

Costos físicos de la reclusión: trayectorias de salud-enfermedad de mujeres en confinamiento penal en Morelos, Ciudad de México y el Estado de México

Espinoza Nieto, Lucia

Costos físicos de la reclusión: trayectorias de salud-enfermedad de mujeres en confinamiento penal en
Morelos, Ciudad de México y el Estado de México
CIENCIA *ergo-sum*, vol. 30, núm. 2, julio-octubre 2023 | e197
Ciencias Humanas y de la Conducta

Universidad Autónoma del Estado de México, México

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.



Espinoza Nieto, L. (2023). Costos físicos de la reclusión: trayectorias de salud-enfermedad de mujeres en confinamiento penal en Morelos, Ciudad de México y el Estado de México. CIENCIA *ergo-sum*, 30(2).
<http://doi.org/10.30878/ces.v30n2a4>

Costos físicos de la reclusión: trayectorias de salud-enfermedad de mujeres en confinamiento penal en Morelos, Ciudad de México y el Estado de México

Physical costs of imprisonment: Health-illness trajectories of women in penal confinement in Morelos, Mexico City and the State of Mexico

*Lucia Espinoza Nieto**

Universidad Nacional Autónoma de México, México

lucia.espinoza@crim.unam.mx

 <http://orcid.org/0000-0003-1970-3446>

Recepción: 2 de diciembre de 2021

Aprobación: 17 de junio de 2022

RESUMEN

En el siguiente artículo se analiza el impacto social de la reclusión a través de la trayectoria de salud-enfermedad de un grupo de mujeres liberadas de confinamiento penal. Para ello se revisaron doce historias de vida desde dos enfoques teórico-metodológicos: la perspectiva de cursos de vida y la teoría de la desigualdad acumulada. En cuanto a las conclusiones, se precisa que el deterioro en la salud de las mujeres durante la reclusión se relaciona con la violencia médica y de género, la ausencia de autocuidado, los estados acumulativos de desgaste físico desde las primeras etapas de vida, la pobreza estructural antes de vivir en reclusión y la falta de redes de apoyo.

PALABRAS CLAVE: costos físicos de la reclusión, desigualdad acumulada, trayectorias de salud-enfermedad, mujeres en reclusión y cursos de vida.

ABSTRACT

The social impact of imprisonment, through the health-illness trajectory of a group of women released from penal confinement is analyzed. For this purpose, twelve life histories were taken, from two theoretical-methodological approaches: the life course perspective and the theory of accumulated inequality. The conclusion is that the deterioration of women's health during imprisonment is related to medical and gender violence, the absence of self-care, cumulative states of physical wear and tear from the early stages of life, structural poverty before living in prison, and the lack of support networks.

KEYWORDS: Physical costs of confinement, cumulative inequality, health-illness trajectories, women in confinement and life courses.

INTRODUCCIÓN

La trayectoria de salud-enfermedad muestra cómo el encarcelamiento potencializa el deterioro de la salud en las mujeres que pasan por la reclusión en México; de esta manera, como resultado preliminar de la investigación se puede afirmar que las cárceles mexicanas matan a aquellas que transitan por procesos de penales prolongados. Una respuesta a esto es la desigualdad acumulada a lo largo de sus cursos de vida, la pobreza y la violencia estructural que cruzan las historias de las mujeres privadas de libertad. A continuación, se desarrollan algunos aspectos para entender el contexto sociodemográfico, teórico y empírico de los costos físicos de la reclusión, luego se muestra una tipología de la trayectoria salud-enfermedad de las mujeres participantes del estudio y después se ilustra cada tipo con un relato sobre las experiencias de encierro frente al acceso a salud en los espacios penitenciarios de México.

1. CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS MUJERES EN RECLUSIÓN Y SU ACCESO A LA SALUD

De acuerdo con la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana y el Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social en su informe mensual de información estadística penitenciaria nacional,

*AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

lucia.espinoza@crim.unam.mx

la población privada de libertad en marzo de 2021 ascendía a 219 117 de personas, lo cual representó un incremento de alrededor de 4 886 personas respecto a diciembre de 2020. La distribución por sexo equivale a 12 352 mujeres y 206 765 varones para el primer trimestre de 2021 (Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social, 2021). En cuanto a las tres entidades de estudio, la población de mujeres en reclusión en la Ciudad de México es de 1 563, en el Estado de México 2 056 y en Morelos 1 086 (Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social, 2021).

Para 2017, la asociación civil EQUIS Justicia para las Mujeres, en su *Informe sombra sobre la situación de acceso a la justicia para las mujeres en México* encontró que a nivel nacional, la mujeres internas cuentan con enfermedades crónicas y problemas de salud grave, por ejemplo: diabetes, extirpación de matriz u ovarios, enfermedades mentales y discapacidades psicosociales como consecuencia del encierro, en condiciones de hacinamiento (EQUIS, 2017).

De acuerdo con la Comisión Nacional de Derechos Humanos en un informe especial sobre las mujeres internas en centros de reclusión de la República Mexicana, demuestra que en el mayor número de establecimientos penitenciarios con población femenil la atención médica es deficiente, además de que no existen instalaciones médicas exclusivas para atenderlas, aunado a ello se carece de personal médico y suficiente, pues no hay especialistas en ninguna área médica. Las internas que desean acceder a atención específica o a estudios clínicos deben de ser trasladadas a los centros de salud al exterior, por lo que se ve prolongada la atención hasta para los casos más graves (CNDH, 2015).

Cifras de la ENPOL (Encuesta Nacional de Población Privada de Libertad en México) (INEGI, 2017) demuestran que las agresiones más comunes ejercidas por el personal médico hacia las mujeres es la negación de servicios y medicamentos, castigos, trabajo comunitario, ser ignoradas y aisladas. El desabastecimiento de medicamentos en los espacios penitenciarios es recurrente, así que los familiares y personas que acuden a visita son quienes los proporcionan; quienes reciben ayuda se agrupan de la siguiente manera: el 74.3% recibe comida, el 62.6% productos de higiene personal y el 14.7% medicinas; con los varones las cifras aumentan para el caso de la comida con un 77% y disminuye para el porcentaje que recibe productos de higiene personal con 58 y 12.8% los que reciben medicamentos (INEGI, 2017).

Frente al panorama actual por el COVID-19, la situación de acceso a servicios de salud y medicamentos no ha cambiado en los centros de reclusión. Tomando en cuenta que el hacinamiento que existe en los penales del país es del 32%, es decir que una persona comparte celda al menos con otras cinco más (CNDH, 2020a), el riesgo al contagio aumenta y con ello disminuye la esperanza de vida, sobre todo para la población más vulnerable como las 6 635 personas mayores (de 60 años y más privadas de libertad) y las 5 117 que hasta 2020 habían sido diagnosticadas con diabetes *mellitus* tipo 1 y tipo 2 (EQUIS, 2020). Apenas para el 16 de abril de 2020, la asociación civil EQUIS Justicia para las Mujeres registraba 5 personas contagiadas de COVID-19 en los centros de reclusión de la Ciudad de México (EQUIS, 2020).

La CNDH en su Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria (DNSP) para el 4 de junio de 2020 reportó 215 casos sospechosos y 357 casos confirmados de contagio por COVID-19 en reclusión, 3 mujeres y 354 varones, de los cuales 15 perdieron la vida, 259 se encontraba en tratamiento, 72 recuperados y 9 hospitalizados (CNDH, 2020a). Los contagios evolucionaron exponencialmente, ya que para el 31 de diciembre de 2021 la misma institución reportó por medio del Mecanismo de Monitoreo Nacional por COVID-19 en los Centros Penitenciarios, 2 954 casos confirmados, 244 decesos y 211 sospechosos a nivel nacional (CNDH, 2020b).

Una de las medidas propuestas para erradicar los estragos de la pandemia fue establecer una ley de amnistía que consiste en excarcelar a personas privadas de libertad por delitos relacionados con la pobreza, aborto, delitos relacionados con drogas cometidos por personas indígenas y afromexicanas, robo simple y presas políticas (EQUIS, 2020), la cual fue aprobada el 20 de abril de 2020; sin embargo, a un año de su aprobación y con 771 solicitudes de amnistía recibidas hasta la fecha (octubre de 2021) no hay personas beneficiadas pese a que los contagios siguen aumentando, lo que se agudiza con la falta de agua potable (INEGI, 2016), de personal médico y de diagnósticos para detectar los contagios y enfermedades crónicas en las prisiones mexicanas.

2. LA TEORÍA DE LA DESIGUALDAD ACUMULADA PARA ENTENDER LOS COSTOS DE LA RECLUSIÓN CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

El punto de partida teórico para entender los costos físicos de la reclusión es la teoría de la desigualdad acumulada, la cual sirve para identificar (dentro de las trayectorias del curso de vida) la influencia de las desigualdades en edades tempranas y cómo éstas generan un *continuum* durante el curso de vida. Las trayectorias de vida son acumulativas y pueden modificarse en función de los recursos disponibles. Comprender los costos físicos de la reclusión obliga a mirar hacia atrás en las vidas de las mujeres al plantear ciertas preguntas sobre las desigualdades que vivieron antes de su ingreso la cárcel.

Esa idea de acumulación no viene sola, es un concepto que desde la teoría de la desigualdad acumulada ha tenido vigencia en las ciencias médicas. Para las ciencias sociales la categoría de acumulación se desprende de la macroestructura en los albores de la economía política, donde la teoría de la desigualdad ayuda a entender en términos sociales esa lógica acumulativa, pues contribuye a explicar cómo los sistemas sociales generan desigualdad a través de procesos demográficos y de desarrollo social (Ferraro y Shippee, 2009). Las trayectorias personales están conformadas por la acumulación de riesgos, recursos disponibles, trayectorias percibidas y agencia humana (Hareven, 1987).

La teoría de la desigualdad acumulada de Ferraro *et al.* (2009) sienta las bases para entender cómo las ventajas y desventajas a lo largo de la vida son el resultado de múltiples desigualdades frente a la estratificación de los individuos en la sociedad. El punto de partida es el efecto Mateo que propone Robert K. Merton (1985) para explicar las sociedades científicas; esta acción tiene una premisa basada en el salmo bíblico de San Mateo: “Porque al que tiene se le dará y tendrá en abundancia; pero al que no tiene incluso lo que tiene se le quitará” (San Mateo en Jiménez, 2009: 145).

Ferraro y Shippee (2009) metafóricamente se refieren a la desigualdad como un factor acumulativo que no es visible hasta que llega a un punto de culminación –con la enfermedad o la muerte–, tal es el caso de las investigaciones en el ámbito de la salud que han recurrido a explicar cómo los efectos de enfermedades prematuras afectan los dominios económicos y sociales de las personas (Hebrero, 2013). Uno de los objetivos principales de esta investigación fue analizar por medio de la teoría de las desigualdades acumuladas cómo la trayectoria salud-enfermedad está influenciada por desigualdades tempranas, ya que estudios como los de Montes de Oca (2003) han demostrado que existen distintos procesos sociales en hombres y mujeres que conducen a procesos distintos de acumulación de desigualdades.

La teoría de la desigualdad acumulada sostiene que las condiciones de la infancia son importantes para el desarrollo y las oportunidades en la edad adulta. Desde una perspectiva estructural, los sistemas sociales generan desigualdad que se manifiesta a lo largo de la vida a través de procesos demográficos y de desarrollo. Desde esta visión macrosocial, la teoría de la desigualdad acumulada se centra en cómo las estructuras sociales van moldeando la vida de las personas y sus relaciones interpersonales (Ferraro y Shippee, 2009). Así, la desigualdad es el resultado de acciones sociales como los niveles de pobreza generalizados en diversos sectores de un país que se articulan en diversas opresiones de género, raza y clase.

Los referentes primarios de la desigualdad están modelados socialmente, y uno de los principales mecanismos son los procesos de subjetivación y género. La familia como la primera institución de socialización interviene en la acumulación de desigualdades bajo cuatro mecanismos: el biológico, el social, económico y ecológico. Los procesos biológicos se manifiestan a través de factores nutricionales y genéticos; los sociales, por medio de normas de socialización; los económicos, a través del capital monetario; el ecológico, por arreglos ambientales y espaciales (Ferraro y Shippee, 2009).

Por medio del mecanismo social, lo que interesa es mirar cómo las normas de socialización que se inculcan desde el origen familiar van moldeando las primeras desigualdades. En este sentido, Fernández (1993: 144) argumenta que “las mujeres se incluyen en aquellas formas de sociabilidad correspondientes a su clase social” y han sido sujetas en lo privado, lo cual da lugar a una analogía con los hombres que pertenecen a lo público.

En ese sentido, las mujeres en la sociedad moderna han sido representadas como sujetas de protección, tuteladas primero por los padres y después por los cónyuges. Se han guiado por el sentido de las prácticas sociales en lo

doméstico –privado–, bajo el sello de la *hija-madre-esposa*, aspectos que delinean los procesos de control a los que son sometidas a lo largo de la vida. De esta manera, desde la familia de origen hasta la pareja han sido expuestas a la subordinación de género, que se potencializa en el medio carcelario.

El encarcelamiento es una práctica que reproduce las desigualdades de género y reafirma las relaciones de dependencia de las mujeres. En esta dinámica las encarceladas (el actor cautivo) necesitan ejercer una negociación constante de su libertad con el Estado (el actor libre). Esto las devuelve a la posición de dependencia y tutelaje. En ese sentido, una mujer privada de la libertad:

Se caracteriza por su subordinación al poder, su dependencia vital [...] y la ocupación de sus vidas por las instituciones, y los particulares (los otros), por la obligación de cumplir con el deber ser femenino de su grupo de adscripción, concretado en vidas estereotipadas" (Lagarde, 2011: 37).

Esto no viene solo: está acompañado de las desigualdades acumuladas por causa de las etapas de vida y son naturalizadas en los modos de socialización que llevan a las mujeres a que ingresen a prisión. Para entender los modos de socialización de las mujeres, es preciso explicar cómo es entendido el género en nuestra sociedad, pues supone una herramienta epistemológica fundamental para explicar las relaciones socioculturales entre hombres y mujeres (Lozano, 2010). En términos sociológicos, el género es entendido como un productor de distancias sociales que permite ordenar el mundo social, pues "no sólo mujeres o varones; tienen atributos que los hacen colectivamente diferenciados en subconjuntos" (De Barbieri, 1996: 23), sino dichos atributos se dan en una lógica individual que se construye indistintamente a partir de la clase social, la división sexual del trabajo, la organización del poder y las representaciones de género cargadas de significados diversos.

Existen muchas formas de ser personas definidas por un sistema cultural que integra experiencia e identidad. Se considera que al emplear estos atributos diferenciados en subconjuntos se ordena a la sociedad. Cada uno de estos elementos responden a un proceso operativo, es decir, que funcionan en conjunto, pues uno se refleja en el otro y viceversa. Así, los símbolos sobre lo femenino y lo masculino, se integran a la normativa social por medio de las instituciones y organizaciones sociales que evocan las identidades de género. Este proceso habla de una configuración que toma en cuenta otros aspectos como la clase, la etnia y la raza; esto permea la introducción de más posibilidades de operacionalización del género en función de reconocer las diferencias de las mujeres y hombres en la sociedad, lo cual permite sistematizar el efecto del género en las relaciones sociales de las mujeres en sus experiencias antes, durante y después de reclusión.

En el caso de las mujeres que han salido de reclusión, el género como primicia del poder ayuda a explicar los roles que ellas adquieren una vez recuperada su libertad; de esta manera, las relaciones simbólicas de poder frente al género dan sentido a las experiencias de las mujeres. Esto demuestra que el género no es lineal, sino que se moldea de acuerdo con la clase social, la raza y otras complejidades como la orientación sexual, la edad, el lugar de origen (la etnia) o la religión. Por lo tanto, el género frente al individuo en las relaciones sociales cotidianas es multidimensional, pues involucra la identidad y subjetividad en un todo generalizado por códigos culturales definidos en mecanismos de poder. En el siguiente apartado, se aborda la perspectiva metodológica que sirvió para visibilizar la trayectoria de estudio y poder entender su relación con la desigualdad acumulada como respuesta a los costos físicos de la reclusión.

3. LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA LONGITUDINAL Y LOS CURSOS DE VIDA PARA EL ESTUDIO DE LAS DESIGUALDADES ACUMULADAS

Según Glen Elder, el carácter investigativo de la perspectiva de cursos de vida permite entender el desarrollo humano en las diferentes etapas de vida, frente a los cambios sociales y las instituciones. Para ello, Elder propone tres conceptos: trayectoria, transición y puntos de inflexión. Cada uno cuenta con características diversas que hace dinámico y multidimensional el curso de vida (junto con el elemento social). De esta manera, una trayectoria es la visión larga del curso de vida y es una dimensión que obedece a normativas sociales estructuradas, por ejemplo

la trayectoria laboral, educativa o sexual. Estas dimensiones se presentan en la vida de las personas como elementos de larga o corta duración según aspectos biológicos, sociales y materiales (Elder *et al.*, 2003; Blanco, 2011).

Las transiciones son elementos de corta duración en el curso de vida de una persona, se rigen bajo normativas socialmente establecidas y se relacionan con los ritos de paso de una etapa de vida a otra, es decir, los eventos (sociales o físicos) que caracterizan el paso de la adolescencia a la juventud, que no son los mismos de una sociedad a otra (Hareven, 1987). El concepto de *punto de inflexión*, en su forma materializada, son los eventos más cortos del curso de vida, pero los más impactantes, pues pueden cambiar de dirección; un ejemplo es alguna enfermedad terminal, la muerte prematura de un miembro de la familia, un accidente o un desastre natural. Cada concepto del curso de vida sirve para entender cómo el cambio social e histórico afecta a las vidas individuales. Para lograrlo se recurre a la investigación cualitativa longitudinal (QL, *Qualitative Longitudinal*, la cual tiene raíces en la historia oral, la antropología y la etnografía (Neale, 2015).

La investigación cualitativa longitudinal es una metodología que se relaciona con el tiempo; utiliza herramientas como las entrevistas a profundidad y la investigación situada en combinación con recursos como historiales médicos o testimonios de terceros, con el fin de entender cómo se desarrolla el curso de vida de una persona. Esta metodología es construida de forma retrospectiva y prospectiva. El seguimiento de los informantes puede ser de forma intensiva o en intervalos separados por décadas, indagando sobre las experiencias, subjetividades, agencia e interacciones sociales de las personas (Neale, 2015).

Recurrir al análisis longitudinal permite recoger los tiempos y las secuencias individuales de las mujeres de estudio al reconstruir cuidadosamente cada uno de los eventos que integran su curso de vida personal y sus trayectorias. El análisis longitudinal ubica el momento en el que las mujeres comienzan, interrumpen y desarrollan cada una de sus trayectorias, además de que problematiza cómo estas se relacionan con la desigualdad acumulada a lo largo de sus cursos de vida con el fin de elaborar tipologías que contribuyen a la comprensión de los costos físicos de la reclusión (Neale, 2015). Las trayectorias de vida ayudan a comprender los escenarios del desarrollo humano en contextos de desigualdad acumulada, donde las redes sociales con el exterior se inicien en diversas trayectorias vitales como se muestra enseguida con la trayectoria de salud-enfermedad de las mujeres de estudio.

El diseño de esta investigación fue de corte cualitativo longitudinal. En su caso, la muestra fue por saturación teórica y los criterios de inclusión para elegir a las mujeres de estudio integraron características como haber estado en reclusión más de un año y tener un año más de egreso de reclusión. Fue muy importante elegir mujeres que hayan pasado su estancia en la Ciudad de México (2 145 mujeres), en Morelos (1 587 mujeres) y el Estado de México (1 084 mujeres), ya que son las tres entidades que cuentan con más población penitenciaria femenina a nivel nacional para agosto del 2021, según el Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social. La investigación integró las experiencias en torno a la trayectoria de vida de 12 mujeres en esas tres entidades.

Cabe destacar que primero se llevó a cabo un rastreo de la trayectoria de salud-enfermedad por medio de un cuestionario que sirvió para situar los momentos exactos en la historia de vida de las mujeres respecto a sus estados de enfermedad en cruce con el ingreso, estancia y salida de reclusión; posteriormente, se profundizó en la narrativa sobre los eventos que le daban sentido a la desigualdad acumulada, como aquel proceso que surge en la infancia y se acumula en el desarrollo vital de las personas. A continuación, se presentan algunos relatos para enmarcar las experiencias en torno a los procesos de salud- enfermedad de las mujeres de estudio.

4. COSTOS FÍSICOS DE LA RECLUSIÓN POR MEDIO DE LA TRAYECTORIA DE SALUD-ENFERMEDAD

Uno de los campos más estudiados hasta ahora, desde la perspectiva cursos de vida es el de la salud y su relación con diversas enfermedades en la población. Desde una visión longitudinal, la salud se deriva a partir de la relación entre eventos, etapas y exposiciones a enfermedades a lo largo de la vida. La salud es un proceso acumulativo desde las etapas más tempranas e integra una acumulación de ventajas o desventajas en las trayectorias vitales (Hebrero, 2013; Graham, 2010).

La reclusión rompe (en la mayoría de los casos) con la continuidad en la salud. Se presentan casos de enfermedades crónicas como consecuencia del encarcelamiento en las mujeres sobre todo las de estudio. El encierro potencializa los episodios de enfermedad y tiene consecuencias graves en la salud cuando las mujeres salen libres. El deterioro de la salud es uno de los impactos más severos para las mujeres, según Gavidia Catalán y Talavera (2012: 166), “la enfermedad interrumpe el devenir *normal* del tiempo que hace cumplir el ciclo de vida de las personas”, así como la salud es acumulativa, las enfermedades también, lo cual es resultado de exposición a factores de riesgo como la precariedad en la familia de origen, la desigualdad acumulada y el encarcelamiento.

En los casos más severos los impactos de la reclusión se dan por medio de enfermedades crónicas no detectadas en esta circunstancia o mal atendidas desde antes de ingresar. En el estudio de las trayectorias de vida, el factor salud es un determinante del impacto que genera la reclusión. Diversas investigaciones y organizaciones de la sociedad civil han planteado la necesidad de conformar una agenda de política pública respecto a la salud de las personas privadas de libertad (Red Feminista Anticarcelaria, 2020; Giacomello, 2013; Gutiérrez, 2011).

Los episodios relacionados con enfermedades específicas se cruzan con los tiempos de espera en reclusión. La trayectoria de salud-enfermedad es la relación entre los estados de vida saludables individuales y las enfermedades y, a su vez, es un proceso influenciado por el género, la raza y la clase social. El deterioro de la salud es el resultado de factores sociales y económicos de manera generacional y contextual.

En esta propuesta se trazó el inicio de cada trayectoria a partir de los relatos de vida y su relación con el surgimiento de enfermedades a lo largo del curso vital. Si bien la medición de los estados de salud es compleja, pues no está marcada por una temporalidad específica, las enfermedades tienden a relacionarse con ciclos de control (elementos que emplean las personas para controlar una situación en las etapas de vida: infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez) y puntos de inflexión; así, se identificaron en relación con los años calendario (años cumplidos desde el día de nacimiento hasta el día de la entrevista).

Gracias al análisis se pudo observar que existe un deterioro importante en la salud de las mujeres en dos momentos, los cuales ayudaron a establecer una tipología de la trayectoria salud-enfermedad para las mujeres impactadas por el sistema penal: *a*) el primer tipo es el de mujeres que comienzan su trayectoria de salud-enfermedad en la etapa del ingreso a reclusión; *b*) el segundo es el de mujeres que comienzan su trayectoria de salud-enfermedad al momento de la salida de reclusión. A excepción de “S” (Ciudad de México, 45 años), que tuvo una trombosis a los 19 años, cabe señalar que todas las entrevistadas argumentaron tener buena salud hasta su llegada a reclusión. Es importante advertir a los lectores que, por motivos de ética, se referirá a los nombres de las participantes con la primera o segunda letra de su nombre (en caso de repetición) con el fin de resguardar su identidad. A continuación, se muestra cada tipo y algunos relatos de las participantes para ilustrarlos.

4. 1. Tipo 1. Mujeres que comienzan su trayectoria de salud-enfermedad en la etapa del ingreso a reclusión

En este tipo se ubican “M” de 43 años, “L” de 44 años, “F” de 41 años, “Lu” de 47 años y “Se” de 32 años al momento de la entrevista. Las primeras cuatro pertenecientes al estado de Morelos, “Lu” a la Ciudad de México y “Se” al Estado de México. Sus relatos de vida de acuerdo con la trayectoria de salud-enfermedad se relacionan porque el surgimiento de enfermedades y malestares físicos se presentan al ingresar y durante toda su estancia en reclusión. Las enfermedades más comunes en las mujeres de estudio son colitis nerviosa, gastritis, asma y obesidad como lo relatan.

“F”, una mujer de clase media que vivía en Cuernavaca, Morelos, ingresa a reclusión a la edad de 26 años y sale a la edad de 35. Sostuvo un proceso penal en el Centro de Reinserción Social de Atlacholoaya, Morelos, durante diez años por el delito de asesinato, del cual sale absuelta sin que se le encontrara culpable. Su testimonio es sólo un caso de muchos que se repiten en las cárceles en México. Cabe resaltar que a comparación de los varones, las mujeres permanecen más tiempo en reclusión por procesos penales, muchas veces siendo inocentes.

Estaba frito todo, y mucha gente se enfermó. Muchas entraron delgadas y salieron gorditas. Entonces, me dediqué a hacer mucho ejercicio y a alimentarme bien, pero aun así me enfermé de colitis por el estrés cuando llegó la primera audiencia (“F”, Morelos, 41 años).

Para “Lu”, ama de casa, madre sola de cuatro hijos, fue distinta la trayectoria de salud-enfermedad. Ella estuvo veinte años en reclusión por violencia familiar. Sin embargo, al purgar su sentencia en la Ciudad de México, y detectarle asma, la trasladan a Tepepan, donde tuvo la oportunidad de recibir atención médica constante, medicamentos y una estancia para ella sola debido a su enfermedad. Estas circunstancias son un privilegio que las mujeres de los centros de reclusión estatales no tienen y muy pocas de las Ciudad de México también:

Me bajaron la sentencia a treinta y ocho años, dos meses, veinte días; de allí me llevaron a Tepepan a la torre médica, porque me enfermaba seguido de los bronquios. Hasta que una vez no pude respirar y me subieron al servicio médico, tenía asma (“Lu”, Ciudad de México, 47 años).

“L”, mujer trabajadora de una estética, madre sola de dos hijos, relata que en su estancia de quince años en el Centro de Reinserción Social de Atlacholoaya, Morelos, sufrió de enfermedades estomacales, que muchas veces eran diagnosticadas con estrés:

Me enfermé mucho de la gastritis y la colitis. Todo el tiempo la padecí y me subió el colesterol y los triglicéridos y después me diagnosticaron que era por estrés, porque cuidaba mi alimentación, no comía carne, comía verduras y cosas sanas, pero, de todos modos, yo seguía con los niveles altos de colesterol, triglicéridos y la colitis, que ya era como crónica (“L”, Morelos, 44 años).

“M”, trabajadora del gobierno municipal de Cuernavaca, cuenta que durante su reclusión siempre sufría de colitis. Ella es originaria de Morelos y pagó una condena de ocho años en Atlacholoaya y dos en las Islas Marías por delitos contra la salud:

Siempre me daba colitis en la cárcel, pero era como una parte de no querer estar encerrada. Necesitaba hacer ejercicio para no estreñirme y estar más tranquila. Nunca me gustó comer grasa, pero la comida de población^[1] siempre estaba muy fea; entonces, como las que teníamos colitis o que estábamos mal del estómago nos daban dieta, nos daban un poquito mejor de comer. O sea, si sufría de colitis en la cárcel, pero parte también yo la utilizaba para estar bien para que me dejaran hacer ejercicio y comer mejor (“M”, Morelos, 43 años).

“Se” cuando ingresó a prisión tenía 25 años y un hijo pequeño de 1 año. Era trabajadora doméstica antes de cumplir una pena de cinco años, primero en el Reclusorio de Chiconautla en Ecatepec y después en el reclusorio de Nezahualcoyotl, ambos en el Estado de México. Ella relata que cuando entró a prisión comenzó con problemas de obesidad que no podía controlar después de salir:

Salí muy gorda y mi ropa ya no me quedó. Mi mamá fue a comprarme ropa [...]. Donde subí mucho fue en el reclusorio de Neza. No sé por qué, pero fue horrible. Todavía en Ecatepec no estaba tan gorda, pero en Neza, no inventes. Y pues nada de mi ropa me quedaba (“Se”, 30 años, Estado de México).

Cabe destacar que la trayectoria de salud-enfermedad para las mujeres situadas en este tipo, y que tienen enfermedades gastrointestinales como colitis y gastritis, se interrumpe al momento de que salen de reclusión, es decir, una vez en libertad, las enfermedades de tipo gastrointestinal disminuyeron. Los casos de obesidad y el asma de “Se” y “Lu” quedaron permanentes después de salir. Es interesante observar cómo los cambios sociales como la privación preventiva de la libertad en las mujeres se relaciona con enfermedades gastrointestinales sobre todo aquellas que emergen de reacciones nerviosas como el estrés o la depresión.

4. 2. Mujeres que comienzan su trayectoria al momento de la salida de reclusión. Tipo 2.

El segundo tipo es el de mujeres que fueron detectadas con alguna enfermedad hasta después de salir de reclusión. “Sa”, “Ka”, “Me”, “Fe” y “Su”, fueron diagnosticadas con enfermedades crónicas. En este tipo se ven reflejadas con más intensidad las consecuencias de la desigualdad acumulada y el impacto de la reclusión en el cuerpo de las mujeres de estudio.

por el delito de fraude y robo (a cargo del que era su pareja en aquel momento). Después de declararse culpable por recomendación de su abogado, recibe una sentencia de veinte años en el Centro de Recusación Femenil de Atlacholoaya, pero sale libre a los once por buena conducta. En reclusión conoció a un hombre del varonil y se casó. Al salir de reclusión, con 41 años, se embaraza y comienza con diversos problemas de salud:

Fui al doctor y ya, pues estaba embarazada, pero me sentía mal. Estando embarazada me dio hepatitis y me puse muy mal. Después se me quita la hepatitis y estuve internada. Pasaron como quince días y me vuelvo a poner mal y otra vez era hepatitis (“Ka”, Morelos, 45 años).

“Me” estuvo cinco años en el Centro Femenil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla por delitos contra la salud. Antes de ir a prisión vivía violencia familiar con una expareja, un militar retirado. “Me” se dedicaba a atender a los clientes de su esposo en un negocio de venta de narcóticos. Ella es apresada sola. El hombre nunca fue puesto en custodia. Después de que ella sale de la prisión, le detectaron diabetes:

Ahorita se me acaba de terminar el Seguro Popular, pero ayer precisamente pasé con el médico porque me hice la prueba y estoy pero bajísima de azúcar [...]. Me dijo el médico que tengo que tramitar el seguro de desempleo para seguir teniendo derecho de atenderme en la clínica (“Me”, Ciudad de México, 45 años).

“Fe”, del Estado de México, a sus 44 años fue acusada por delitos contra la salud, de los cuales pasó cinco en proceso penal. El delito por el que la inculpan nunca fue comprobado. Durante su estancia en reclusión murió su esposo de una enfermedad crónica.

Ahora que salí se me disparó el azúcar. O sea, cuando salí y vi que todo estaba mal, no tenía casa, ni cosas, ni nada, cómo que me cayó el veinte de todo eso y me afectó. Ahorita tengo que empezar de nuevo porque me quede en cero (“Fe”, Estado de México, 49 años).

En el siguiente relato “Sa” cuenta desde su propia experiencia los malestares físicos y emocionales que una persona experimenta al salir de reclusión. “Sa”, madre de dos hijas, va a prisión por dos años, por el delito de extorsión. Ella sufre un intento de violación por parte de un funcionario público. Además de que es juzgada y denunciada, nunca detuvieron al agresor:

Tenía ataques de ansiedad y me mareaba en el coche. En las rutas, me daban ataques de pánico. Me acuerdo que una vez en el metro de Barranca del Muerto, ya ves que están los túneles, ahí me senté a llorar. Me dio un ataque de pánico y dije: “No, no puedo quedarme aca” (“Sa”, Morelos, 52 años).

En el caso de “Su”, ella fue acusada por delitos contra la salud y pasó cinco años en el penal de Santa Martha Acatitla. Ingresó con una trombosis en el brazo izquierdo, pero logró controlar la enfermedad en reclusión gracias a que su madre adquiría los medicamentos y se los proporcionaba cuando la visitaba: “Nada más estuve medicada con mi *angeolo*. Me mandaba recetas y medicamento” (“Su”, Ciudad de México, 45 años).

La reclusión deteriora la salud física y, en la mayoría de los casos, agudiza las enfermedades contraídas durante el aislamiento penal. Lo anterior no es generalizado, ya que depende del cuidado propio, así como de las redes sociales de apoyo por parte de la institución y de la familia al exterior. Algunas mujeres tienen más posibilidad de cuidar su salud dentro de prisión, y esto es un aspecto determinado por la clase social. Las mujeres que no tienen recursos y quedan a la espera de la atención médica viven violencia médica en donde se encuentran recluidas. La violencia médica aquí es entendida como el hecho de negar servicios de salud, medicamentos, diagnóstico y tratamiento especializado a las mujeres privadas de libertad. Si las mujeres cuentan con recursos económicos para llevar una dieta saludable, estudios y medicinas, pueden acceder a una vida saludable dentro de prisión; sin embargo, el deterioro físico se repite después de salir, sobre todo en aquellas con condenas más largas.

5. DISCUSIÓN TEÓRICA

El camino de la trayectoria de salud enfermedad muestra la incapacidad del sistema penal en la zona centro de México para atender las necesidades de salud en la población de mujeres reclusas, ya que la atención médica no cubre la detección y atención oportuna de enfermedades como la diabetes, asma, obesidad y en la actualidad el COVID-19. Los procesos de salud-enfermedad como estados acumulativos en el tiempo de vida individual obligan a reflexionar sobre la importancia de mirar a través de las generaciones (Ferraro *et al.* 2009), ya que toman relevancia en el análisis cuando se establecen diferencias entre los grupos por edad, pues las que pertenecen a generaciones de mujeres mayores, las enfermedades que surgen antes de prisión, se vuelven crónicas en el proceso de encarcelamiento (Elder *et al.* 2003). Para las mujeres más jóvenes, es recurrente el colesterol, la gastritis y colitis, las cuales pueden desembocar en enfermedades crónicas si no son tratadas a tiempo.

Los aspectos económicos (acceso a sistemas de salud y bienestar económico), así como las estructuras de clase (desigualdad económica), que en una sociedad racializada se traslanan con las jerarquías étnico-raciales y las jerarquías de género (desigualdad de género), son aspectos de origen en la desigualdad acumulada de las mujeres criminalizadas por el sistema penal. Para las mujeres que estuvieron privadas de libertad, y que pertenecen a las clases económicas más bajas, las estructuras de género y clase constituyen la pobreza y las desigualdades que conforman los primeros aspectos de su deterioro en la salud cuando se encuentran recluidas.

Para el caso de las mujeres que estuvieron privadas de libertad, varias son las desventajas presentadas en su curso de vida que tienen que ver con la criminalización de sus cuerpos: nacer en una familia de origen indígena, interrumpir sus estudios a edad temprana, migrar del campo a la ciudad o comenzar su vida reproductiva prematuramente. Las situaciones de riesgo que viven desde sus contextos de origen son los relacionados con la violencia de género.

La mayoría de los casos ha sufrido abusos sexuales desde la infancia sin poder denunciar por tales hechos elementos de la desigualdad acumulada. Otras formas de violencia de género se dan en espacios como la escuela y el hogar. Muchas han sido obligadas a interrumpir sus estudios para insertarse en el campo laboral y en el hogar el maltrato físico es experimentado en la delegación de responsabilidades de acuerdo con estereotipos de género. Otras situaciones de riesgo es la violencia en las relaciones de pareja y en la violencia institucional cuando son privadas de la libertad.

La desigualdad se acumula debido al racismo, clasismo y sexismos que atraviesa de forma estructural a nuestra sociedad (Ferraro y Shippee, 2009). Categorías como el género, a la par de los cambios sociales, la pobreza y la violencia pueden dar pistas para entender las múltiples desigualdades en los contextos de origen de estas mujeres. La desigualdad acumulada permite ver los aspectos que propician los riesgos de ser mujer y enfrentar un mecanismo de poder opresor como lo es el penal. En definitiva la desigualdad de género es el resultado de desventajas acumuladas durante el curso de vida.

ANÁLISIS PROSPECTIVO

Los procesos de encarcelamiento en México transgreden el desarrollo humano. La reinserción social como el objetivo del castigo punitivo es el resultado de un sistema de seguridad nacional fallido. Por lo tanto, el impacto carcelario no se resuelve con un tratamiento de reinserción social, sino con las formas simbólicas y las estrategias que las mujeres han construido para enfrentar la reclusión. De esta manera, los costos físicos del encarcelamiento dejan ver la capacidad de agencia que las mujeres mexicanas tienen para enfrentar situaciones de riesgo, violencia e injusticia.

Las redes sociales de apoyo se proyectan a lo largo del curso de vida como un aspecto que condiciona la reconstrucción vital después de la reclusión. Las redes dependen de la movilización de recursos para la subsistencia y son más extensas cuando se dan por medio de relaciones de género: "ayuda entre mujeres". Cabe mencionar que cada una vive su proceso de libertad de una forma individualizada; sin embargo, hay rasgos como el agenciamiento y el desarrollo de redes sociales de apoyo intrafamiliares que contribuyen a la reconstrucción de sus vidas y a que el costo físico de la prisión sea menor.

A manera de proyección prospectiva, los procesos de salud-enfermedad como estados acumulativos en el tiempo de vida individual obligan a reflexionar (más allá de esta investigación), sobre la importancia de mirar en las cohortes sociales de edad respecto al deterioro de la salud, ya que su análisis es relevante para establecer la relación entre los cambios sociales, el deterioro del cuerpo y la muerte. En ese sentido, un análisis adicional enfocado en las genealogías maternas en diferentes grupos de personas que han experimentado cambios sociales agudos pueden explicar más a profundidad cómo opera la transmisión de desigualdad social y su impacto en la salud de la población mexicana.

CONCLUSIONES

El acceso a servicios de salud desde la reclusión es parte de una desigualdad de clase; nada más a las mujeres que tienen recursos económicos para solventar los estudios clínicos, los medicamentos y la atención médica se les diagnostica. Las que no tienen visita o alguna red familiar de apoyo quedan a reserva de la atención médica que proporciona la institución penal, son diagnosticadas de forma externa o física con enfermedades intestinales y los medicamentos que se les llega a proporcionar son paracetamol o algún otro calmante que alivia malestares momentáneamente. Esto se ha vuelto más visible por parte de las organizaciones de la sociedad civil, con los casos de mujeres infectadas por COVID-19 en los centros de reclusión del país, a quienes sólo se les medica con paracetamol y se les aísla en celdas de castigo (Hernández, 2020).

Si las mujeres en prisión siguen acumulando enfermedades sin ser diagnosticadas, los costos físicos y económicos de la reclusión serán más elevados en cuanto a salud. El encarcelamiento propicia el cuerpo enfermo crónico y la muerte sobre todo para aquellas que no tienen recursos o redes para acceder a una vida saludable en esa circunstancia. Desde una óptica a futuro, se debe implementar el autocuidado como una estrategia para sobre todo en grupos provenientes de contextos precarios e indígenas.

En cuanto a las conclusiones se determina que:

- a) Las mujeres que salieron de reclusión en su mayoría son portadoras de enfermedades crónicas que se desarrollan desde dentro como resultado de la mala alimentación, el colesterol, la gastritis, y colitis. Las enfermedades que ahora padecen mujeres más jóvenes en un futuro pueden desembocar en enfermedades crónicas, como en todos los casos de estudio donde la mayoría ingresó a reclusión con un estado de salud estable o al menos no detectable y se agravó en el proceso de encarcelamiento.
- b) El deterioro en la salud de las mujeres que estuvieron privadas de libertad son estados acumulativos que surgen como resultado de los altos niveles de estrés y la violencia médica ejercida por las instituciones penales.
- c) Las que no tienen visita o ninguna red familiar de apoyo están a reserva de la atención médica que proporciona la institución penal y tampoco reciben diagnóstico médico ni medicinas, lo cual eleva el costo de la reclusión, ya que presentan más riesgo de contraer y desarrollar enfermedades crónicas que conducen a la muerte.

AGRADECIMIENTOS

La autora agradece a los revisores por sus comentarios y sugerencias, sus aportaciones fueron fundamentales para la mejora de este artículo.

REFERENCIAS

- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 8, 5-31.
- CNDH (Comisión Nacional de los Derechos Humanos) (2020a). *Situación de las personas privadas de la libertad en centros penitenciarios en México*. Disponible en <http://informe.cndh.org.mx/menu.aspx?id=60087>
- CNDH (Comisión Nacional de los Derechos Humanos) (2020b). *Informe especial sobre el estado que guardan las medidas adoptadas en centros penitenciarios para la atención de la emergencia sanitaria generada ante el SARS-CoV-2 (COVID-19)*. Disponible en https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2020-07/IE_COVID19_Penitenciarios.pdf

- CNDH (Comisión Nacional de los Derechos Humanos) (2015). *Informe especial de la comisión nacional de los derechos humanos sobre el estado que guardan los derechos humanos de las mujeres internas en centros de reclusión de la república mexicana*. Disponible en https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Informes/Especiales/informeEspecial_CentrosReclusión.pdf
- De Barbieri, T. (1996). Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género, en L. Guzmán y G. Pacheco (Eds.), *Estudios Básicos de Derechos Humanos IV*. IDH.
- Elder Jr., G. H., Johnson, K. M., & Crosnoe, R. (2003). The Emergence and Development of Life Course Theory. *Handbook of the Life Course*, 3-19. <https://doi.org/10.1177/0952695114541864>
- EQUIS Justicia para las Mujeres. (2020). *Las dos pandemias, violencia contra las mujeres en México en el contexto de COVID-19*.
- EQUIS Justicia para las Mujeres. (2017). *Informe sombra sobre la situación de acceso a la justicia para las mujeres en México*. Disponible en https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/MEX/INT_CEDAW_NGO_MEX_29281_S.pdf
- Fernández, A. M. (1993). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Paidós.
- Ferraro, K. F., & Shippee, T. P. (2009). Aging and cumulative inequality: How does inequality get under the skin? *Gerontologist*, 49(3), 333-343. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp034>
- Ferraro K. F., Shippee T. P., & Schafer M.H. (2009). Cumulative inequality theory for research on aging and the life course. In V. L. Bengston, M. Silverstein, N. M. Putney, D. Gans (Eds.), *Handbook of theories of aging*. New York: Springer. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/281549834_Cumulative_inequality_theory_for_research_on_aging_and_the_life_course
- Gavidia Catalán, V. y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 26. <https://doi.org/10.7203/dces.26.1935>
- Giacomello, C. (2013). *Mujeres, delitos de drogas y sistemas penitenciarios en América Latina. Documento Informativo del IDPC*. IDPC. Disponible en <https://idpc.net/es/publications/2013/11/mujeres-delitos-de-drogas-y-sistemas-penitenciarios-en-america-latina>
- Graham, H. (2010). Where Is the Future in Public Health? *Milbank Quarterly*, 88(2). <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2010.00594.x>
- Gutiérrez, J. (2011). *Mujeres privadas de libertad ¿Mujeres sin derechos? Diagnóstico sobre la situación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres privadas de libertad en los estados de Guanajuato, Guerrero, Puebla y Querétaro, Ciudad de México*. ASILEGAL, IDHIE.
- Hareven, T. (1987). *Transitions. The family and the life course in historical perspective*. Academic Press.
- Hebrero, M. (2013). *Transiciones en el proceso de salud-enfermedad en la población con 60-79 años residente en el Distrito Federal: el caso de Iztapalapa*. Colegio de México.
- Hernández, A. (2020, 16 de abril). El coronavirus y las mujeres en prisión. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/2020/04/16/opinion/016a2pol>
- INEGI. (2017). *Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad (ENPOL) 2016*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enpol/2016/#Tabulados>
- Jiménez, J. (2009). El efecto mateo: un concepto psicológico. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 145-154.
- Lagarde, M. (2011). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas* (quinta edición). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lozano, B. (2010). El feminismo no puede ser uno porque las mujeres somos diversas. Aportes a un feminismo negro de-colonial desde la experiencia de las mujeres negras del Pacífico colombiano. *La Manzana de la Discordia*, 5(2), 7-24.

- Merton, R. (1985). *Teoría y estructura sociales*. Fondo de Cultura económica.
- Montes de Oca, V. (2003). Redes comunitarias, género y envejecimiento. *Notas de Población*, 77, 35-70.
- Neale, B. (2015). Time and the lifecourse: Perspectives from qualitative longitudinal research. In N. Worth & I. Hardill (Eds.), *Researching the Lifecourse: Critical Reflections from the Social Sciences*. Policy Press.
- Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social. (2021). *Cuaderno mensual de información estadística penitenciaria nacional*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/639470/CE_2021_03.pdf
- Red Feminista Anticarcelaria. (2020). *Catastro latinoamericano de organizaciones que trabajan con personas en reclusión*. Disponible en https://feministasanticarcelarias.org/wp-content/uploads/2020/11/Catastro_VersionFinal.pdf

NOTAS

[1] En el Centro de Reinserción Social de Atlacholoaya en Morelos se le llama *población* a las personas que están en un espacio donde conviven mujeres con sentencia y en proceso de recibir una. Ellas están separadas de las mujeres que ingresan al penal, las cuales se encuentran en una estancia llamada *ingresos*.

CC BY-NC-ND