complejo: “He tenido diarrea y he estado toda la noche vomitando, tengo cansancio, sueño, sueño, sueño. Soy del D derecho (el ala de pabellón al que pertenece)”.

El médico lo auscultó, observó por unos segundos su vista, en interior de su boca, tocó su abdomen y escuchó su respiración a través del estetoscopio. Luego le preguntó:

- ¿Cuántas veces has hecho?
- Cuatro veces. ¿De qué será que tengo cansancio? Todos los días, todos los días, me paro mojando (tiene calentura y suda).
- ¿Quiere que le haga una prueba de tuberculosis?
- ¿Le dije al tío (por el enfermero) que me de el envase?
- ¿Tiene otra molestia?
- Nada más.

En ese momento ingresó uno de los médico internos, Falcón. Al parecer había escuchado parte de la conversación, y se dirigió al paciente: “Qué, ¿está achacado ya?”. Velarde le describió el cuadro: Tiene calenturas, cansancio, falta de apetito, a veces come y devuelve”.

Falcón le dijo al interno: “Te hemos tomado hace dos semanas la prueba de TBC y no tienes, pero tienes la sintomatología, hay que hacerte otra prueba de esputo”. El interno repitió la descripción: “Transpiro bastante, no puedo dormir”.

Velarde, que ya esta adjuntando los datos en el formato para la prueba de TBC, le pregunta:

- ¿Tuviste familia con TBC?
- No, nadie ha tenido esa enfermedad, estoy durmiendo ahorita pal lado del baño, todo el día me jode (se refiere a uno de sus compañeros de celda), se para orinar, me hecha agua, así no se seca la herida del cuchillo que me hicieron, no tengo apetito, aunque me traigan comida, no tengo. ¿La TBC se transmite a través del cigarro?
- Es menos frecuente, más es a través de la tos o la conversación. ¿has estado fumando?
- Con Carlos Beto, pero ya estoy tranquilo, cada vez que tomo me da diarrea... (Quiere seguir hablando pero es interrumpido)
- Vamos a sacar tu muestra hoy y mañana, esputo, y pasado. Habla con tu promotor para que te traiga.
- ¿Y la diarrea?
- ¿Puedes conseguir agua hervida?
- Si, pero es difícil, tomo agua del caño... (es interrumpido por el médico)
- Tienes que hervirla (le pasa las sales rehidratantes) en un litro de agua hervida lo disuelves. Te voy a dar una pastillita para la infección. Eso vas a tomar.

Velarde llamó al promotor para informarle que debía volver con el interno los dos días siguientes para tomar las pruebas.

A mi juicio, esta consulta exhibía un patrón de interacción médico paciente similar a las atenciones de medicina general. El paciente describía diferentes padecimientos no necesariamente relacionadas con la tuberculosis: diarrea, vómitos, un corte en la pierna. Trataba de desarrollar una explicación sobre las condiciones en que vivía, pero era interrumpido por Velarde. Esto se debía en parte a que ya era conocido como un fingidor. Los proveedores de salud se concentraron en exponer los procedimientos necesarios para el diagnóstico y sólo, ante la interrogante del paciente, le explicaron de manera sucinta la forma de contagio de la enfermedad. ¿Sucedería lo mismo en la atención de los pacientes que ya estaban en el programa y acudían diariamente a recibir la medicación?

En Río Seco se había construido un ambiente exclusivo para la atención de los pacientes del PCT. Este ambiente también había sido planeado para recibir a los internos con los

síntomas de la enfermedad acudieran a él directamente, pero el procedimiento real consistía en la captación a través de las consultas de medicina general. El consultorio era pequeño, debía tener dos por tres metros cuadrados. En él cabían, con cierta dificultad, un escritorio, los asientos para el médico y dos personas más, un armario metálico en donde se archivan los expedientes y los envases plásticos para dosis completas de cada paciente. Había además un envase con el rótulo de TARGA, este contenía los medicamentos para quienes estaban recibiendo el tratamiento para combatir el HIV.

Llegué temprano a mi primera observación de este lugar. Aproveché esta situación para conversar con el médico/interno responsable de esta labor. Alzamora, adivinó mis intenciones y, sin mediar pregunta alguna, comenzó a describirme su trabajo:

“Como responsable del programa me encargo de darles las tabletas a los pacientes hospitalizados y al ambulatorio (sólo hay uno) que recibe el tratamiento. La hospitalización es por dos meses mientras dura la etapa de contagio de la enfermedad. El esquema uno (para los pacientes que tienen por primera vez la tuberculosis) dura seis meses y esquema dos dura ocho meses. A ellos ya les aplicamos ampollas porque es más resistente la enfermedad. Yo estoy aquí en la mañana una o dos horas y luego me voy a ayudar en otros casos. Uno esta acá para cualquier cosa”.

Este médico interno también se encargaba de las charlas sobre el VIH y la TBC en los pabellones pero hace ya varios meses, por lo menos tres, que no realizaba alguna actividad de este tipo. Me dijo: “Si quiere puedo organizar una con el psicólogo del penal”. Para Alzamora, la tuberculosis existía en el penal por el hacinamiento y las drogas.

“Las drogas debilitan al interno, no piensan, todo es para el cigarro y el humo”. “ambos (el hacinamiento y las drogas) hacen que se de más rápido el contagio, debe ser el 70% que se contagia. En una celda deben haber entre ocho o nueve internos cuando es para cuatro. Falta higiene también. Sin hacer un estudio acá, yo se que los fumones acá son los principales (contagiados), están todo chaqueta, algunos escupen... ahí, ya se contagió”.

Nuestra conversación fue interrumpida por la llegada de Juanito, uno de los internos hospitalizados que seguía el tratamiento contra la tuberculosis. El se encontraba preocupado porque había escupido sangre dos días antes, tuvo un desmayo y debieron administrarle suero.

Juanito tomó asiento junto a mí. Llevaba en una de sus manos un recipiente plástico con avena y agua para tomar los medicamentos. Nos saludo respetuosamente y le preguntó a Alzamora; “¿Por qué estoy cansando?” El médico le respondió, mientras contaba la dosis correspondiente de pastillas y se las entregaba: “Por la sangre que has botado, el pulmón se debilita”. Su respuesta fue elaborada en un tono seco y cortante.

Juanito dejó de preguntar. Pasó un momento hasta que comentó en tono de queja: “tomo once pastillas diarias”. Alzamora, quizá para, le dijo: “En la segunda fase son diez”. El paciente sonrió: “¡Menos! Igual son!” Creo que para él una pastilla menos no hacía mucha diferencia. “Duele la barriga, te cansa, de acá me voy a echar un rato. Velarde dice que estas pastillas son muy fuertes y de repente ha sido del estómago, muy fuerte (se refiere al tema del sangrado)”. No recibió respuesta alguna.

Para ese momento ya han llegado los otros tres internos hospitalizados que continuaban el tratamiento. Uno de ellos se sentó y los otros dos se quedaron parados cerca de la puerta. Todos llevaban esos grandes recipientes con avena y agua. El que estaba sentado se dirigió al médico: “estas pastillitas son bien fuertes, te debilitan, dan dolor de cabeza por eso debemos tomar bastante Kuaquer y leche”. Ninguno de los presentes respondió a la observación del paciente.

Durante un par de minutos, nadie dijo más. Alzamora tampoco hablaba, estaba ocupado en sacar los envases, elegir, contar las pastillas y ponerlas en el pequeño envase plástico para cada pacientes. De pronto uno de ellos rompió el silencio para preguntarle “¿también hay tbc ganglional?”. Alzamora respondió escuetamente “ha habido acá”. Otro interno preguntó “¿y que tuvo?”. El medico interno no respondió, continuaba con el procedimiento llenando los registros del MINSA. Hablaba poco, respondía con monosílabos a algunas preguntas de los pacientes:

- “¿Cuánto días faltan?
- Veinte
- ¿Por qué tantas pastillas?”.
- Es así.

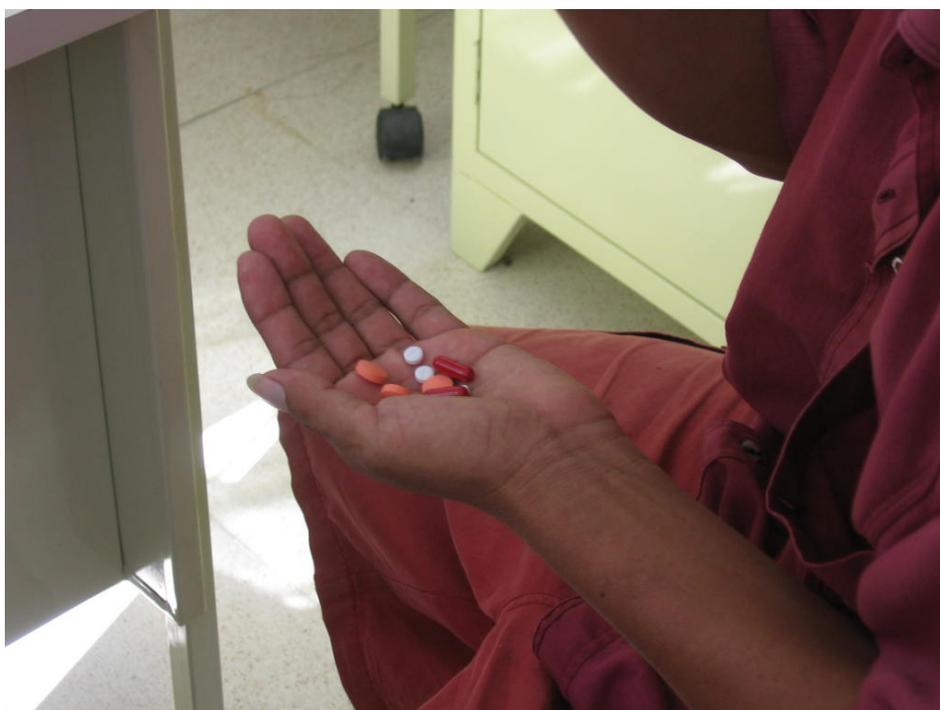
Alzamora continuaba concentrado en el llenado de las fichas del expediente de cada paciente. Los pacientes se retiraron uno a uno, luego de tomar sus dosis. Una vez que todos se fueron, retomó su explicación:

“Mensualmente se hace su BK (prueba) de esputo de control. La hospitalización sirve para concientizar y sensibilizar al interno, los cambia un

poco porque ya no están en el ambiente difícil de los pabellones, hasta dejan de drogarse algunos. Es como una compensación porque el tratamiento no es fácil. Pero en la segunda fase, en pabellón, sólo dos veces por semana, los martes y jueves. Pero como van, vienen, esto siempre va a estar lleno”.

Me contaría que también deben realizar pruebas a los “contactados”, es decir, aquellas personas que han estado cerca al paciente con la enfermedad. Esta prueba se realiza sobre todo a los compañeros de celda pero no a familiares, otros internos o al personal del INPE.

Foto 10



La mitad de la dosis en la mano de un paciente del PCT.

A mi juicio, ese día, el médico se había esforzado poco en “concientizar y sensibilizar” a los internos. Probablemente realizaba mayores explicaciones cuando los pacientes iniciaban el tratamiento. Sin embargo, por lo menos uno de los pacientes, estaba comenzando a tomar las dosis. También es posible que la dinámica del tratamiento se haya visto afectada por mi presencia. Sin embargo, como se describe en la siguiente anotación de campo, en los siguientes días la dinámica de interacción entre Alzamora y los pacientes fue parecida:

Luego de ver este caso me dirigí a observar la reunión Alzamora con el grupo de pacientes del

PCT. Eran las once de la mañana y ya se encontraban los cuatro internos hospitalizados. Esta vez he vuelto a sentir la dinámica de interacción de la observación anterior. Los pacientes hacen algunas preguntas y Alzamora responde con monosílabos:

P1: Doctor ya se me terminó esa pastilla.

D: Sí

P2: Hoy hablé con mi abogado y estoy en apelación y él quiere el certificado para que pueda salir para que le digan “dale la libertad a este muchacho para que pueda salir” Ya dejaron las vacaciones, el juez es su pata ¿tu crees que me de el certificado?

D: Sí

P2: El abogado dice que ya tengo sesenta meses y con el certificado ya me dan la libertad, con eso ya puedo hablar.

D. Uhu

Cano estaba concentrado en seleccionar y contar las pastillas que los internos deben ingerir. Los internos recibieron las pastillas y la tomaron en silencio. Lavarón sus envases en el lavatorio del consultorio.

P1: “Estas son las que no se pueden pasar, son de 500, fuertes, hay que tomarlas todos los días”.

P3: Mañana viernes me faltan siete días para terminar la primera fase.

P4: Yo ¿cuándo terminaría? ¿la otra semana?

P1: El neurovión es para los huesos ¿no?

DC: No, son vitaminas, fortalece el cuerpo esa inyección. Garcés (P4), hoy termina sus 50 dosis de acá sólo martes y viernes.

P1: Estoy enterito, ya llevo como 20 días, como 25 días, aburre tomar esto.

Todos murmuran y comentan entre ellos, rápido y en voz baja sobre las molestias de tomar las

pastillas.

Por la ventana del consultorio, entre las rejas, se aparece un interno de otro pabellón que les pregunta si van a jugar en el campeonato porque ya va a empezar. “Vamos, el deporte es salud”. Uno de los pacientes (p1) le dice “todavía un mes más y espera”. Los pacientes y el médico hablan de campeonato. “hoy juega el D izquierdo con el C derecho) y se preparan para asistir. Han llegado dos de los pacientes ambulatorios. Ellos básicamente, entran al consultorio, reciben la dosis, la toman, lavan sus envases plásticos y se retiran sin conversar mucho. Antes de irse uno de los pacientes le pregunta al médico por otro de sus compañeros ambulatorios “¿A él le faltan siete días?”. El médico le responde “Sí, pero de ahí le tocan 16 más porque él es reincidente”.

Sólo uno de los pacientes ambulatorios se queda un rato más bromeando con sus compañeros “¿Qué han tomado hoy día ah?”. Alzamora se ríe y le dice “¿Qué esperas? ¿papaya? Hoy no hay papaya”.

Luego Alzamora me comentaría que antes el MINSA les enviaba una canasta mensual y raciones de comida especiales para cada interno del programa, esta incluía frutas como la papaya. “Antes le daban pero ahorita ya no viene nada” sólo les dan una canasta para cada uno y ya depende de ellos lo que hacen con eso: arroz, menestra, leche, aceite).

#### 6.2.2.3 Respuestas lacónicas para muchas preguntas: Resumiendo lo encontrado en Río Seco:

Pese a la diversidad de situaciones descritas, la evidencia que hemos presentado sugiere un patrón común en la mayoría de encuentros entre proveedores de salud y pacientes. Los diferentes proveedores de salud procuraban, en la mayoría de los casos, que los intercambios con los pacientes fueran rápidos, escuetos y limitados al diagnóstico y tratamiento de los aspectos biológicos de los padecimientos. Su posición les permitía desarrollar una serie de estrategias, como las interrupciones, los silencios o el despliegue de explicaciones escuetas, para mantener las interacciones dentro de estos límites.

Algunos pacientes no se mostraban especialmente interesados en desarrollar narrativas sobre sus malestares. Un buen grupo acudía con el fin de recibir una solución rápida y efectiva de parte de los proveedores de salud. Sin embargo, otro grupo importante mostraba

intenciones de desarrollar narraciones sobre sus padecimientos y condiciones de vida. Pero sus posibilidades de control en el proceso de consulta eran limitadas. La estrategia principal utilizada por la mayoría consistía en plantear repreguntas que, generalmente, eran respondidas de manera lacónica por el personal de salud. En algunas situaciones, los pacientes recurrían a las visitas continuas al tópico y la exageración con el fin de obtener solución a sus interrogantes y circunstancias. Pero muchas veces estas tácticas terminaban siendo contraproducentes, ya que, ante esta situación, los proveedores de salud reaccionaban ejerciendo una posición más fuerte para limitar los intercambios no deseados.

En consecuencia, no se generaba una narrativa conjunta, y en la mayoría de ocasiones la posición de los proveedores de salud era la que predominaba. Ellos tampoco desarrollaban narrativas acabadas sobre la tuberculosis, ni sobre el resto de malestares. Se concentraban en explicar los procedimientos involucrados en la medicación de la enfermedad y no abundaban en la causalidad del contagio, los factores asociados al desarrollo de la enfermedad y los efectos de la medicación. En entrevistas individuales pudimos comprobar que estos profesionales manejaban una explicación del contagio que se basaba en la exposición al germen a través de la conversación con personas que presentaban la enfermedad en un estado activo. No obstante, en sus diálogos con los pacientes, preferían asociar el tema con el consumo de drogas, tratando el tema de manera frecuente y escueta.

Existen varias posibles explicaciones para esta situación. Como ya hemos mencionado, el tiempo con que contaban los profesionales de salud para cada atención era reducido. Además, la mayoría de ellos trabajaba bajo un constante estado de alerta y suspicacia que en gran parte se debía a una imagen, construida a través las experiencias individuales o compartidas, sobre los internos como pacientes especialmente difíciles, poco confiables, a los que se debía tratar con reserva. Frente a esta situación, los médicos preferían establecer una posición de distancia y jerarquía que, en gran medida, se basaba en el desarrollo casi exclusivo de un rol, el de sanadores. Esta estrategia era particularmente importante para los médicos/interos. De acuerdo con ellos, su situación liminal requería que adoptaran una posición muchas veces más radical que la de Velarde, el médico oficial del penal.

Casi todos los problemas por los que acudían los pacientes terminaban siendo medicalizados, aunque sus causas no necesariamente respondieran a factores biológicos. Scheper Hughes, encontró una situación similar en el tratamiento que los profesionales de salud daban al cuadro de "Nervoso". Este era un padecimiento bastante común en la comunidad que estudiaba. Consistía en la experimentación de un estado de gran nerviosismo y desconsuelo que causaba el deterioro físico de la persona y generalmente terminaba en la muerte del enfermo. Para esta autora, el cuadro era generado por la inanición que presentaba

buena parte de la población de este lugar. Los médicos poco podían hacer para resolver los problemas de pobreza y exclusión social de sus pacientes y, generalmente, resolvían el asunto recetando medicamentos para calmar la situación de estrés o mejorar el apetito.

Considero que para los proveedores de salud de Río Seco ocurría una situación similar. Ante los recursos limitados con que contaban, debían apelar a lo que estaba a su alcance, concentrándose en lo que podían resolver y procurando que sus pacientes se enfocaran en lo mismo. ¿Sucedería una situación similar en el caso de Lurigancho, en donde los recursos materiales y humanos eran mayores? Intentaremos responder a esta pregunta a continuación.

### 6.2.3 Lurigancho:

En Lurigancho mi interés se centró en la observación de las atenciones brindadas en el Pabellón 17. Pude asistir a un total de veinticinco consultas y cuatro eventos de capacitación. En este edificio la atención se dirigía exclusivamente a los internos con cuadros de tuberculosis. Durante los días que estuve en este penal, generalmente, uno de los tres médicos de planta se encargaba de brindar las consultas. Mientras, el resto del personal se ocupaba del resto de actividades que incluían: la medicación a los pacientes internados, realización de actividades de captación y capacitación de los internos, administración de los alimentos, organización de los registros de casos y los resultados de las pruebas médicas.

Como ya mencioné. La mayoría de pacientes llegaba a las consultas luego de haber sido atendidos en la clínica principal del penal, en donde se recibían los casos de medicina general. Por ello, el volumen de la demanda de atenciones era menor al encontrado en Río Seco. Se había establecido la norma de atender sólo los cuadros de tuberculosis con el fin no sobrecargar el trabajo y distribuir los medicamentos de manera discreta. Por ello, generalmente se intentaba devolver hacia la clínica a los pacientes que no presentaban los signos de la enfermedad. Esta tarea no era sencilla. A las consultas arribaban pacientes con otros problemas respiratorios, internos con antecedentes de tuberculosis que acudían para tratar otros problemas de salud y hospitalizados del 17 que trataban de disminuir los efectos negativos de la medicación.

Las otras tareas dentro del pabellón eran también importantes. Diariamente llegaban nuevos pacientes con la enfermedad y los proveedores de salud debían regular el número de hospitalizados. Aunque se habían ampliado las instalaciones destinadas al alojamiento de los enfermos, los ambientes estaban copados. Frente a esta situación, los proveedores de salud decidieron internar exclusivamente a los pacientes que tenían la enfermedad activa y

representaban riesgo de contagio. Ellos realizaban un seguimiento continuo de los casos para dar de alta a los pacientes que superaban esta etapa de la enfermedad. De acuerdo con los médicos entrevistados, muchas veces se conseguía que los pacientes vencieran esta fase en menos de dos semanas.

En el capítulo cinco señalamos que esta situación muchas veces generaba conflictos con los internos ya que muchos esperaban terminar la primera parte del tratamiento, que duraba tres meses, en el pabellón. Ante la epidemia de tuberculosis en Lurigancho, los profesionales de salud debían operar buscando un equilibrio entre los recursos disponibles y las demandas de atención.

#### 6.2.3.1 Las atenciones individuales:

Esta situación determinaba buena parte de las interacciones en las consultas. En el siguiente registro de observación se puede apreciar cómo Seminario, el médico responsable de las atenciones individuales durante mis visitas al penal, intentaba encaminar las expectativas del paciente porque consideraba de que no se trataba de un caso de tuberculosis. El paciente había recibido el tratamiento contra la enfermedad en dos ocasiones, una de ellas dentro del penal. Describía un cuadro de hemoptisis y tenía la sospecha de que estos síntomas representaban una recaída.

En esta ocasión el médico contaba con la historia del paciente y comenzó preguntándole por el número de veces que había desarrollado la enfermedad.

- ¿Cuántas veces tuvo tuberculosis?
- Dos veces, en la calle, hace siete años.
- ¿Acabaste el tratamiento?
- No, no llegué a dos meses y acá en Lurigancho, segunda vez, acabé toda mi medicina...

El paciente intenta continuar con su relato, pero el médico le interrumpe para preguntar sus datos personales: Año de nacimiento: Febrero del 74, ¿Pabellón? 5 Tiempo (de reclusión): casi un año.

- ¿Qué molestia tiene?
- Cada vez que me baño, toseo y comienzo a botar sangre y me da escalofríos
- ¿La sangre, cómo...?
- Coagulado, coagulado.. (es interrumpido por el médico)

- ¿Qué drogas consume?
- Consumí la coca pero estoy tranquilo desde que me enfermé.
- ¿La última vez que sangró?
- Ayer que tomé un caldo de gallina y al toque comencé a sentir frío.
- Ya te han hecho tu bk.
- Sí, me han hecho.

El médico lo ausculta: Respire, bote. El paciente parece respirar con dificultad. Hace gestos de esfuerzo para tomar aire. Comienza a toser, cada vez con más fuerza. Mientras esta parado, entre tosidos, el paciente comienza a hablar:

- Y en la noche duermo sentado, me ahogo, cansancio... (lo interrumpen)
- Hay una parte de tu pulmón que no sirve porque tiene secuela, hay que esperar el resultado del cultivo.
- En mi celda cuando yo toseo ya quieren que me interne (..) lo interrumpen.
- No, tienes que ser positivo, además tu has abandonado el tratamiento, es tu culpa.
- Doctor una inyección.
- Tus pulmones están limpios.
- Pero me ajito
- Porque has tenido dos veces TBC, tu tienes menos pulmón que una persona normal, por eso que te agitas.
- ¿Ya no me voy a sacar nada?
- El último BK ¿Cuándo fue?
- Hace una semana... (nuevamente es cortado)
- Que lo repitan puede ser mensual.
- Pide al señor Ruiz un BK y que te dé para cultivo.

El paciente se va y el médico me comenta. "Siempre que les saco el polo empiezan a toser, es una clásica".

El interno intento recibir alguna medicación para su malestar repreguntando, pero el médico le prescribió una prueba para la que hay que esperar varias semanas para obtener un resultado. Con ello, el médico no descartaba la existencia de la enfermedad, pero conduce el tratamiento hacia lo que considera mejor. Evitaba una discusión sobre el tema interrumpiéndolo en varias oportunidades e inclusive llegó a indicarle al paciente que la situación se debe a su negligencia en los tratamientos anteriores. Como sucedería en otras consultas, el médico

también apelaba a los exámenes clínicos como estrategia para respaldar su posición y limitar las discusiones.

A diferencia de Río Seco, los diálogos observados entre el médico y los pacientes fueron más extensos pero continuaban siendo escuetos y circunscritos al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. No me queda claro si esta diferencia respondía a una voluntad del médico para profundizar en algunos temas.

Sospecho que, como se muestra en el siguiente fragmento de observación, el asunto tenía que ver más con la necesidad del médico de conducir los casos hacia su perspectiva, sobre todo cuando los pacientes insistían en una solución diferente o no presentaban la sintomatología de la enfermedad y debían acudir a la clínica. En el caso descrito a continuación, el paciente era un refugiado, por lo tanto no contaba con un delegado de salud que lo acompañara a la atención en la clínica y era probable que no lo recibieran. Ya había sido atendido en el pabellón 17 porque había presentado los síntomas de la tuberculosis, pero sus pruebas descartaron la presencia de la enfermedad. El interno describía un problema respiratorio, insistía y replicaba las afirmaciones del médico para recibir una prescripción. Pero no la consiguió.

“Doctor, vine el otro día. Tengo placa, cultivo y sale negativo pero yo me siento mal, quiero que me revise.

El médico lo ausculta. El aire pasa bien en tus dos pulmones, cuando uno tiene tos y expectora puede ser de TBC, pero puede ser por un montón de más enfermedades. Este programa es de TBC. El cultivo lo ve, si es negativo es de otra cosa.

- Disculpe que lo interrumpa, yo soy asmático.
- Esto se trata en la clínica.
- Pero yo duermo afuera, yo no tengo pabellón.
- Pero tienes que ir arriba, no te puedo dar nada.
- Pero la vez pasada me dieron
- Porque era sospecha
- No me atienden porque no tengo pabellón. No me atienden porque no tengo delegado.
- Tienes que ir a la clínica
- Entonces pásame una medicina.
- No lo puedo hacer. Vienes primero con sospechas de tbc, tienen que venir con todas

las pruebas de la clínica.

Mis sospechas respecto a las motivaciones del médico adquirieron mayor consistencia al observar los casos de pacientes internados en el 17 que trataban de paliar los efectos incómodos de la medicación. Algunos de ellos intentaban encontrar explicaciones para sus malestares, preguntando o describiendo algunos síntomas, pero recibían respuestas vagas y escuetas. El médico desarrollaba también estas explicaciones cuando se trataba de pacientes que iniciaban el tratamiento. Limitándose a la descripción de la duración y fases del tratamiento.

De acuerdo con este médico, si bien en el 17 se contaban con ciertas medicinas para tratar diferentes infecciones respiratorias y los efectos de la quimioterapia administrada, frecuentemente se desabastecían por lo que debía administrarse con discreción. Pero pude apreciar tres consultas en las que se proveyó de medicinas a pacientes que no eran del programa. Uno de estos casos correspondió a un promotor de salud que presentaba una infección respiratoria. En esta ocasión, a diferencia de las otras, el médico se refirió al interno por su nombre y no puso reparos en darle un jarabe. Para él, esta acción se debía a la importancia de retribuir el trabajo de los promotores. Consideraba además que el beneficio que éstos recibían no era suficiente y ésta era una forma de incentivarlos: “Son indispensables, si no el programa se caería”.

Los otros dos casos correspondieron a fingidores. En un inicio el médico intentó rechazar sus demandas pero, de acuerdo con él, accedió al considerar que la situación podía desencadenar un conflicto mayor por el que no quería pasar.

Este médico consideraba que la relación con los pacientes era fluida y que ocurrían pocos malentendidos con los pacientes. En algunas ocasiones estos se debía a que internos atendidos no encontraban las medicinas en la farmacia del penal y regresan para reclamar: “creen que uno lo hace a propósito”. Para él, sólo los fingidores se querían “imponer”, insistiendo, replicando o realizando acusaciones sobre la administración de las medicinas. Seminario pensaba que los pacientes del PCT eran “más conscientes” porque venían a resolver un problema de salud y generalmente se adherían a la perspectiva del médicos, reconociendo sus limitaciones para la atención.

Las observaciones que realizamos coincidían, en parte, con la visión del este médico. Durante las consultas, los pacientes usualmente no contravenían ni interpelaban su

perspectiva. En la mayoría de los casos se adherían a las mismas sin expresar mayores inconvenientes. De todas formas, existían aspectos en los que había cierto nivel de desencuentro.

En ocasiones estos desencuentros se producían por el tema del internamiento. Algunos pacientes consideraban la opción de alojarse en el 17 aunque no tuvieran la enfermedad activa. Además del problema del espacio, estas personas corrían el riesgo de reinfectarse y adquirir una versión más peligrosa de tuberculosis. Otras veces ocurría lo contrario, algunos pocos enfermos se negaban al internamiento y la reclusión dentro de este pabellón. Con mayor frecuencia, aparecían casos en donde los internos describían cuadros de TBC pero no podían ser tratados ya que sus pruebas de BK descartaban existencia de la enfermedad. Seminario me diría que éste era un problema frecuente ya que las muestras presentaban “muchísima saliva y no salen en las pruebas”.

Este es un problema que vería en los siguientes días. Los proveedores de salud encargados de tomar la prueba solicitaban a los internos que boten un “pollo”, flema, con el fin de detectar más fácilmente la enfermedad. En algunas ocasiones un enfermo podía evadir el tratamiento brindado una prueba con saliva únicamente.

Sea cual fuera la causa, en muchas ocasiones el médico requería de una nueva prueba concluyente, el cultivo, para iniciar el tratamiento e internar al paciente. Esta prueba necesitaba, como mínimo, dos semanas para obtener arrojar una respuesta. Esta situación era especialmente difícil para pacientes con un gran malestar y temor frente a la enfermedad. Seminario recetaba algunos paliativos para los síntomas y pedía a los pacientes que aguardaran este tiempo. Como se describe en el siguiente ejemplo, en la mayoría de estos casos el enfermo aceptaba la decisión del médico sin oponer mayor resistencia, pese a tener una gran incertidumbre sobre su estado de salud:

Todas las consultas se realizan con la puerta abierta. Puede ser por vía seguridad.

-¿Nunca tuviste TBC?

- No

- Bueno, de acuerdo con tu placa tienes una lesión que puede ser TBC.

El paciente comienza a hablar en voz tan baja que el médico no puede escucharle. Yo tampoco. El médico le dice “acércate un poco más”. El paciente murmura algo muy bajo.

Apenas alcanzo a entender que quiere ser internado y comenzar el tratamiento. El médico también entendió lo mismo y le responde:

- Puede ser que tengas una lesión por la TBC. Tienes algunos síntomas pero el BK de hace un mes fue negativo. Tu cultivo recién has traído hoy día. Hay que esperar unas dos semanas. Ahora, si empiezas a botar sangre, ya si vienes”.
- Uff, tanto tiempo. Disculpe pero no he devuelto sangre.
- Ya, si empeoras y con esa placa puedes entrar. Te doy un expectorante. Lo más probable es que sea positivo, hay que esperar eso.
- Pero ¿Qué es lo que yo tengo?
- Tu Tienes una lesión que aparentemente es TBC.

El paciente se retira.

#### 6.2.3.2 Las capacitaciones y charlas:

Luego de observar varias consultas tuve claro que este no era el formato a través del que informaba y conversaba sobre la enfermedad con los pacientes. Uno de los proveedores de salud me diría que las actividades de capacitación eran el medio en el que se trataban estos temas. Durante mis visitas a Lurigancho pude observar cuatro de estas actividades en una sola semana. Cada una se dirigían a un público diferente. Dos de ellas fueron desarrolladas para informar a los internos de sendos pabellones, y tomar pruebas. Otra se destinó a los delegados de salud del penal. La última estuvo dirigida a los pacientes internados en el Pabellón 17. Describiré cada una continuación.

##### 6.2.3.2.1 Una breve charla informativa para los internos del 3:

El tercer día de mi visita a Lurigancho pude acompañar al técnico Cedano y uno de los médicos a una charla informativa en el pabellón 3. Este pabellón quedaba en la zona del jardín, supuestamente, el área más tranquila del penal. La reunión debía comenzar temprano, a las ocho de la mañana, porque también se iban a tomar muestras de esputo a los reclusos que así lo desearan. Los internos debían estar en ayunas. Nos retrazamos porque los proveedores de salud no consiguieron el número de envases que necesitaban para realizar la prueba a un buen número de personas. Sólo pudieron obtener doce de ellos. Si bien el tópico contaba con un

número de envases suficiente como para tomar pruebas a todo el pabellón, debían dosificar su uso para no quedar desabastecidos.

Partimos juntos desde la clínica. Todos se mostraban apurados porque habían pedido al delegado de salud del pabellón que coordinara con los responsables de la alimentación para que no repartieran el desayuno hasta que se tomaran las pruebas. Ya los habían esperado demasiado tiempo sin desayunar y era probable que el estado de ánimo de los internos no fuera el mejor como para recibir una charla.

Entramos al patio interior directamente, ya nos esperaban. Habían una fila de internos impacientes por la ración de te y pan que les correspondía en la mañana. Algunos gritaban, “llegaron muy tarde, por qué se han demorado.” Cerca de la paila habían varios vendedores de comida que también aguardaban iniciar sus negocios. El patio estaba lleno de gente distribuida en grupos de diferente tamaño. Muchos transitaban buscando sus cacharros (envases de comida) o yendo hacia el baño, pasando entre las filas de ropa colgada a lo largo de todo el patio.

Foto 11



Fachada del pabellón 3 desde el patio.

La ropa colgada evitaba que pudiera tener una visión panorámica del espacio, también dificultaba una capacitación masiva. En el centro del patio, se había acondicionado una mesa

para que los proveedores de salud dieran la charla. Sin embargo eran pocos los que la esperaban.

El médico se desplazó con el resto del equipo hacia un espacio cercano a la paila, donde se reunían la mayoría de internos. Tomó el megáfono que habían llevado y, sin preámbulos, inició una corta explicación sobre la tuberculosis.

“Buenos días con todos. Vamos a hacer una charla rápida, veloz. De repente nos llega, nos da igual pero la tuberculosis puede darle a cualquier persona. Al maleado, al achorado, a todos. Pero debemos conocer cómo nos contagiamos, por el medio de contagio, sólo al hablar. También por la mala higiene, todo esta sucio, el aire no circula. Con esto las visitas se contagian. Otro factor es la irregularidad de los pacientes, no se curan, se resisten y se vuelven a enfermar. El tratamiento es gratuito, si se sienten con los síntomas deberían ir. Ya saben los síntomas, tos constante por varios días, fiebres, decaimiento, pérdida de peso. Mi salud es mi responsabilidad, y la de mi visita igual. Vasta que haya uno. Gracias, ahora ustedes van a pasar a recoger su paila y nosotros los vamos a llamar para hacerles las pruebas a algunos de ustedes”.

Un interno nos increpó: “Hicieron esperar dos horas, tanto, para tan poco.” Regresamos hacia la mesa. El médico y el técnico decidieron administrar la prueba entre quienes presentaban la sintomatología, solicitando que el resto internos interesados se registraran para un análisis posterior. El promotor de salud del pabellón fue el encargado de apuntar a los interesados, explicándoles el asunto: “Cada uno va a poner con letra imprenta su apellido y su nombre”. También se les entrega un calcomanía del proyecto del Fondo Global. Sólo en algunos casos, cuando el interno describía la sintomatología, se les derivaba con el técnico para que dejaran una muestra.

El técnico y el médico comenzaron a identificar y a llamar a los internos con los signos de la enfermedad. De a pocos, comenzaron a reunirse unas siete personas alrededor de ellos. El técnico les pedía que “boten un pollo” y no sólo saliva porque lo más probable es que la prueba resultara negativa. Cedano conocía a algunos posibles pacientes y los hacía llamar: “La Olenka. ¿Dónde está? Traiganla, tiene que hacer su prueba”. Olenka apareció a los pocos segundos:

- “¿Qué quiere?”.
- “Ya Olenka tu estas con tos y bien flaquita, debes dejar un muestra”.
- “¿La presa quiere?” (Haciendo referencia a la flema).

- Sí, eso mismo.

Un policía trajo a otro interno, diciéndole al técnico: “Lo saqué del pabellón, ya se estaba escondiendo”. Los envases se terminaron en quince minutos. Durante este tiempo, los internos concentrados alrededor de la mesa bromearon sobre el aspecto de algunos de los convocados: “Este esta bien flaco, al ojo nomás se le saca”. El técnico respondía a estas observaciones en el mismo tono: “Uy, este es tres cruces (haciendo referencia a los casos con gran carga del bacilo en sus muestras”. Nos retiramos cuando no quedaban envases vacíos.

#### 6.2.3.2.2 El circuito de la salud:

Una tarde acompañé a una proveedora de salud al pabellón 21. Ahí se realizaba una actividad de IEC sobre tuberculosis e infecciones de transmisión sexual denominada “el circuito de salud”.

El circuito consistía en brindar información, atención en medicina general y el descarte de tuberculosis a los internos. Para ello una ONG había llevado a algunos profesionales en salud que atendían que los atendían, en medio de una serie de juegos y escenificaciones para informar a los internos sobre la transmisión y tratamiento de la tuberculosis y el HIV. Esta actividad era desarrollada de manera conjunta entre parte del personal de salud del INPE y la ONG y se desplegaba en medio en medio del patio exterior del pabellón. Entre observadores y participantes habían un poco más de 30 internos, frente a ocho proveedores de salud.

Llegué justo cuando habían terminado las charlas sobre tuberculosis. Cedano realizaba un juego que consistía en sacar a varios de los espectadores para plantearles algunas preguntas sobre el tema. El enfermero tenía un altavoz e interrogaba a cada uno individualmente. Las preguntas se fueron haciendo cada vez más complejas:

- ¿Qué es la tuberculosis?
- Es una enfermedad contagiosa.
- Toma tu premio ¿Se cura o no? (Dirigiéndose a otro interno)
- Sí, si se cura. (Premio)
- ¿Cómo se contagia?
- Eh, por compartir cucharas, fumar...
- Principalmente por la conversación. ¿Escucharon todos? Te doy tu premio.
- ¿Cuánto tiempo dura el tratamiento? (Se dirige a otro espectador)
- Eh.. varios meses.

- Dura seis meses.
- ¿Qué pastillas se toman?
- Eh.. (Cedano le pasó las respuestas al internos, para luego repetirlas en voz alta)
- Toma tu premio.

La mayoría respondía parcialmente a las preguntas, de forma dubitativa. Muchos se confundían y el técnico daba la respuesta que consideraba correcta o completaba las respuestas a través del altavoz. Unos treinta internos observaban el espectáculo y parecían divertirse con las respuestas equivocadas de los participantes. Todo se hacía en un clima de juego y chacota, el enfermero también reía y siempre entregaba los premios.

Además de servir como una forma de repaso, la dinámica era utilizada para hacer tiempo mientras se disponían las cosas para el juego del circuito. En esta dinámica los internos participaban en parejas, pasando de una mesa a otra. Donde se les presentaban una serie de dibujos a partir de los cuáles se les hacían preguntas sobre ITF y VIH. Las preguntas giraban principalmente en torno al tema del contagio. Las respuestas eran calificadas por el personal de la ONG a través de un sistema de puntajes. Al final, la pareja que recibiera el mayor puntaje recibiría un número de preservativos y caramelos.

Me acerqué a un juego que consistía en poner un preservativo sobre un dildo que asemejaba la forma de un pene. Los concursantes también debían ordenar una serie de tarjetas sobre el uso del preservativo. La mayoría ordenaba relativamente bien las secuencias pero fallaban al colocar y sacar el preservativo del dildo. Rompían con los dientes los envases, colocaban con dificultad el preservativo y no dejaban un espacio de aire entre el dildo y el condón, también lo retiraban con rudeza. Casi todos cometían un error. Los encargados de calificar el desempeño de los participantes esperaban a que terminaran con el simulacro para corregir las faltas. Los internos que espectaban la dinámica intervenían, criticando a los participantes, “no aprendió nada” “no sabe poner el condón”. “pucha que mal”.

Algunas parejas se reprochaban entre sí los errores, otras explicaban que se sentían nerviosos al poner el condón en otro pene que no fuera el suyo, aunque fuera de mentira. Muchos de los concursantes parecían abrumados ante su torpeza y las correcciones. La gente reía y los calificadores corregían con cara de pocos amigos: “Así no se hace, debes abrir el sobre con cuidado, si no lo puedes romper, luego debes verificar si tiene hueco o no, debes colocarlo por un lado, porque si no ya no sirve, sácalo con cuidado”.

Luego uno de los calificadores realizó algunas preguntas a una pareja:

- “¿Qué es VIH?”
- No sé, ¿Sida?
- ¿Cómo se previene?
- Usando condón.
- Evitando la sangre.
- ¿Es igual el VIH y el Sida?
- No, Sida si es contagioso, como la tuberculosis.
- No, el VIH es toda la enfermedad y Sida es una etapa de esa enfermedad. ¿Ya?

El interno evaluado se rió nerviosamente ante su error. Intento agregar algo: “También por las agujas”. La calificadora movió la cabeza de un lado al otro, mostrando su desaprobación ante las respuestas del concursante. Los espectadores continuaban riéndose.

Vino otra pareja de concursantes. Uno de ellos intentaba colocar el condón, pero parecía que tenía algunas dificultades. Su pareja le dijo “Oye, hazlo bien, yo lo voy a poner”. Le quitó el preservativo para colocarlo con fuerza, rápidamente y al revés. El preservativo no entró completamente y se retrajo. Los espectadores comenzaron a reír. La calificadora movió la cabeza de un lado a otro, nuevamente, y dijo: “Ya esta roto ya, ya la malograste, ya te enfermaste”.

Tomó una lista de preguntas:

- ¿Qué es significa SIDA?
- Es una transmisión... (el concursante, se queda varios segundos callado, como intentando recordar).

La calificadora no lo deja seguir y le pregunta a otra pareja:

- ¿Qué significa el HIV?
- Es una infección... (se queda pensando)
- No sabes
- Un Virus.
- No, que significa V.I.H (Deletrea la palabra, pidiendo que le señalen qué representa cada letra).
- Igual al SIDA.

La calificadora mueve nuevamente la cabeza en señal de desaprobación y dice “¿Qué pasa chicos, no han aprendido nada?”



Pareja observando con seriedad el desenvolvimiento de sus competidores

Me dirigí a otra mesa en donde se desarrollaba una dinámica similar. Esta vez, la pareja de calificadores llevaba una hoja con algunas preguntas, en donde registraban cuántas habían sido respondidas correctamente. Comenzó nuevamente el juego de preguntas, pero los competidores no respondieron a la mayoría de ellas:

- ¿Qué es el VIH?
- ¿Qué es el SIDA?
- ¿En qué se diferencia el VIH y el SIDA?
- ¿Cómo se trata el VIH?
- ¿En este penal ¿Quién tiene más riesgo de tener VIH e ITS?
- ¿La pareja? ...
- No, en este penal todos están en riesgo, todos. El siguiente.

A mi lado, un joven interno apuntaba las preguntas y las respuestas de los calificadores en un cuaderno. En un momento trató de ver mi cuaderno de notas para copiar una respuesta que se le había pasado. Lamentablemente no entendió mi letra y me preguntó: ¿Tu también estás apuntando?

“Sí” le respondí, “¿para qué estas apuntando tú?”. “Es para la asistente social” me respondió. ¡Para que vea mis beneficios penitenciarios, tengo que hacer algo, a veces una está de vago, con esto, hago algo. Ella fue la que me encargó”.

El evento terminó con una pareja llevándose un buen número de condones y caramelos. Una de las encargadas de la ONG se acercó hacia mi para preguntarme lo que hacía. Luego me explicaría su perspectiva sobre el desempeño de los internos, “es algo estructural, de actitud, tienen dificultades para aprender”.

Cedano también se me acerca. Me dice que tienen que cambiar de dinámica porque ya la han usado todo el año pasado y “la gente” estaba aburrida: “Hay que hacer todo muy dinámico, para que participen, para que asistan aunque sea. Con la tuberculosis el asunto es más fácil, les decimos cómo se contagian, cómo se pueden curar, en cambio con las ITS hay mucho más que aprender”.

Foto 13



Al final de la actividad, los internos del pabellón se acercan para obtener algunos caramelos y preservativo sobrantes.

#### 6.2.3.2.3 Necesitamos su colaboración: Reunión con delegados de salud

En otra ocasión participe en una reunión de capacitación y coordinación con los delegados de salud. Esta se realizó en la sala de reuniones del pabellón 17. Cuando llegué aún no estaban todos. Caían de a pocos. Al inicio sólo habían cuatro o cinco, todos con cuadernos en donde registraban sus actividades, reuniones y anotaban los contenidos de las capacitaciones que recibían.

Varios de ellos comenzaron a conversar con Cedano. Uno de ellos señaló que no todos los enfermos seguían el tratamiento, por el temor al internamiento en el 17:

“Yo hablo, camino, les digo, pero el encierro es un factor importante, estás en un sitio cerrado, mucha gente con TBC consume drogas. Ellos no pueden estar en un sitio cerrado. Ha venido la presidenta del INPE y no dejan salir a nadie”.

Muchos visitaban por primera vez el salón para reuniones. Lo miraban con atención. Un delegado exclamó: “El local está bien, te hace sentir en la calle, yo he estado en Bravo Chico y esto parece Europa”. Otro se dirigió al técnico para informarle la aparición de nuevos casos de tuberculosis en su pabellón: “la dirigencia desea que se aplique la prueba a todos sus internos”. El técnico le explicó que este pedido no podía ser cumplido porque no se contaban con los insumos suficientes: “Lo más preocupante (¿importante?) son los señores que tienen los síntomas, Ese día trajimos 45 o 48 eso es imposible de atender a todos”.

Cedano inició la sesión, con la participación de diez delegados:

“Agradezco la participación de todos los delegados. Esta reunión es para informarles a ustedes y trabajar contra la lucha de la tuberculosis y el VIH”.

A continuación, les mostró una pizarra en la que se registraban los casos identificados por pabellón: “En el 1, 3 y 11b son los focos”. Los promotores señalaron que existían muchos factores para explicar el asunto: los internos “no tienen formación, no quieren venir, se drogan, son desaseados”. Uno de ellos se sorprendió al observar algunos pabellones en donde no había tantos casos. Preguntó “¿A qué se debe la diferencia?”

“No sabemos”, replicaría el técnico. Un delegado respondió: “la población camina, y eso esta llevando de la pampa al 21”. Otro participante afirmó: “En el 7 y 9 hay cierto nivel de conocimiento, han pisado la universidad o el instituto superior pero también hay casos”. El técnico se dirige a todos:

“Es muy cambiante, dinámico, ¿Cómo bajar este nivel? El penal no debe tener esta cantidad, a nosotros nos preocupa. El penal es un submundo, ingresan y salen. Se está formando una cadena de contagio. Lo que queremos es romper esa cadena”.

Uno de los promotores le respondió haciendo gestos que expresaban efusión: “Las visitas, todo, que se cuiden, escupen al suelo, si no es el suelo, en la pared, que no fumen, que vivan bien”.

El técnico añadiría:

“A partir de ustedes queremos compartir este conocimiento. El aumento de la tbc pulmonar es alarmante, es por el bacilo. Les vamos a dar una charla y queremos que nos apoyen. Tenemos que saber cómo es el contagio, cuáles son los síntomas, debemos sacar cuáles son , no queremos el gana gana (competencia) entre ustedes. Si no que lo reconozcan bien. Si saben poco, aprenden. Si saben mucho enseñan.

Tenemos una alta tasa de TBC como país subdesarrollado que somos. Los países desarrollados se preocupan porque viajan para acá, y pueden haber infectados. Por eso el Fondo Global nos apoya”

Luego proyectó en una de las paredes algunas diapositivas con dibujos que representan diferentes aspectos de la enfermedad. Acompañó estos dibujos con los comentarios siguientes:

Tabla 11: Ideas planteadas y comentarios del técnicos

Dibujos	Comentario
El pulmón	“El pulmón, la TBC forma cavernas dentro del pulmon”.
Atención	“La atención en la calle es como acá, gratuita y se aplica el DOTS para que tomen las pastillas delante de los médicos. Igual que ustedes engañan, en la calle también engañan”.
La TBC y su contagio	“¿Qué es la TBC? Es una enfermedad infecto contagiosa producida por el vacilo de Koch. El contagio se da vía aérea, cuando conversa un enfermo y uno sano”.
Identificación de enfermos y prevención.	“¿Cómo se les dice a sus compañeros? Si hay compañeros con baja de peso, tos y flema por más de quince días, entonces hay que preocuparse. El contagio es por conversar nomás”.
Examen	“El examen es gratuito, cuesta cero. ¿Alguien les ha cobrado?”

Los delegados se mantuvieron en silencio durante la exposición pero, frente a la pregunta de Cedano, uno de ellos respondió: “Sí, el tomo quería un sol por dejar pasar a tres paciente...”.

El técnico lo interrumpe: “Al paciente se le hace ingresar gratis, algunos quieren ambulatorio, el caso del (paciente del pabellón) 10 que estuvo ambulatorio y no internado, hace tres o cuatro meses”. Uno de los promotores refuta “esta bien pero para bajar hay que pagar una quina”.

Un segundo técnico, encargado de administrar las dosis a los pacientes ambulatorios, intervino en ese momento:

“Hay muchas cosas en juego acá. No debemos esperar que vengan, no debemos esperar a pagar, hay que trabajar con los contactos, prevenir, que no se contagien. Ustedes saben, dentro del penal hay mucho consumo”.

Este técnico los emplazó para que se esforzaran en la identificación de los casos. En ese momento uno de los promotores lo interrumpió aludiendo a las protestas de los pacientes por la comida del pabellón 17: “El problema con los alimentos, por baja de las raciones, dicen que no comen acá. Los del pabellón sabemos que eso es mentira, eso es un argumento para no volver”.

Otro añadiría: “De mi pabellón hay varias quejas, pero lo saqué porque ya estaban haciendo comando”. “Sí” Responde un tercero “es un asunto de disciplina. Dicen que venden el atún, reclaman por que se les da de alta. Pero es difícil entrar a reclamar. Debe ser como antes que al 17 cualquier delegado podía entrar con el carné, ahora no podemos, entonces no se puede reclamar”. Estos delegados aludían a sus dificultades para ingresar al pabellón 17 con el fin de coordinar con los pacientes y proveedores de salud.

El resto de delegados comenzó a hablar en conjunto señalando la misma idea: “Sí, justamente por eso hay esa incidencia, por eso, por eso, es por la alimentación”. Todos se miraron y afirmando con la cabeza.

Cedano intentó evitar el tema de la alimentación prosiguiendo con la capacitación: “Entonces tos más de quince días, baja de peso, más falta de apetito. Pero a veces ustedes los traen preparados, creen que nos sabemos. Otro problema es el de las muestras, porque botan saliva nada más, cuando escupen, por cumplir, pura saliva hay que decirles que boten pollo”.

Pero los internos continuaron planteando sus demandas: “Necesitamos mascarillas. Hace un mes yo he pedido a la doctora (Jefa de Salud de Lurigancho) que necesitamos mascarillas porque estamos en contacto y a veces no nos alimentamos bien”. El técnico decidió dar una respuesta: “Yo me comprometo. Pero ustedes deben traer más pacientes. El que no trae, tiene muchas faltas lo vamos a botar”.

“Ojalá”, exclamaron todos. Uno añadió:

“El delegado de disciplina puede ayudar, a ellos les obedecen. Uno se murió. En mi pabellón hay como tres que no quieren venir. Les mandé la disciplina pero siguen enfermos. La mayoría son viciosos, no les pasa nada, ni se dan cuenta de la enfermedad, pero contagian a los que están débiles, la mayoría van tejiendo, van fumando, son necios, no quieren salir del pabellón”.

El resto de delegados comenzó a participar con diferentes comentarios y preguntas:

- ¿Qué debemos hacer para terminar con eso?
- Algunos vienen pero otros no, hay que mandarles dos o tres de disciplina
- Algunos no dejan entrar, se necesita un colaborador que ayude para pasar, el INPE no deja entrar.
- ¿El paciente con drogas se vuelve multiresistente?
- En todo el penal hay droga y no hay cómo alimentarse, la gente se contagia, en otros penales si se da alimentación.

Cedano, los había estado observando y respondió con una frase interesante: Es mejor un drogadicto sano que uno enfermo. Los delegados parecieron no escuchar esta afirmación y continuaron con sus observaciones:

- ¿Pero jefe no los revisan acá?
- Hay problemas con el alta, si las familias se responsabilizan se les puede apoyar.

El técnico respondió: “ustedes saben que nuestra institución no les va a dar, no debemos confiarnos”. La sesión terminó.

#### 6.2.3.2.4 Dejen los vicios: Proyección de video para internos del 17.

El último día de trabajo de campo me quedé un tiempo más del estipulado en el permiso que me otorgó el INPE. La jornada terminaba, los médicos se habían retirado y no se prestaban más atenciones. Todos los pacientes habían recibido la medicación y esperaban su última comida. Cedano era el único de los proveedores de salud que quedaba. Había

programado una capacitación para los pacientes. El técnico y los colaboradores sacaron un televisor al patio para pasar un video elaborado por el proyecto. Los internos se agruparon alrededor de una escalera que utilizan como butacas. Me senté con ellos. Estaban entusiasmados. Uno me comentó “nunca cae mal un peliculita”. Otros bromeaban solicitando una cinta de Bruce Lee o una porno.

El video duraba veinte minutos aproximadamente. Los personajes eran representados por actores profesionales, pero los internos reconocieron algunas caras en las vistas panorámicas del penal en el que se desarrollan los eventos. Se narraban las historias de dos reclusos con tuberculosis. Uno de ellos, alentado por sus compañeros, en un lenguaje extrañamente cuidado para una cárcel, acudía rápidamente al tóxico para atender su padecimiento. Tomaba las medicinas diariamente y no se dejaba convencer por los internos que le ofrecían drogas y alcohol. Se curó totalmente, volviendo a una vida, relativamente normal. Paralelamente, el otro personaje se encontraba atrapado por la drogas y no las dejaba pese a su malestar. Acudía eventualmente al tóxico, resistiéndose a seguir las indicaciones del médico, para finalmente, abandonar el tratamiento. La trama terminaba con la anciana madre del interno llorando su cuerpo, sin poder hacer nada por él. Al final del video se exponían los siguientes mensajes:

- El vacilo de koch se transmite al hablar, por gotitas de saliva.
- No escupas.
- Aliméntate.
- No fumes ni tomes.
- Da por tener bajas las defensas del organismo, debes preocuparte por cuidarte tu salud, la de tus compañeros, la de tu familia.

Eran casi las seis de la tarde y ya no había tiempo para la charla del técnico. Las puertas del pabellón debían cerrarse hasta el día siguiente. Cedano sólo añadió la siguiente frase “Hagan deporte, dejen los vicios, aliméntense bien”. Nos retiramos.

#### 6.2.3.3 Jugando con preguntas y respuestas: Resumen de lo encontrado en Lurigancho:

Podemos apreciar dinámicas de relación aparentemente diferentes al comparar las interacciones de los proveedores de salud e internos en Lurigancho. En una, las consultas individuales, observamos a un médico generalmente preocupado por controlar las situaciones que enfrentaba con los recursos y bajo las condiciones de servicio que debía cumplir. Al igual que en Río Seco, para ello se valía de la posición de sanador biomédico, casi siempre enfocado en los procesos biológicos de los pacientes. Encontramos, nuevamente, respuestas escuetas, interrupciones y explicaciones que dependían de las preguntas del paciente. A

diferencia del penal piurano, en esta ocasión se podían utilizar las pruebas médicas como un recurso fundamental para que sustentara y encaminara los intercambios hacia la perspectiva del proveedor de salud.

Existían varios elementos que nos ayudan a explicar esta dinámica. Por un lado, el médico debía considerar las limitaciones de alojamiento del pabellón, la escasez de algunos medicamentos, la norma de uso exclusivo del servicio para internos con TBC y la incertidumbre frente a las posibles motivaciones de los pacientes. Por el otro, observamos a muchos pacientes preocupados en resolver sus problemas inmediatos de salud, que iban a la búsqueda de respuestas para explicar sus malestares así como de soluciones rápidas y efectivas. Sus principales interrogantes, y desencuentros, se dirigían hacia los tiempos de tratamiento y sus efectos. Pero no oponían mayores resistencias frente a procedimientos que no necesariamente respondían a sus expectativas.

En este contexto, ni proveedores de salud ni usuarios desarrollaban narrativas elaboradas sobre los padecimientos y su causalidad. Al parecer, estos temas pertenecían al campo de las capacitaciones grupales.

En este otro contexto, hallamos a algunos proveedores de salud preocupados por transmitir cierta información de manera ágil y participativa. A través de juegos, reuniones, medios audiovisuales y breves charlas en donde se informaba a los internos de diferentes grupos sobre el contagio, la prevención y la detección de la enfermedad. Estas actividades eran desarrolladas principalmente por Cedano, un técnico con casi una década de experiencia en Lurigancho.

Cedano actuaba frecuentemente utilizando una posición intermedia entre los médicos y pacientes. Jugaba con estos últimos y bromeaba utilizando el estilo de los internos. En ocasiones hacía confesiones como las registradas en el encuentro con los delegados de salud, donde afirmaba que no había que esperar mucho de la institución. En otros momentos actuaba como un personal de seguridad del INPE, inspeccionando la existencia de drogas, verificando el cumplimiento de los castigos y asegurándose de que los pacientes tomaran el número de pastillas que les correspondían. También había desarrollado varias de las estrategias de IEC junto con un grupo de internos colaboradores.

No obstante, la descripción detallada de los encuentros de capacitación, nos muestran una serie de evidencias que sugerirían que en este contexto tampoco se elaboraba una narrativa conjunta. A mi juicio, la mayoría de charlas servían para presentar la perspectiva institucional sobre la tuberculosis. Esta consistía en combinar el discurso biomédico de la

exposición al contagio a través de la conversación, con un discurso moral sobre el desarrollo de la enfermedad debido a estilos de vida poco apropiados, como el consumo de drogas, y el desarrollo de alegatos sobre la responsabilidad sobre las personas del entorno del interno. El modelo calzaba muy con parte del modelo de explicación del contagio que encontramos en los internos: La debilidad.

Como hemos visto en la descripción del video presentado a los pacientes del 17, en algunos momentos también se desarrollaba una narrativa sobre el rol de los pacientes. El argumento principal señalaban que si los internos no se adherían a las indicaciones del proveedor de salud y desarrollaban estilos de vida saludables iban a empeorar su situación de salud.

En algunas ocasiones esta narrativa era afianzada a través de evaluaciones como las que pudimos observar en la descripción del “circuito de la salud”. En esta actividad se planteaban preguntas de todo tipo. Algunas más simples, otras con cierto grado de ambigüedad con múltiples respuestas posibles pero sólo una correcta desde la posición de los evaluadores. A veces las preguntas debían ser respondidas en un lenguaje biomédico apegado al conocimientos de siglas y nomenclaturas difíciles de recordar y reproducir para una persona sin formación médica. Otras buscaban respuestas morales referidas a la promiscuidad y el consumo de drogas.

Pese a que se utilizaba un formato lúdico, la presión sobre los internos era visible, muchos se equivocaban en cosas que, afirmaban, conocer. Los evaluadores corregían inmediatamente, seguro con muy buena intención, haciendo signos de desaprobación que volverían inseguro a cualquiera persona. Los resultados eran desalentadores tanto para proveedores de salud como para internos. En esta dinámica era común escuchar frases como “no”, “no sabes”, “no puedo”.

Para algunos proveedores de salud este hecho confirmaba su perspectiva de los internos como pacientes difíciles, con problemas cognitivos, sociales y de actitud particulares. Pero también muchos internos no compartían parte de la narrativa propuesta por los proveedores de salud. Luego de esta actividad pude escuchar varios comentarios de ellos. Algunos no se identificaban con los mensajes argumentando de que no eran adictos. Otros señalaban que les era imposible salir de esta situación. Para varios internos existía un elemento confuso entre los mensajes que decían que a todos les podía dar la tuberculosis y los que les pedían que dejaran de consumir drogas y alcohol, hicieran deportes y se alimentaran bien, como se mostraba en el video.

Para algunos internos este mensaje era poco realista. Me incluyo dentro de quienes piensan de esta forma ¿Es posible demandar estos estilos de vida a una comunidad que define buena parte de su experiencia a través del hacinamiento, la mala alimentación, los vicios y la pérdida de medios de subsistencia? Cedano era uno de los pocos proveedores de salud que se encontraba frente a esta encrucijada. Por un lado, reproducía estos mensajes, pero, como expresó brevemente en la reunión con delegados, consideraba que lo mejor era procurar “adictos sanos”.

Desde su experiencia, si bien la mayoría de tuberculosos en el penal era adictos, las condiciones de vida dentro de los penales no iban a cambiar, y el número de consumidores tampoco. Para él buena parte del asunto radicaba en sensibilizar y capacitar a la población, sea esta adicta o no, desde una perspectiva que los empoderara para evitar las situaciones de contagio independientemente de sus prácticas morales. Durante mis acompañamientos a Cedano pude observar que expresaba esta posición a algunos internos, pero en contextos informales.

Los delegados de salud no prestaron atención a esta afirmación. Estaban preocupados por presentar sus alegatos sobre la mala alimentación, los cobros indebidos y falta de apoyo institucional, frente a un proveedor de salud que intentaban evitar el tema con el fin de conducir la discusión hacia la perspectiva oficial del proyecto.

### 6.3 Ambos casos:

En entrevistas individuales, los médicos y técnicos de ambos penales explicaban que el contagio de la enfermedad se daba exclusivamente por la conversación. Pero lo combinaban con un discurso moral sobre el desarrollo de la enfermedad que dejaba las cosas muy poco claras y depositaba la mayor parte de la responsabilidad, ¿alguien dijo culpabilidad?, en los pacientes.

Pese a que existían diferencias de recursos importantes entre ambos, las relaciones desarrolladas durante los diferentes encuentros médicos seguían un patrón común. La imposición de la narrativa de los proveedores a través de estrategias similares, descritas a lo largo de todo el capítulo. La evidencia sugiere que los mayores recursos para las atenciones y capacitaciones en Lurigancho sirvieron en gran medida para reforzar esta estructura de interacción.

Lamentablemente en Río Seco no existía un actor que detentara una posición intermedia entre médicos y pacientes. Estas posiciones poco participativas no encajan dentro

de la visión del proyecto desarrollado por el Fondo Global, que intentaba incorporar la perspectiva de los internos en la intervención. Una posible replica frente a esta afirmación consistiría en argumentar que se utilizó el punto de vista de los internos al incluir algunos de los resultados encontrados en el estudio sobre percepciones de la tuberculosis desarrollado dos años atrás. Sin embargo, parece ser que esta incorporación fue selectiva. Como vimos en el capítulo anterior, el desarrollo del discurso moral entre los internos encajaba muy bien con la perspectiva de responsabilidad individual del proyecto. Pero, además, debemos considerar que la incorporación de la representación de los beneficiarios de un proyecto no se concretiza en el papel, si no en el que hacer cotidiano de sus actores.

Con estas afirmaciones hemos terminado de responder a las preguntas principales de nuestra investigación. El escenario puede ser poco alentador para quienes promueven el empoderamiento de los pacientes: Médicos que conducen las discusiones, pacientes que acatan o resistían con poco éxito. Relaciones basadas en posiciones dicotómicas del tipo Sanador/enfermo. ¿Este escenario implica el éxito del modelo de distancia que intentamos relativizar en el primer capítulo? Responderé a esta interrogante en la conclusión general del trabajo.

## CAPITULO 7

### CONCLUSIONES DEL ESTUDIO: DE REGRESO A LA TEORÍA INICIAL

A lo largo del texto he intentado acercarme a las múltiples experiencias sobre las enfermedades en dos de los penales más hacinados de nuestro país. Uno de mis propósitos principales consistía en trascender las posiciones teóricas que interpretaban el encuentro médico, y las narrativas que se construyen a su alrededor, como el producto de una relación basada en la distancia social, las desigualdades de poder y el conocimiento entre los actores involucrados en dicha relación.

Pese a ello, la evidencia presentada sugiere que las interacciones establecidas entre profesionales de salud y pacientes delineaban un patrón en el que los primeros concentran el poder para decidir sobre la mayoría de los procesos de prevención y tratamiento de la salud. Este hecho, no sólo se expresaría en la mayor capacidad de los proveedores de salud para dirigir las atenciones hacia sus perspectivas. Sino que también cobraba forma en el contenido de las narrativas y argumentos que se presentan para explicar los factores asociados con el contagio de la tuberculosis y el desarrollos de diversas enfermedades dentro de este contexto.

Los proveedores de salud, desarrollaban un discurso en el que la mayor responsabilidad del cuidado de la salud de los prisioneros recaía sobre estos últimos. Sobre esta base, se construía todo un discurso moral sobre la prevención y atención de la salud a través del cual se culpaba a los internos por su situación. El asunto no era casual, y respondía, en parte, a los esfuerzos del INPE y su personal de salud por desarrollar “estilos de vida saludables” entre la población con que debían trabajar.

Con estas palabras no sugiero que mi lectura sobre el asunto, se alinee totalmente a la perspectiva de Foucault, que consideraba a las entidades de salud y (a las) cárceles como instituciones “disciplinarias”, básicas en la sociedad moderna. Es decir, como agentes que amplían la vigilancia y el control del estado a los ámbitos más íntimos de la vida y el cuerpo de los internos. Las teorías del complot, nunca me han convencido del todo; tampoco los autores que fuerzan la realidad bajo las lecturas de los grandes teóricos. Si bien, algunos de los esfuerzos desarrollados por los servicios de salud se dirigían hacia esta tarea, buena parte de las acciones y discursos que hemos presentado no tenían esta intencionalidad. En muchos casos, se trataban más bien, de intentos desesperados por atender a una población

marcadamente excluida por nuestra sociedad, bajo una estructura de control sobre los pacientes y la atención.

¿Sugeriría todo esto que el modelo teórico de distancia y desigualdad, presentado en el primer capítulo del trabajo, era en realidad el más adecuado para entender lo que pasaba en estos casos? Considero que no. Este modelo presentaba muchas de las características del enfoque Parsoniano sobre el encuentro médico. Dicho enfoque, considera que las cuotas de poder y conocimiento de los proveedores de salud y pacientes se encuentran estructuralmente asignados sobre la base de dos roles excluyentes e inamovibles: El sanador y el enfermo. Si bien, las relaciones que encontramos en ambos penales podrían describirse de manera adecuada utilizando estas categorías, los orígenes de estas posiciones no se deben exclusivamente a unos roles asignados por la estructura de nuestra sociedad.

Como expuse en el marco teórico inicial desarrollado para este estudio, existen otras dimensiones fundamentales para interpretar la naturaleza de las relaciones que hemos encontrado en las atenciones de salud descritas.

Al observar la dimensión de las estructuras de relación dentro del penal, la evidencia encontrada sugiere que los recursos materiales y humanos manejados por el INPE son insuficientes para satisfacer muchas de las necesidades básicas de los internos. Esto hacía que se desarrollen condiciones de vida definidas por el hacinamiento, la corrupción, así como la reducción de sus posibilidades de acceso a servicios y medios de subsistencia.

Estas condiciones, además de generar muchos problemas de salud dentro del penal, representan elementos centrales en las experiencias de subsistencia y enfermedad de estas personas. Contribuyendo a que las diferentes estrategias de capacitación para explicar el contagio de la tuberculosis sean incorporadas o rechazadas en función a un modelo de interpretación dominante basado en la debilidad. También determinaban, en parte, los recursos personales con los que los internos acudían a la atención de salud, cómo enfrentaban sus padecimientos y que la enfermedad pudiera ser vista por los internos, en algunos casos, como un recurso.

Aunque la intervención del Fondo Global mejoró muchas de las condiciones de atención en ambos penales, la descripción que hemos presentado muestra diferencias significativas en los recursos existentes para la atención de los pacientes. Esta situación se relacionaba con la desigual intervención en la lucha contra la tuberculosis encontrada en ambos penales. La presencia de estos recursos, influía también en las necesidades de manejo y control de los proveedores de salud sobre las expectativas de los pacientes. Sin embargo, no

nos explica totalmente el patrón de relación común entre pacientes y proveedores de salud existente en ambos penales.

Como se muestra en el siguiente diagrama conceptual, este patrón adquiere más sentido cuando se analiza la segunda dimensión del fenómeno: los modelos de interpretaciones de los profesionales de salud y pacientes sobre las enfermedades y su atención dentro del penal. La mayoría de proveedores de salud entrevistados, consideraba que los internos eran especialmente difíciles y poco confiables en diferentes sentidos. Esta noción sobre los reclusos determinaba, en gran medida, que los equipos de salud prefirieran circunscribir su labor al de sanadores que diagnostican y atienden padecimientos de manera unilateral. Dirigiendo a los pacientes hacia sus perspectivas sobre las enfermedades y su tratamiento, tanto en las consultas como en las actividades de capacitación que realizaban.

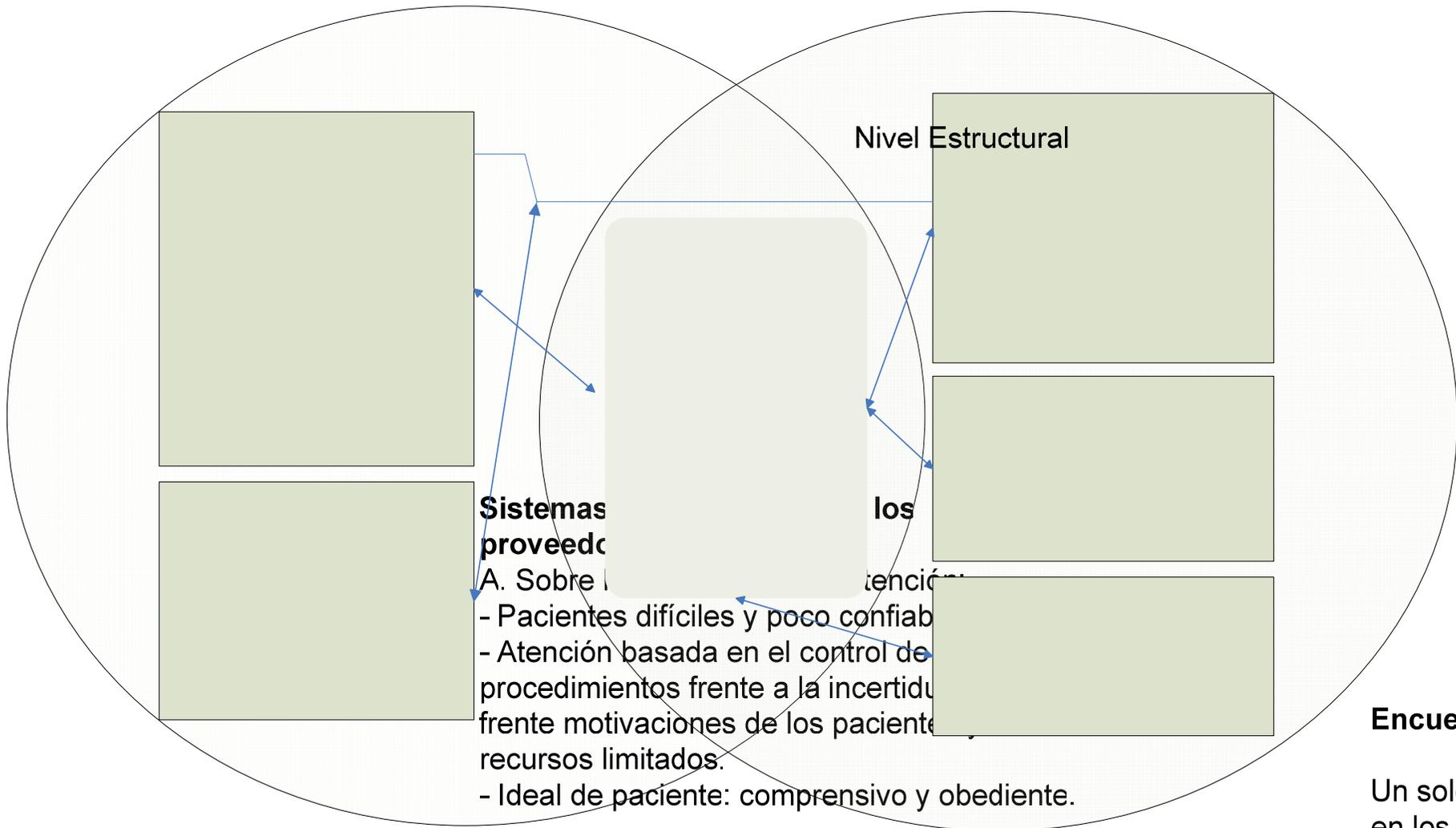
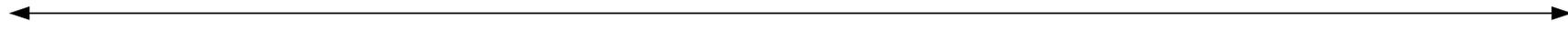
La perspectiva de los proveedores sobre la atención no es el único elemento que para entender la construcción unilateral de la narrativa sobre la tuberculosis. Considero que en la intervención del proyecto del Fondo Global subyace un marco conceptual que interpreta las perspectivas de los pacientes como “creencias” que deben ser modificadas con el fin de mejorar los estilos de vida y actitudes de los internos.

Como señalé en el sexto capítulo, la incorporación del punto de vista de los internos parece haber sido selectiva y tendenciosa. Esta forma de intervención es particularmente ilusoria si consideramos que las actitudes de los internos, frente a la vida, la salud y la enfermedad no son el producto de un imaginario divorciado de las condiciones de vida de los mismos. Se basan en una serie de experiencias de exclusión que no han cambiado, ni cambiarán en el corto y mediano plazo. ¿Es posible demandar cambios en el comportamiento, las motivaciones y acciones de un grupo de personas con sentimientos, pensamientos y condiciones de vida marcadas por una situación crisis estructural?

Sospecho que no. Además es innecesario. Me gustaría rescatar la perspectiva de Cedano, el técnico de Lurigancho. Para él, lo más realista bajo estas circunstancias, pasaba por procurar personas que, de manera independiente a sus estilos de vida y moral, procuren evitar situaciones indeseables como la tuberculosis. Este proceso, pasa por la construcción de narrativas conjuntas en las que se aproveche las experiencias, perspectivas y conocimiento de los internos sobre su propia situación y posibilidades.

Para finalizar, debemos reconocer que, frente a la necesidad de encontrar soluciones rápidas y efectivas para sus padecimientos, muchos internos no están particularmente

interesados en discutir los procesos a través de los cuales llegaron a enfermar. Muchos otros sí y sus historias tienen que ser escuchadas.



**B. Sobre las enfermedades y la tuberculosis:**

- Reconocimiento de factores estructurales para explicar la enfermedad.
- Énfasis en la responsabilidad individual del paciente en la prevención y tratamiento de

**Encuentros Médicos**

Un solo tipo de interacción en los roles de Sanador

Despliegue de control generalmente detentado por los proveedores de salud

## BIBLIOGRAFÍA

ANDERSON, Alfredo. *El Dominio Cultural de las Enfermedades en Cuyo Grande, Cusco*. Lima. 2001. 403p. Tesis (Lic.): Pontificia Universidad Católica del Perú. Facultad de Ciencias Sociales.

ANDERSON, Jeanine.

“Narrativas de aflicción de mujeres andinas”. EN: *Allpanchis*. Año XXI N. 56. Cusco. Segundo semestre 2000. p. 75-100

*Tendiendo Puentes. Calidad de la atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud*. Lima. Manuela Ramos. Marzo 2001. 170 p.

“Escenarios de enfermedad, salud, muerte y vida”. EN: *Perú. Actores y escenarios al inicio del nuevo milenio*. Lima. PUCP. 2001. Plaza ed. 577p.

*Mujeres de Negro: la muerte materna en zonas rurales del Perú: estudio de casos*. Lima. Ministerio de Salud-Proyecto 2000, 1999. 202p.

APOYO. *Estudio sobre el Impacto Económico de la Tuberculosis en el Perú*. Lima. Instituto Nacional de Salud/ Proyecto Vigía. 1999.

ARMUS, Diego. “De ‘medicos dictadores’ y ‘pacientes sometidos’: Los tuberculosos en acción: Argentina 1920 -1940”. EN: *Allpanchis*. N. 53. Cusco. 1999. p. 219-253.

BECERRA, M y otros “The problem of drug-resistant tuberculosis: an overview”. En: *Harvard Medical School/Open Society Institute. The global impact of drug-resistant tuberculosis*. Boston. Eds. *The Global Impact of Drug Resistant Tuberculosis*. 1999. p.3-38.

BLEDA, José María. *Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad*. Toledo. Asociación Castellano Manchega de Sociología. 2005. p7.

BRICEÑO, Roberto. "Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico". EN: *Ciencia & saúde coletiva* .Vol. 8. N.1. Río de Janeiro. 2003. p. 33-45.

COHE, D y otros. "Medications as social phenomena". EN: *Health*. Vol. 5. California. Sage. p. 441 – 469. 2001.

COMISIÓN EPISCOPAL DE ACCIÓN SOCIAL. *Perú: Informe sobre la situación penitenciaria*. . Lima. 2005. 27p.

CROZIER, Michel. *El actor y el sistema*. Mexico, DF. Alianza Editorial. 1990. 392p.

DYE, Christopher y otros. *Global Burden of Tuberculosis: Supplemental Appendixes*. WHO Global Surveillance and Monitoring. Project JAMA. 1999. p282-686.

FAHY, Kathleen y SMITH, Philip. "From de sick role to the subject positions: a new approach to the medical encounter". EN: *Health*. Vol. 3. N. 1. California. Sage. 1999. p71-93.

FARMER, Paul . *Pathologies of Power. Health, Human Rights and the new war on the poor*. California. California Series in Public Anthropology. N. 4. 2005. p419.

FRANCKE, Pedro. "Balance de la política de salud, 2001 – 2004". EN: *Economía y Sociedad*. N. 56. Lima. CIES. Junio. 2005.

GALVIN, Rose. "Disturbing notions of chronic illness and individual responsibility: towards a genealogy of moral". EN: *Health*. Vol. 6. California. Sage. 2002. p107-137.

GIDDENS, Anthony. *Sociología*. 4. ed. Madrid. Alianza. 2002. 944p.

GOOD, Byron. *Medicina, Racionalidad y Experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona. Bellaterra. 2003. p. 375.

GOFFMAN, Irving. *Internados*. Buenos Aires. Amorrortu. 1972. 379p.

GUADALUPE, José Luis. *Faites y atorrantes: una etnografía del penal de Lurigancho*. Lima. Facultad de Teología Pontificia y Civil de Lima. 1994. 227p.

HANNERZ, Ulf. *Exploración de la Ciudad*. México D.F. Fondo de Cultura Económica. 1986. 386p.

HOLLIDAY, Adrian. *Doing and writing qualitative research*. Londres. Sage. 2002. 211p.

ISEMAN, Michael. "Extrapulmonary Tuberculosis in Adults". EN: *A Clinician's Guide to Tuberculosis*. Washington. Lippincott Williams & Wilkins. 2000. p181-83.

JAVE, Oswaldo. *La Tuberculosis multirresistente en el Perú*. Lima. Foro Salud – CIES. Documento de trabajo N. 1. 2003. 48p.

KLEINMAN, Arthur. *Social origins of distress and disease: Depression, Neurasthenia, and Pain in Modern China*. Florida. Yale University Press. 1988. 264p.

MATTINGLY, Cheryl. *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*. Cambridge. Inglaterra. Cambridge University Press. 1998. 206p.

MAXWELL, Joseph. *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. 2nd. ed. Thousand Oaks. Sage. 2005. 174p.

MEDICOS SIN FRONTERAS. *Lecciones Aprendidas: una experiencia de trabajo multidisciplinar con ITS y el VIH/SIDA en la cárcel de Lurigancho en Lima, Perú*. Lima. 1999. 62p.

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. *Estudio Sociomédico sobre la Tuberculosis: Lima. Lima. Informe de Investigación 10. Proyecto Salud y Nutrición Básica*. 1998. 131p.

ORLOVE, Benjamín. "El suicidio de Juanita". EN: *América Indígena*. Vol. 4. N. 1 México, D.F. 1981. p 25-52.

PAPPAS, G. "Some implications for the study of the doctor-patient interaction: power, structure, and agency in the works of Howard Waitzkin and Arthur Kleinman". EN: *Social, Science and Medicine*. N. 30. 1990. p199-205.

PARSONS, Talcott. *El sistema Social*. New York. The Free Press. 1966. 575p.

PEDRAZA, Wilfredo. "Necesitamos un nuevo paradigma de cárcel". EN: *IDEELE*. N. 168. Lima. 2005. p72-74.

SAN MARTÍN, Ricardo. "La observación participante". EN: *El análisis de la realidad social; Métodos y técnicas de investigación*. Madrid. Alianza. 1992.

SCHEPER – HUGHES, Nancy. *La Muerte sin Llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona. Ariel. 1997. 569p.

VALLENAS, Sandra y PONCE, Ana. *Vivir la tuberculosis. Estudio socioantropológico de la tuberculosis en dos zonas de alto riesgo en Lima: San Cosme y El Agustino*. Lima. Ministerio de Salud. Proyecto Vigía. 2000. 81p.

WHELAN, Emma. "Putting pain to paper: endometriosis and the documentation of suffering".  
EN: *Health*. Vol 7. California. Sage. 2003. p463-482.

Internet

<http://www.who.int/es/> (World Health Organization)