

**La atención
a la salud**

**en las cárceles
federales**

Percepciones
de las personas detenidas,

diagnóstico y recomendaciones



Procuración
Penitenciaria de la Nación

LA ATENCIÓN A LA SALUD
EN LAS CÁRCELES FEDERALES

*Percepciones de las personas detenidas,
diagnóstico y recomendaciones.*

PROCURACIÓN PENITENCIARIA
DE LA NACIÓN

Procuración Penitenciaria de La Nación. La atención a la salud en las cárceles federales : percepciones de las personas detenidas, diagnóstico y recomendaciones / coordinación general de Marta Monclús Masó ; Andrea Triolo. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Procuración Penitenciaria de la Nación, 2020. 200 p. 15 x 23 cm.

ISBN 978-987-3936-22-7

1. Derechos Humanos. I. Monclús Masó, Marta, coord. II. Triolo, Andrea, coord. III. Título.

CDD 365.667

Corrección Hernán López Winne
Diseño de tapa e interiores Víctor Malumián

Impreso en Porter, Plaza 1202,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
República Argentina, en noviembre de 2020

Presentación

ESTE TRABAJO CONSTITUYE LA culminación de la investigación desarrollada por la Procuración Penitenciaria de la Nación (PPN) en el transcurso del año 2019 sobre la atención a la salud en cárceles federales. Esta investigación fue realizada en el marco del Proyecto “Fortalecimiento de las capacidades de los Mecanismos Nacionales de Prevención de la Tortura de Argentina en el monitoreo de los sistemas de salud en el encierro”, financiado por el Fondo Especial del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura de las Naciones Unidas (Fondo OPCAT).

Queremos agradecer al Procurador Penitenciario, Francisco Mugnolo, y al Procurador Adjunto interino, Ariel Cejas Meliari, el apoyo y la confianza que han depositado en nosotras para el desarrollo de este proyecto.

En tanto partimos de una concepción amplia de salud, este proceso involucró diferentes profesionales de la PPN y articulamos con los distintos equipos de trabajo de la Dirección General de Protección de Derechos Humanos y del Observatorio de Cárcenes Federales de manera interdisciplinaria. Hemos trabajado con los equipos de salud, tanto con el equipo médico como con el de salud mental, y contamos con la valiosa colaboración de dos profesionales de la medicina y una especialista en salud comunitaria.

La investigación sirvió también como instancia de formación y reflexión interna en temas de salud, que hasta el momento habían sido abordados por lo general por los equipos

especializados de salud de la PPN. Organizamos múltiples reuniones e intercambios para discutir los ejes del proyecto, las solicitudes de información al SPF, los cuestionarios y las pautas de entrevistas para el trabajo de campo, las guías de monitoreo para las visitas a las áreas de salud de los establecimientos penitenciarios, los resultados del trabajo de campo y las primeras lecturas de datos, así como los borradores del informe de investigación. Todo ello ha fortalecido las capacidades de monitoreo de la salud de los profesionales de nuestra institución.

Además, el proyecto se ha desarrollado con el apoyo constante de la Dirección de Cooperación y Asuntos Internacionales y de la Subdirección General de Gestión Administrativa del Organismo.

Sin el compromiso, el trabajo y los aportes de todas y todos los profesionales de los equipos de la PPN —quienes son nombrados individualmente en el apartado metodológico— esta investigación no hubiera sido posible.

Nuestro mayor reconocimiento y gratitud a las personas privadas de libertad, quienes sufren todos los días el deterioro de su salud en el encierro y las consecuencias de sistemas de salud todavía precarios. Les agradecemos por haber prestado su testimonio para esta investigación. Esperamos que este diagnóstico y las recomendaciones que efectuamos sean tomadas en cuenta por las instancias que tienen a cargo el diseño y la gestión de la política penitenciaria relativa a la salud.

Agradecemos asimismo a los equipos de salud del CPF I y del CPF IV de Ezeiza que colaboraron con nuestra investigación, acompañándonos en recorridas y contestando con honestidad nuestras preguntas y planteamientos sobre los problemas de la atención a la salud de las personas presas. Somos conscientes de las dificultades que estos profesionales enfrentan día a día en el desarrollo de su trabajo, en un marco de “doble lealtad” a la que nos referimos en este informe. El propósito de las recomendaciones que efectuamos, y en particular la relativa a que la gestión de la salud y sus profesionales pasen a depender del Ministerio de Salud de la Nación, es que se mejore la atención a la salud de las

personas privadas de libertad, a la vez que se mejoren las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud que se desempeñan en contextos de encierro.

En el momento de la revisión final del manuscrito, el mundo ha sido sacudido por la pandemia del Covid-19, y la Argentina tiene decretada una situación de emergencia sanitaria desde hace meses. Las cárceles constituyen uno de los focos de especial preocupación debido al hacinamiento existente en la mayoría de estos espacios, como ha alertado la Organización Mundial de la Salud y muchos organismos nacionales e internacionales de derechos humanos.

También la PPN se ha pronunciado en este contexto, en particular mediante una recomendación dirigida a los Ministerios de Salud y de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, en la que se incluyeron varias sugerencias sobre medidas a adoptar para cuidar la salud de las personas privadas de libertad, las cuales fueron pensadas a partir del diagnóstico de situación obtenido con la presente investigación¹.

*Andrea Triolo,
Marta Monclús,
Anabella Museri,
Jennifer Wolf y
Bernarda García*

1. Para acceder a la recomendación, ver: <https://www.ppn.gov.ar/institucional/noticias/2640-recomendacion-de-la-procuracion-penitenciaria-sobre-la-coordinacion-y-control-por-parte-del-ministerio-de-salud-de-la-nacion-ante-el-covid-19-en-carceles-federales>

Introducción

PENSAR EN LA IDEA de salud en el encierro aparece casi como una contradicción. La cárcel es un espacio donde a simple vista las celdas y pabellones, los baños y los espacios de *recreación* muestran condiciones inhumanas e inhabitables en muchos casos. Plagas, temperaturas extremas, instalaciones rotas y hacinamiento, son solo algunos ejemplos en este sentido. Esto se combina además con los episodios de violencia y malos tratos que mencionamos desde la Procuración Penitenciaria de la Nación (PPN) cotidianamente.

En nuestra función de promover y proteger los derechos de las personas detenidas² en el ámbito del Servicio Penitenciario Federal (SPF), aparece como una cuestión central trabajar en aspectos relacionados con la salud en el encierro. Por eso, impulsamos este estudio para relevar las percepciones de las personas detenidas sobre la atención médica al interior del sistema carcelario, y la evolución de su salud en el encierro³.

2. Redactamos esta publicación procurando evitar el lenguaje sexista. Sin embargo, con el objetivo de facilitar su lectura no incluimos recursos como “@”, “x”, “xs” o “a/as”. Hacemos esta aclaración para aquellos casos en donde no fue posible evitar la utilización genérica del masculino.

3. La percepción personal del estado de salud es según Abellán *“uno de los indicadores más consolidados y fácilmente preguntados en las encuestas de salud. (...) A pesar de que las medidas de la percepción del estado de salud son subjetivas (y variables según responda el propio entrevistado), se acepta una estrecha relación entre la valoración de la salud y otras consecuencias de la misma”*. Abellán García, A. (2003). “Percepción del Estado de Salud”. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, vol. 13, núm. 5, Nexus Publishing, 340-342.

Este proyecto se sostiene en dos pilares fundamentales. Por un lado, los derechos humanos de las personas privadas de libertad (PPL) establecidos en los estándares internacionales y la Constitución Nacional. En este sentido, cabe señalar que la deficiente atención médica en las cárceles argentinas fue expuesta como una de las preocupaciones principales del Subcomité para la Prevención de la Tortura de Naciones Unidas (SPT) en su informe y sus recomendaciones al Estado Argentino⁴. Pero además, esta investigación parte de la premisa de que la salud de las personas privadas de libertad representa un aspecto importante de la salud de la comunidad en general y que a las personas detenidas se les debe garantizar al menos una asistencia sanitaria equivalente a la existente en la comunidad⁵.

El tema de la atención a la salud ha sido abordado de diferentes formas en los últimos años por la PPN en diversas líneas de trabajo. Por ejemplo, a partir del trabajo focalizado en muertes en el encierro ya sea por enfermedades o falta de atención médica, suicidios o situaciones de violencia⁶. Además, recibimos demandas y reclamos por parte de las personas detenidas

4. Subcomité para la Prevención de la Tortura de la ONU, *Informe sobre la visita a Argentina del Subcomité para la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, CAT/OP/ARG/I, 27 de noviembre de 2013.

5. Regla 24 de las Reglas Mandela. Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos; Asociación para la Prevención de la Tortura, *Detention Focus*, “Servicios de atención médica”, disponible en <https://www.apr.ch/detention-focus/es/themes/6/?vg=-1>; World Health Organization, *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007.

6. Ver al respecto: Procuración Penitenciaria de la Nación, *Morir en prisión. Fallecimientos bajo custodia penitenciaria y responsabilidad estatal*, Cuadernos de la Procuración Penitenciaria de la Nación, Buenos Aires, 2020. Y también los capítulos sobre muertes bajo custodia de los Informes Anuales de la PPN. Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2018. La situación de los derechos humanos en las cárceles federales de la Argentina*, Buenos Aires, 2019, pág. 219-256; Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2017. La situación de los derechos humanos en las cárceles federales de la Argentina*, Buenos Aires, 2018, pág. 371-412; Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2016. La situación de los derechos humanos en las cárceles federales de la Argentina*, Buenos Aires, 2017, pág. 259-300.

por deficiente atención a la salud, que son abordadas en forma transversal por los equipos profesionales de la PPN, y en particular a través de las intervenciones del equipo de médicos —que visitan a las personas detenidas que lo requieren— y del equipo de salud mental. Estas intervenciones nos brindan información sobre las principales demandas y problemáticas que plantean las personas detenidas⁷, y dan cuenta de la necesidad de realizar un diagnóstico riguroso que recupere sus experiencias y la de los operadores de salud en las prisiones.

En Argentina y en la región son muy pocos los estudios que se han realizado sobre esta temática⁸. Por eso, nos propusimos

7. Ver al respecto los capítulos sobre acceso a la salud de las personas presas de los Informes Anuales de la PPN. Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2018. La situación de los derechos humanos en las cárceles federales de la Argentina*, Buenos Aires, 2019, pág. 290-306; Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2017. La situación de los derechos humanos en las cárceles federales de la Argentina*, Buenos Aires, 2018, pág. 465-483; Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2016. La situación de los derechos humanos en las cárceles federales de la Argentina*, Buenos Aires, 2017, pág. 356-381.

8. En Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación llevó a cabo un estudio sobre prevalencia de enfermedades infectocontagiosas en el SPF, ver: Ministerio de Salud de la Nación, *Estudio de prevalencia de VIH, sífilis, hepatitis virales y tuberculosis en personas en contextos de encierro en unidades del Servicio Penitenciario Federal*, Dirección de Sida y ETS, Argentina 2017. En relación al Sistema Penitenciario Bonaerense en el año 2013 la Universidad Nacional de Lanús efectuó una auditoría sobre el sistema de salud, ver: Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús, *Salud en cárceles. Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014*, Cuadernos del ISCo, 2020. Desde el ámbito de la sociedad civil, en el año 2006 ANDHES realizó una investigación sobre la problemática del VIH/SIDA en personas privadas de libertad en dos cárceles de la Provincia de Tucumán, ver: ANDHES, *Derecho a la Salud y VIH/Sida en Personas Privadas de su Libertad*, 2006. Por otro lado, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación publicó un informe sobre Atención y cuidado de la salud de personas privadas de libertad, que contiene además el Plan Estratégico de Salud Integral en el Servicio Penitenciario Federal 2012-2015. Se trata de una publicación sobre cómo debería ser la atención de la salud de las personas privadas de libertad, pero no contiene información sobre el funcionamiento del sistema sanitario. Ver Kreplak, Nicolás et al., *Atención y cuidado de la salud de personas privadas de su libertad*, CABA, Infojus, 2013. De forma similar, la publicación del año 2003 *Cárceles Saludables* también constituye un documento programático. Ver Wainstein, Celia (Coord.), *Cárceles Saludables: promoviendo la salud para*

hacer este estudio interdisciplinario a partir del cual producir indicadores sobre la atención a la salud en el encierro.

Este proyecto busca analizar el funcionamiento del sistema de salud dentro del Servicio Penitenciario Federal a partir de las percepciones de la población privada de libertad, focalizando en la atención médica y de la salud mental que reciben las personas adultas detenidas en el Complejo Penitenciario Federal I (CPF I) y en el Complejo Penitenciario Federal IV (CPF IV), de varones y mujeres, respectivamente. Esta vez aplicamos la experiencia acumulada de relevar la voz de las personas detenidas que venimos desarrollando desde la PPN a la situación de salud en el encierro. Tomamos como referencia un concepto amplio de salud, que incluye aspectos de la salubridad en el ambiente y de la atención a la salud física y mental.

Con este objetivo, se diseñó una metodología de investigación que atiende a indicadores generales sobre la situación sanitaria en el SPF, y cuestiones específicas a analizarse en el CPF I y el CPF IV, sin perjuicio de que pueda aplicarse esta metodología en otros complejos penitenciarios y unidades de todo el país, haciendo las adaptaciones necesarias en cada caso.

todos, Buenos Aires, Ministerio de Salud / Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación / Representación OPS-OMS Argentina, Organización Panamericana de la Salud, 2003. En el contexto regional encontramos algunos estudios en Brasil, como el realizado en las cárceles del Estado de Río de Janeiro, ver De Souza Minayo, Maria Cecília y Peixoto Ribeiro, Adalgisa, “Health conditions of prisoners in the state of Rio de Janeiro, Brazil”, y otros que analizan en particular la alta prevalencia de tuberculosis en las cárceles, ver Sánchez, Alexandra y Larouze, Bernard, “Tuberculosis control in prisons, from research to action: the Rio de Janeiro, Brazil, experience”; Valença, Mariana Soares et al., “O processo de detecção e tratamento de casos de tuberculose em um presídio”, todos ellos publicados en la *Revista Ciência & Saúde coletiva* vol. 21, no.7, monográfico *Saúde nas prisões: avaliações, políticas e práticas*, Rio de Janeiro, julio 2016. En Paraguay, el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura realizó la investigación *Estado general de personas institucionalizadas, calidad de vida, vulneración de derechos fundamentales de las personas en instituciones de encierro*. MNP. Asunción, Paraguay, 2017. En Colombia, la Defensoría del Pueblo realizó un estudio sobre atención a la salud y condiciones sanitarias en cárceles en el año 2004, Defensoría del Pueblo, Defensoría Delegada para la Política Criminal y Penitenciaria, *Informe sobre prestación de servicios de salud en centros penitenciarios y carcelarios de Colombia*, 2005.

Las unidades penitenciarias fueron seleccionadas para realizar el trabajo de campo teniendo en cuenta sus características y la población que alojan. Se incluyó al CPF I debido a que es uno de los complejos con mayor capacidad de alojamiento de varones pero, además, porque presenta la particularidad de contener al Hospital Penitenciario Central I (HPC). En el caso del CPF IV, debido a que se trata de la prisión que aloja la mayor parte de mujeres cis y trans detenidas en el SPF⁹. Cabe señalar que, en tanto el CPF I contiene al HPC, es posible que sea el establecimiento del SPF con mejores niveles de atención médica. De esta forma, la información que surge de este relevamiento probablemente contenga mejores percepciones que si el estudio se realizara en otras unidades penitenciarias.

Este estudio busca producir información que permita evaluar los procesos de salud-enfermedad, las condiciones sanitarias y la calidad de la atención a la salud en los CPF I y IV del SPF desde una perspectiva de derechos humanos. El objetivo es que sirva para dimensionar los problemas de la salud en el encierro, diseñar políticas públicas que mejoren la atención médica en prisión y poner de manifiesto la necesidad de que el Área de Sanidad se independice del Servicio Penitenciario Federal y pase a depender del Ministerio de Salud de la Nación. Además, buscamos aportar en la construcción de indicadores y herramientas metodológicas para la investigación sociológica y el monitoreo sobre la atención a la salud en el encierro, un campo todavía muy poco desarrollado en Argentina y en la región.

OBJETIVO GENERAL

Producir información sobre el sistema de salud del SPF desde una perspectiva de derechos humanos, focalizando en los procesos de salud-enfermedad, las condiciones sanitarias y la atención

9. Al 31 de diciembre de 2018, el CPF I alojaba 2.231 personas y el CPF IV a 693, de un total de 13.358 personas presas en cárceles federales, según el parte de población del Servicio Penitenciario Federal.

a la salud que reciben las personas detenidas alojadas en los CPF I y IV de Ezeiza.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la información epidemiológica en el SPF, a la luz de las políticas implementadas.
- Producir información sobre las experiencias y las percepciones de las personas detenidas alojadas en los CPF I y IV en relación con la calidad de la atención a la salud, el trato que reciben por parte del personal de salud y el impacto del encierro en su salud física y mental.
- Analizar las percepciones del personal de salud que trabaja en los CPF I y IV respecto del funcionamiento del sistema de salud, los principales desafíos en materia sanitaria, los recursos disponibles y las políticas/medidas implementadas.
- Producir información sobre la estructura y la administración de recursos del sistema sanitario, y las dinámicas y prácticas institucionales en materia de atención a la salud (física y psicológica) a las personas detenidas.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Para el desarrollo de este estudio nos formulamos múltiples preguntas de investigación, de diverso contenido y alcance. Entre ellas se destacan:

- ¿Cómo se organiza el sistema de salud en el SPF? ¿Qué relaciones se establecen con el sistema público de salud? ¿Qué función cumple el HPC de Ezeiza dentro del sistema sanitario del SPF?
- ¿Cuáles son las enfermedades prevalentes y las principales causas de mortalidad en el encierro? ¿Qué políticas se han implementado desde el SPF para reducir la incidencia de la mortalidad y qué alcance han tenido? ¿Cuáles son los desafíos en materia de prevención y promoción de la salud física y mental en el encierro?

- ¿Cuáles son las percepciones de las personas detenidas respecto de la atención a la salud que reciben, el trato de los trabajadores de la salud y la evolución de su salud en el encierro?
- ¿Cuáles son las percepciones y las evaluaciones de los trabajadores de la salud respecto del funcionamiento del sistema de salud en la cárcel, la calidad de la atención a la salud que reciben las personas detenidas y los desafíos existentes? ¿Cuáles son sus percepciones respecto del impacto de las condiciones de detención en la salud de las personas detenidas?

Tanto los objetivos —general y específicos— como la metodología de investigación fueron diseñados a los efectos de comenzar a delinear las primeras respuestas a estas preguntas y a efectuar recomendaciones y propuestas concretas para mejorar el acceso a la salud de las personas privadas de libertad.

El proyecto Opcat

ESTA INVESTIGACIÓN FUE REALIZADA con el apoyo del Fondo Especial del OPCAT, en el marco del proyecto “Fortalecimiento de las capacidades de los MNP de Argentina en el monitoreo de los sistemas de salud en el encierro” presentado por la PPN a principios de 2018 y otorgado por el Fondo OPCAT en noviembre de 2018.

El proyecto focaliza en dos recomendaciones que efectuó el Subcomité para la Prevención de la Tortura en su informe de 2013 luego de su visita a nuestro país¹⁰. La deficiente atención médica en las cárceles argentinas fue una de las preocupaciones principales expresadas por el SPT y en sus recomendaciones al Estado Argentino señaló que:

50. El Estado debe garantizar la asistencia médica efectiva en todas las cárceles durante las 24 horas del día, 7 días a la semana. Todo examen médico, incluyendo los de ingreso a las unidades penales, debe efectuarse respetando estrictamente el derecho a la privacidad y a la confidencialidad. Los informes médicos deben poder incluir una referencia a la posible causa de una lesión que indique la PPL.

54. El SPT recomienda que los servicios médicos sean provistos directamente por el Ministerio de Salud a nivel federal y provincial. Asimismo, recomienda al Estado parte que establezca un sistema de exámenes independientes de conformidad con el

10. Subcomité para la Prevención de la Tortura de la ONU, *Informe sobre la visita a Argentina...* CAT/OP/ARG/1, 27 de noviembre de 2013, op.cit.

Protocolo de Estambul, en virtud del cual médicos forenses y psicólogos calificados lleven a cabo exámenes exhaustivos cuando tengan indicios de que el detenido haya podido ser sometido a tortura o malos tratos.

En esta misma línea, las Reglas Mandela incluyen aspectos específicos sobre salud en el encierro. Esta normativa dispone, entre otras cuestiones, que desde el Estado se garantice a las personas detenidas el acceso a la salud física y mental de un modo gratuito con los mismos servicios que se ofrecen fuera de la cárcel. Se advierte a su vez que se debe garantizar la continuidad del tratamiento entre el momento de la libertad y la detención. Además, señalan que el personal de salud debe actuar con independencia y que la gestión debe realizarse desde el área de salud pública (Regla 24)¹¹.

Desde la PPN agradecemos el reconocimiento y el apoyo que significó el financiamiento de nuestro proyecto de investigación por el Fondo OPCAT, a partir del cual hemos realizado además talleres en relación al (in)cumplimiento del Protocolo de Estambul y de Minnesota, cuestiones centrales sobre el papel de los médicos que trabajan en contextos de encierro desde una perspectiva de derechos humanos. Estos talleres fueron brindados en la Academia Nacional de Medicina (CABA) durante los meses de octubre y noviembre de 2019, y en las provincias de Chaco, Mendoza y Misiones. Estos últimos fueron organizados con la colaboración de las delegaciones de la PPN y los Mecanismos Locales de Prevención de la Tortura, con quienes también mantuvimos reuniones de trabajo para compartir los resultados preliminares y primeras conclusiones de la investigación.

De este modo, buscamos complementar dos aristas que consideramos centrales de la atención médica y la prevención de malos tratos y torturas en el encierro, en lo que compete en especial a los trabajadores de la salud en las cárceles de todo el

11. Las Reglas Mandela fueron revisadas en el año 2015. Incluyen un apartado específico sobre salud en el encierro desde la Regla nro. 24 a la 46. Para más información ver https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-S-ebook.pdf

país. Es posible acceder a los registros de las tres jornadas de los talleres realizados en la Academia Nacional de Medicina en la web de la PPN¹².

12. <https://ppn.gov.ar/institucional/portales/taller-de-capitacion-para-promover-el-cumplimiento-del-protocolo-de-estambul>

Metodología de investigación

PARA REALIZAR ESTE ESTUDIO se optó por una estrategia metodológica que combinó técnicas cualitativas y cuantitativas¹³, incluyendo encuestas a personas privadas de libertad y entrevistas semiestructuradas tanto a población privada de libertad como a personal de salud; dos visitas al HPC del CPF I y una visita al Centro Médico del CPF IV; también solicitud de información al Área de Salud del SPF y análisis de fuentes secundarias sobre los procesos de salud-enfermedad y muertes en el encierro.

En la encuesta a personas detenidas indagamos sobre diferentes aspectos relacionados con su salud y la atención a la salud que reciben desde su ingreso al SPF.

Se efectuaron un total de 200 encuestas: 135 a varones detenidos en el CPF I y 65 a mujeres cis y trans detenidas en el CPF IV. Se trató de una muestra no probabilística intencional, por cuotas definidas en función de dos criterios: a) el tiempo de detención y b) el sector de alojamiento.

En relación con el tiempo de detención, se confeccionaron dos instrumentos de recolección de datos para aplicar a:

13. Hernández Sampieri, R. y otros (2010): *Metodología de la investigación*. Mc. Graw Hill Ed., México, p. 26.

- Personas cuyo ingreso a prisión se hubiera producido entre uno y tres meses antes del momento de la entrevista (*Instrumento A - Para Ingresos recientes*)
- Personas detenidas desde hace más de un año (*Instrumento B - Para población general*)

En ambos casos, los cuestionarios tuvieron baterías de preguntas específicas sobre algunas características relevantes de la atención a la salud. Estas baterías de preguntas se aplicaron en el caso de personas que refirieron *consumos problemáticos*, que padecían *enfermedades crónicas* o que estuvieran *próximas a egresar* dentro de los seis meses posteriores al estudio¹⁴.

Respecto del criterio del lugar de alojamiento, se encuestó a personas detenidas alojadas en todas las unidades residenciales que componen el CPF I y el CPF IV. La muestra fue de tipo no probabilística, intencional por cuotas¹⁵ delimitadas en base a la distribución de personas alojadas en cada sector calculada en base a la síntesis semanal de población correspondiente al 31 de diciembre de 2018. El tamaño de la muestra alcanzó al 7% de las personas detenidas para esa fecha en el CPF I y al 10% de alojadas en el CPF IV¹⁶.

14. Definidos como aquellos detenidos que egresarán por agotamiento de su condena en los próximos seis meses.

15. Hernández Sampieri, R. y otros (2010): op. cit., p. 397.

16. No fueron incluidas aquellas personas alojadas en los espacios de internación de salud mental que funcionan dentro de ambas prisiones debido a que la especificidad de esos dispositivos excede el objeto de este relevamiento y entendemos que requiere de abordajes particulares. Al respecto pueden consultarse los informes del Equipo de Salud Mental de la PPN publicados en los Informes Anuales del Organismo.

Tabla: PPL encuestadas en el CPF I de Ezeiza según unidad residencial de alojamiento

	Frecuencia	Porcentaje
UR 1	28	20,7
UR 2	30	22,2
UR 3	21	15,6
UR 4	24	17,8
UR 5	8	5,9
UR ingreso	24	17,8
Total	135	100,0

Fuente: Investigación sobre Salud y Atención Médica en cárceles federales - PPN

Tabla: PPL encuestadas en el CPF IV de Ezeiza según pabellón de alojamiento

Pabellón	Frecuencia	Porcentaje
1	14	21,5
2	17	26,2
3	10	15,4
4	18	27,7
5	3	4,6
11	3	4,6
Total	65	100,0

Fuente: Investigación sobre Salud y Atención Médica en cárceles federales - PPN

Considerando que la distribución por sectores de alojamiento del CPF I incluye una unidad residencial formalmente designada para el alojamiento de personas recién ingresadas, se respetó esa segmentación y allí aplicamos exclusivamente el *Instrumento A - Para Ingresos recientes*. En las unidades

residenciales restantes aplicamos el instrumento de recolección para el segundo grupo (*Instrumento B - Para población general*).

Para el diseño de los instrumentos de relevamiento tuvimos en cuenta las intervenciones de la PPN, las guías de la Asociación para la Prevención de la Tortura (APT)¹⁷ y de Harm Reduction International¹⁸, la normativa nacional e internacional¹⁹, las investigaciones disponibles en la materia y la Lista de Verificación emitida por el SPT en mayo de 2019²⁰.

Como complemento de la información cuantitativa relevada en las encuestas, identificamos algunos casos de especial sensibilidad en los que las PPL manifestaron dificultades específicas para acceder a la atención médica y/o casos de extrema gravedad. Estas personas seleccionadas estratégicamente fueron entrevistadas en una segunda instancia del trabajo de campo. En estos casos, la muestra fue de tipo no probabilístico

17. Asociación para la Prevención de la Tortura, *Monitoreo de lugares de detención. Una Guía Práctica*, Ginebra, 2004; Asociación para la Prevención de la Tortura, *Detention Focus*, “Servicios de atención médica”; “Atención de salud para grupos específicos”; “El personal de atención sanitaria”. Disponible en <https://www.apt.ch/detention-focus/es/themes/6/?vg=-1>

18. Gen Sander, *Monitoreo del VIH, VHC, TB y Reducción de Daños en Prisión: Instrumento para la prevención de malos tratos, basado en los Derechos Humanos*, Harm Reduction International, diciembre de 2015; Gen Sander, *VIH, VHC, TB y Reducción de Daños en Prisiones: Derechos Humanos, Estándares Mínimos y Monitoreo a Nivel Europeo e Internacional*, Harm Reduction International, febrero de 2016.

19. Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Mandela), en especial Reglas 25, 26, 27, 30 y 31; Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, en especial Principio IX; Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Naciones Unidas, 2004; Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud; Ley Nacional de Ejecución Penal 24.660, en especial arts. 143 a 152; Boletines Públicos Normativos del SPF, en especial BPN 377, 398, 519, 619, 620, 621, 636, 649, 655, 665, 668, 695 y el Plan Estratégico de Salud Integral en el Servicio Penitenciario Federal. 2012-2015.

20. Subcomité para la Prevención de la Tortura de la ONU, *Lista de verificación de los mecanismos nacionales de prevención sobre cuestiones de atención sanitaria relacionadas con la vigilancia de los lugares de reclusión*, CAT/OP/7, 24 de mayo de 2019.

intencional por conveniencia²¹, muy frecuente en este tipo de relevamientos cualitativos.

Por otra parte, mantuvimos entrevistas semiestructuradas con el personal de salud del Servicio Penitenciario Federal de los equipos médicos del CPF I y del CPF IV. Para ello, utilizamos una muestra no probabilística intencional conocida como “bola de nieve” o por redes²².

Además, los días 17 y 21 de octubre de 2019 se llevaron a cabo dos visitas al HPC del CPF I y al Centro Médico del CPF IV, respectivamente, en las que el equipo de la PPN estuvo acompañado por sendas consultoras médicas externas a nuestro organismo que elaboraron un informe técnico de las visitas. Ambas recorridas tuvieron por finalidad evaluar el funcionamiento de las áreas de salud para complementar el relevamiento sobre percepción de la calidad de la atención a la salud por parte de las personas detenidas. Como parte del trabajo de campo, analizamos información oficial del SPF para dar cuenta de los procesos institucionales, las dinámicas y las prácticas de los profesionales de salud. El corpus sobre el cual trabajamos estuvo compuesto por diversos registros internos como libros de guardia y de ingresos, e historias clínicas de pacientes seleccionadas al azar. También incluimos la revisión de un grupo específico de historias clínicas de personas detenidas que denunciaron situaciones de malos tratos y torturas a la PPN durante el primer semestre de 2019, para evidenciar en qué medida se cumple —o no— el Protocolo de Estambul. Estos casos fueron tomados de la Base de Datos de Casos de Tortura y Malos Tratos Investigados y Documentados por la PPN.

La información que surgió del trabajo de campo fue complementada con fuentes secundarias. Con este objetivo, solicitamos información oficial sobre los procesos de salud y enfermedad, a nivel general en la Dirección de Sanidad del SPF, y en particular a los CPF I y IV. En concreto solicitamos datos sobre: a) protocolos y normativas de atención b) recursos, estructura y

21. Hernández Sampieri, R. y otros (2010): *Metodología de la investigación*, op. Cit., p. 401.

22. Ib., p. 399.

equipamiento c) servicios de atención médica disponibles d) defunciones, población con enfermedades crónicas y pacientes bajo tratamiento/indicadores de morbi-mortalidad en el encierro, e) procesos de atención médica (solicitudes de turnos, prácticas intra/extramuros, internaciones y consultas ambulatorias intra/extramuros). También se consideraron los documentos oficiales que hacen referencia a la atención sanitaria en el encierro, por ejemplo, el Plan Estratégico de Salud 2012-2015.

Además, a los fines de identificar problemáticas y regularidades sobre la mortalidad en prisión, fueron considerados los informes producidos por el Equipo de Fallecimientos en Prisión de la PPN, así como los informes del Equipo de Salud de la PPN, tanto de los médicos como de los profesionales de la salud mental.

El equipo de trabajo estuvo conformado por integrantes de la Dirección General de Protección de Derechos Humanos (DGPDH) y del Observatorio de Cárceles Federales (OCF), involucrando una gran cantidad de profesionales del organismo, lo que aportó mucha riqueza a lo largo de todo el proceso de investigación y sirvió como instancia formativa y capacitadora de los propios equipos.

Estuvieron a cargo de la dirección, coordinación de equipos, diseño metodológico y redacción del informe de investigación Andrea Triolo, Marta Monclús, Anabella Museri, Jennifer Wolf y Bernarda García. Para la realización de encuestas y entrevistas en profundidad a las PPL y personal penitenciario se contó con la participación de asesores de la Dirección General de Protección de Derechos Humanos y del Observatorio de Cárceles Federales, en particular de las áreas de Extranjeros, Género, Jóvenes, Salud Mental, Metropolitana, Auditoría, Documentación e Investigación de casos de Tortura y Malos Tratos y de Fallecimiento en Prisión: Jessica Lipinszky, Soledad Ballesteros, María Laura Rosetto, Paula Falvella, María Eva Cangiani, Pilar Rejas Lupo, Ana Victoria Grinberg, Ignacio Arriarán, María Laura Bule, Verónica Manquel, Josefina Alfonsín, María Clara Collar Cairoli, Hugo Motta, Andres Lamacchia, María Jose Martínez, Doris Quispe, Julieta Zagari,

Lucía Carbonelli, Mauricio Balbachán, Lucía Pisciotano, Ana Clara Piechestein, Ramiro Gual, Natalia Narvaez, Alan Swiszczy, y Anahí Studer, que participaron además de varias reuniones de puesta en común de los resultados de la investigación. En el procesamiento de datos y revisión del informe también colaboró Lucía Pisciotano. Durante todo el proceso de investigación se trabajó con el responsable del área médica Humberto Metta, y los médicos Rodrigo Salas y Diego Cukier; y con el Equipo de Salud Mental encabezado por Liliana Martínez e integrado por Guido Crivaro, Elisabet Eterovich, Luciana Metta y Mauro López, quienes participaron de cada una de las etapas de la investigación haciendo importantes aportes.

El desarrollo de la investigación con el apoyo del fondo OPCAT de Naciones Unidas fue posible además gracias a la intervención de la Dirección de Cooperación y Asuntos Internacionales encabezada por Mariana Sheehan, así como por toda la colaboración en la gestión de los fondos de la Subdirección General de Gestión Administrativa, encabezada por Maximiliano Sheehan.

Además, las médicas Rosana Pellegrino y Luciana Prozzillo nos acompañaron en sendas visitas de monitoreo de espacios médicos y hospitalarios en el CPF I y CPF IV de Ezeiza y elaboraron informes técnicos que fueron usados en la investigación. Finalmente contamos con el acompañamiento de Silvina Arrossi, que hizo una lectura detallada del informe y observaciones que nos ayudaron desde su mirada experta en temas de salud comunitaria.

Desafíos de investigación

EL PROCESO DE DEFINICIÓN de la metodología de investigación, el trabajo de campo y la interpretación de los datos, trajeron aparejados una serie de desafíos ligados al involucramiento en temas de investigación sobre los que hay poco escrito y, en especial, a los desafíos específicos que impone el análisis de un eje tan sensible como es la salud en contextos de encierro.

El primer punto a mencionar se vincula con la dificultad de delimitar el análisis sobre salud en el contexto de una institución total como es la cárcel, donde casi todos los aspectos de la vida cotidiana hacen a la salud: por ejemplo, las condiciones materiales de detención, el acceso a actividades deportivas y recreativas, la atención médica y psicológica, la alimentación, las prácticas de aislamiento, la violencia carcelaria, el contacto con los familiares, el acceso al aire libre y al sol, pero incluso también a la educación y al trabajo. Aparece entonces como un desafío definir y delimitar el ámbito de estudio y el enfoque de esta investigación y elegir dónde profundizar, teniendo en cuenta la fuerte vinculación que hay entre todos esos aspectos y el impacto que tienen sobre la salud física y mental de las personas detenidas.

Con el objetivo de producir información empírica, optamos por centrarnos en las percepciones de las personas detenidas respecto de la atención a la salud que reciben. También consideramos algunos aspectos de la relación médico-paciente, y otros referidos a la vida en el encierro y el impacto en su salud física y mental. A su vez, incluimos entrevistas a personal médico para identificar qué aspectos son los que problematizan respecto del funcionamiento del servicio de salud en el SPF.

Otro de los desafíos a señalar es que en el marco de las encuestas y las entrevistas con las PPL nos encontramos con algunas dificultades para abordar los temas referidos a los problemas de salud y la evaluación que hacen respecto de la atención que reciben en el encierro. En este sentido, muchas personas detenidas tienen poco acceso al sistema de salud previo al encierro, lo que repercute en sus expectativas y su evaluación sobre la atención a la salud en la cárcel. Por otra parte, en algunos casos identificamos una ausencia de información sobre su estado de salud y sus derechos como pacientes, o que naturalizaban ciertas deficiencias en la atención médica: *es normal porque estamos en una cárcel* es una frase que aparece con frecuencia en el relato de las personas detenidas.

En otro nivel, la falta de información oficial respecto del funcionamiento del sistema de salud en el encierro y sobre las políticas públicas implementadas dificultó el diagnóstico. Los datos estadísticos oficiales son muy precarios: son poco claros e inconsistentes, carecen de sistematicidad, periodicidad y en la mayoría de los casos están incompletos. Esto hace que sea muy difícil sacar conclusiones respecto de información básica, como por ejemplo: información de morbi-mortalidad sobre las personas que ingresan a la cárcel, las enfermedades adquiridas en el encierro y las dinámicas de atención a la salud. Mucho más difícil aún resulta la posibilidad de realizar lecturas rigurosas de los resultados en materia de gestión sanitaria y atención a la salud.

En la búsqueda de paliar algunas de estas ausencias, realizamos entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud que trabajan en el SPF. Indagamos en estos casos respecto de sus percepciones sobre deficiencias en el funcionamiento del sistema de salud.

Por último, cabe señalar que resulta un desafío avanzar en un campo de estudio en el que todavía hay poco escrito en Argentina y en la región, en especial, en lo que respecta a trabajos cuantitativos. Esta investigación presenta una definición metodológica nueva, en la que nos interesa seguir profundizando y ajustando. En este sentido, esperamos que este estudio aporte a los futuros análisis en la materia.

Salud en el encierro: información de la que partimos

COMO VAMOS A VER a continuación, la situación sanitaria en el SPF evidencia muchísimas deficiencias, y la gestión del área de salud sigue bajo la órbita penitenciaria a pesar de lo que disponen la normativa y las recomendaciones internacionales.

INFORMACIÓN SOBRE ENFERMEDADES EN EL ENCIERRO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene dicho que “La salud de los presos se encuentra entre las peores de cualquier grupo de población y las desigualdades suponen tanto un reto como una oportunidad para los sistemas sanitarios de cada país. Las altas tasas de encarcelamiento en muchos países, el hacinamiento resultante, las características de las poblaciones privadas de libertad y la prevalencia desproporcionada de problemas sanitarios en las prisiones deben convertir la salud en las prisiones en un asunto de sanidad pública importante”²³.

23. Brenda J. van den Bergh, Alex Gatherer, Andrew Fraser & Lars Moller, *Privación de libertad y salud de la mujer: inquietudes sobre la sensibilidad de género, los derechos humanos y la sanidad pública*. Boletín de la Organización Mundial de la Salud- Recopilación de artículos - Volumen 89, Número 9, septiembre 2011, 621-700. Disponible en <http://www10.who.int/bulletin/volumes/89/9/10-082842-ab/es/>

Según la OMS, en las cárceles alrededor del mundo se advierten con frecuencia los siguientes problemas de salud en la población detenida²⁴:

- Más del 40% de las personas detenidas sufren problemas de salud mental.
- Muchas personas que ingresan a prisión tienen serios problemas de adicción a drogas.
- Por la sobrepoblación y la deficiente nutrición, las tasas de tuberculosis (TBC) en cárceles superan 84 veces los índices en la población general.
- Las tasas de VIH y hepatitis C son mucho más altas entre las personas presas que entre la población que vive fuera de las unidades.
- Existen mayores posibilidades de cometer suicidios para las personas detenidas.
- Entre el 64 y el 90% de las personas privadas de libertad fuman tabaco.

En relación con las mujeres privadas de libertad, en tanto constituyen una minoría en los sistemas penitenciarios, sus necesidades sanitarias específicas son ignoradas. Gran parte de estas necesidades de las mujeres están relacionadas con temas de salud reproductiva, problemas de salud mental, drogadependencias e historiales de violencia y abuso²⁵.

Al analizar las enfermedades prevalentes en la población detenida en el SPF nos encontramos con que los datos son muy limitados y no se dispone de información actualizada. Según el informe realizado en el marco del Plan Estratégico de Salud Integral en el SPF 2012-2015²⁶ “*las personas privadas de libertad*

24. OMS, Fact Sheet “Prison and health”, disponible en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/250283/Fact-Sheet-Prison-and-Health-Eng.pdf?ua=1

25. Brenda J. van den Bergh, Alex Gatherer, Andrew Fraser & Lars Moller *Privación de libertad y salud de la mujer...*, op.cit.

26. Plan Estratégico de Salud Integral en el SPF 2012-2015, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, octubre 2012. Disponible en <https://bit.ly/32g1Bcn>

no solo poseen los mismos factores de riesgo para desarrollar enfermedades que aquellas que no lo están, sino que además estos se ven incrementados por el contexto de encierro y la falta de libertad” (p. 6). De este estudio surge que la situación epidemiológica y sanitaria dentro del SPF muestra indicadores de enfermedad que superan a los del medio libre: 9 veces en el caso de infecciones por VIH (4 por mil en población general adulta y 29,6 por mil en personas a disposición de la justicia bajo resguardo del SPF) y casi 16 veces en el caso de infecciones por el bacilo de la tuberculosis (3,9 por mil en el SPF y 0,25 por mil en población general). Un estudio del año 2017 realizado por el Poder Ejecutivo de la Nación a partir de una encuesta a detenidos da cuenta de que se sostienen mayores niveles de enfermedades infecciosas en el encierro que en el medio libre²⁷.

Esta información, más allá de que es insuficiente y no está actualizada, muestra la necesidad de que la atención a la salud en prisión no solo se debe equiparar a la del medio libre, sino que exige además un plus, en tanto las personas presas suelen ser colectivos vulnerables que han sufrido una mayor desatención a su salud antes de ingresar a prisión²⁸.

SOBRE ATENCIÓN A LA SALUD Y CONDICIONES SANITARIAS

En este estudio partimos de algunos indicadores cuantitativos e información cualitativa respecto de los problemas en la atención a la salud y las condiciones sanitarias en el SPF. Como cuestión estructural, cabe mencionar las deficientes condiciones de detención en el SPF, que se fueron agravando en los últimos años con el

27. Para más información ver Ministerio de Salud de la Nación, *Estudio de prevalencia de VIH, sífilis, hepatitis virales y tuberculosis en personas en contextos de encierro en unidades del Servicio Penitenciario Federal*, op. cit. Disponible en http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/oooooooo84cnt-2017-12-29_carceles-vih.pdf

28. Gen Sander, *Monitoring HIV, HCV, TB and Harm Reduction in Prisons: A Human Rights-Based Tool to Prevent Ill Treatment*, Harm Reduction International, February 2016.

aumento de la cantidad de personas detenidas y de la sobrepoblación²⁹. Esto genera un entorno con altos niveles de insalubridad en diferentes aspectos: hacinamiento, deficiente alimentación, servicios sanitarios colapsados, falta de agua, temperaturas extremas, plagas, suciedad, largos períodos de encierro en los pabellones (con el aislamiento como caso extremo), falta de acceso al aire libre, altos niveles de ocio, falta de acceso a trabajo y educación y deficiente actividad deportiva, entre otras cuestiones.

Muertes en el encierro

La PPN realiza un minucioso seguimiento de las muertes bajo custodia desde hace más de 10 años, con la finalidad de investigar sus causas, prevenirlas y visibilizar esta problemática. Mediante la aplicación del *Procedimiento para la Investigación y Documentación de Fallecimientos en Prisión*, se efectúan investigaciones en cada uno de los casos que permiten construir una versión propia acerca de lo ocurrido³⁰.

En los últimos 10 años murieron 425 personas en cárceles del SPF³¹. La principal causa de muerte en las cárceles

29. A diciembre de 2010 en las cárceles federales había un total de 9.524 personas presas, y a diciembre de 2019 la cifra ascendía a 14.067. Para más información ver el Informe Anual 2019 de la Procuración Penitenciaria de la Nación disponible en www.ppn.gov.ar. Ante este complejo escenario, la PPN diseñó el proyecto institucional “La sobrepoblación y los problemas en la definición del cupo carcelario en el SPF” que tiene como objetivo el monitoreo permanente e integral del fenómeno desde el 2017.

30. El Procedimiento fue aprobado por Resolución 169/PPN/08 y es aplicado por el Equipo de Investigación de Fallecimientos en Prisión que funciona bajo la órbita del Observatorio de Cárceles Federales. Las investigaciones de la PPN hacen una primera distinción entre muertes violentas y no violentas, recuperando la tradicional propuesta de organismos internacionales, principalmente las Organizaciones Mundial y Panamericana de la Salud. La presencia de una causa externa permite categorizar a la muerte como violenta o traumática, habilitando una segunda clasificación entre suicidios, homicidios, autoagresiones durante medidas de fuerza, accidentes y muertes por torturas. La ausencia de causa externa supone por el contrario la categorización del fallecimiento como no violento o por enfermedad.

31. La información que se presenta a continuación surge del Informe Anual 2018 de la PPN, apartado “V. Muertes bajo custodia estatal”, pp. 219-256. Ver también

federales son las enfermedades —54% de los casos— seguidas por los suicidios y los homicidios, que representan el 18% y 14% respectivamente. Todas estas muertes, de diferente manera, constituyen indicadores importantes respecto de la salud en el encierro. Las primeras están condicionadas por los problemas relacionados con las enfermedades que se adquieren o agravan en el encierro y, sobre todo, con la deficiente atención médica. Las segundas, con la violencia en el encierro y los problemas en materia de atención a la salud mental.

Entre las principales causas de muerte por enfermedad en el SPF durante la última década se incluye la afección al HIV/Sida (65 casos), independientemente de cuál haya sido la patología asociada o que definió el fallecimiento. Por otra parte, entre las 166 muertes por enfermedad sin asociación al HIV/Sida, las patologías más determinantes resultan las cardiopatías y las enfermedades oncológicas, con 33 y 26 casos respectivamente. También se observan como causas de muerte recurrentes aquellas asociadas a insuficiencias respiratorias —18 casos—, hepáticas y renales —17 casos—, y muertes por accidentes cerebrovasculares, con al menos 10 casos. Las muertes por enfermedad suelen concentrarse principalmente en personas detenidas de edad avanzada: mientras en el 20% de las muertes no violentas la edad no superaba los 34 años, eran mayores de 45 el 63% de las personas fallecidas por enfermedad.

El fenómeno de las muertes por enfermedad en el encierro se extiende a lo largo y ancho del sistema penitenciario federal y es un indicador de las deficiencias estructurales en la atención médica en prisión (y de las resistencias del sistema judicial de otorgar arresto domiciliario a las personas con enfermedades graves). Los médicos de la PPN analizaron la información disponible en algunos de los casos de muertes por enfermedad. En al menos 49 ocasiones, dictaminaron que, de acuerdo con las constancias

Procuración Penitenciaria de la Nación, *Morir en Prisión. Fallecimientos bajo custodia y responsabilidad estatal*, op. cit., donde se efectúa un análisis a una década de aplicar el procedimiento. Disponible en www.ppn.gov.ar

médicas reunidas en las actuaciones administrativas y judiciales, el tratamiento brindado resultó inadecuado.

Una adecuada atención médica en el encierro supone la realización de controles preventivos que posibiliten diagnósticos oportunos, y seguimientos, controles y tratamientos adecuados cuando se detecta alguna patología. Para el caso de enfermedades que no pueden ser tratadas adecuadamente en prisión, la justicia debería sustituir el encierro carcelario por arresto domiciliario. Y en los supuestos de personas con enfermedades terminales, el Estado debe garantizar que pasen sus últimos tiempos en su casa junto con sus seres queridos, y evitar el trato cruel, inhumano y degradante que implica atravesar ese período en prisión³².

Atención médica

Según vienen señalando los informes del Área Médica de la PPN, en las cárceles del SPF se priorizan las cuestiones relacionadas al régimen penitenciario por sobre los aspectos médicos y sanitarios. Además, señalan la falta de motivación del personal sanitario penitenciario, la falta de coordinación con el sistema público de atención médica extramuros y la ausencia de planificación de los servicios sanitarios en relación a la población de las prisiones³³. A su vez, en diferentes informes señalan la persistencia de obstáculos estructurales para el acceso a la asistencia médica, y las condiciones sanitarias inadecuadas en todos los establecimientos

32. El art. 32 de la Ley Nacional de Ejecución Penal prevé la concesión de arresto domiciliario en caso de personas especialmente vulnerables, como adultos mayores, mujeres embarazadas o madres de niños/as pequeños, personas con discapacidad cuando en prisión no se puedan garantizar condiciones dignas de vida, personas enfermas cuando el encierro en prisión le impida recuperarse o tratar adecuadamente su dolencia y personas con una enfermedad incurable en período terminal.

33. Ver Área Salud – Médica, PPN, “Consideraciones preliminares para optimizar la asistencia de la salud de la población penitenciaria alojada en establecimientos federales de detención localizados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires”, abril 2012. Publicado en Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2012. La situación de los derechos humanos en las cárceles federales de la Argentina*, 2013, pág. 347-353.

del SPF. Afirman que el fundamento básico del problema sanitario en las cárceles federales se encuentra representado por las siguientes cuestiones³⁴:

- Sobrepoblación y hacinamiento carcelario.
- Profesionales y técnicos subordinados a un régimen jerárquico basado en valores ajenos a la asistencia de la salud, lo que opera en detrimento de la independencia de los facultativos y otros profesionales de la salud.
- Desproporción entre el número de detenidos y el de los agentes de salud, con la consecuente sobrecarga de tareas específicas y otras administrativas no asistenciales. Estas condiciones determinan demoras entre la solicitud de atención médica y la concreción de la asistencia.
- Insuficiente dotación de planteles profesionales, de enfermería y de técnicos. Renuncias de miembros del equipo de salud por agotamiento (*burn out*).
- Carencia de una estructura hospitalaria efectiva para responder a la demanda interna.
- Inadecuada formación profesional y humanística de muchos agentes penitenciarios.
- Burocracia administrativa incompatible con los tiempos y necesidades sanitarias de los alojados.
- Falta de respuesta de la administración penitenciaria y de los niveles superiores extra-penitenciarios de los que depende, ante los reclamos de los responsables de las áreas sanitarias de los diversos complejos y unidades.
- Estructuras edilicias insalubres, con mantenimiento mínimo o nulo.

34. Ver Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2016. La situación de los derechos humanos en las cárceles federales de la Argentina*, 2017, pág. 356-358.

Además, en sus 25 años de actividad la PPN ha recibido y tramitado numerosas quejas y demandas de la población detenida por falta o deficiente atención médica, siendo uno de los reclamos que más a menudo formulan las personas privadas de libertad³⁵.

Asimismo, el Registro Nacional de Casos de Tortura en el año 2019 ha registrado 517 casos de tortura o malos tratos en cárceles federales motivados por “falta o deficiente asistencia de la salud”. Se trata de casos en que la falta o deficiente asistencia a la salud tiene tal gravedad que permite calificarla como un caso de tortura o trato cruel, inhumano o degradante conforme a la Convención contra la Tortura de Naciones Unidas y a la Convención Interamericana para prevenir y sancionar la tortura³⁶.

Por otra parte, las principales deficiencias en materia de atención médica identificadas en las investigaciones iniciadas ante fallecimientos por enfermedad permiten recuperar cuatro instancias especialmente críticas en la inasistencia médica:

- Restricciones y demoras en el acceso a la atención médica por profesionales de la salud frente a las solicitudes de las personas detenidas.
- Poca profundidad/superficialidad en los estudios y revisiones que reciben las personas detenidas, y en los tratamientos que les prescriben: “*para todo te dan un ibupirac*”, suelen decir las personas presas con frecuencia.
- Falta de información de las personas detenidas sobre el resultado de los exámenes, diagnósticos y tratamientos futuros.
- Interrupción, falta de constancia y alteración repentina en los tratamientos y dietas que prescribe el personal médico del SPF sin explicación ni justificación alguna. Esto se relaciona

35. En línea con los datos de años precedentes, en el transcurso del año 2019 la PPN ha recibido 9.933 demandas y consultas relativas a temas de salud, fundamentalmente reclamando por deficiencias en la atención médica, constituyendo el 18,5% de las demandas de intervención recibidas por el organismo en el último año. Ver Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2019. La situación de los derechos humanos en las cárceles federales de la Argentina*, Buenos Aires, 2020, p. 495 y ss.

36. Ver Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2019. Op. cit.*, pp. 254 y ss.

con las formas de gestión penitenciaria. Sucede en especial en el marco de traslados repentinos de unidad, cambios de módulo, alojamientos en celdas de castigo, etc.³⁷.

El problema de la falta de información que le brindan a las personas detenidas ha sido identificado también por el Ministerio de Salud de la Nación: el estudio difundido en 2017 sugiere que “El 62,2% de quienes reconocieron que se les efectuó una prueba para sífilis dentro de la unidad penal indicó que nunca recibieron el resultado. Lo mismo ocurre con el 45,3% de aquellos a los que se les realizaron pruebas para hepatitis B, aproximadamente la mitad en el caso de la hepatitis C y alrededor del 60% de aquellos a quienes se les realizó un test de VIH”³⁸.

Atención a la Salud Mental

En lo que respecta a la atención psicológica y abordajes en salud mental en el encierro, desde el Área de Salud Mental de la PPN³⁹ se han identificado diferentes problemas en el trabajo cotidiano. En este sentido, cabe mencionar que⁴⁰:

37. Ver *Informe Anual PPN 2018...* op. cit., p. 219-256.

38. Ministerio de Salud, *Estudio de prevalencia de VIH, sífilis, hepatitis virales y tuberculosis en personas en contextos de encierro en unidades del Servicio Penitenciario Federal*, 2017, Resumen Ejecutivo, p. 14.

39. El equipo de Salud Mental de la PPN parte de la idea respecto de la salud mental en contextos de encierro de correr el eje de lo psicopatológico e individual. Considerando que las modalidades de la vida cotidiana que se establecen en la cárcel, el régimen penitenciario, el trato, la calidad de los espacios de alojamiento —sobrepoblación—, sus condiciones materiales, la oferta de educación, trabajo, actividad física y recreativa, y el respeto y promoción de los vínculos sociales hacen a una concepción de la salud mental integral, que va más allá de los abordajes “psi”. El encierro y el aburrimiento tanto como la impotencia que suscitan las respuestas arbitrarias por parte de los representantes de la agencia penitenciaria desembocan en muchas oportunidades en respuestas subjetivas que comprometen la integridad psico-física. En esta investigación sostenemos este criterio para el análisis.

40. Este apartado fue realizado a partir del apartado “La salud mental en las cárceles federales” del Informe Anual 2016 de la PPN (p. 477).

- El abordaje en salud mental en prisión es fundamentalmente psico-farmacológico, mientras que se advierte una desproporción preocupante respecto de la oferta de espacios que trabajen con otros recursos.
- La práctica centrada en la medicalización del encierro otorga escaso lugar a la posibilidad de hablar de aquello que aqueja al sujeto con alguien que escuche.
- La prescripción de psicofármacos más bien cancela —y no acompaña o propicia— la escucha de los asuntos personales, y en muchos casos va en el sentido de un redoblamiento de la modalidad tóxica. Se ha observado una clara tendencia a la renovación automática de las prescripciones, las cuales en algunas oportunidades quedan a cargo de personal no idóneo. En otros casos se le prescribe a la persona detenida un “arsenal” farmacológico sin que se pueda interpretar en la historia clínica el sentido de la misma, o el diagnóstico psiquiátrico que fundamente tal prescripción.
- Se advierte además una gran cantidad de población con consumos problemáticos y que la oferta de los dispositivos de atención —los CRD y los grupos AGA⁴¹— no refleja la magnitud de la problemática a abordar.
- No se verifica el debido cuidado de la confidencialidad durante las entrevistas psicológicas.
- Se advierten discontinuidades en los tratamientos, ya sea por traslados de módulos o de unidad. En el primer caso, por lo general, las personas detenidas no pueden continuar con los profesionales que los estaban atendiendo. En el segundo caso, no se advierte una derivación de los profesionales con sus colegas que deberían atender a la persona en la unidad de destino.

Es importante además tener en cuenta las características de la población. En los últimos tiempos se advierte que las personas

41. Los Centros de Rehabilitación para Drogodependientes (CRD) consisten en una modalidad residencial de tratamiento de las adicciones que funciona dentro de algunas cárceles federales, siendo la oferta de plazas absolutamente insuficiente. Por su parte, los grupos AGA (Asistencia Grupal para Adictos) consisten en grupos de trabajo ambulatorios para el tratamiento de las adicciones y, si bien están disponibles en más establecimientos penitenciarios, también involucran un número muy reducido de personas.

detenidas llegan a las cárceles en condiciones de extrema vulnerabilidad, varias de ellas en situación de calle, con mucho deterioro físico y psíquico. Además, muchas personas que ingresan padecen problemas de consumo de sustancias psicoactivas⁴².

En este marco, el equipo de Salud Mental de la PPN identificó en sus monitoreos que el encierro incrementa los niveles de ansiedad y angustia, no solo por la privación de libertad sino también por la falta de contacto con seres queridos, la ruptura de la cotidianidad, el temor por lo que puede suceder en ese espacio, entre muchas otras cuestiones. Todo esto se da en un contexto en el que el tiempo parece *detenido*, muchas veces por la falta de actividades laborales, educativas y recreativas.

A su vez, cabe mencionar algunos aspectos estructurales que anticipan una deficiente atención a la salud mental en prisión. Por un lado, la inclusión de la variable psicológica en la progresividad del régimen y en el programa de tratamiento y la contradicción interna en la idea misma del psicólogo “evaluador”. La acción de cuantificar, obligar y condicionar en salud mental, así como su engarce con el régimen progresivo con objetivos psicológicos que conllevan el reconocimiento del delito, son maniobras que vulneran el derecho a una debida asistencia en salud mental. Abordar la variable psicológica con objetivos a cumplir, en el marco del tratamiento penitenciario, conlleva consecuencias en lo que hace al respeto de aquel derecho⁴³.

Además, el hecho de que los psicólogos evalúen y califiquen a las personas detenidas en el marco del Consejo Correccional, representa una obstrucción para llevar a cabo una asistencia desde el punto de vista de la salud mental.⁴⁴ Esto constituye un

42. La investigación desarrollada por el Centro de Estudios Latinoamericanos sobre Inseguridad y Violencia (CELIV) en el año 2015 halló que el 68% de los entrevistados había consumido marihuana durante los 6 meses anteriores a ser detenido y el 50% pasta base, cocaína y/o crack. Ver CELIV, *Condiciones de vida en la cárcel: Resultados de la encuesta de detenidos condenados*, Informe N° 2, Universidad Nacional de Tres de Febrero, 2015.

43. Procuración Penitenciaria de la Nación, Informe Anual 2016, pg. 477 y ss.

44. La Ley de Ejecución Penal establece un régimen penitenciario progresivo para el cumplimiento de la pena, con cuatro períodos por los que los condenados deben

obstáculo a la labor “terapéutica”, porque genera roces y resquemores entre las personas detenidas y los profesionales, a la vez que resulta ética y legalmente cuestionable.

Por último, es importante tener en cuenta que, en este contexto, los psicólogos deben utilizar muchísimo tiempo en la confección de informes para las calificaciones y otras labores “burocráticas”, lo que va en detrimento del acto de atender al malestar subjetivo y la calidad del espacio terapéutico.

Caso emblemático de deficiente atención médica. Una lectura desde el expediente judicial

A partir de la experiencia de la PPN en el litigio de casos judiciales, también es posible identificar problemas en la atención médica en el SPF. Resulta ilustrativo el caso de Gustavo Benito Aranda, que con 28 años murió dentro de su celda en el CPF II de Marcos Paz el 17 de junio de 2014, luego de una larga agonía y de reclamar asistencia médica reiteradamente durante una semana.

El 25 de marzo de 2014, a los pocos días de ingresar a la unidad, Gustavo fue revisado por un médico del Cuerpo Médico Forense debido a una lesión diafragmática por una herida de arma blanca. El médico señaló que, durante un mes, el paciente debía ser controlado con regularidad y que la existencia de dolor debía ser considerada una pauta de alarma.

El 23 de abril su defensora solicitó atención médica porque tenía dolores en el pecho. El médico que lo atendió el 25 de abril

avanzar —progresar—. Dicho avance dependerá del cumplimiento de los objetivos que la autoridad penitenciaria fije para cada persona detenida en su Programa de Tratamiento Individual. El avance de período a período tiene pautas objetivas, como el tiempo de detención que es necesario cumplir, y subjetivas. Las evaluaciones subjetivas se plasman en la llamada calificación de “Concepto”, basada en pautas de evolución personal fijadas por el Consejo Correccional, que es un organismo multidisciplinario compuesto por el jefe del Servicio Criminológico, el jefe de Seguridad Interna, los jefes de Trabajo, Educación, Asistencia Social y Servicio Médico, más el director del establecimiento, que es el presidente del Consejo. Los psicólogos forman parte de ese Consejo Correccional que trimestralmente evalúa el cumplimiento o no por parte de la PPL de los objetivos fijados, a la vez que desarrollan esta tarea asistencial.

en el CPF II solicitó una radiografía de tórax y que un médico de planta le hiciera un seguimiento.

El 2 de junio Gustavo volvió a recibir atención médica, solo luego de que el juzgado lo ordenara. El médico pidió una radiografía de tórax, pero el estudio recién se realizó el 11 de junio, cuando otra médica lo revisó y volvió a sugerir el estudio.

El domingo 15 de junio, ante un cuadro de dolor abdominal y vómitos, Gustavo fue revisado por una médica de guardia y quedó unas horas en observación en el Centro Médico del CPF II. Luego fue reintegrado al pabellón con control evolutivo. A las pocas horas, solicitó otra vez atención médica.

Durante sus últimas 24 horas con vida, Gustavo fue nuevamente evaluado por el médico de guardia de la unidad, que asoció sus dolores a una epigastralgia, le recetó medicación sintomática y ordenó el reintegro a su celda. Horas más tarde, Gustavo manifestó que persistían los fuertes dolores, y la médica de guardia de la Unidad Médico-Asistencial se limitó a indicarle por teléfono al enfermero del módulo que le suministrase medicación para el dolor, pero no lo controló personalmente. Fue revisado por enfermeros en dos oportunidades más, quienes informaron al Sector Médico que había una urgencia. El profesional concurrió al auxilio dos horas después. Cuando el celador ingresó a la celda para retirar al detenido, lo encontró sin vida.

El Juzgado Federal N° 1 de Morón estuvo a cargo de la investigación judicial por la muerte de Gustavo. La PPN actuó como parte querellante en el proceso. Dos médicos de guardia del CPF II de Marcos Paz fueron procesados por el delito de homicidio culposo. La causa fue elevada a juicio y el debate oral se desarrolló en los primeros meses de 2019 ante el Tribunal Oral en lo Criminal Federal N° 4 de San Martín.

De la autopsia y el peritaje realizados por el Cuerpo Médico Forense surge que Gustavo falleció por congestión y edema pulmonar debido a una perforación gástrica que permitió la presencia de líquido en la cavidad pleural izquierda.

El médico que participó en la investigación desarrollada por la PPN en el marco del *Procedimiento de investigación y*

*documentación de fallecimientos en prisión*⁴⁵, señaló que hubo un error de diagnóstico y que el paciente no recibió el tratamiento adecuado. También quedaron en evidencia diferentes deficiencias en los procedimientos médicos del SPF: demoras en la realización de estudios, falta de revisión o de reacción frente a la información de la historia clínica (ninguno de los médicos que atendieron a Aranda las horas previas a su muerte vio una radiografía de tórax de 5 días antes que mostraba un derrame de líquido en la cavidad pleural izquierda), ausencia de registros necesarios en el libro de guardia para informar a los médicos previo al pase de la situación del paciente, entre otras cuestiones.

El 18 de julio de 2019 el TOCF N° 4 de San Martín dictó sentencia.⁴⁶ Absolvió a los dos médicos imputados. No obstante, en el fallo se señalan problemas en el sistema sanitario. Se advierte que en el caso del Complejo II solo había dos médicos de guardia para más de dos mil internos, que debían realizar múltiples tareas. Y que la estructura no daba en el contexto de la muerte de Gustavo para realizar estudios de control mínimos como radiologías y estudios de laboratorio. Además, quedó probado que los médicos de guardia no tenían acceso a las historias clínicas fuera del horario administrativo (en horario nocturno), y que realizaban la atención médica sin consultar los antecedentes del paciente.

Este caso pone de manifiesto las deficiencias estructurales que tiene la atención médica en las cárceles federales. Fue la primera vez que llegó a juicio oral un caso de muerte en el SPF por deficiente atención médica desde que la PPN dispone de registros.

EL PERSONAL MÉDICO ANTE LA TORTURA: INCUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ESTAMBUL

Además de la atención médica preventiva y ante enfermedades, el personal médico de las unidades penitenciarias tiene un rol clave en el registro de situaciones de violencia, tortura y malos tratos

45. Ver Informe Anual PPN 2018, op. cit.

46. Tribunal Oral Federal de San Martín N° 4, causa FSM/33271/2014/TO1.

en el encierro. El Protocolo de Estambul⁴⁷ dispone en forma detallada los aspectos centrales de actuación y registro ante estas situaciones. Su cumplimiento es fundamental para la prevención y sanción de la tortura y los malos tratos. Según esta normativa, el personal médico debe registrar y mantener en confidencialidad la información que surge en estas situaciones. Esta información es clave para las investigaciones judiciales y administrativas.

Sin embargo, la actuación de los médicos del SPF ante situaciones de malos tratos y tortura también muestra serios problemas. En el marco de esta investigación hemos incluido preguntas específicas al personal médico sobre los protocolos de registro y prevención de la tortura y surgió que existe un claro desconocimiento.

A su vez, en los últimos años hubo algunos hechos resonantes que evidenciaron las deficiencias o la falta de constatación de lesiones por parte de los médicos del SPF ante situaciones de malos tratos y violencia institucional.

Esta cuestión también fue señalada en diferentes decisiones judiciales. Por ejemplo, en marzo del 2019 el Tribunal Oral en lo Criminal Federal de Neuquén dictó sentencia en el marco del proceso de investigación por la muerte de Argentino Pelozo Iturri, ocurrida en el año 2008 como consecuencia de las torturas infligidas por parte de funcionarios penitenciarios en la Unidad N° 9 de Neuquén del SPF. Entre otros funcionarios, el TOCF de Neuquén condenó al médico y al enfermero de la Unidad N° 9 a penas de prisión e inhabilitación por el delito de omisión de denunciar, doblemente calificado por la índole del delito ocultado y por tratarse de funcionarios públicos.⁴⁸ A su vez, en el marco de un habeas corpus colectivo presentado por fiscales y defensores de Lomas de Zamora en el año 2013 ante la sumatoria de hechos de violencia institucional en las unidades

47. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Nueva York y Ginebra, 2004.

48. Tribunal Oral Federal de Neuquén “Vergara, Carlos Roberto y otros s/ imposición de tortura agravada (art. 144 ter inc. 2° y otros)” expte. nro. FGR. 31000047/2008/TO1, sentencia de 20 de marzo de 2019.

de Ezeiza del SPF, se probó que los médicos no documentaron las lesiones de las personas detenidas ni cumplieron con las obligaciones fijadas por la normativa. En agosto de 2018, el juez de primera instancia hizo lugar a la acción y señaló las deficiencias de los procedimientos de los médicos en la constatación de lesiones de las personas privadas de su libertad. Ordenó al SPF que, junto con la PPN y ambos Ministerios Públicos, realice un protocolo de actuación acorde a los parámetros internacionales. Esta sentencia fue confirmada por la Sala III de la Cámara Federal de Apelaciones de La Plata en diciembre de 2018 y por la Sala IV de la CFCP en marzo de 2019⁴⁹.

Tal como fue señalado por los jueces en estos casos judiciales, el rol de los médicos en el registro de lesiones ante hechos de tortura es central para la protección de los derechos de las personas privadas de libertad. Además, el incumplimiento de la normativa internacional en estas cuestiones involucra responsabilidad internacional del Estado por las obligaciones convencionalmente contraídas. Las prácticas de los profesionales médicos que hacen caso omiso de esta normativa implican, por un lado, un agravamiento ilegítimo de las condiciones de detención, teniendo en cuenta que las personas detenidas se encuentran bajo la directa y exclusiva custodia del Estado Nacional, en ámbitos cerrados. A su vez, si no se constatan las lesiones en forma adecuada y no se resguarda la prueba con los recaudos necesarios para poner en marcha los mecanismos institucionales previstos, existen serios obstáculos para la prevención y sanción de la tortura.

49. Cámara Federal de Casación Penal - SALA 4, causa “HABEAS CORPUS. PROCURACIÓN GENERAL DE LA NACIÓN s/ recurso de Casación” (FLP 40716/2016/CFC1). Fallo de 26 de marzo de 2019; Cámara Federal de Apelaciones de La Plata - Sala III, fallo de 4 de diciembre de 2018; Juzgado Federal N° 1 de Lomas de Zamora, causa N° FLP 40716/2016, fallo de 3 de agosto de 2018.

Resultados del relevamiento

EL ÁREA DE SANIDAD EN EL SPF

LA DIRECCIÓN DE SANIDAD es el área dentro de la Dirección Nacional del SPF que se encarga de centralizar las políticas de salud en las cárceles federales y el acceso a la atención médica de las PPL.

La Ley de Ejecución Penal 24.660 dedica unos pocos artículos a regular la cuestión de la asistencia médica de las personas privadas de libertad (arts. 143 y ss.), normativa que quedó obsoleta respecto de los estándares internacionales de derechos humanos aprobados en la última década, como los contenidos en las Reglas Mandela.

Más que como un derecho humano universal, la atención médica y psicológica en las cárceles federales es concebida como parte del tratamiento penitenciario. Esto quiere decir que es parte de lo que se entiende como objetivos de reinserción social y, en este marco, las PPL tienen responsabilidades y objetivos que cumplir que serán evaluados por el consejo correccional del establecimiento penitenciario. De esta evaluación dependerán los avances de la persona detenida en la progresividad del régimen, y también sus posibilidades de egresar anticipadamente de prisión a partir de salidas transitorias y libertad condicional. Esta cuestión expone una tensión importante con las posibilidades de generar un vínculo de confianza entre las PPL y el personal de salud.

Dependencia funcional y conflictos éticos

La atención a la salud de las personas detenidas depende del propio Servicio Penitenciario Federal. Todo el personal sanitario, incluidos médicos, enfermeros, psicólogos, psiquiatras, odontólogos y nutricionistas pertenecen a la estructura institucional del SPF, vertical y militarizada, que responde al Director Nacional del SPF y tiene rangos al igual que los funcionarios penitenciarios encargados de la custodia⁵⁰.

Por su deber profesional, los médicos tienen la obligación de promover la salud de sus pacientes y el deber de confidencialidad frente a ellos. Pero dependen funcionalmente del director del establecimiento penitenciario. Esto los ubica en una doble lealtad, por la que muchas veces su código ético entra en tensión con las funciones que tienen como parte de la jerarquía del SPF⁵¹. Un ejemplo en este sentido es la obligación de los médicos de informar a la autoridad responsable (también agente del SPF pero probablemente con mayor rango) toda lesión que presente una PPL (incluso en los casos que la propia persona lesionada haya solicitado confidencialidad). Otro caso es el deber de revisar a la PPL antes de ingresar a la celda de aislamiento, disposición que de alguna manera los hace partícipes del proceso administrativo de imposición de una práctica que tiene serias implicancias en la salud de las personas detenidas⁵². El caso extremo en el que se pone de manifiesto la contradicción que

50. En la respuesta del SPF al pedido de informes que efectuamos, observamos que en la grilla de guardia del HPC cada uno de los médicos tiene rangos como Adjutor, Subadjutor, Ayudante de 1era, de 2da, de 3ra, etc.

51. Las Naciones Unidas se han ocupado específicamente de las obligaciones éticas del personal de salud que trabaja en el servicio penitenciario en los *Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes* (Adoptados por la Asamblea General de la ONU mediante resolución 37/194 el 18 de diciembre de 1982).

52. Si bien los médicos no son los que deciden la imposición de las sanciones de aislamiento, su participación en el marco de este dispositivo que tiene un alto impacto en la salud de las personas detenidas aparece como una contradicción con su código de ética. Ver APT, *Detention Focus*, “El personal de atención sanitaria”.

implica la dependencia funcional de los médicos respecto de la misma institución a la que tienen la obligación de denunciar, es cuando encuentran indicios en los cuerpos de las PPL de casos de tortura o malos tratos cometidos por autoridades del SPF, tal como dispone el Protocolo de Estambul.

Estos ejemplos reflejan una contradicción estructural: los médicos carecen de independencia respecto de la misma estructura penitenciaria a la que también deberían controlar. De hecho, en las entrevistas realizadas, uno de los médicos señaló *“a veces te genera alguna diferencia de criterio, y como son superiores, tenés que obedecer”* en referencia al intercambio con agentes penitenciarios que se desempeñan en tareas de seguridad.

Por otro lado, un enfermero (CPFI) señaló: *“A veces tenemos que comernos un reto de un jefe, que no sabe que no se debería poner una sonda vesical en un módulo, sino que tenemos la guardia (...) es un jefe de seguridad. Entonces siempre hay una cosa que cuesta hacer entender y muchas veces el jefe, obviamente por desconocimiento, porque él no está en el área de salud, a veces nos cuesta... Por eso nosotros siempre recurrimos a lo que es nuestro jefe médico”*.

En este marco es difícil imaginar que el personal médico pueda cumplir un papel de control en relación con las condiciones de salubridad del ambiente conforme las Reglas Mandela⁵³, así como de las prácticas penitenciarias (por ejemplo, de aislamiento) y mucho más grave aún, que registren y denuncien situaciones de malos tratos y tortura, tal como lo establece la normativa internacional.

53. Regla 35 “Reglas Mandela”: 1. El médico o el organismo de salud pública competente hará inspecciones periódicas y asesorará al director del establecimiento penitenciario con respecto a: a) la cantidad, calidad, preparación y distribución de los alimentos; b) la higiene y el aseo de las instalaciones y de los reclusos; c) las condiciones de saneamiento, climatización, iluminación y ventilación; d) la calidad y el aseo de la ropa y la cama de los reclusos; e) la observancia de las reglas relativas a la educación física y la práctica deportiva cuando estas actividades no sean organizadas por personal especializado.

Estructura de profesionales y recursos humanos

En cada unidad del SPF hay médicos de planta, de guardia, especialistas, enfermeros, psicólogos, psiquiatras y otros profesionales de la salud. Varía la cantidad en cada establecimiento en función de la cantidad de población y de otras variables que no están especificadas.

Tanto los médicos de guardia como los de planta tienen un régimen laboral de 25 horas semanales. Los primeros, trabajan un día a la semana de corrido, mientras que los segundos suelen ir a trabajar a prisión dos o tres días por semana. Por lo general, no se superponen las funciones entre médicos de planta y de guardia, pero en algunos casos la misma persona puede tener los dos roles. La forma de organización y las tareas específicas de los médicos varía entre las unidades.

Hemos intentado calcular la cantidad de médicos en función de la población alojada, pero la información oficial presentada por el SPF en cuanto a recursos humanos en el área de sanidad presenta graves inconsistencias que impiden tener certeza de un dato tan simple como la cantidad de profesionales de la salud por establecimiento penitenciario⁵⁴. Esto impide sacar conclusiones básicas respecto de los recursos humanos, e ilumina sobre graves deficiencias en la administración de la información necesaria para la planificación del funcionamiento del área.

Ingreso del personal médico al SPF: ausencia de capacitación

La mayoría del personal médico entrevistado señaló que optó por este trabajo en busca de estabilidad laboral. Por lo general complementan este trabajo con otros empleos en hospitales.

Del trabajo de campo surge que, en su mayoría, los profesionales de la salud no reciben ninguna preparación ni capacitación para trabajar en contexto de encierro, a pesar de que casi

54. La información fue proporcionada por la Dirección de Sanidad del SPF con fecha del 28 de mayo de 2018. En el cuadro con la cantidad de profesionales por unidad se advierte que, al sumar todos los datos de médicos y enfermeros, no coincide con el total que figura en el cuadro.

todos lo consideran como una cuestión central dadas las dificultades específicas que involucra la tarea. Por ejemplo, una de las médicas entrevistada señaló: “*Yo no sabía lo que era un resguardo*⁵⁵, *me enteré por las internas*”.

Tampoco surge que existan capacitaciones específicas respecto del Protocolo de Estambul, y las obligaciones que trae aparejadas en relación con el registro y la documentación de casos de tortura y malos tratos en el encierro. De hecho, señalaron que necesitan preparación para “*el manejo de lesiones, la descripción de las lesiones, toda esa parte legal que uno tiene vista en la facultad, pero no es tan específico*”. Además, afirmaron que necesitan capacitaciones para el manejo de situaciones de violencia y de casos de intentos de suicidio.

Información sobre la población penitenciaria

La información estadística del SPF es muy poco consistente y no hay datos que den cuenta cierta de las principales enfermedades y necesidades de las PPL en términos de salud. Preocupa la ausencia de esta información en tanto es central, no solo para analizar el funcionamiento del sistema sanitario en el SPF, sino también para la gestión cotidiana y para evaluar posibles intervenciones y ajustes en materia de políticas públicas.

En el marco del pedido de informes efectuado para esta investigación, pudimos observar que la información estadística del SPF sobre enfermedades de la población detenida se centra básicamente en las enfermedades infecciosas⁵⁶, las cuales son re-

55. El “resguardo” está regulado en el BPN n° 500 del SPF, técnicamente es denominado “Resguardo de Personas en Situación de Especial Vulnerabilidad”, y es una medida de carácter excepcional, subsidiaria, limitada en el tiempo, voluntaria y sujeta a control periódico, que procura reforzar la protección de la integridad física y psíquica de las PPL alojadas en cualquier establecimiento dependiente del SPF. Es una medida de naturaleza individual, no colectiva. La medida puede ser dispuesta por orden judicial o por el SPF.

56. En el informe remitido por el SPF en fecha 28-05-2028 se menciona que durante los años 2015 y 2016 se registraron un total de 344 y 250 casos de infección por el VIH, lo que correspondería a un 3,34 % 2,27% respectivamente del total de la población carcelaria en ese momento (10.274 en el 2015 y 10.968

portadas en el marco del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Respecto de otras enfermedades, los datos son confusos y resulta difícil diferenciar si se trata de enfermedades crónicas, de dolencias esporádicas o de casos en que se brindó atención médica.

Frente a la ausencia de datos cuantitativos, en el marco del relevamiento consultamos a los médicos que entrevistamos sobre los principales problemas de salud que identifican en la población detenida. Algunas de las respuestas que obtuvimos fueron: *“Según la época del año: las bronquitis en el invierno son lo más habitual. Como tenemos una población muy grande, tenemos variadas patologías, desde las gastroenterológicas (...) y la parte respiratoria, pero también tenemos pacientes con TBC, con HIV, insuficiencias renales... tenemos gente con diálisis (...) he llegado a tener dos pacientes con diálisis simultánea, que lo tenían que llevar a dializar 2 o 3 veces por semana”*.

Otro médico sin embargo señaló: *“Es una población sana (...) Si vos ves la mayoría de los requerimientos es por un ibuprofeno o crema para los hongos, realmente no es patología”*. Además, señalaron el problema de las adicciones, y la frecuencia de personas que llegan con heridas de arma blanca o son lesionadas en prisión.

en el 2016). Por otro lado, de acuerdo con los datos proporcionados por el SPF, el número de pacientes con tuberculosis (TBC) registrados durante los años 2015, 2016 y 2017 suman 111 pacientes (35, 38 y 38 respectivamente). Respecto de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB), el SPF informó 32 casos en 2015 y 35 en 2016. En el caso de la hepatitis por el virus C (VHC), informó de 25 casos en 2015 y 33 en 2016. Los casos informados de VHB y VHC corresponden solamente a los coinfectados con VIH, de modo que podría haber un subregistro en la detección de la Hepatitis. De hecho, en un informe referido únicamente al HPC del CPF I de Ezeiza se consigna el seguimiento de 40, 45 y 55 pacientes infectados por el VHC durante los años 2015, 2016 y 2017 respectivamente, sin aclarar su condición de coinfección o no con el VIH. Respecto de la sífilis, el informe recibido del SPF no contiene información. El HPC informa para los años 2015, 2016 y 2017 la cantidad de 122, 135 y 150 casos de seguimiento y de serología reactiva de personas con la infección.

LOS COMPLEJOS PENITENCIARIOS FEDERALES I Y IV DE EZEIZA

El CPF I aloja aproximadamente a 2.200 varones privados de su libertad⁵⁷ y está compuesto por 7 Unidades Residenciales o módulos, y el Hospital Penitenciario Central. Los diferentes módulos alojan población diversa y funcionan como unidades autónomas descentralizadas desde lo administrativo y operativo, con dependencia funcional del Director del Complejo. Todas las unidades residenciales o módulos comparten áreas y servicios centrales del Complejo (sectores de ingreso, selección y tránsito, área de sanidad, visitas, requisa, trabajo, economato, mantenimiento, administración financiera, recursos humanos, judicial, entre otros). En la PPN recibimos varios pedidos de intervenciones de PPL alojada en este Complejo, muchos de ellos por atención médica⁵⁸.

Por su parte, el CPF IV es el mayor establecimiento penitenciario para el alojamiento de mujeres del SPF, y desde la entrada en vigor de la Ley de Identidad de Género también aloja a mujeres trans. Tiene una capacidad declarada de alojamiento para 552 personas y a diciembre de 2018 alojaba un total de 693, lo que implica un 25% de sobrepoblación⁵⁹.

Personal médico en el CPF I

Para este estudio nos hemos interiorizado en la estructura del Hospital Penitenciario Central (HPC), que funciona como el área

57. La capacidad operativa informada por el propio SPF es de 1943 cupos según las estadísticas de SNEEP de 2018, por lo que se encuentra en situación de sobrepoblación.

58. La PPN cuenta con un Centro de Denuncias que tiene como función recibir y procesar toda denuncia, solicitud o reclamo formulado por vía telefónica, en el marco de visitas o monitoreos, por correspondencia y/o cualquier otro medio de comunicación, que realice toda PPL o familiar de esta, su apoderado y/o defensor. A lo largo de 2019, de 3.014 pedidos de intervenciones efectuados a la PPN por detenidos en el CPF I, la mayoría fueron por acceso a la justicia (631), atención de la salud (504) y derechos laborales (399). Ver Procuración Penitenciaria de la Nación, Informe Anual 2019.

59. Ver SNEEP 2018, disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_sneep_spf_2018.pdf

de salud del CPF I a la vez que como hospital penitenciario de referencia del SPF, y es considerado un hospital de mediana complejidad. Continúa bajo la órbita del Jefe del CPF I, a pesar de que en el 2017 se resolvió su autonomía y dependencia de la Dirección de Sanidad del SPF⁶⁰. Se trata de un área que a su vez no tiene ningún tipo de control desde el Ministerio de Salud de la Nación.

En relación al personal médico en el HPC, según datos del SPF⁶¹, hay en total 21 médicos de guardia (3 por día), 3 médicos de planta, 2 médicos jefes de diagnóstico y tratamiento y 51 enfermeros. Hay también: 3 kinesiólogos (3 veces por semana), 2 cardiólogos (2 y 3 días), 1 dermatóloga (3 días), 1 neurólogo (3 días), 1 oftalmólogo (3 días), 2 traumatólogos (2 y 3 días), 1 diabetólogo (3 días), 2 infectólogos (3 días cada uno), 34 médicos de diagnóstico (que van entre 2 y 5 días), y 2 farmacéuticos (que van 3 y 4 días), 7 odontólogos que por lo general van 2 días por semana (no se informa el horario) salvo 2 de ellos que van 3 días, y 2 técnicos en prótesis dental que asisten 3 días por semana (tampoco se informa en qué horario).

Por otra parte, en el CPF I hay 7 médicos de planta (1 por módulo, que van 3 días, salvo los de los módulos 2 y 3, que van solo 2 días).

Los médicos de planta atienden a las personas detenidas que solicitan turnos (llamados audiencias en el ámbito penitenciario) y hacen el seguimiento de los pacientes con patologías crónicas. Por lo general, tienen asignada una unidad residencial específica del complejo penitenciario y allí atienden a los detenidos en un pequeño consultorio al interior de cada módulo. Cabe destacar que la atención médica en el módulo se da sin que los médicos tengan el respaldo de las historias clínicas con ellos. Solo una vez finalizada la atención, el médico va al HPC para completar la historia clínica correspondiente. Del trabajo de campo surge que los médicos no hacen recorridos por los pabellones para verificar condiciones materiales y de salubridad conforme lo establecen

60. Resolución publicada en el BPN N°65 del mes de noviembre de 2017.

61. Datos entregados por la Dirección de Sanidad del SPF el 13 de Julio de 2019 a partir de una solicitud de información complementaria de la PPN.

las Reglas Mandela (Regla 35) ni para brindar información sobre prevención de enfermedades, recordar la importancia de chequeos preventivos o informar a las personas detenidas sobre las vías para solicitar atención médica. La investigación muestra que las consultas médicas son casi exclusivamente a demanda de las personas detenidas, quienes por lo general deben solicitar la atención médica por escrito.

Los médicos de planta son también quienes realizan las derivaciones a médicos especialistas y se encargan de algunas otras cuestiones burocráticas, como contestar oficios de los juzgados (por ejemplo, aquellos que requieren atención médica).

Según surge de las entrevistas, los médicos de guardia trabajan 24 horas seguidas, una vez por semana, y en el CPF I hay 3 por jornada. Atienden la demanda espontánea y las urgencias, así como todo lo relativo a los controles ante el movimiento de la población: los llamados “aptos médicos” en salidas y llegadas extramuros, los controles ante cambios de alojamiento dentro del mismo Complejo, la revisión ante sanciones de aislamiento, las constataciones durante procedimientos de requisa de pabellón (en estos casos revisan si los detenidos tienen lesiones, el llamado *visu* médico). Según refiere la Directora del HPC, esta función que no tiene que ver con lo asistencial conlleva una importante cantidad de trabajo: “*Hay días que salen 60 o 70 internos, otros días son menos*”.

Respecto de los médicos especialistas, atienden a las personas a demanda a partir de la derivación que realizan los médicos de planta o de guardia y pueden incluso atender personas de otras cárceles federales que son trasladadas al HPC con turnos programados. Más allá de la derivación que pudo haber realizado alguno de los médicos, en muchas ocasiones la atención por un médico especialista requiere la solicitud de la PPL por escrito.

De las entrevistas con los profesionales de salud surgen diferentes problemas en el funcionamiento del sistema de salud del SPF. En relación con los recursos humanos, una cuestión que mencionaron muchos profesionales en las entrevistas en profundidad es la falta de personal. En este sentido, señalaron que mientras que aumentó

mucho la población, no hubo un incremento proporcional de médicos. Asimismo, mencionaron que tienen una alta carga de trabajo burocrático/administrativo que les resta tiempo para dedicarse a la atención médica, y la falta de equipamiento suficiente (sobre todo ambulancias) y de espacios adecuados para las consultas.

Además, surgió de las entrevistas que, en muchos casos, decisiones sobre la gestión de la seguridad y de los movimientos de la población penitenciaria obstaculizan el acceso de las personas a la atención a la salud.

A su vez, aparecen diferentes cuestiones relacionadas con la organización del personal y del trabajo: a) la falta de reuniones de coordinación, instancias de evaluación o control del trabajo; b) la falta de preparación/capacitación para el trabajo, a pesar de las especificidades y dificultades propias del trabajo en la cárcel (población expuesta a altos niveles de violencia, conflictos entre PPL, etc.); c) falta de instancias de contención del personal médico o de instancias para identificar mejores formas de resolución de situaciones de emergencia o conflictivas. Como dijo uno de los entrevistados: *“uno no está preparado para esto, de ninguna forma”*; d) la falta de controles de gestión al interior del CPFI y el HPC desde el Área de Sanidad de Dirección Nacional; e) la falta de controles de gestión desde el Ministerio de Salud de la Nación.

En relación con los recursos materiales, los profesionales entrevistados señalaron la falta de fondos para insumos y equipamiento. Un tema recurrente fue la necesidad de móviles para traslados a hospitales de la comunidad y la necesidad de un enfermero que acompañe los traslados. Otro médico señaló: *“yo tengo una ambulancia para traslados, pero puedo trasladar de a uno. Cuando tengo que ir por ejemplo al Hospital Santojanni con 3 pacientes en el mismo horario, tengo que pedirle por favor al Complejo que me preste su móvil de habeas, así los podemos sacar a los 3”*.

El Hospital Penitenciario Central (HPC)

El 17 de octubre de 2019 realizamos una visita al HPC junto con la médica Luciana Prozzillo⁶², para identificar algunas cuestiones generales de su funcionamiento. Se recorrieron diferentes espacios: sala de internación, *shock room*, quirófano, sector de consultorios externos, consultorio de guardia, diagnóstico por imágenes, kinesiología, farmacia, archivo, odontología y laboratorio.

A primera vista, pareciera que los espacios del HPC cuentan con los recursos básicos necesarios para su funcionamiento. Pero llamó la atención que algunos espacios parecieran subutilizados. Por ejemplo, en el quirófano se identificó equipamiento para cirugías de mediana complejidad, pero tal como señaló la Dra. Prozzillo en su informe: *“Existe un quirófano en óptimas condiciones, que no se usa, salvo para procedimientos menores, con anestesia local. Esto se debe a la ausencia de anesthesiólogos para procedimientos bajo anestesia general, y de unidad de terapia intensiva, y hemoterapia, para el eventual soporte postoperatorio de los pacientes operados”*.

Por otra parte, en la sala de internaciones se advirtió que un gran porcentaje de los pacientes internados no tenía una patología que justificara su estancia en ese espacio. De las 60 camas disponibles, 30 estaban ocupadas de forma permanente por PPL por delitos de Lesa Humanidad y solo quedaban 30 camas para internación. Además, había 60 camas cedidas para internaciones de psiquiatría, en uno de los sectores del HPC donde funciona el Programa Interministerial de Salud Mental Argentina (PRISMA). En suma, si bien el Hospital Penitenciario fue concebido como una infraestructura con 120 camas de internación, al momento de la visita solo 30 camas se destinaban a internación de pacientes que requerían cuidados hospitalarios. Además, se constató que a menudo esas 30 camas no son empleadas para la internación de personas por razones de salud. En muchos casos la derivación al HPC es dispuesta por un juez o bien por las autoridades del

62. Consultora externa que elaboró un informe técnico de la visita.

Complejo por motivos vinculados con cuestiones de seguridad o de régimen penitenciario.

En lo que respecta a los consultorios externos, se pudo identificar que estaban equipados para varias especialidades (neurología, oftalmología, clínica médica, traumatología, cirugía general, entre otras) y que contaban con camilla, negatoscopio, balanza, materiales descartables suficientes, etc. Sin embargo, se constató que había alrededor de un 50% de pérdida de turnos con médicos especialistas del propio HPC por deficiencias en su administración y gestión⁶³. Los médicos entrevistados del HPC refieren que se debe en parte a que la conflictividad de determinados detenidos hace que no puedan asistir al hospital al mismo tiempo que otros y esto conlleva una logística compleja para el traslado de PPL. Queda entonces en evidencia la necesidad de mejorar el circuito de “pedido del turno” —registro en listado de pacientes a atender— y personas que recibieron la atención efectiva.

Además, debido a la falta de un registro de las demandas de turnos médicos, no hemos podido identificar el nivel de demandas insatisfechas.

Algo similar sucede con los turnos extramuros a hospitales de la comunidad, donde el registro de ausentismo es más dificultoso; sin embargo, se entiende de lo relevado a partir de la visita al HPC que con frecuencia se pierden los turnos por las dificultades logísticas de los traslados.

Otra deficiencia importante se advirtió en relación a la gestión de los recursos humanos. Si bien debería haber 3 médicos de guardia, según refirió la Directora del HPC había solo 2 presentes durante la visita, porque el tercero “estaba de licencia”. Al momento de la visita pudimos encontrar solo a uno de ellos.

Por último, al analizar algunas historias clínicas seleccionadas al azar, encontramos una fragmentación de la información y serios problemas en el registro de la información:

63. Esto se ha podido constatar en el relato de los profesionales durante la visita, pero también en la respuesta a los pedidos de información de la PPN presentada por el SPF.

- Los médicos especialistas que atienden en consultorio registran la información en las fichas de consultorio y también en la Historia Clínica.
- Los médicos de cada módulo registran la información en su fichero personal.
- Los médicos de guardia registran la información en el libro de guardia.
- La información de las internaciones es registrada en la Historia Clínica.

Señala la Dra. Prozzillo en su informe que *“Esta situación hace que tanto los médicos de los módulos como los de guardia, cuando ven a un paciente, no tengan información sobre su historia previa (antecedentes, medicación actual, etc.) y a su vez, la intervención que realizan, no queda registrada en la Historia Clínica. Las Historias Clínicas no son trasladadas fuera del HCP, esto según es referido, es para evitar extravíos de las mismas”*.

La atención médica en el CPF IV de mujeres

El 21 de octubre de 2019 realizamos una visita al área de salud del CPF IV, junto con la médica Rosana Pellegrino⁶⁴. Al llegar constatamos que, si bien el Centro Médico está ubicado en un primer piso del CPF IV, el único ascensor que había no funcionaba desde hacía más de un año, lo que dificulta la atención médica a aquellas pacientes que no estén en condiciones de subir escaleras. Además, advertimos que se encontraba en construcción en el sector de planta baja una sala de reanimación (Shock Room).

El centro médico posee 7 consultorios que se comparten entre las siguientes especialidades médicas: ginecología, kinesiología, radiología, infectología, odontología, otorrinolaringología, traumatología, psiquiatría, clínica médica y laboratorio. Cuenta también con un equipo de psicólogos, personal de enfermería, un médico de guardia las 24 horas y sala de internación con 10 camas.

64. Consultora externa que elaboró un informe técnico de la visita.

El espacio de internación consiste en una sala con camas comunes sin barandas laterales ni soportes que permitan la instalación de equipos diversos (bombas de infusión, monitores, etc.), sistema de comunicación o timbres de alarma, ni biombos o separadores entre las camas. Durante la visita advertimos que las pacientes estaban acostadas directamente sobre el colchón, sin ropa de cama, y que los colchones no eran de tipo hospitalario (ignífugos y con recubrimiento impermeable). El sector presentaba además deficiencias en el mantenimiento de paredes y aberturas en general.

Además, de las conversaciones con las mujeres detenidas surgió que las pacientes internadas que no se pueden valer por sí mismas son asistidas, en lo que se refiere a su higiene y alimentación, por otras mujeres internadas en vez de por personal de enfermería, y que la limpieza del sector se encuentra a cargo de una presa del Complejo. Se verificó que la vestimenta utilizada y los implementos destinados a la limpieza no se ajustan a lo que se establece en las recomendaciones para la higiene hospitalaria.

En la visita se pudo advertir que la atención por guardia transcurre sin intimidación, a puertas abiertas, ante la mirada y escucha del personal penitenciario de seguridad, así como de las otras detenidas que pudieran estar aguardando su atención.

También se puso de manifiesto que una parte muy relevante de la atención médica a las mujeres detenidas en el CPF IV es realizada por personal médico de guardia a partir de la demanda espontánea que efectúan las pacientes. Con frecuencia, de la consulta médica resulta el suministro de medicación sintomática, pero no se efectúan estudios y seguimiento del problema que suscita el pedido de atención médica. El personal de salud entrevistado refirió que tanto los médicos de planta como los psiquiatras poseen un módulo⁶⁵ específico del Complejo designado para la atención. Sin embargo, debido a la elevada cantidad de

65. El Complejo Penitenciario Federal IV es una cárcel inaugurada en el año 1978 que no tiene estructura modular. Pero en el año 2012 su organización administrativa fue adaptada a la modalidad de Complejo, con un sector administrativo central y seis módulos residenciales de alojamiento independientes entre sí.

personas alojadas, manifiestan que no es posible dar respuesta a la totalidad de la demanda, como así tampoco efectuar el correcto registro de la atención en las historias clínicas correspondientes.

Una de las médicas de planta entrevistadas señaló *“las audiencias son muchísimas. Y la demanda muchísima. Entonces, lo que tratamos de hacer, es seguir a la gente que tiene más patología como para poder seguir, y bueno, ver en la manera de lo posible lo que podemos ver”* (...) *“A veces la demanda es tanta que se te escapan realmente pacientes que tenés que seguirlas más. Entonces ahí, eso es lo difícil nuestro, de poder coordinar. O sea, no se entiende que el médico de planta es más para seguimiento y no urgencia, es eso”*.

Remarcaron que tienen mucha carga de trabajo, que incluye, además de las consultas médicas, asistencias en el CRD, las respuestas a los habeas corpus y oficios de los juzgados ante determinadas solicitudes, y también la solicitud de las interconsultas. Otra cuestión que señaló la médica de planta entrevistada es la necesidad de tener más consultorios y mejorar las dinámicas de recepción de pacientes. Afirmó que la falta de espacios hace que se acumule mucho trabajo y que las PPL no reciban la atención adecuada.

El personal de salud refirió además obstáculos que tienen que ver con la gestión de la “seguridad” penitenciaria: *“yo pido que a las del módulo 3 me las traigan para acá, me las tiene que traer requisita y a veces no hay personal, entonces me quedo toda la mañana acá esperando que me las traigan y no hago nada”* (CPF IV, médica de planta).

También en el marco de la visita efectuada se llevó a cabo un examen de la documentación. Al respecto, señala la Dra. Rosana Pellegrino en su informe técnico que *“se evidencia un déficit en los modos de registro de las intervenciones de los profesionales de la salud ya sea en historias clínicas, libros de guardia, etc. y una escasa articulación entre ellos, lo que dificulta tener una línea de tiempo del estado de salud de cada paciente, realizar controles de las prestaciones efectuadas, extraer datos con fines estadísticos y elaborar a partir de ello estrategias de intervención tendientes a asegurar una mejora continua”*.

Se pudo observar que en los libros de guardia en muchos casos solo consta el motivo de consulta, sin evolución de hallazgos al examen físico como así tampoco registro de indicaciones médicas. Mientras que en algunas de las historias clínicas se observaron registros incompletos.

En lo que respecta al uso de medicamentos, los registros de farmacia evidencian un elevado consumo de AINES (antiinflamatorios no esteroides) y benzodiazepinas. El personal de salud refiere estar implementando “estrategias” para la reducción de la indicación de fármacos tales como pregabalina, omeprazol, clonazepam y difenhidramina, fundamentadas en el “uso abusivo de los mismos” y en su “comercialización” por parte de las presas. No aclaró si las estrategias mencionadas obedecen a una política institucional, con sus respectivos protocolos o a medidas adoptadas por la jefatura del área.

En la visita se relevó que durante la guardia nocturna la administración de medicamentos se realiza de manera exclusiva por vía inyectable (intramuscular) y que la provisión de medicamentos para ser utilizados por vía oral solo está garantizada durante el horario de funcionamiento de farmacia (7:00 a 19:00). Al interrogar sobre los fundamentos de esta práctica, el personal señaló: *“De esta manera nos aseguramos que la paciente reciba la medicación y no la venda”* o *“Salen por la noche siempre las mismas. Vienen y exigen que se les suministre comprimidos, si saben que no hay, demandan menos”*.

Esto permite concluir que la decisión no se sustenta en un criterio médico sino que es utilizada como mecanismo tendiente a desalentar las “salidas nocturnas” y por otro lado a evitar la “venta” de fármacos intramuros. Esto último se contrapone con el manejo que se realiza de la medicación durante el día y en los casos de enfermedades crónicas, ya que se suministra en una única entrega la totalidad de la medicación para cubrir un mes de tratamiento.

En el Módulo VI del Complejo funciona el Anexo Psiquiátrico para la internación de pacientes con patología psiquiátrica. Consta de 6 celdas individuales para tratamiento,

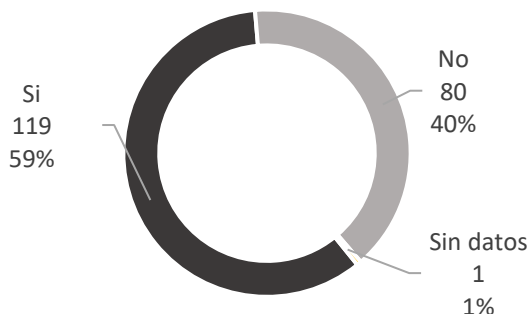
monitorizadas a través de cámaras de seguridad, a cargo de una celadora, es decir, de personal penitenciario de seguridad. El personal de enfermería concurre 3 veces por día para el suministro de la medicación y el médico de guardia lo hace solo en caso de ser convocado ante un evento agudo. Las psiquiatras entrevistadas expresan que los motivos de derivación más frecuente son los cuadros de “excitación psicomotriz” y que la internación se prolonga por 48 horas. Estas derivaciones no quedan asentadas en la historia clínica de la paciente. Señala el informe de la Dra. Pellegrino que no es posible acceder a documentación que certifique que la derivación al dispositivo psiquiátrico se lleve a cabo en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 que establece que la internación “*debe concebirse como un recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y solo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros*”.

PERCEPCIONES DE LAS PERSONAS DETENIDAS SOBRE LA ATENCIÓN A LA SALUD

En este apartado presentamos las percepciones de las PPL respecto de la atención recibida en detención y su impresión sobre su estado de salud. Combinamos datos cuantitativos obtenidos a partir de las 200 encuestas realizadas con relatos que surgen de las entrevistas en profundidad y que dialogan con esta información.

Un primer dato que surge de la investigación es que una parte muy significativa de las PPL no iban a ningún médico con regularidad antes de quedar detenidas.

Iban al médico en libertad



Fuente: Investigación sobre Salud y Atención Médica en cárceles federales - PPN

Solo la mitad (52%) de los varones refiere haber tenido un contacto previo con el sistema de salud antes de su detención, y esto asciende en el caso de las mujeres al 74%. Del total de personas que recibían atención médica, 7 de cada 10 PPL recurrían al sistema de salud pública y 3 de cada 10 tenían cobertura de obra social o prepa, principalmente los varones.

Estos datos resaltan la importancia de la atención a la salud en prisión, ya que muchas veces es el primer contacto de las PPL con el sistema de salud en general. Además, es relevante al momento de ponderar las evaluaciones de las PPL sobre la atención a la salud que reciben en el encierro. Es probable que sus opiniones estén condicionadas por el hecho de tener pocas expectativas respecto al funcionamiento del sistema. De hecho, como veremos más adelante, las mujeres, que son quienes contaban con mayor experiencia previa con el sistema de salud, aparecen como las más críticas frente al funcionamiento de la salud al interior de las prisiones.

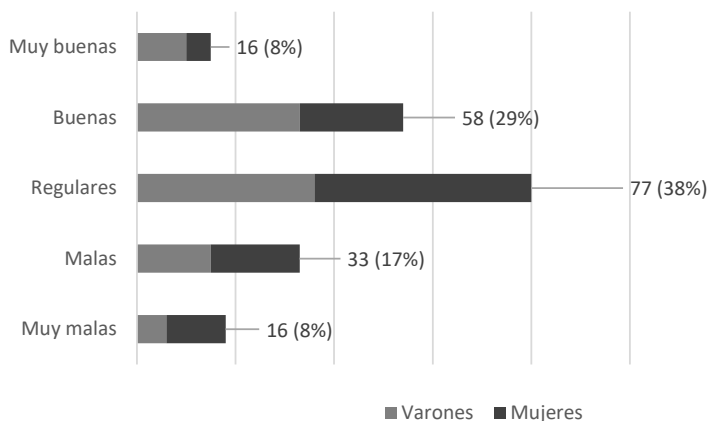
Salubridad y condiciones materiales de detención

Las condiciones materiales de detención hacen a la vida cotidiana y son parte esencial de la salud en el encierro. Como se mencionó en la introducción, el SPF presenta importantes

niveles de sobrepoblación y a diario desde la PPN se registran diferentes deficiencias en materia de condiciones de detención, que varían de unidad en unidad, y al interior de ellas, en los diferentes pabellones.

En el marco de este relevamiento, incluimos un apartado de las preguntas realizadas a las PPL sobre sus percepciones acerca de las condiciones materiales, la alimentación y la actividad física, como aspectos centrales que hacen a la salud de las personas. De las encuestas surgió que el grueso de las PPL considera que las condiciones de detención son regulares (38%). Sin embargo, una porción considerable las observa como malas o muy malas (25%) y, en este sentido, las mujeres fueron más críticas que los varones.

Evaluación de las condiciones de detención según género



Fuente: Investigación sobre Salud y Atención Médica en cárceles federales - PPN

Al realizar el trabajo de campo nos encontramos con que muchas personas que calificaron como *buenas* o *muy buenas* las condiciones de detención, a continuación mencionaban graves deficiencias como falta de calefacción o ventilación, problemas de plagas, etc. El contraste entre la calificación y estas deficiencias puede darse por la naturalización de estos problemas por parte de las PPL y, en algunos casos específicos, por

haber estado en servicios penitenciarios o en unidades donde las condiciones de detención eran aún peores. Incluso, algunas personas centran su opinión en la presencia o no de conflictos interpersonales al evaluar las condiciones de detención, dejando de lado los aspectos materiales. La idea general es “*acá no tenés problemas*” (en relación a situaciones de tensión, conflicto o violencia) como una variable de peso que, en ocasiones, se presenta en estrecha vinculación con las características materiales y la infraestructura de las unidades.

Sobre la alimentación, la mitad de las PPL encuestadas (51%) refirió que necesita una dieta especial, distinta de la comida que el SPF brinda diariamente al conjunto de la población encarcelada. Mientras que 2 de cada 10 varones dijeron recibir una dieta especial, en el caso de las mujeres el 54% de las consultadas manifestó acceder a la dieta.

Tabla: Acceso a dieta especial según género

	Sí	No, pero la necesitaría	No	Total
Varones	31 (23%)	27 (20%)	77 (57%)	135
Mujeres	33 (54%)	8 (13%)	20 (33%)	61

Fuente: Investigación sobre Salud y Atención Médica en cárceles federales - PPN

A su vez, en relación con la cantidad y la calidad de los alimentos suministrados por el SPF, un 30% de las PPL mencionó que la comida es insuficiente, y la gran mayoría (el 71%) señaló que la complementa con alimentos propios que compra en la cantina de la unidad, le lleva su familia o que le brindan otras personas detenidas. Al desagregar la información, se advierte que esto sucede en especial en el caso de los varones (80%), tal vez porque son quienes reciben más visitas y tienen más acceso al trabajo, en relación con las mujeres (51%). Es importante señalar además que el 15% de las personas consultadas mencionó que directamente no come la comida brindada por el SPF y esto es

más frecuente en las mujeres (31%), que además mostraron ser particularmente críticas respecto a la comida.

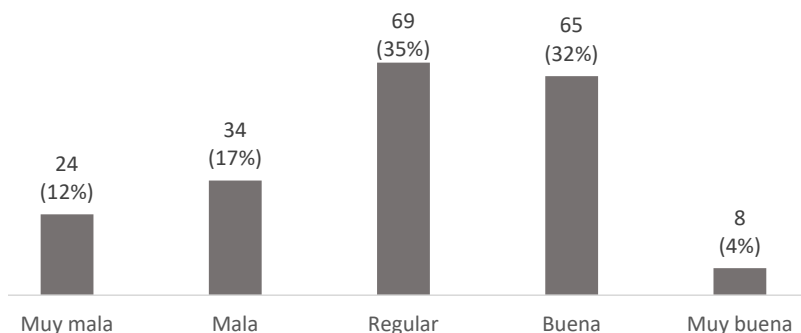
Tabla: Si consume la comida brindada por el SPF según género

	Sí	Sí, pero la complemento	No	Total
Varones	16 (12%)	108 (80%)	11 (8%)	135
Mujeres	11 (18%)	31 (51%)	19 (31%)	61

Fuente: Investigación sobre Salud y Atención Médica en cárceles federales - PPN

El 36% de la población encuestada señaló que la comida es buena o muy buena, mientras que el 64% opinó que la calidad de la comida es regular o peor. De nuevo, en este punto surgió con frecuencia que mientras calificaban como buena o muy buena la comida, a la pregunta siguiente señalaban que no comían gran parte de lo que recibían porque venía en mal estado. Una práctica común es reciclar los ingredientes de la comida suministrada por la administración penitenciaria para elaborar nuevos platos junto con alimentos comprados en la cantina o provistos por las familias.

Evaluación de la calidad de la comida



Fuente: Investigación sobre Salud y Atención Médica en cárceles federales - PPN

Con respecto al acceso a actividad física, el 76% de los varones entrevistados señaló que una o dos veces por semana realiza fútbol, actividad en el campo de deportes o gimnasia. En el caso de las mujeres, son menos las que realizan este tipo de actividades —solo el 50% de las consultadas— y lo hacen con una frecuencia más espaciada. La mayoría de estas actividades son autogestionadas por las PPL, ya que no se trata de una oferta de programas del SPF. Lo organizan las PPL al tener acceso al patio. Este aspecto es central en el encierro teniendo en cuenta la importancia de la actividad física en términos psicofísicos. El 54% de las PPL considera que la actividad física no es suficiente, y entre los motivos señalados por el 32% que no hace actividad física cabe mencionar:

“Para no perder horas de trabajo porque las descuentan” (mujer alojada en CPF IV)

“Porque no me sacan” (mujer alojada en CPF IV)

“Hago gimnasia en mi celda” (varón alojado en CPF I)

“Hay poca oferta” (mujer alojada en CPF IV)

Además, en el contexto actual de sobrepoblación sucedió en algunas unidades que los gimnasios comenzaron a ser utilizados para el alojamiento permanente de personas como alternativa para ampliar la capacidad de alojamiento⁶⁶. Esto sin dudas limita aún más las posibilidades de acceso a la actividad física.

66. En el CPF I de Ezeiza en el año 2015 se emplazaron pabellones en los espacios originalmente destinados como gimnasios de las Unidades Residenciales 1 y 2, lo que fue objeto de una acción de habeas corpus que se tramita ante el Juzgado Federal n° 1 de Lomas de Zamora. En el CPF de la CABA (cárcel de Devoto) en febrero de 2014 se colocaron 50 camas cucheta en el gimnasio del Módulo VI, convirtiéndolo en un pabellón de alojamiento para 100 detenidos. Ello fue objeto de una acción judicial de habeas corpus por agravamiento de las condiciones de detención y el 8 de marzo de 2019 la Sala VI de la Cámara Nacional en lo Criminal y Correccional ordenó que en el transcurso de los 180 días subsiguientes a la resolución el gimnasio vuelva a su uso original. También en el CPF II de Marcos Paz, un gimnasio de la Unidad Residencial 5 fue reconvertido en pabellón de alojamiento mediante la instalación de camas cucheta, lo que fue denunciado por la PPN y la defensa pública ante el Juzgado Federal en

¿Medicina preventiva? Sobre la atención médica, los exámenes al momento del ingreso y los controles periódicos

Una de las cuestiones que surgió del relevamiento es que desde el área de sanidad del SPF no realizan un contacto con los hospitales extramuros en los que se atendían las personas previo a su detención. Tampoco identificamos que hubiera instancias de articulación con estas instituciones una vez que la persona egresa; de hecho, el mismo SPF señaló en respuesta a un pedido de información que las políticas de salud no incluyen una continuidad con el momento previo ni posterior a la detención. Señalan que “*no es competencia de la institución la supervisión y contralor post penitenciario*” y que solo entregan las historias clínicas a las personas que salen en libertad “*ante el requerimiento del interno*”. A su vez, afirman que solo se gestionan turnos en los hospitales de referencia en los que las PPL se atendían previo al ingreso a la cárcel, en caso de que el establecimiento “*esté ubicado próximo a la unidad de alojamiento*”.⁶⁷

El examen médico de ingreso

Debido a la importancia de los exámenes médicos de ingreso⁶⁸, se incluyó en las encuestas a las PPL una batería de preguntas

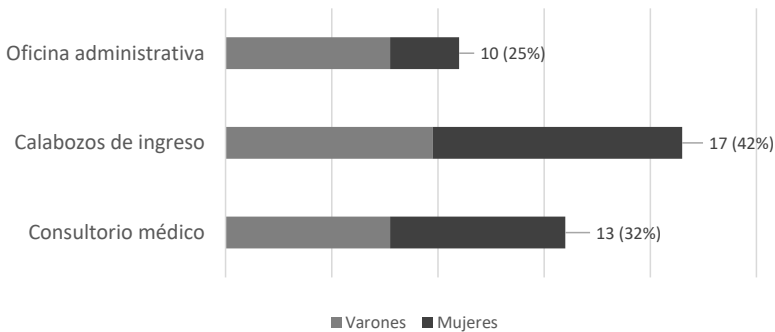
lo Criminal y Correccional N° 2 de Morón en el marco de una acción de habeas corpus. Ver PPN, Informe Anual 2018, pág. 41-54.

67. Esta fue la respuesta a las preguntas: Cuando una persona ingresa con una enfermedad crónica, ¿se realiza alguna gestión con el hospital o médicos con los que se atendía? Y: ¿Existen programas para garantizar la continuidad de la atención médica cuando las personas egresan de las unidades? ¿Qué documentación les brindan a los detenidos desde el sistema de salud al egresar? Respuesta del SPF presentada el 28 de mayo de 2018.

68. La normativa y las recomendaciones internacionales hacen mucho hincapié en el examen médico de ingreso (Regla 30 de las Reglas Mandela; Principio IX de los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas). La Asociación para la Prevención de la Tortura señala lo siguiente: “Todas las personas que ingresan en prisión, incluidas las transferidas desde otros lugares de detención, deben pasar un examen médico inicial poco después del momento de la admisión, por lo general en un plazo máximo de 48 horas. El objetivo de la asistencia es garantizar la continuidad

específicas para quienes hubieran ingresado recientemente a prisión (hacia más de un mes y menos de tres meses). El 80% de las personas que estaban en esta situación manifestaron haber sido revisadas por un profesional de la salud dentro de los dos días posteriores a su ingreso a la unidad. Mientras que en la mayoría de los casos se dijo que esa tarea era desarrollada por un médico (68%), 2 de cada 10 varones señalaron que el procedimiento fue llevado a cabo por un enfermero. A su vez, mientras que solo el 32% de las PPL entrevistadas respondió que fueron atendidas en consultorios médicos, el resto señaló que este examen médico se realizó en calabozos del sector de ingreso (42%) u oficinas administrativas (25%).

Lugar de revisión médica al ingreso según género en %



Fuente: Investigación sobre Salud y Atención Médica en cárceles federales - PPN

en la atención de cualquier enfermedad para la cual la persona ya siga un tratamiento, detectar cualquier enfermedad física o mental no diagnosticada, incluyendo riesgos de autolesión o suicidio, e informar a la persona detenida de los servicios de salud disponibles y del acceso a los mismos. También forma parte de las obligaciones del personal sanitario la detección de cualquier signo o síntoma de tortura y otros malos tratos, incluida la violencia sexual, incluso si la persona detenida no los indica, y documentar y reportar estos casos a través de canales independientes y confidenciales”, Ver APT, *Detention Focus*, “Servicios de atención médica”. Disponible en https://www.apr.ch/detention-focus/es/detention_issues/55/?vg=-1

La realización de estos exámenes médicos en espacios no idóneos se ve agravada por la falta de privacidad con que se desarrollan: 8 de cada 10 personas señalaron que la revisión médica al momento del ingreso se realizó frente a personal penitenciario de seguridad. En relación a las características de la revisión médica, surgió que, con frecuencia durante ese primer contacto, los profesionales médicos realizan algunas intervenciones de rutina como la revisión visual del cuerpo (63%) para lo cual las PPL deben desnudarse total o parcialmente y preguntas sobre su estado de salud (53%). La realización de estos actos médicos frente a agentes penitenciarios de custodia representa situaciones de exposición de su intimidad contrarias a la ley de derechos de los pacientes, y puede constituir un trato cruel, humillante o degradante, especialmente grave para quienes recién están ingresando a la cárcel.

- *“Es la misma encuesta que le hacen todos, tienen la misma fotocopia. Las preguntas de si consumís, que delito cometiste, etc.”* (mujer alojada en CPF IV)
- *“Me preguntaron si consumía alguna droga y nada más”* (mujer alojada en CPF IV)
- *“Completaron el formulario de ingreso y nada más”* (varón alojado en CPF I)
- *“Vino con un formulario y me hicieron preguntas puntuales, no duró mucho, fue para ver cómo estaba emocionalmente. Después nunca más se repitió”* (varón alojado en CPF I)
- *“La penitenciaria que estaba con el médico me dijo que me desnudara y él me revisó”* (mujer alojada en CPF IV)
- *“Me hicieron desnudar, casi ni me vieron. Después me hicieron un par de preguntas por lesiones”* (varón alojado en CPF I)

Además de esta revisión, es habitual que los médicos indiquen a las PPL la necesidad de realización de estudios básicos⁶⁹ como laboratorio (en todos los casos consultados), electrocardiograma (35%), orina (30%), placas (25%), examen odontológico (25%), entre otros. En el caso de las mujeres se agrega, aunque en menos de la mitad de los casos, orden de ecografía ginecológica (44%) y PAP (44%).

De la recorrida que se realizó al HPC del CPF I con personal médico surgió que “*Al ingreso de los pacientes al HCP, se les realiza la anamnesis, el examen clínico, examen psicológico y los siguientes estudios: laboratorio, electrocardiograma y radiografía de tórax*”⁷⁰. En la visita efectuada al Centro Médico del CPF IV de mujeres surgió algo similar: “*Anamnesis y Examen físico de ingreso: En algunos casos se encuentran registros incompletos, evidenciando que su realización se lleva a cabo de manera poco exhaustiva. Al ingreso se efectúa rutina de laboratorio, radiografía de tórax y electrocardiograma*”⁷¹.

Las encuestas a las personas detenidas indican que en el 70% de los casos la batería de análisis ordenada por el médico se realiza de forma completa. Pero en la gran mayoría de los casos, las PPL no son informadas de los resultados: 7 de cada 10 dijeron que nunca les entregaron ni les comunicaron verbalmente los resultados de los estudios realizados.

Respecto de la evaluación del trato de los profesionales médicos al momento del ingreso, las PPL lo señalaron como regular (41%); bueno o muy bueno (28%); malo o muy malo (22%). Al indagar sobre los detalles de ese primer encuentro entre médico y paciente, surgió que en el 80% de los casos, el profesional

69. La variable de “estudios y análisis indicados” es de respuesta múltiple, por ese motivo los totales superan el 100% de casos.

70. Informe técnico de la visita al HPC de la Dra. Luciana Prozillo, diciembre 2019. Documento de trabajo interno.

71. Informe técnico de la visita al Centro Médico del CPF IV de la Dra. Rosana Pellegrino, visita efectuada el día 21 de octubre de 2019. Documento de trabajo interno.

no brindó su nombre y en el 63% no dio información acerca de cómo solicitar atención médica dentro de la unidad.

El contraste entre la valoración regular/buena sobre el trato de los médicos y la falta de información básica provista por los profesionales, podría leerse como parte de la naturalización y la falta de expectativas de las PPL respecto del sistema de salud que mencionamos más arriba. Esto se da en un contexto en que las PPL vienen con poco contacto previo con el sistema de salud. A su vez, es posible que valoren positivamente el trato que reciben en contraste con la interacción que tienen con el personal de seguridad al ingreso, con frecuencia cargado de hostilidad⁷². Estas reflexiones se desprenden de los fundamentos de sus evaluaciones:

Bueno: *“Porque no tengo experiencia para comparar con el afuera pero sí con el SPB”* (varón alojado en el CPF I – Ezeiza)

Muy bueno: *“Porque tuvo un trato bueno, como una persona normal”* (varón alojado en el CPF I – Ezeiza)

Bueno: *“En comparación con provincia acá te tratan mejor. Allá es otra cosa”* (varón alojado en el CPF I – Ezeiza)

Regular: *“Te pregunta cómo estás y ya sentís que te atienden por obligación. No te presta atención”* (mujer alojada en el CPF IV – Ezeiza)

Malo: *“Porque no me atendieron como debían, no me revisó y solo me preguntó y me trató mal”* (mujer alojada en el CPF IV – Ezeiza)

Muy Malo: *“No me habló nada, me atendió para cumplir pero no me revisó”* (varón alojado en el CPF I – Ezeiza)

72. La PPN viene señalando que el ingreso a la cárcel, la “bienvenida” es una de las circunstancias en las que se despliega el mayor grado de violencia institucional sobre las personas detenidas. Para más información ver la investigación realizada por la Procuración Penitenciaria de la Nación, *Cuerpos castigados. Malos tratos físicos y tortura en cárceles federales*, Buenos Aires, Editores del Puerto, 2008.

Además de la revisión médica, dentro de los dos días posteriores al ingreso a la prisión las PPL son atendidas por profesionales de la salud mental. Mayormente esa entrevista es realizada por psicólogos (44%) o bien tanto por psicólogos como por psiquiatras (41%). La gran mayoría de las PPL refirieron que esas entrevistas son realizadas en espacios no idóneos como oficinas administrativas (63%) y en casos extremos, algunas PPL mencionaron haber sido atendidas en pasillos (11%).

A diferencia de lo que ocurre con la revisión médica, el 65% de las personas consultadas refirieron que durante el desarrollo de la entrevista con los profesionales de la salud mental no había presencia de personal penitenciario de seguridad. Sin embargo, 3 de cada 10 PPL mencionaron que debieron responder las preguntas sobre su salud mental frente a los agentes de seguridad.

El trato recibido por parte de psiquiatras y psicólogos al ingreso a la unidad recibe mejores evaluaciones que el del personal médico. El 61% de las personas lo considera “bueno” o “muy bueno”, en un contexto en el cual hay altas posibilidades de que este contacto sea el primero que mantienen con profesionales de la salud mental. Pero, además, existen otros indicadores que permiten comprender esas opiniones. En primer lugar, los psicólogos brindan su nombre con mayor frecuencia (46%) y en la mayoría de las oportunidades dan información acerca de cómo se debe solicitar la atención de la salud mental en el encierro (63%). En otro orden, también es posible suponer que la palabra como canal prioritario de estos encuentros represente una vía distintiva de contacto e intercambio, en contraste con las interacciones habituales de las PPL con los agentes penitenciarios de seguridad.

Sobre el acceso a la atención médica

De las entrevistas realizadas surge que luego del examen de ingreso, la atención médica es a demanda, y que hay muy pocas o nulas instancias de medicina preventiva. Tanto las encuestas a las PPL como las entrevistas al personal sanitario indican que no hay controles periódicos planificados desde el área de salud, y muy

raramente sucede que los médicos tengan una actitud proactiva frente a las personas detenidas, ni siquiera respecto de quienes tienen patologías o problemas específicos de salud. Son las PPL quienes deben solicitar atención médica, a veces con cierta insistencia, para lograr ser atendidas.

De este modo, si aparece una patología posterior al ingreso, la posibilidad de que sea identificada por el personal de salud depende de que la persona pida atención médica.

A la pregunta de si consultaron a algún médico en el último año, respondieron en forma afirmativa 9 de cada 10 personas. En casi todos los casos (96%) las PPL fueron atendidas por médicos penitenciarios dentro de prisión (no en hospitales extramuros). Con mayor frecuencia se trató de médicos clínicos/de planta (81%), odontólogos (45%) y oftalmólogos (24%).

Tabla: Atención médica en el último año, según género

	Sí	No	Total
Varones	96 (92%)	8 (8%)	104
Mujeres	36 (88%)	5 (12%)	41

Fuente: Investigación sobre Salud y Atención Médica en cárceles federales - PPN

Tabla: Pertenencia institucional de los médicos por los que fueron atendidas las personas

	Respuestas	Porcentaje
SPF	338	96%
Médico extramuros	13	4%

Fuente: Investigación sobre Salud y Atención Médica en cárceles federales - PPN

Tabla: Médicos especialistas por los que fueron atendidas las personas

	Respuestas	Porcentaje de casos*
Médico clínico	109	81%
Odontólogo	61	45%
Oftalmólogo	32	24%
Ginecólogo	21	16%
Traumatólogo	27	20%
Infectólogo	7	5%
Nutricionista	18	13%
Neurólogo	10	7%
Cardiólogo	25	19%
Cirujano	8	6%
Urólogo	6	4%
Gastroenterólogo	9	7%
Neumonólogo	5	4%
Otorrinolaringólogo	6	4%
Dermatólogo	4	3%
Otra especialidad	3	2%
Total	351	260%

*Los % superan el total de personas encuestadas ya que se trata de una variable de respuesta múltiple, es decir, que cada una mencionó todas las especialidades médicas por las que fue atendida.

Fuente: Investigación sobre Salud y Atención Médica en cárceles federales - PPN

Tabla: Forma de acceso a la atención médica*

	Respuestas	Porcentaje
A demanda de las PPL	297	86%
Por solicitud proactiva del médico	48	14%

*Se excluyeron de la tabla seis casos para los que no se obtuvo el dato.

Fuente: Investigación sobre Salud y Atención Médica en cárceles federales - PPN

La atención médica casi siempre se lleva a cabo a pedido de las PPL (86%) y se solicita en la mayoría de los casos por escrito (58%), pero las PPL no reciben ningún tipo de constancia de su pedido (89%).

En un 30% de los casos, las PPL son atendidas en oficinas administrativas (eso sucede solo en el caso de los varones). Durante el trabajo de campo en el CPF I hemos realizado las entrevistas en las salas administrativas contiguas a los consultorios médicos existentes en los módulos. Pudimos registrar que se trata de espacios sin intimidad y con poco equipamiento. En el caso del CPF IV de mujeres, en la visita efectuada observamos que la atención médica de guardia se realizaba con la puerta abierta y frente al personal penitenciario de seguridad y de otras detenidas que aguardaban en el pasillo a ser atendidas.

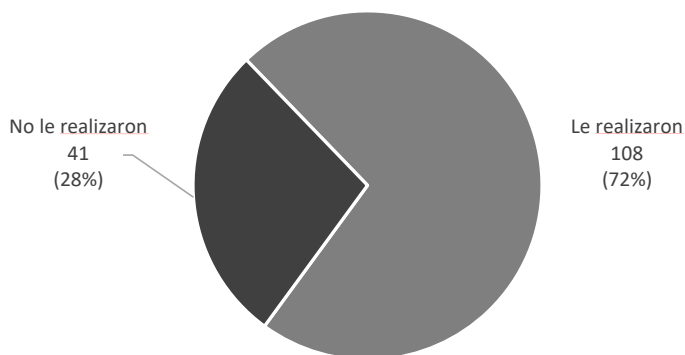
De hecho, en un 36% de los casos las personas entrevistadas refirieron que las atienden siempre frente a personal de seguridad, mientras que un 18,5% dijo que esto sucede “*a veces*”. Esto significa que menos de la mitad manifestaron ser atendidas en condiciones de privacidad.

A su vez, surgió del relevamiento que el médico no suele ir al pabellón y en algunos pabellones tampoco entra el enfermero, de modo que no llevan a cabo ningún tipo de control sobre la salubridad de las condiciones de detención conforme lo indican las Reglas Mandela (Regla 35).

El 72% de las PPL mencionaron que durante el último año les realizaron estudios médicos, entre los cuales indicaron

análisis de sangre (80%), electrocardiograma (47%), radiología (42%), análisis de orina (36%) y medición de presión (34%). Ahora bien, de los intercambios con las personas entrevistadas surge que en gran medida los estudios médicos responden a cuestiones administrativas relacionadas con el acceso al trabajo y a las visitas íntimas⁷³ o a traslados de unidad, más que a rutinas de medicina preventiva.

Estudios y análisis

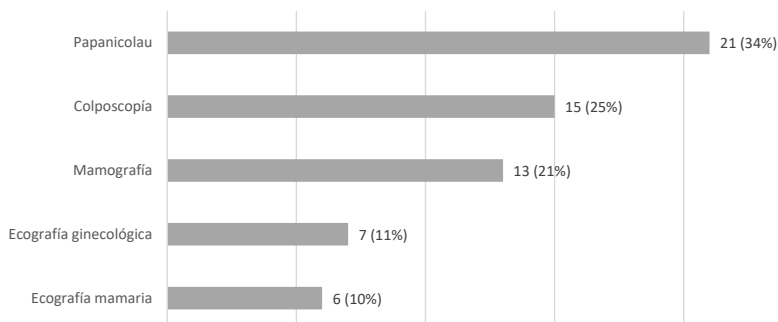


Fuente: Investigación sobre Salud y Atención Médica en cárceles federales - PPN

En el caso de las mujeres, resulta preocupante que solo la mitad de las entrevistadas refirió haber sido atendida por una ginecóloga durante el último año y, de ellas, al 75% le realizaron un PAP, al 54% una colposcopia y al 46% una mamografía. Al considerar el total de mujeres entrevistadas, fueron menos del 35% las que accedieron a algún estudio ginecológico de rutina.

73. Las visitas íntimas —también llamadas por el Reglamento de Comunicaciones de los Internos (Decreto N° 1136/97) “visitas de reunión conyugal”— requieren la realización de informes médicos cada 6 meses que indiquen si la persona padece alguna enfermedad infectocontagiosa, en especial de transmisión sexual. El hecho de padecer una enfermedad infectocontagiosa no impide la realización de la visita, pero los resultados de los informes médicos deben ser puestos en conocimiento de la otra parte.

Estudios ginecológicos de rutina*



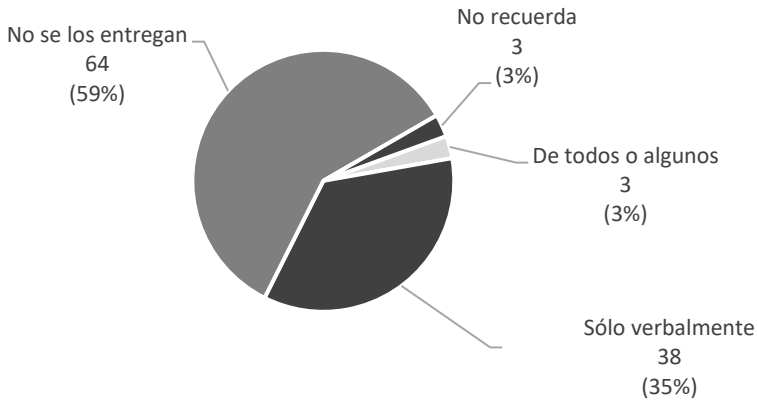
*Las respuestas superan el total de casos debido a que se trata de una variable de respuesta múltiple, es decir, que cada una mencionó todos los estudios que se le realizaron. Fuente: Investigación sobre Salud y Atención Médica en cárceles federales - PPN

En la visita efectuada al Centro Médico del CPF IV, el personal médico entrevistado refirió que “*se efectúa examen de Papanicolau de manera anual, al igual que ecografía mamaria, mamografía, ecografía transvaginal y abdominal*”. No obstante, el informe de la Dra. Pellegrino de la visita efectuada el 21 de octubre de 2019 con un equipo de la PPN destaca que “*en las Historias Clínicas analizadas solo se pudo observar en algunos casos registro de examen de papanicolau y mamografía*”.

Las PPL señalaron que no les dan los resultados de los estudios⁷⁴ (59%) y que, en el mejor de los casos, solo les brindan información verbal (35%).

74. Esta conclusión también había sido señalada en el estudio efectuado por el Ministerio de Salud de la Nación: “El 62,2% de quienes reconocieron que se les efectuó una prueba para sífilis dentro de la unidad penal indicó que nunca recibieron el resultado. Lo mismo ocurre con el 45,3% de aquellos a los que se les realizaron pruebas para hepatitis B, aproximadamente la mitad en el caso de la hepatitis C y alrededor del 60% de aquellos a quienes se les realizó un test de VIH”, Ministerio de Salud de la Nación, *Estudio de prevalencia de VIH, sífilis, hepatitis virales y tuberculosis en personas en contextos de encierro en unidades del Servicio Penitenciario Federal*, op. cit, Resumen Ejecutivo, pág. 14. Asimismo, en la investigación llevada a cabo por el MNP de Paraguay, el 61% de las personas presas en cárceles de ese país señaló que “no le dieron los resultados de sus exámenes de laboratorio”, Mecanismo Nacional de Prevención

Entrega de resultados



Fuente: Investigación sobre Salud y Atención Médica en cárceles federales - PPN

Además, incluso cuando logran obtener la información de sus estudios médicos, a menudo es con demora o mucha demora (37%). Una respuesta que surgió con frecuencia es *“te llaman solo para contarte el resultado si identifican un problema”*. La falta de comunicación de los resultados atenta contra los derechos de los pacientes e impide que la persona adquiera autonomía en su relación con el propio cuidado y con el sistema de salud. Además, dificulta futuras intervenciones médicas, pues el paciente carece de información concreta sobre su estado de salud.

Testimonio 1: Romina⁷⁵ está detenida desde 2016 en el CPF IV. Desde agosto de 2017 comenzó a tener constantes hemorragias: *“Estuve hasta 28 días con hemorragias internas, hemorragia, hemorragia, y paraba uno, dos días y ellos me querían detener, así me tuvieron 9 meses”*. La ginecóloga le dio anticonceptivos para

contra la Tortura de Paraguay, *Estado de salud general de personas institucionalizadas, calidad de vida, vulneración de derechos fundamentales de las personas en instituciones de encierro*, op. cit, pág. 137.

75. Estos testimonios proceden de las entrevistas en profundidad efectuadas a PPL en el marco de esta investigación. Con el fin de preservar la identidad de las personas entrevistadas se utilizan nombres ficticios.

detener las hemorragias, pero no le hizo estudios ni le explicó qué tenía. La única explicación era que tal vez era nervioso: *“Hasta que un día llegué a centro médico, me tuve que bajar el pantalón, porque me estaban mandando de nuevo al pabellón, y me bajé el pantalón adelante de ellos, me puse en cuclillas y me cayeron los pedazos adelante de ellos, de la jefa, todo, para que me saquen al hospital de afuera.”* La trasladaron a un hospital extramuros y la operaron de urgencia. Le dijeron que le iban a cortar el cuello del útero para que dejara de sangrar. Un año después, se enteró por la ginecóloga del SPF que no le habían cortado el cuello del útero sino que se lo habían extraído.

Luego de la operación, volvió a la unidad. *“Estuve 3 días en el hospital (HPC), 3 días acá y me tiraron directamente al pabellón”*. Esos tres días en el hospital las enfermeras *“ni se me acercaban”*, contaba. Tenía que ir al baño sola o con ayuda de otras presas allí alojadas. *“Fueron un infierno esos días”*. En el pabellón, la cuidaban las compañeras de alojamiento y no recibía ningún tipo de asistencia médica. *“Me fui al pabellón con todos los puntos, todo abierto, todo mal. Abí las chicas me curaban y me tuvieron ahí”*.

Durante todo el relato y de diferentes formas, manifestó que se sintió muy maltratada por el SPF y los profesionales médicos del Complejo, que subestimaron su caso y no lo trataron como correspondía. *“Lo peor que pase es que no tuve apoyo de nada, de nada, de nadie que venga, que te hable, que te explique cómo fueron las cosas, tipo un perrito te cortamos la panza, te dejamos y cúrrate sola, eso fue lo que pasó.”*

Enfermedades crónicas y dolencias prevalentes/espóricas

De acuerdo con la OMS⁷⁶ las enfermedades crónicas (enfermedades cardíacas, infartos, cáncer, enfermedades respiratorias, diabetes, entre otros ejemplos) son por lo general de progresión lenta, larga duración y representan las principales causas de mortalidad en el mundo. Del estudio surge que un alto porcentaje de personas detenidas se perciben enfermas. El 60% de las entrevistadas

76. Ver https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

identifica que tiene al menos una enfermedad crónica, en el caso de las mujeres asciende al 75% por sobre los varones — 55% —.

Tabla de enfermedades crónicas referidas por las PPL

	Frecuencia	Porcentajes
Problemas visuales	25	27,8%
Hipertensión	23	25,6%
Gastritis	18	20,0%
Óseas	14	15,6%
Diabetes	13	14,4%
Otras	13	14,4%
Asma	8	8,9%
Cardíaca	7	7,8%
Eventración /Hernias	6	6,7%
Enf. de contagio	5	5,6%
Obesidad	5	5,6%
Vesicular	4	4,4%
Epilepsia	4	4,4%
Urológica	3	3,3%
Oncológica	1	1,1%
Tiroides	1	1,1%

Fuente: Investigación sobre Salud y Atención Médica en cárceles federales - PPN

Los datos que se exponen arriba se construyeron en base a lo que manifestaron las personas entrevistadas sobre si padecen alguna enfermedad crónica. Lamentablemente, no se obtuvo información oficial del SPF sobre las personas efectivamente diagnosticadas para complementar estos datos. Aún si la obtuviéramos y resultara diferente a la información aquí relevada, es un dato muy significativo que el 60% de las personas entrevistadas manifieste tener una enfermedad crónica en un contexto en que la oferta de atención médica y preventiva es inadecuada. Además,

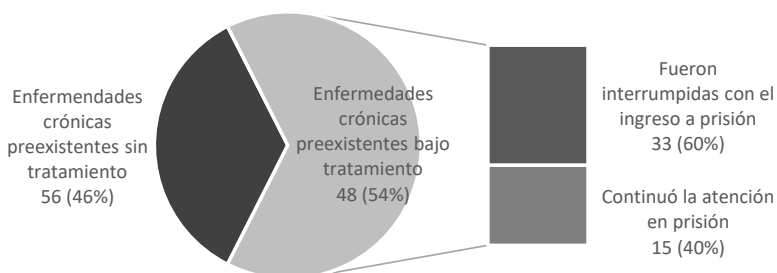
puede interpretarse como un indicador del impacto mismo del encierro en el deterioro de la salud de las personas detenidas y del malestar físico que produce la cárcel. El encierro, la falta de actividades, la gran cantidad de tiempo ocioso, el distanciamiento o la ruptura de vínculos afectivos, entre otras consecuencias que genera la cárcel, producen ansiedad, temor, depresión y probablemente una mayor percepción de enfermedad.

Del total de personas que señalaron tener al menos una enfermedad crónica, un 31% refirió que fue adquirida durante el encierro, y este porcentaje fue más alto en las mujeres (41%) que en los varones 24%.

Entre las enfermedades crónicas adquiridas luego de la detención, las PPL mencionaron en mayor medida hipertensión, problemas visuales y gastritis, todas ellas enfermedades que podrían estar muy vinculadas con el encierro.

En relación con las enfermedades crónicas preexistentes al ingreso a la prisión, el 54% de las personas afirmó que recibía tratamiento. Dentro del total de dolencias bajo tratamiento, más de la mitad (60%) se interrumpió al ingresar a la cárcel.

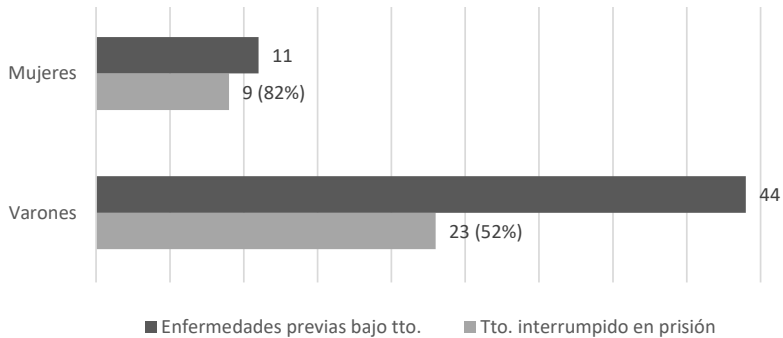
Enfermedades crónicas preexistentes bajo tratamiento



Fuente: Investigación sobre Salud y Atención Médica en cárceles federales - PPN

Las mujeres refirieron que se interrumpió el tratamiento en el 82% de sus enfermedades crónicas.

Interrupción de tratamiento en enfermedades crónicas según género



Fuente: Investigación sobre Salud y Atención Médica en cárceles federales - PPN

A partir de estos datos, es posible sostener que el ingreso a la cárcel implica efectos nocivos en la salud de las personas, más aún si padecen alguna enfermedad. El 58% de las PPL que respondieron tener enfermedades crónicas preexistentes, señaló que se vieron agravadas en prisión. Una vez más, se registra una diferencia importante en las opiniones de las mujeres (76%) frente a las de los varones (49%).

Tabla: Enfermedades preexistentes agravadas al ingresar a prisión según género

	Enfermedades preexistentes	Agravadas al ingresar a prisión	% agravadas
Varones	73	36	49%
Mujeres	29	22	76%

Fuente: Investigación sobre Salud y Atención Médica en cárceles federales - PPN

Entre las enfermedades crónicas preexistentes cuyo tratamiento fue interrumpido por el ingreso a prisión, las más

frecuentes son las enfermedades óseas (23%) y la hipertensión (19%). También los problemas visuales (15%) y el asma (15%). Esto coincide con las enfermedades que las PPL refieren que se agravaron en la cárcel, que son los problemas visuales en primer lugar (26%), las enfermedades óseas (20%) y también la hipertensión (15%) y diabetes (13%).

También se les preguntó si al momento de la entrevista recibían tratamiento para sus dolencias. Los datos dan cuenta de que solo la mitad de estas enfermedades eran tratadas. En el caso de las mujeres, solo el 33% de sus dolencias crónicas recibían tratamiento. Esta diferencia podría ayudar a explicar las evaluaciones del sistema de salud más críticas de las mujeres respecto de los varones detenidos.

Cabe señalar además que, según surge de las encuestas, en 3 de cada 10 casos el tratamiento se vio interrumpido en el último año por motivos ajenos a la voluntad de los pacientes. La falta de seguimiento de los tratamientos apareció en varias de las encuestas y también en las entrevistas en profundidad. Varias PPL señalaron que muchas veces, durante la atención médica, los profesionales no toman en consideración los antecedentes de consultas previas ni recurren a la historia clínica.

Testimonio 2: A Fernando le diagnosticaron un tumor en el testículo a principios de 2018 cuando estaba detenido en la Unidad 7 del Chaco. Tardó en hacer la consulta al médico porque le daba vergüenza. Una vez que lo hizo, *“tardaron pero me fueron haciendo algunos estudios”*, contó. A partir de entonces, comenzaron a hacerle un tratamiento pero se interrumpió durante 8 meses aproximadamente. En ese plazo no insistió con el pedido de atención médica *“porque supuestamente allá siempre hay falta de médicos... están de paro, hay esto, hay aquello. Entonces iban pasando los días, me pedían un turno y lo perdía, me pedían otro turno... Después cuando pasaban 2 o 3 meses me atendía y me decía, bueno te voy a derivar a fulano de tal, que es otro especialista”*.

Solo pudo retomar el tratamiento cuando en agosto de 2018 se lastimó la columna y tuvo una hernia de disco. *“Cuando me agarró la hernia de disco, allá empiezan a apurar el trámite de lo del testículo y de la hernia, corte para blanquearlo, para que no salte que ellos me habían dejado de curar (...) Cuando yo me accidento*

me ponen en reposo, me hacen los informes médicos, y me operan del testículo”. Y agrega: “El jefe agarró y le dijo, fijate que el chabón se golpeó, tiene hernia de disco y un par de enfermedades más. Entonces empezaron a hacer todo rápido. (...) Y yo le dije, ¿ahora te vas a preocupar por el tumor? ¿Por qué no te fijas la columna ahora que no puedo caminar?”.

A los pocos días de haber vuelto del hospital y todavía con los puntos, fue trasladado al CPF I de Ezeiza para que le hicieran estudios de la operación. El viaje de Chaco a Buenos Aires duró 12 horas. Refiere que, a pesar de la operación, fue en el mismo vehículo que el resto de los detenidos, y durante ese plazo tuvo que interrumpir la medicación. Recuerda que viajó reclinado porque le dolían los puntos. Él no quería ser trasladado porque le quedaba poco para terminar la condena. En la cárcel de Chaco tenía trabajo y estaba cerca de su familia. Además, tenía miedo del estado de su salud en función del alojamiento y le pidió a un penitenciario *“no me mande a cualquier lado que yo no puedo pelear, no puedo hacer fuerza. No me vas a mandar a un lado donde están a todo ritmo, donde yo tenga que agarrar”.*

Desde que llegó al CPF I, no tuvo ningún tratamiento que justifique el traslado. Solo le hicieron unos análisis de sangre, a diferencia de lo que le habían dicho: *“A mí me dijeron así, vos vas para HPC para el tratamiento y después te traen”.* De acuerdo con el relato del entrevistado nada de esto ocurrió, y estuvo alojado en un pabellón común. Tampoco tuvo asistencia médica por la hernia de columna; además de que tardaron 2 meses y medio para sacarle los puntos, aunque le habían dicho al comienzo que a los 15 días lo podrían hacer.

El tema de la hernia está cada vez peor, según cuenta: *“Pasa que ahora la humedad sí me está jodiendo un poco ya la columna, me está doliendo un poco más. Porque son unos banquitos de metal que al apoyarte no tenés para apoyarte así, estas todo el día así, y eso es lo que más te duele”.*

“Tuve que sacar audiencia, explicarle que vine por unos estudios, que esto que aquello. Me dijeron, bueno te vamos a mandar a fulano de tal. La otra semana capaz que me atendía fulano de tal, ni me tocaban nada porque, yo le dije, Don, ¿por qué no me toca? Porque usted me mira así, me dice, ah no, te voy a mandar a fulano de tal pero si no me está diciendo el síntoma que tengo, porque yo le decía, ¿por qué no me preguntas el síntoma que tengo? A mí a veces me arde, a veces me quema, a veces me pincha, eso no me

preguntas. Me trajeron acá, me cortaron las visitas, el vínculo, me traen acá y no me revisan como corresponde”.

“¿Qué cambiaría de parte de ellos? No sé si cambiaría. Pero que le pondría un poquito más de voluntad, un poquito más de... que se fijen un poquito más de la gente que está enferma sí. Porque ellos se preocupan cuando ya la enfermedad avanzó un montón, yo pienso que de última si ellos no tienen que hacer nada, lo único tienen que derivar adonde se tiene que ir, a la atención médica que a ellos le corresponde, para que de última le lleve un control y que se le mejore. Porque yo desde que estoy detenido se murió gente con que se le baja la presión, que se le sube la presión, un montón de gente así que era evitable, que lo podían llevar para otro lado y no dejar morir en una cama”.

Testimonio 3: Gisela es una mujer trans y tiene 38 años. Está detenida hace 1 año y 2 meses. Refiere que es portadora de HIV desde hace varios años, y previo a la detención realizaba el tratamiento sin inconvenientes. Estando en libertad contaba con cobertura privada. Al ingresar al CPF IV su tratamiento se vio interrumpido: *“Cuando ingresé no sabía cómo se manejaba y lo primero que había dicho era que portaba esta enfermedad. Creo que solamente le dije la medicación que tomaba, no me hicieron ningún chequeo y fácil, tres semanas más adelante, me llegó la medicación. Pero... después me pidieron los chequeos, que son los chequeos escasos... a ver, nosotros partimos de una línea, venimos siguiendo una línea desde afuera con la obra social y demás, obviamente que estos lugares están como en el abismo, o sea, las medidas que tienen son mínimas”.* Señala que mientras fuera de la cárcel los chequeos son trimestrales, en el encierro son cada 6 o 9 meses.

De la entrevista surge que siente que el estado de salud y sus condiciones de vida se encuentran deterioradas desde que está detenida. Las malas condiciones de alojamiento como la falta de mantenimiento de los pabellones, la humedad, el hacinamiento y la mala alimentación contribuyen a tener una mala calidad de vida. Y sobre todo, por la deficiente atención médica: *“Cuando vos agarrás una enfermedad que no es la tuya, enfermedades que son las simples digamos, una gripe, un dolor de garganta, lo que sea, el servicio penitenciario no está capacitado en este momento para arreglarte ni siquiera una muela, para nada. Y te morís de dolor y te la arreglás como puedas en el pabellón, es así. Pero no solamente las personas trans, sino toda la población. O sea, es*

como, es abandono de persona. Estás en un lugar donde tu vida sinceramente ya no vale, ya no vale (...) hasta las 6 te podés enfermar, después de las 6 no te enfermes porque no hay un médico”.

La entrega de la medicación es frente al resto de la población y esto genera situaciones de discriminación no solo de las demás personas detenidas sino también del personal. Respecto de la entrega de los resultados, menciona: *“tenés que estar sacando audiencias, y si al médico lo encontrás, bueno, bienvenido sea”.*

Testimonio 4: Jorge fue detenido a sus 19 años, en 1996. Hace 23 que está preso y pasó por diferentes establecimientos del SPF, entre ellos el CPF II de Marcos Paz y la Unidad 7 de Chaco. Tuvo muchos inconvenientes y enfrentamientos con el SPF. En la Unidad 7 comenzó con descomposturas frecuentes (fiebre y vómitos) y sin revisarlo, con frecuencia la respuesta del SPF fue darle una inyección de buscapina desde atrás de la reja: *“no me sacaban al hospital, no me sacaban ni loco por nada”.* A partir de entonces, comenzó un proceso de paso por diferentes instancias impulsadas solo por la familia y su abogada, en una serie de instancias para que Jorge reciba atención médica. *“El director de la unidad no quería sacarme al hospital de afuera y llegó un momento que me descompuse del todo... ya no me ponían suero, me mandaban al pabellón, y a la noche me descomponía de nuevo”.*

Finalmente lo llevaron a la Sala de Atención Médica (SAM) de la unidad y el médico decidió que lo sacaran al hospital de la calle para que le hicieran una ecografía. *“Abí saltó que tenía banda de cálculos desparramados por todos lados”.* Luego volvió a la unidad, *“ya no daba más, quedé revolcado en el piso”*, y luego de la intervención de su abogada y de la PROCUVIN logró que lo sacaran de nuevo al hospital extra muros.

En el hospital Perrando fue operado 5 veces en el lapso de 2 meses por una pancreatitis y le sacaron la vesícula. Durante ese lapso lo llevaban y lo traían de la unidad al hospital. El trato de los médicos y de los operadores de salud en general, recuerda, fue muy hostil. *“Si no hubiese estado mi familia al lado yo no estaría contando nada... Incluso mi familia fue denunciada porque mi mujer dijo que no se iba a mover de al lado mío con toda la seguridad que había ahí (...) Sos un detenido. Si se salva se salva y si no, no”.* Mientras estuvo internado, permaneció esposado, hasta que dejó de estarlo por insistencia de su familia. *“Si tenía un bracito así de finito de lo que había adelgazado”.* Jorge pasó de 81 a

30 kg. *“No me podían traer para estos lados porque no me daba el peso para poder viajar”*.

Cuando recuperó un poco de peso, fue trasladado en un camión común 1200km, junto con otros 40 detenidos. Recibió el mismo trato que todos y pasó horas en las leoneras. Cuando llegó a Ezeiza, nuevamente por gestiones de su abogada y su familia, logró que lo alojaran en el HPC donde estuvo casi 3 meses. Recuerda que lo atendieron muy bien, aunque no podía recibir visitas de sus hijos allí, y nunca le hicieron el tratamiento para recuperar masa muscular. Lo hizo él solo, con dos botellas de agua con las que hacía ejercicios con el pie.

“Después vino el subdirector y me dijo: ‘¿ya estás recuperado vos? Entonces ya estás para viajar’, me dijo. Corte que me querían mandar de vuelta para afuera. Yo le dije que mi familia iba a hacer todo lo posible para que me pueda quedar acá”. Finalmente, gracias a las gestiones de su familia fue realojado en un pabellón común del CPF I. Allí muchas veces no recibe su dieta especial, a pesar de que no puede comer grasas y no tienen dónde cocinar. *“A veces como y me descompongo”*, cuenta. *“Imagine que algo hay que comer y lo tengo que comer igual, obligado, no me voy a morir de hambre, lo como, vienen las bandejas y lo tengo que comer, pero si lo puedo evitar lo voy a evitar, con un té o lo que sea”*. Como parte del tratamiento permanente, tiene que tomar Omeprazol. Se lo da un enfermero todos los días, a pedido de Jorge.

El entrevistado reporta que en el pabellón tampoco recibe los controles mínimos, ni siquiera ante crisis de dolores por las que atraviesa. Fue solo a partir de las gestiones de su familia que consiguió que le hicieran estudios. Los resultados nunca los supo. *“El tema de la salud adentro de la cárcel es muy complicado, más si no tenés a nadie”*. Cuando íbamos cerrando la visita, dijo: *“Si usted necesita un papel de toda mi vida del hospital, de lo que me pasó, mi mujer tiene una carpetita armadita, todo lo que le daban el Servicio ella lo guardaba. A usted no se lo podemos dar, me decían”*.

Otra de las cuestiones que indagamos fue respecto de la atención médica ante dolencias prevalentes/esporádicas, incluyendo dentro de esta categoría básicamente traumatismos (golpes, torceduras, esguinces) y dolencias infecciosas (resfrío, fiebre, dolor de garganta, de muelas, etc). El 70% de las PPL refirió haber padecido algún cuadro de este tipo durante el último año

(mayoritariamente resfríos o gripes y en algunos casos traumatismos). La gran mayoría de estas personas (85,4%) solicitó atención médica en esas circunstancias.

Quienes no piden ser atendidos por un profesional médico ante este tipo de dolencias, pusieron de manifiesto su falta de confianza en el sistema con distintos argumentos:

- “*Porque te dan una inyección y nada más*” (varón alojado en el CPF I – Ezeiza)
- “*Siempre te dan la misma respuesta, te dan lo mismo si te duele la cabeza que si te duele el pie*” (varón alojado en el CPF I – Ezeiza)
- “*Porque no te atiende en el día, y cuando te atiende ya se te pasó*” (mujer alojada en el CPF IV – Ezeiza)
- “*No te atienden, y si reclamás mucho te sancionan*” (mujer alojada en el CPF IV – Ezeiza)

La atención ante estas enfermedades esporádicas la realiza el médico en la mitad de los casos (49%) y otras veces los enfermeros (38%). Lo primero se da con mayor frecuencia en el caso de las mujeres, y lo segundo en el caso de los varones.

En relación con las demoras para la atención médica ante este tipo de dolencias, el 19% de las personas entrevistadas señaló que el médico las atiende dentro de las 24hs, el 11% dentro de los siguientes tres días, el 16% en la semana. Un 16% señaló que *nunca se sabe* cuándo te atienden, mientras que un 17% señaló que *nunca te atienden*. Las mujeres se muestran más críticas y el 50% afirmó que nunca se sabe cuándo serán atendidas o que directamente el médico no las atiende.

El contacto con los enfermeros suele ser más ágil: un 48% refirió que la atención se produce en el mismo día, mientras que el 15% señaló que *nunca se sabe* cuándo te atienden y un 16% que directamente *no te atienden*.

Los resultados acerca del desarrollo de la atención médica ante dolencias prevalentes evidencian que se trata de situaciones caracterizadas por la informalidad, la desinformación y la incertidumbre. La mayoría de las veces las PPL deben presentar su

pedido por escrito, pero no reciben ningún tipo de constancia de su solicitud. No pueden saber cuánto deberán aguardar hasta ser atendidas, ni si efectivamente recibirán atención médica. Esto genera que algunas personas opten por no solicitar ser revisadas por un médico ante estos cuadros esporádicos.

El sistema de emergencias

La atención médica ante situaciones de emergencia fue otro de los aspectos en los que indagamos en las encuestas. Del relevamiento surge que el 70% de las personas entrevistadas presenciaron alguna emergencia médica durante el último año, incluidas situaciones de muerte de otras personas detenidas. Casi la mitad de las personas entrevistadas considera que la respuesta institucional ante las emergencias demora demasiado, mostrándose las mujeres más críticas que los varones respecto de este tema (56% frente a 45% respectivamente).

“A un compañero se le cortaba la respiración, se le cerraba la garganta. Le pedía al celador atención médica urgente pero no lo atendían. Otro compañero le paso el puff (del asma). Recién a la semana lo atendieron, un médico del HPC” (Varón alojado en CPF I)

“Un preso mayor que venía sufriendo dolencias pidió atención médica, cuando lo atendieron fue muy tarde. Finalmente lo sacaron, pero a los días se murió. Fue una situación de abandono, estaba agonizando en el pabellón” (Varón alojado en CPF I)

“Un pibe con epilepsia estaba con convulsiones, fue a las 6 a.m. y recién vinieron los médicos a las 6 p.m.” (Varón alojado en CPF I)

“Un compañero con tuberculosis se descompensó. Lo sacaron a los 2 días (por audiencia y no lo atendieron) y lo llevaron al hospital Muñiz. Luego fue trasladado al interior. Estuvo esos dos días en cama en su celda” (Varón alojado en CPF I)

“Estábamos en el recuento de la mañana y de repente uno se desmayó. Siguieron haciendo el recuento y nosotros lo ayudamos a sentarse. Recién cuando terminó el recuento lo sacaron para tomarle la presión y luego volvió al pabellón. Nunca supimos qué tuvo” (Varón alojado en CPF I)

“Hacía 28 días que tenía una hemorragia muy fuerte. Me daban pastillas y nada. Hasta que me vio que estaba desesperada. Había perdido mucha sangre y me tuve que desnudar y mostrarle a todos los que estaban ahí (jefa, médico, celador, enfermera) los coágulos que me bajaban y ahí me operaron de urgencia, a las 2 horas me estaban operando en el Hospital de Ezeiza” (Mujer alojada en CPF IV)

Las situaciones de emergencia que mencionaron las PPL se vinculan, en la mayoría de los casos, con urgencias médicas por problemas de salud (71%), aunque también incluyen —en menor medida— situaciones que son producto de hechos de violencia o autoagresiones. Muchas de las personas entrevistadas señalaron que, ante este tipo de situaciones, cuando alguien necesita asistencia médica urgente *“la sacamos nosotros con una manta”*, mientras que ni los médicos ni el personal de seguridad entra a los pabellones ante estas situaciones. Ello se debe a que en los protocolos de seguridad del establecimiento penitenciario se establece que se debe convocar al cuerpo de requisa para el ingreso de personal penitenciario al pabellón, lo que a menudo demora demasiado tiempo. Es por eso que, en la práctica, la persona enferma o lesionada es sacada del pabellón o llevada a la enfermería por otras personas presas con quienes comparte alojamiento, usando una manta como camilla. Las PPL que relataron este tipo de situaciones de emergencia, muchas veces señalaron que no saben qué sucedió con esa persona luego de dejarla en el sector sanitario, ni si fue atendida por personal médico.

Todo esto se da en un contexto en que existe un vacío importante en relación con la regulación de los protocolos y reacciones institucionales ante emergencias, y esto aparece naturalizado por parte del personal del SPF.⁷⁷

77. De hecho, del trabajo cotidiano de la PPN en los casos de muertes en el encierro, advertimos que no está especificado quién es por ejemplo la persona que debe medir el pulso ante una posible muerte. Por lo general el que lo hace no es un médico, suele ser el celador, y esto puede tener consecuencias graves en la capacidad o no de reacción ante circunstancias específicas. En el año 2017, la PPN emitió la *“Recomendación para la resolución adecuada de emergencias médicas en establecimientos penitenciarios del SPF”* (Recomendación N° 858,

Traslados a hospitales extramuros

La atención a la salud en prisión se apoya en el sistema de salud de la comunidad. Frente a situaciones que no pueden atenderse en los servicios médicos de los distintos establecimientos penitenciarios o en el HPC de Ezeiza, las PPL deberían ser trasladadas a hospitales extramuros. No obstante, se identifican muchos problemas para que se concrete esta articulación. Solo 13 de las 200 personas encuestadas refirieron haber sido atendidas por médicos de hospital extramuros en el último año (3,7%). Y 17 más dijeron que lo habían solicitado pero nunca las llevaron. A su vez, un 16% refirió tener alguna cirugía pendiente (la mitad por patologías previas a la detención y la otra mitad por problemas adquiridos post detención).

“No había gasoil para la camioneta de traslado y ahora tengo que esperar dos años” (varón alojado en CPF I)

“Me sacaron pero me llevaron tarde y perdí el turno. Ya pasó tres veces lo mismo” (mujer alojada en CPF IV)

La demora y la pérdida de turnos en hospitales extramuros es una cuestión extendida, sobre la que es fundamental que se implementen medidas que mejoren esta logística. Las pérdidas de turnos se dan muchas veces porque se agendan turnos superpuestos, no les llevan los estudios a la consulta, no hay móviles, o falta la autorización judicial para salir al hospital. Esto último contrasta con otras medidas que realizan sin autorización de la justicia, como por ejemplo, traslados de las PPL a unidades penitenciarias que quedan muy distantes del domicilio de sus familias.

Los médicos ante casos de tortura

Otro de los aspectos en los que indagamos fue respecto del rol de los médicos ante situaciones de malos tratos y tortura perpetrados

de 9 de junio de 2017), sugiriendo al Director Nacional del SPF la adopción de un protocolo para emergencias médicas. En junio de 2019, el DN del SPF aprobó las “Pautas de procedimiento para la asistencia inmediata a la víctima ante situaciones de riesgo de muerte y preservación del lugar del hecho o escena del crimen en contexto de encierro” (BPN núm. 695).

por agentes penitenciarios. El personal médico tiene la obligación de brindar asistencia médica a las personas que sufrieron este tipo de situaciones, registrar las lesiones, y guardar confidencialidad para proteger la integridad física de la PPL, efectuando la denuncia si la víctima brinda consentimiento o bien poniéndolo en conocimiento de organismos de derechos humanos⁷⁸. El vínculo de confianza entre médico y la PPL es central para que puedan compartir qué fue lo que sucedió. El registro que haga el médico de las lesiones es muy importante para las posteriores instancias de control administrativo e investigación judicial, pero a la vez, es básico para brindar una atención adecuada.

Del trabajo cotidiano de la PPN, tanto en el registro de muertes como en el de casos de tortura, y en la intervención en causas judiciales por malos tratos, advertimos que existen serias deficiencias en la respuesta médica ante estas coyunturas. El personal de salud del SPF no deja registro de las lesiones en la historia clínica de los pacientes. Esta fue una de las conclusiones centrales del seminario “Aportes de la medicina en la prevención y sanción de la tortura. Taller de capacitación para promover el cumplimiento del Protocolo de Estambul”, que organizamos a fines de 2019.⁷⁹ Es en este aspecto donde se pone en evidencia con mayor claridad el problema de la *doble lealtad* que mencionamos al comienzo del estudio.

Esto mismo se constató en la observación de historias clínicas de PPL efectuada durante las dos visitas realizadas por la PPN junto con consultoras médicas al Centro Médico del CPF IV y al HPC del CPF I. Algunas de las historias clínicas solicitadas fueron seleccionadas en función de los resultados de la *Base de Datos de Casos de Tortura y Malos Tratos Investigados y Documentados por la PPN*. De acuerdo con este registro, se revisaron algunas historias clínicas de personas que

78. Ver Protocolo de Estambul, op. cit.

79. Realizado el 30 de octubre, y 6 y 13 de noviembre de 2019 en la Academia Nacional de Medicina. El video está disponible en <https://ppn.gov.ar/institucional/portales/taller-de-capacitacion-para-promover-el-cumplimiento-del-protocolo-de-estambul>.

denunciaron ante la PPN haber sido víctimas de malos tratos físicos en los meses previos al estudio y que hubieran presentado lesiones, con el objetivo de identificar la intervención de los médicos penitenciarios ante esos cuadros. En varios de estos casos las víctimas habían mencionado que fueron asistidas por profesionales médicos que les habían realizado curaciones, suturas y control de las lesiones. Sin embargo, en ninguna de las más de diez historias clínicas analizadas se pudo observar ningún registro o constancia de las lesiones.

En los cuestionarios realizados a las PPL hemos incluido una pregunta específica en relación a si sufrieron situaciones de malos tratos o torturas en el último año, y cuál fue el rol de los médicos en este contexto. Las respuestas afirmativas que recibimos fueron 13 (9% del total de PPL encuestadas). Esto resulta una cifra muy reducida⁸⁰ —aunque no desdeñable— en contraste con los hechos relevados de forma cotidiana por la PPN⁸¹ y lo que surge de las investigaciones específicamente centradas en esta cuestión⁸². En proporción a las personas entrevistadas, fueron

80. Es posible que el reducido porcentaje de respuestas afirmativas esté condicionado por el hecho de que el cuestionario estaba focalizado en temas de salud y se limitaba a consultar sobre hechos de malos tratos y tortura padecidos hacia el final de la encuesta. Tal vez el cambio de tema, la extensión del cuestionario / duración de la encuesta y la falta de repreguntas sobre la cuestión hayan tenido incidencia.

81. La PPN aplica desde el año 2007 el *Procedimiento para la Investigación y Documentación de Casos de Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas y/o Degradantes*, en donde se registran los casos de malos tratos físicos, así como de amenazas y hostigamientos posteriores a estas violencias que sufren las personas privadas de su libertad por parte de agentes penitenciarios y/u otras fuerzas de seguridad. De la información relevada durante la aplicación el protocolo de actuación se nutre la *Base de datos de Casos de Tortura y Malos Tratos Investigados por la PPN*. De allí surge que durante 2019 se registraron 427 casos de tortura y malos tratos y se presentaron 140 denuncias penales, en los casos en donde se contó con el consentimiento expreso de las víctimas. Del total de casos registrados en 2019, 65 ocurrieron en el CPF I y 22 en el CPF IV. Ver *Informe Anual PPN 2019*, op. cit.

82. En la investigación que realizó la PPN en el año 2007 se obtuvo que más de un 60% de las personas entrevistadas habían sido víctimas de malos tratos o tortura durante su detención, y un 34% había padecido lesiones físicas producto de la agresión. Ver Procuración Penitenciaria de la Nación, *Cuerpos*

más mujeres (7) que varones (6) las que se animaron a decir que habían sido agredidas por personal penitenciario, lo que es coherente con la visión más crítica de la prisión que manifiestan las mujeres en esta investigación. Y también se corresponde con la experiencia de los registros de tortura y malos tratos de la PPN, en los que siempre se asume una cifra oculta o subregistro debido a que muchas personas detenidas no relatan su experiencia de victimización por temor a represalias, lo cual se observa en mayor medida en los varones.

Resulta importante hacer foco en el papel que deberían asumir los médicos en la prevención y sanción de la tortura, registrando las lesiones conforme el Protocolo de Estambul y efectuando una denuncia ante la justicia o al menos una comunicación a organismos de control y de DDHH. Del total de personas encuestadas en esta investigación que sufrieron situaciones de malos tratos o torturas, 10 dijeron haber padecido lesiones físicas como consecuencia de las agresiones: 4 varones y 6 mujeres. Y solo 4 recibieron atención médica. De ellos, únicamente una mujer le relató al médico el origen de las lesiones. Al consultarle al resto los motivos por los cuales no lo habían hecho, dijeron “*porque no me preguntó*” o “*porque no se cuenta*”.

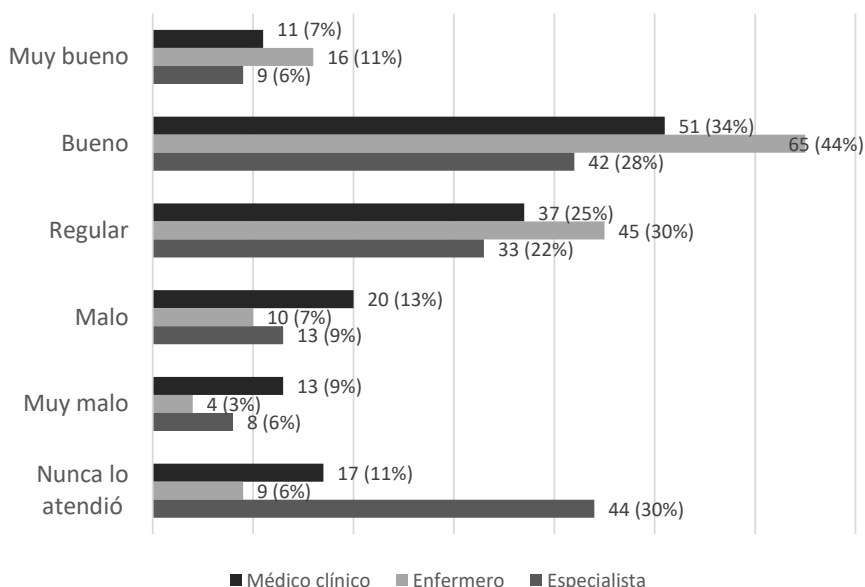
El trato del personal de salud y la relación de confianza médico-paciente

Con respecto al trato y la atención del personal médico y de enfermería, se advierte que los segundos fueron mejor evaluados que los primeros. El 55% evaluó el trato de los enfermeros como bueno o muy bueno, el 30% como regular y el 10% como malo o muy malo. Es importante tener en cuenta que los enfermeros son quienes muchas veces le dan la medicación a las PPL, y por lo general están más presentes en la cárcel que los médicos. Esto puede ayudar al vínculo y la relación de confianza con las PPL; y también a una mejor valoración del trato por la mera presencia.

castigados. Malos tratos y tortura física en cárceles federales, Buenos Aires, Del Puerto, 2008.

A su vez, el 41% evaluó el trato de los médicos clínicos como bueno o muy bueno, el 25% como regular y el 22% como malo o muy malo. En este sentido también notamos evaluaciones más críticas de las mujeres que de los varones.

Evaluación del trato y la atención del personal de salud



Fuente: Investigación sobre Salud y Atención Médica en cárceles federales - PPN

Ahora bien, estos datos varían respecto del lugar de alojamiento. Al interior de las cárceles existen espacios de alojamiento diferenciados, entre otras cosas, por los criterios de clasificación penitenciaria del “perfil criminológico” de las PPL. En el CPF I, las Unidades Residenciales 3 y 4 son los espacios destinados oficialmente al alojamiento de los presos de “*alta potencialidad conflictiva*” y detenidos “*por delitos graves*”. En estos espacios se concentran múltiples vulneraciones de derechos y la relación entre el personal penitenciario y los detenidos es especialmente rígida y hostil. Al analizar las opiniones de los detenidos acerca

del trato brindado por los médicos, observamos que varían según la Unidad Residencial en la que se encuentran alojados. Mientras que en las Unidades Residenciales más “tranquilas” las evaluaciones se concentran en la categoría “Bueno” (37% en U. R. 1 y 65% en U. R. 2), en aquellos lugares de alojamiento de los presos clasificados como “conflictivos”, aparecen peores opiniones que señalan que los médicos les brindan un trato “regular” (44% en U. R. 3 y 26% en U. R. 4).

Más allá de estas evaluaciones, lo que surge es que hay serias deficiencias en la relación de confianza entre médico y paciente. En varias de las encuestas surgió la idea de que “*para cualquier cosa te dan una pastilla*” o que “*te dan inyecciones*” y las personas detenidas desconocen para qué son.

Algunos de los relatos brindados señalaron:

“Tengo problemas de salud, no sé bien qué, y no me atienden para hacerme estudios. Si me siento mal me llevan a la una de la mañana al centro médico, y me inyectan. Siempre lo mismo, la medicación siempre es inyectable” (mujer alojada en el CPF IV).

“Si te duele algo siempre te dan inyectable, ibuprofeno creo” (varón alojado en el CPF I)

“Si el médico te atiende de noche te da una inyección que te deja un moretón enorme. A veces prefiero aguantar el dolor de cabeza que el inyectable” (mujer alojada en el CPF IV).

Salud mental y consumos problemáticos

La cuestión de la atención a la salud mental en el encierro es un tema central en el que la PPN viene trabajando con un equipo de trabajo específico hace muchos años. Es por ello que hemos incluido una sección específica para relevar las percepciones de las PPL sobre su salud mental, como parte del derecho a la salud en el encierro.

El tema del consumo problemático⁸³ de sustancias psicoactivas es un aspecto de relevancia en el encierro, y resulta fun-

83. Según el Plan Integral de Abordaje de los Consumos Problemáticos (Ley 26.934/2014) “se entiende por consumos problemáticos aquellos consumos que

damental que existan espacios de tratamiento. Del relevamiento surge que casi la mitad de las PPL afirma tener un consumo problemático de diferentes sustancias, entre ellas⁸⁴:

Tabaco (75%)

Alcohol (9%)

Psicofármacos (19%)

Drogas ilícitas (33%)

Llama la atención la enorme cantidad de personas detenidas que reconoce un consumo problemático de tabaco, en comparación con el promedio nacional de consumo⁸⁵, lo cual ha sido señalado también en otros contextos⁸⁶.

Por otro lado, cabe destacar que el estudio del Ministerio de Salud de la Nación realizado en base a encuestas a más del 20% de población detenida en el SPF, señala que el 45% de las personas detenidas habían consumido marihuana el año previo al relevamiento, el 30% cocaína y el 14% paco (aclaran que esos consumos pueden haberse realizado antes de la detención o bien

—mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud”.

84. Los porcentajes superan el 100% porque es una pregunta de respuesta múltiple, es decir, cada persona puede afirmar tener un consumo problemático de más de una sustancia.

85. Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), en 2018 el 22,2% de la población adulta consumía tabaco (4ª ENFR). Disponible en http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001659cnt-4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_informe-definitivo.pdf

86. “Un problema de salud importante en el ambiente carcelario es fumar tabaco. El tabaco es una parte integral de la cultura carcelaria, actuando como moneda dentro de las cárceles y siendo intercambiada por bienes, como pago de deuda y para apostar”, Australian Institute of Health and Welfare *The health of Australia's prisoners, 2012*, Cat. no. PHE 170, Canberra, AIHW, 2013, pág. 4.

dentro del penal, aspecto que no se preguntó). También se registró un alto consumo de píldoras tranquilizantes (ansiolíticos, hipnóticos, etc.) y que el consumo sube a medida que se incrementa el tiempo de detención⁸⁷.

En un sentido similar, la investigación desarrollada por el CELIV en el año 2015 halló que el 68% de los entrevistados había consumido marihuana durante los 6 meses anteriores a ser detenido y el 50% pasta base, cocaína y/o crack⁸⁸.

Un dato a señalar es que algunas personas entrevistadas afirmaron que a partir del encierro su consumo problemático de drogas ilícitas disminuyó o cesó. Esto es esperable por la misma prohibición y la rutina del encarcelamiento, con horarios pautados, y se da especialmente en personas que ingresan a prisión en estado de extrema vulnerabilidad y deterioro personal, a menudo en situación de calle. Algunos relatos grafican esta situación:

“En la calle me la pasaba drogada. Estaba en situación de calle. Acá me drogo menos” (mujer alojada en el CPF IV - Ezeiza)

“Porque ahora estoy tranquilo cuando estaba en la calle consumía” (Varón alojado en el CPF I - Ezeiza)

“Acá trabajo, estudio, y no consumo” (mujer trans alojada en el CPF IV – Ezeiza)

“Físicamente me siento mejor porque ahora no tengo ningún vicio, físicamente estoy mejor, pero estoy esperando la libertad, lo necesito para estar bien de la cabeza” (varón alojado en el CPF I – Ezeiza)

Ahora bien, la mayoría de las veces el proceso de desintoxicación no es acompañado por programas de abordaje específicos, sino que la persona atraviesa síndromes de abstinencia

87. Ministerio de Salud de la Nación, *Estudio de prevalencia de VIH, sífilis, hepatitis virales y tuberculosis en personas en contextos de encierro en unidades del Servicio Penitenciario Federal*, op. cit, Resumen Ejecutivo, pág. 12.

88. Ver Centro de Estudios Latinoamericanos sobre Inseguridad y Violencia (CELIV), *Condiciones de vida en la cárcel: Resultados de la encuesta de detenidos condenados*, Informe N° 2, Universidad Nacional de Tres de Febrero, 2015.

al interior de un pabellón de ingreso sin ningún tipo de acompañamiento terapéutico.

De las encuestas realizadas surge que solo el 4% de los varones y el 5% de las mujeres accedieron a Centros de Rehabilitación para Drogadependientes (CRD) o grupos AGA. Es tan limitada la posibilidad de participar en estos dispositivos, que en general las PPL ya ni lo solicitan (menos del 10% de los entrevistados que refirieron consumos problemáticos) a pesar de que les interesaría ser incluidos en programas y otras formas de abordaje de su consumo.

Además, en muchos casos los psicofármacos aparecen como sustituto para personas que tenían consumo problemático de drogas ilícitas. Del trabajo de monitoreo que realiza el área de Salud Mental de la PPN desde hace más de 20 años surge que esto no va acompañado de tratamientos ni de planes para ir dejando la medicación en forma progresiva. Tampoco hay actividades que complementen estos tratamientos médicos para bajar la ansiedad. Todo esto es especialmente importante teniendo en cuenta además que la circulación desregulada de psicofármacos está asociada muchas veces con situaciones de violencia entre las PPL⁸⁹.

La insuficiencia de los programas de abordaje de consumos problemáticos es una falencia sobre la que es necesario que se implementen modificaciones. Además, algunas personas relataron lo restrictivo que resulta el régimen de los CRD. Están diseñados para una población muy diferente a las características de la población privada de su libertad. Cabe señalar que la PPN en el año

89. Ver Recomendación PPN N° 812, de 25 de abril de 2014, sobre consumo desregulado de psicofármacos y el Informe Anual PPN 2013, donde se señala que “según las voces de algunas de las personas entrevistadas que están en tratamiento, existiría cierta propensión en la mayoría de las unidades monitoreadas a medicar con psicofármacos aquello que se presenta como malestar psíquico. En ese sentido, la circulación desregulada de dicha medicación tiene una razón de ser, ya que parece ir en la línea de “mantener a la gente planchada, dopada”, vertiente de la prescripción como dominio del cuerpo del otro/castigo. El contragolpe de esta última situación —como ya hemos dicho— son las situaciones de violencia/traumáticas que se suscitan alrededor de la circulación de psicofármacos” (pág. 264).

2017 efectuó la Recomendación N° 873/17, impulsada desde el Área de Salud Mental, requiriendo que se implemente un abordaje integral de los consumos problemáticos en contextos de encierro, en el cual la conducción de los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes (CRD) se encuentre en manos de profesionales de la salud mental, ya que al momento son conducidos por personal penitenciario no profesional.

Testimonio 5: Candela tiene 28 años y consume pasta base desde los 15 años. Recuerda que *“estaba 24 horas tarada abajo en la plaza, estaba las 24 horas drogada”*. Está detenida hace 1 año y 8 meses. En libertad se encontraba en situación de calle y consumía paco. Cuando ingresó al Complejo fue alojada en el CRD, estuvo una semana pero solicitó salir debido a que no soportaba la rigidez del régimen de encierro del dispositivo. *“Te hacen levantar a las 6 de la mañana, te dan 10 cigarrillos por día, a mí no me molestaban los cigarrillos, pero la convivencia ya no me gustaba”*. Recuerda además que tenía solo 15 minutos de teléfono por día. Cuando la cambiaron a otro pabellón volvió a consumir. Ella siente que no puede controlar su consumo, y está pidiendo regresar al CRD. Le respondieron que la agregarían a la lista de espera. Tiene una mirada muy crítica del funcionamiento del dispositivo.

Testimonio 6: Silvina tiene 27 años. Fue detenida luego de haber vivido en un contexto de extrema vulnerabilidad. Antes de su detención era alcohólica, sufría violencia de género y tenía ataques de pánico. Desde que ingresó al SPF, a pesar de su consumo problemático y de haber solicitado asistencia, no fue incluida en ningún dispositivo. Le gustaría que la llevaran al CRD.

Señaló que tiene convulsiones y quistes en la cabeza, y que no los tenía antes de su detención. Ambos problemas le surgieron en la cárcel, pero los atribuye a los golpes que le daba su pareja. Estos quistes deberían ser operados según le dijeron los médicos. A pesar de que la vieron diferentes doctores (y cuenta, siempre le vuelven a preguntar lo mismo) la situación no cambia: la operación se demora y ni siquiera sabe si el turno ya fue pedido. *“No, eso no se sabe. El médico lo pone en tu carpeta, tu legajo y ya está, pero nosotras no lo podemos saber por el tema de si se escapa, o esto o lo otro. Entonces nada, no sabés nada”*. *“El año pasado me*

llevaron 5 veces al hospital y nunca me operaron. Me dicen que venció la orden o que no hay cama. Cualquier excusa”.

Cuenta que además tiene convulsiones cada tanto. La última vez que le sucedió, tardaron mucho en atenderla. Considera muy mala la atención intramuros. En general atiende el enfermero, no el médico clínico o especialista. Cuando salió al HPC, *“los médicos cambian siempre”* y *“el doctor se ríe de mí”*.

Ella manifiesta sentirse muy nerviosa. Quiere que la operen, siente que los quistes se agrandan. Recibió en el último tiempo atención de un psicólogo cada 2 semanas, por 20 minutos, a pedido de ella. Siente que esas entrevistas le hacen bien. Toma psicofármacos por prescripción médica por ataques de pánico, por las convulsiones y porque tiembla mucho. Considera que tanto su salud física como mental están mucho peor que antes de la detención.

Otra cuestión a resaltar es que el 33% de las PPL entrevistadas refirió que tiene prescritos psicofármacos. En el caso de las mujeres hay una mayor prescripción —40%— que en los varones —30%—. El dato central es que todas las mujeres y el 82% de los varones dijeron que comenzaron a tomar psicofármacos a partir de la detención: para poder dormir, para controlar la ansiedad o la depresión. El 63% de las PPL que consumen estas sustancias considera que les hace bien, aunque en el caso de los varones, el 28% considera que les hace mal o regular.

Testimonio 7: Matías tiene 31 años y lleva detenido 7 años y 1 mes. Pasó por muchas unidades diferentes. La primera vez que estuvo privado de libertad fue a los 13 años, cuando estuvo en el Instituto San Martín. Durante su vida tuvo varios enfrentamientos con la policía y también con agentes del SPF.

Tiene convulsiones desde que estuvo preso en 2006, luego de que un agente penitenciario le pegó un palazo en la cabeza. *“Siempre hay un período en que no te dan la medicación que te tienen que dar, hasta que se dan cuenta que estás convulsionando en el piso.”*

Matías se describe como un *preso psiquiátrico*. Desde los 12 años toma Clonazepam y hasta el día de hoy toma 4 Lorazepam por día, *“no me dan Clonazepam”*. Señaló varias veces en la entrevista que necesita tratamiento psicológico intenso. Lo necesita

para estar mejor, y para el momento de la salida. No confía en los psicólogos de la unidad.

El 28 de noviembre del 2018 tuvo un intento de suicidio y lo llevaron al HPC. Lo tuvieron 48 horas en una celda con una cámara. Desde entonces, cuenta que no volvió a tener asistencia psicológica. En especial le gustaría pasar al PROTIN: *“Abí son más humanos, son como ustedes las personas... —Hola Matías—, hoy me llamó la atención ‘Matías’, ninguno me llama por Matías (...) Me sentí como que me llamaban como una persona y eso te llena viste, porque si no, siempre te llaman por el apellido: ‘Pérez, vaya para allá’, ‘¡Basta Pérez!’. Aflojá un poco”*.

En relación con la atención a la salud mental, el 82% de las personas entrevistadas dijo que en el último año tuvo al menos una entrevista con profesionales de este ámbito. Las personas que reciben esta atención señalaron en el 32% de los casos que los profesionales suelen variar. Es decir, no necesariamente tienen seguimiento por parte de un mismo profesional. Esto se debe muchas veces a que la persona a cargo de la atención está definida en función del lugar de alojamiento, y frente a cambios de pabellón, por ejemplo, no se prioriza sostener el espacio terapéutico. Cambia en forma automática el profesional a cargo.

La mayoría de las personas que tuvieron contacto con un profesional de la salud mental en el último año refirieron que fueron atendidos por un psicólogo (91%), y un 30% fueron atendidos tanto por un psicólogo como por un psiquiatra. Solo un 9% no habían tenido contacto con psicólogo, sino solo con psiquiatra.

La frecuencia de la atención psicológica presenta importantes diferencias en relación a las entrevistas con psiquiatras. Mientras que las entrevistas con psicólogos se realizan por lo general una vez al mes o con mayor frecuencia (74%), las entrevistas con psiquiatras se mantienen con una periodicidad mucho más espaciada, superando los tres meses entre cada una (40%). Tanto unas como otras se producen a pedido de las PPL (71% en el caso de psicólogos y 83% respecto de psiquiatra). Ahora bien, respecto de la atención psicológica, es importante tener en cuenta que en el caso de las personas condenadas y las

procesadas incorporadas al REAV, las entrevistas con estos profesionales forman parte del tratamiento penitenciario y la PPL debe solicitarlas para avanzar en la progresividad.

Las entrevistas con los psicólogos suelen durar entre 10 y 30 minutos:

- 5 minutos (14%)
- Entre 10 y 30 minutos (50%)
- Más de 30 minutos (32%)

Respecto a la atención psiquiátrica, el 39% de las PPL que señaló que en el último año tuvo atención a la salud mental, se atendió con un psiquiatra. Casi la mitad dijeron que las consultas no duran más de cinco minutos (48%).

Las evaluaciones brindadas por las PPL acerca de cómo consideran que les hacen las consultas con los profesionales de la salud mental, indican que en el 30% de los casos el impacto es regular, mientras que el 63% afirmó que les hace bien o muy bien.

Sobre el trato dado por los psicólogos, el 69% señaló que es bueno o muy bueno, el 18% regular y el 12% entre malo y muy malo. Los varones fueron más críticos en este sentido. Y respecto de los psiquiatras, de aquellas personas que tuvieron la oportunidad de realizar al menos una consulta en el año, el 49% señaló que el trato es entre bueno o muy bueno, un 36% regular y un 14% malo o muy malo.

Las valoraciones respecto del trato de los profesionales de la salud mental es una cuestión a resaltar. Da cuenta de la necesidad de tener espacios terapéuticos y de intercambio en general donde prevalezca la palabra y la escucha. Es posible que estas percepciones, al igual que lo señalado respecto de las evaluaciones de las entrevistas con profesionales de la salud mental al momento del ingreso, también estén influenciadas por el hecho de que son de los pocos trabajadores penitenciarios con quienes las PPL pueden tener cierto espacio de escucha, en contraste con la hostilidad habitual del trato de los agentes penitenciarios de seguridad.

Una cuestión a remarcar también es la poca frecuencia y duración de las consultas, que según las respuestas de las PPL se trataría más bien de consultas aisladas que de abordajes terapéuticos. Una demanda que surgió de las entrevistas con los profesionales es la necesidad de incorporar más personal. Pero entendemos que además sería necesario que los profesionales de la salud tuvieran una formación específica para trabajar en contextos de encierro, explorando modalidades grupales y trabajando en forma mancomunada entre las diferentes disciplinas, incluyendo a los trabajadores sociales, a fin de ampliar la concepción meramente asistencialista individual, y poder diversificar el abordaje que se oferta.

Derivaciones de mujeres a dispositivos de internación de salud mental

Cabe señalar que 8 de las 65 mujeres entrevistadas para esta investigación (un 12%) relataron haber estado alojadas en un dispositivo de internación de salud mental (denominado PROTIN⁹⁰).

“Cuando ingresé me retobé y me llevaron a la 27. Estuve como tres semanas verdugueada, dormía casi todo el día, me aplicaban inyectables”.

“Porque le pegué a un doctor, me dieron una inyección, me tuvieron dopada. Estuve 7 días ahí”.

La PPN ha identificado con anterioridad que frente a determinadas situaciones de conflicto, las mujeres son trasladadas al dispositivo psiquiátrico, con la justificación de un supuesto episodio de “excitación psicomotriz”, y son devueltas al pabellón

90. El Programa de Tratamiento Interdisciplinario Individualizado e Integral es un dispositivo de internación en salud mental del SPF. Al igual que PRISMA, fundamenta su implementación y funcionamiento en la vulnerabilidad subjetiva de la persona privada de su libertad, y en el riesgo de daño cierto e inminente para sí o para terceros. Ello conlleva el traslado a un módulo específico, y las altas y externaciones responden a criterios profesionales.

de alojamiento a los 2-3 días⁹¹. Esta práctica ha sido denunciada también en el marco de otras investigaciones⁹².

En este estudio fue nuevamente constatado durante la visita efectuada al Centro Médico del CPF IV. A través de las entrevistas efectuadas con personal de salud surgió además que esas derivaciones al dispositivo de salud mental no quedan registradas en la historia clínica de las pacientes, y a menudo ni siquiera se asientan en el libro de guardia médica. La doctora Pellegrino, en su informe técnico de la visita, señaló: “*No es posible acceder a documentación que certifique que la derivación al dispositivo psiquiátrico, se lleva a cabo en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, que establece que la internación ‘debe concebirse como un recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y solo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros’*”.

El impacto de la cárcel en la salud psicofísica de las personas presas

Las visitas de monitoreo a las cárceles que viene realizando la PPN hace más de 25 años dan cuenta que en su mayoría los establecimientos presentan graves deficiencias en las condiciones de detención, que impactan en la salud física y mental de las personas presas. Por eso, el encierro carcelario en tales condiciones se puede asociar con bajas en las defensas/alteraciones en la inmunidad y aumento de enfermedades. Como hemos visto, también la OMS e investigadores en otros contextos han señalado que la

91. Ver PPN, Informe Anual 2018, en particular apartado “Genero y Salud Mental”, págs. 307-308 y apartado “Tortura y malos tratos como forma de violencia de género”, págs. 347-349.

92. Ver CELS /MPD /PPN, *Mujeres en prisión: los alcances del castigo*. Buenos Aires, Siglo XXI, 2011, pág. 61 y 132; GESP y DH / PPN / CCT-CPM, *Registro nacional de casos de tortura y/o malos tratos. Informe Anual 2012*, Buenos Aires, 2013; Lombraña, Andrea, “Territorios psiquiátricos de la prisión: los servicios de salud mental en cárceles federales desde una perspectiva etnográfica”, *Revista de Historia de las Prisiones* n°3 (Julio-Diciembre 2016), pp. 35-52.

posibilidad de adquirir una enfermedad transmisible aumenta durante el período en prisión⁹³.

El 51% de las PPL entrevistadas señaló que su salud física está peor o mucho peor desde que está en la cárcel, mientras que un 32% señaló que está igual y un 16% mejor. A su vez, casi la mitad de la población entrevistada (46,5%) señaló que se enferma más seguido desde que está detenida y un porcentaje similar (48%) que su salud mental está peor o mucho peor desde el encierro, mientras que un 33% señaló que está igual y un 17% que está mejor.

Cabe señalar que varios de los casos en que las personas entrevistadas refirieron estar mejor de salud, como ya hemos señalado, se trata de personas que se encontraban antes de ingresar a prisión en extrema vulnerabilidad socio-económica y muchas veces en situación de calle y con consumos problemáticos, particularmente de drogas ilícitas y/o alcohol⁹⁴.

Resaltan, además, las distintas percepciones sobre los efectos de la prisión en la salud según el lugar de alojamiento de las personas. Particularmente en el CPF I, en aquellas Unidades Residenciales donde el SPF aloja a los presos clasificados como de “mayor conflictividad”, se destaca una peor valoración del estado actual de su salud psicofísica. Tal es el caso de los alojados en la UR 3, que opinan de forma mayoritaria que su salud física está

93. Ver Mazzilli, Sara, “La prisión como determinante social de la salud”, Instituto de Salud Global Barcelona ISGlobal, 24-05-2019, disponible en <https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/prison-as-a-social-determinant-of-health/5083982/10102>. Además, en algunos casos el ingreso a prisión hace emerger enfermedades preexistentes que no estaban diagnosticadas: “Debido a la desigualdad de acceso a servicios de salud adecuados antes de su encarcelamiento, muchas personas inician el cumplimiento de la pena de prisión estando enfermas sin tratamiento de VIH, VHC o tuberculosis, mientras que las que entran en prisión relativamente sanas tienen una mayor probabilidad de infección (...).” Harm Reduction International/Informes/Sander, Gen, “VIH, VHC, TB y Reducción de Daños en Prisiones: Derechos Humanos, Estándares Mínimos y Monitoreo a Nivel Europeo e Internacional”, año 2016, Pág. 8.

94. Hallazgos similares fueron señalados por una investigación efectuada en cárceles del Estado de Río de Janeiro, ver De Souza Minayo, Maria Cecília y Peixoto Ribeiro, Adalgisa, “Health conditions of prisoners in the state of Rio de Janeiro, Brazil”, op. cit.

peor o mucho peor (51%), a diferencia de lo que mencionan aquellos alojados en la UR 1, en la cual el trato es menos severo, y que mencionaron que su salud física se encuentra igual o mejor (52%).

Algo similar ocurre respecto de las percepciones del impacto de la prisión en la salud mental: un 37% las personas detenidas en la UR 3 opina que se encuentran peor o mucho peor, cifra que trepa al 52% en el caso de los presos de la UR 4. Mientras que los alojados en las UR 1 y 2 consideran que están mejor o mucho mejor en el 19% y 23% de los casos, respectivamente. Esto puede estar asociado a su vez con las diferencias marcadas en los tipos de regímenes en los pabellones de las UR 3 y 4, mucho más restrictivos y severos en términos de horas de encierro y las pocas salidas de los pabellones que tienen permitidas, ya sea para el uso del patio, a estudiar, etc.

Tabla: Evaluación impacto de la cárcel en su salud mental. PPL alojada en CPF I según UR (“En comparación a cuando estabas en libertad, ¿cómo considerarás que está tu salud mental ahora?”)

	Peor/Mucho peor	Igual	Mejor/Mucho mejor	Total
UR de ingreso	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	4
UR 1*	11 (46%)	8 (33%)	5 (21%)	27
UR 2	8 (31%)	12 (46%)	6 (23%)	26
UR 3	6 (37%)	7 (44%)	3 (19%)	16
UR 4	12 (52%)	7 (30%)	4 (18%)	23
UR 5	3 (37,5%)	3 (37,5%)	2 (25%)	8

* Se excluyeron de la tabla tres casos para los que no se obtuvo el dato. Fuente: Investigación sobre Salud y Atención Médica en cárceles federales - PPN

Estos datos permiten reflexionar en torno a las diversas experiencias personales en el encierro, aún al interior de una misma prisión. Además, es posible suponer que estas evaluaciones disímiles según los espacios de alojamiento evidencian los serios

problemas que conlleva la pertenencia del cuerpo de profesionales médicos a la fuerza penitenciaria: tanto las percepciones sobre la atención de los profesionales —como se mostró previamente— y las relativas al estado de salud son peores en los lugares en donde el trato y las prácticas penitenciarias suelen ser más rígidos y severos. Es probable que el trato de los médicos, así como sus posibilidades de intervención, se encuentren subsumidas, o al menos condicionadas, por las peculiares formas de administración y gobierno penitenciario de estos espacios.

Con independencia de estas diferencias de percepción según el espacio de alojamiento, la mayoría de las personas entrevistadas advierten un deterioro de su salud como consecuencia de su ingreso a prisión. Las mujeres suelen ser más críticas que los varones en relación con estas valoraciones. Es decir, hay una alta percepción de adquisición de nuevas enfermedades en el encierro y agravamiento de las preexistentes, tal como lo expresaron las PPL:

“Mucho peor porque se deteriora tu salud mental y física. Creo que es por el estrés. También por la mala alimentación. Es un combo” (Varón alojado en CPF I – Ezeiza)

“En la calle no me enfermaba tanto” (mujer alojada en el CPF IV – Ezeiza)

“Su cuadro de vesícula empeoró, al igual que sus dolores al orinar” (Varón alojado en el CPF I – Ezeiza)

“Afuera una gripe dura tres días, acá tres meses” (mujer alojada en el CPF IV – Ezeiza)

“Mucho peor, por dolencias en la cabeza y angustia. Su salud general es mucho peor” (Varón alojado en el CPF I – Ezeiza)

“Bajó 17 kilos desde su detención. Su salud mental está siendo afectada por la depresión que padece” (Varón alojado en el CPF I – Ezeiza)

“Por las alergias y gastritis que adquirió en la cárcel y no están bien tratadas” (mujer alojada en el CPF IV – Ezeiza)

Hemos dicho que el ingreso a la cárcel en la mayoría de los casos conlleva la interrupción de tratamientos que la persona

realizaba en hospitales de la comunidad (el 60% de las personas entrevistadas que estaban bajo tratamiento por alguna enfermedad al ingresar a prisión refirieron que el mismo fue interrumpido). De igual manera, al salir de prisión, los tratamientos que venían realizando intramuros con frecuencia se ven interrumpidos: al ser consultadas, las personas refirieron que no reciben sus historias clínicas y por lo general no son informadas sobre espacios para continuar sus tratamientos y suelen interrumpirse. Solo 7 de las 17 personas que habían egresado de prisión en los últimos dos años dijeron que les brindaron información sobre programas o lugares donde continuar atendiéndose. En este sentido, las trayectorias de prisionización de algunas personas con diversas entradas y salidas de la cárcel comportan la reiterada interrupción de tratamientos y graves consecuencias en su salud.

Conclusiones

LAS CONCLUSIONES DE ESTE estudio, si bien exploratorio, demandan políticas públicas orientadas a promover mejoras en la atención a la salud de las personas presas. Los problemas que vamos a señalar dan cuenta de deficiencias estructurales de la gestión de la salud en el encierro. Algunas aparecen evidentes en las visitas a una unidad carcelaria o en el trabajo cotidiano de los organismos de monitoreo que efectúan inspecciones en las cárceles de todo el país. Lo que busca agregar este informe es el sustento con datos cuanti y cualitativos que permitan afianzar los diagnósticos y orientar futuras políticas públicas. Esperamos que sea de utilidad para ir construyendo en forma acumulada conocimiento sobre este tema, del que hay muy poco escrito en Argentina y en la región.

Es importante tener presente que las afirmaciones que se presentan a continuación no se aplican de igual manera a todos los espacios de encierro. Los problemas varían en función de la unidad y pabellón de alojamiento, pero también en función de si se trata de personas jóvenes o mayores, con o sin enfermedades crónicas, del tiempo de detención que llevan, y de otros factores relacionados con la gobernabilidad de determinados espacios en función de las poblaciones que los habitan, las formas de gestión penitenciarias, etc.

En primer lugar, la dependencia funcional del sistema de salud dentro del SPF aparece como una traba institucional central para la posibilidad de contar con un sistema de salud respetuoso de los

derechos de las PPL. El ejemplo más claro es la doble lealtad a la que se encuentran expuestos los médicos ante los casos de malos tratos y tortura y otras situaciones en que están en juego los derechos de las PPL por las formas de gestión del SPF. Este fue un punto de partida de este estudio y no un hallazgo específico del trabajo.

Los resultados del relevamiento abonan sobre la necesidad de avanzar en una reforma que le dé independencia a la administración de la salud intramuros del SPF, y que la ubique bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación. Por un lado, por la necesidad de mejorar la gestión y el funcionamiento del sistema en general, y los problemas que señalamos a lo largo del informe. A su vez, sin dudas la dependencia de los médicos del SPF también deteriora la relación médico-paciente y limita de antemano la posibilidad de generar relaciones de confianza.

Otra cuestión general a remarcar son las graves deficiencias en la gestión cotidiana de la salud en el encierro, y esto se combina con malas condiciones de trabajo del personal de salud, y en especial falta de formación, seguimiento y capacitación específica respecto del trabajo que realizan en contexto de encierro.

Cabe señalar que la misma opacidad que caracteriza a la gestión penitenciaria se presenta en relación con el sistema sanitario del SPF. La falta de información oficial sobre morbilidad y cuestiones epidemiológicas, recursos y estructura, y procesos de atención médica, son un primer indicador de la pobreza de los sistemas de salud del SPF y de su precario funcionamiento. Es un déficit muy importante de la gestión que advierte sobre la dificultad de administración, la toma de decisiones y la evaluación del funcionamiento. No queda claro, sin datos, de qué modo podrían corregir el curso de las políticas públicas en materia de salud en contextos de encierro⁹⁵.

95. Algo parecido fue señalado recientemente por la OMS para el contexto europeo, poniendo de manifiesto la necesidad de construir datos e indicadores de buena calidad sobre la salud de las poblaciones penitenciarias y sobre los sistemas de atención médica en las cárceles: “Las respuestas incompletas a algunos indicadores sugieren que los datos importantes y esenciales sobre la salud de las personas en prisión no están siendo recogidos por algunos países. Las conclusiones de Lisboa de la OMS establecen que los servicios de salud deben

Otro punto a destacar tiene que ver con las condiciones materiales de detención en general, que son deficientes y muestran indicios de insalubridad. La necesidad de mayor frecuencia en actividad física y la cantidad/calidad de la comida son otros aspectos de las malas condiciones de detención que remarcaron las PPL.

Algunos aspectos de la atención médica parecieran estar cubiertos: la inmensa mayoría de las PPL fueron atendidas por algún médico en el último año, y muchas de ellas se hicieron algún estudio. Pero de las encuestas y entrevistas en profundidad realizadas a PPL y médicos surge que este nivel de contacto con el sistema de salud es superficial y que existen problemas estructurales en materia de atención médica. De hecho, muchas veces los controles médicos y los estudios de rutina están asociados a cuestiones administrativas (acceso a trabajo o visitas íntimas), y no van acompañados del seguimiento y las medidas necesarias para el cuidado de la salud de las PPL.

En algunos casos, el ingreso a prisión implica uno de los primeros contactos con el sistema de salud. En otros, conlleva la interrupción de tratamientos que se realizaban en hospitales extramuros. Es fundamental garantizar una adecuada atención médica a las personas privadas de libertad, y en especial en lo relativo a continuidad de tratamientos cuando las personas ingresan y egresan de la cárcel.

Como señalamos, la atención a la salud en el encierro es a demanda y no hay controles periódicos propios de un plan de medicina preventiva (por fuera de cuestiones formales para acceder a trabajo o a visitas íntimas, por ejemplo). A su vez, en los casos de

estar basados en evidencia y deben considerar la transición de los individuos en custodia a la comunidad, requiriendo colaboración intersectorial y un enfoque de liderazgo de sistemas para salud. Los datos de buena calidad sobre la salud de las poblaciones penitenciarias son esenciales, ya que proporcionan una evidencia base para desarrollar e implementar políticas efectivas. La disponibilidad de datos sobre personas en prisión y de los sistemas de atención médica en las cárceles permiten a los países evaluar su progreso en el logro de un sistema de salud universal, abordando las inequidades de salud arraigadas y “no dejando a nadie atrás” en la búsqueda de los ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas)”. OMS, *Status report on prison health in the WHO European Region*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe; 2019, pág. 44.

personas con enfermedades crónicas, aparecen con frecuencia las dificultades de acceso a tratamientos o la falta de constancia.

Del estudio surge además la dificultad de conseguir turnos con los médicos especialistas. Respecto de las evaluaciones sobre el trato de los médicos o las demoras en la atención médica, los datos varían bastante. Esto puede estar relacionado con diversos factores (lugar de alojamiento, estado de salud, etc).

En un contexto en el que hay una alta percepción de enfermedad en el encierro, desde el sistema de salud no hay contención en este sentido. La primera cuestión a resaltar es la incertidumbre. Las PPL no reciben los resultados de los estudios, y en muchos casos no hay un seguimiento de los pacientes. Se da con frecuencia una falta de articulación entre los distintos médicos que intervienen, y las consultas parecen ser aisladas. Además, la fragmentación del registro de información en las historias clínicas complejiza más este escenario. Lo que aparece como algo rutinario es que se pierdan los turnos en hospitales extramuros, se posterguen operaciones y se interrumpan los tratamientos. La interrupción de los tratamientos se pone de manifiesto de forma patente en los casos en que las personas se estaban tratando fuera de la cárcel o aquellas que llegan de otra unidad, así como aquellas que salen al medio libre.

Este trabajo dio cuenta de altos niveles de descoordinación en el sistema sanitario, tanto entre las unidades como entre los médicos. En particular, se ha observado una gran cantidad de atención a demanda a través de los médicos de guardia, quienes suelen brindar medicación sintomática sin consultar la historia clínica de los pacientes ni dejar constancia en la misma de la atención brindada. Pareciera de hecho que siempre es una “primera atención”. Todo esto erosiona la capacidad de contención de los pacientes, que si bien dieron buenas valoraciones en algunos casos al trato recibido por parte del personal sanitario, no así a los tratamientos en general.

Sergio: “Sí... hay un poco de abandono de persona, porque de repente uno tiene que ponerle la voluntad y decirle, mire Don, me falta esto, me pasa aquello, falta lo otro. Te atienden pero te la

dejan todo ahí, corte que te atienden para que ellos tengan alguna constancia de que te trataron, pero más de ahí, no. No es que le ponen 'fíjate que es grave, aténdelo antes de que le agarre más'. No, ellos te atienden una, dos, tres veces, y después paran todo. Y cualquier cosa muestran un papel que tiene tu firma. Pero esto es todo chamullo de ellos, te hacen firmar un papel, corte que te están atendiendo, nada más, y a veces uno no sabe y firma. Y después, uno ya se da cuenta que estas firmando una conformidad de que te sacaron al hospital cuando no es así".

Otro aspecto que llama la atención es el posible impacto negativo de este funcionamiento del sistema de salud en términos de limitar la autonomía de las PPL. Si las personas no reciben los resultados de los estudios, tienen dificultades para acceder a las consultas, y no hay instancias de seguimiento una vez que salen de la cárcel, difícilmente adquieran autonomía en relación al control y cuidado de su salud. Esto es especialmente negativo en el contexto carcelario, en que tantas personas además tenían poco contacto previo con el sistema de salud antes del encierro. Más aún, teniendo en cuenta que la salud en el encierro se deteriora, y que al salir probablemente las personas tengan más problemas de salud que antes de ingresar.

Estos resultados son contrarios a lo que se podría esperar del funcionamiento del sistema de salud en el encierro, en donde se debería contener y promover la autonomía de las personas detenidas, y en donde las personas no pueden elegir otra alternativa. Podría decirse que es un sistema que no está planificado ni evaluado en función de la población que atiende: esto se ve en la falta de datos, en la falta de autonomía, en la insuficiencia de sistemas de atención psicológica (tanto para casos de consumos problemáticos como también para atención terapéutica en general).

Otra cuestión central que queda en evidencia es la deficiencia en los programas y tratamientos en materia de salud mental. Llama la atención en especial la poca oferta de programas de abordaje de consumos problemáticos y su falta de adecuación a las características de la población detenida. En este sentido, cabe señalar la falta de espacios terapéuticos sostenidos, con consultas extendidas y en las condiciones necesarias. Si bien en algunos

casos se advierten buenas evaluaciones de la relación con los psicólogos, los espacios de consultas son muy breves e inestables (cambian los profesionales, se cortan los tratamientos por cambios de lugar de alojamiento, etc).

Además, resulta preocupante la falta de espacios de tratamiento de consumos problemáticos, teniendo en cuenta que muchas veces la población detenida llega con fuertes dependencias a sustancias psicoactivas. Algunas personas señalaron que están mejor en temas de consumos problemáticos de sustancias, por el encierro mismo, pero no porque haya acceso a tratamientos terapéuticos.

Por último, el uso extendido de psicofármacos, tanto en el caso de personas que ingresan con consumos problemáticos, como en el caso de las personas que los utilizan para soportar el encierro frente a la dificultad para dormir, el estrés y la ansiedad, da cuenta de la necesidad urgente de reforzar el sistema de atención a la salud mental de las PPL. En la inmensa mayoría de los casos, las PPL comenzaron a consumir psicofármacos desde la detención.

Cabe destacar que el cuerpo de profesionales de la salud mental también debería ser independiente del SPF, para que esos espacios de consulta y escucha pudieran constituirse en propuestas terapéuticas que respeten la necesaria confidencialidad y permitan generar genuinas relaciones de confianza entre paciente y terapeuta. Asimismo, sería necesario que los profesionales de la salud tuvieran una formación específica para trabajar en contextos de encierro. Por otra parte, resulta sin dudas un problema el hecho de que los mismos psicólogos tengan tareas de “calificación” de las PPL en relación al tratamiento penitenciario. Es probable que esto obture o directamente cancele la posibilidad de generar vínculos genuinos de confianza en esos espacios.

A partir de este estudio, se abren indicios claros respecto del impacto de la cárcel en la salud de las personas detenidas. Varias de las entrevistadas señalaron que su salud física y psicológica empeoró en prisión (y que se enferman más seguido, adquirieron o se agravaron enfermedades crónicas). Sin dudas, el encierro acrecienta los problemas de salud física, disminuye los niveles de inmunidad y las PPL quedan más expuestas a enfermarse o

que se agraven cuadros crónicos con los que llegan. A su vez, la ansiedad, el temor, la incertidumbre, la falta de contacto con sus familiares, las situaciones de estrés y de violencia que se viven al interior de la prisión, la inactividad extendida y el encierro mismo, son algunas claves para comprender que las PPL están expuestas a un contexto en que su salud mental también aparece amenazada. En este marco, queda en evidencia la necesidad de que se avance con reformas urgentes para garantizar una mejor atención a la salud física y mental de las personas detenidas, teniendo en cuenta las necesidades específicas de la población.

Durante el curso de esta investigación, pudimos conocer a varios trabajadores de la salud del SPF que se esforzaban por brindar una adecuada atención médica y psicológica a las personas privadas de libertad, a pesar de que las condiciones estructurales y de funcionamiento de la sanidad penitenciaria atentan para lograr una atención a la salud de calidad. Este informe reconoce que el funcionamiento de la sanidad penitenciaria resulta perjudicial tanto para la salud de las personas privadas de libertad como para el desempeño profesional de los trabajadores y las trabajadoras de la salud en cárceles federales.

La atención a la salud de las personas privadas de libertad no es simplemente un problema de gestión, sino que constituye una cuestión en la que se ponen en juego los derechos humanos. La ausencia de atención médica o la atención deficiente provocan sufrimientos graves y pueden constituir malos tratos o tortura. Esto quedó de manifiesto con el fallo de la Corte Suprema de Estados Unidos del año 2011 *Brown v. Plata*, donde la mayoría de los jueces ordenó que se reduzca la sobrepoblación en las cárceles de California como medida indispensable para garantizar la atención médica en el encierro, pues “*una prisión que priva a los presos de atención médica es incompatible con el concepto de dignidad*” (voto mayoritario del juez Kennedy)⁹⁶.

96. Para un análisis en profundidad del fallo ver Simon, Jonathan, *Juicio al encarcelamiento masivo*, Traducción de Diego Zysman y José Angel Brandariz. Editorial Didot, Buenos Aires, 2019.

Recomendaciones

A CONTINUACIÓN SE PRESENTA UN listado de recomendaciones que surgen del estudio, con el objetivo de promover un sistema de atención a la salud en prisión compatible con el respeto de los derechos humanos de las personas privadas de libertad⁹⁷.

Como punto de partida y desde una mirada estructural, recomendamos ubicar la atención a la salud en contextos de encierro dentro de la órbita del Ministerio de Salud, de forma que sea independiente del servicio penitenciario. Esto es una reforma fundamental para adecuar la institución a los estándares internacionales de derechos humanos a los fines de:

- Promover los mismos estándares de atención a la salud que los que existen fuera del encierro.
- Evitar la “doble lealtad” de los profesionales de la salud respecto del SPF. Esto es importante en muchísimos

97. En la elaboración de las recomendaciones se han tenido en cuenta los señalamientos del Plan estratégico de salud integral en el SPF 2012-2015, ver Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación y Ministerio de Salud, *Plan Estratégico de Salud Integral en el Servicio Penitenciario Federal 2012-2015*, Infojus, 2012. También se ha tomado en consideración la Recomendación IV “Derecho a la Salud. Acceso efectivo a la prestación de servicios de asistencia médica de las personas privadas de libertad”, del 27 de octubre de 2014, del Sistema de Coordinación y Seguimiento de Control Judicial de Unidades Carcelarias.

aspectos, y en especial respecto de los casos de muertes, tortura y malos tratos.

- Mejorar la relación de confianza del personal de salud con las PPL.
- Generar instancias de control y evaluación de gestión.
- Capacitar en forma regular al personal sobre las particularidades de la atención médica en el encierro, y sobre la aplicación del Protocolo de Estambul.

Hasta tanto esto suceda, sugerimos:

- Aumentar los controles y capacitaciones que se realizan desde el Ministerio de Salud de la Nación al interior del área de salud penitenciaria.
- Promover en la mayor medida posible la independencia del personal de salud que trabaja en contextos de encierro, a los fines de limitar la interferencia de las cuestiones relativas al régimen penitenciario, la seguridad y la disciplina respecto de la atención a la salud de las personas privadas de libertad.

Además, a continuación, presentamos un listado de recomendaciones específicas sobre la gestión y administración del sistema de salud en el encierro más allá de dónde se encuentre su dependencia funcional. En este sentido sugerimos:

- Brindar a los profesionales de la salud capacitaciones iniciales y periódicas sobre la atención a la salud en contextos de encierro y optimizar las condiciones laborales del personal de salud.
- Establecer un sistema integral de atención a la salud de las personas privadas de libertad que garantice la continuidad con el sistema sanitario de la comunidad.

- Garantizar parámetros de atención a la salud en prisión que sean como mínimo equivalentes a los de la comunidad y que las personas privadas de libertad puedan acceder a todos los recursos y prestaciones del sistema de salud de la comunidad en pie de igualdad con las personas libres.
- Considerar la atención a la salud en prisión como un tema de salud pública y desarrollar un enfoque de medicina preventiva para la atención médica en prisión.
- Establecer programas de promoción de la salud en las unidades penitenciarias con enfoque de género y desarrollar estrategias de prevención de enfermedades, de atención a consumos problemáticos y al malestar psicofísico que produce la cárcel.
- Establecer un sistema de acceso a los profesionales de la salud por parte de las personas privadas de libertad que no esté mediado por funcionarios penitenciarios de seguridad y garantizar el respeto de la ley 26.529 de derechos del paciente, en particular su derecho a la información y a la confidencialidad de las intervenciones relativas a su salud.
- Fortalecer el monitoreo de la atención a la salud y de la situación sanitaria en las unidades carcelarias: sofisticar los mecanismos, promover investigaciones e información estadística.
- Mejorar los datos estadísticos sobre salud de la población privada de libertad teniendo en cuenta la epidemiología, las enfermedades prevalentes y el potencial deterioro a la salud que produce la cárcel, a los fines de generar conocimiento acerca de los procesos de salud-enfermedad, diseñar políticas sanitarias y evaluar su impacto.
- Recopilar datos y construir indicadores sobre la atención a la salud en prisión que permitan optimizar la administración de los recursos, evaluar la gestión y planificar políticas públicas. Por ejemplo, mejorar el circuito de pedidos de turnos —registro en listado de pacientes a atender— y personas que recibieron la atención efectiva, para tener indicadores de demanda in/satisfecha.

- Mejorar los sistemas de registro internos (libros de guardia, sistemas de control de turnos y demandas insatisfechas) y de las historias clínicas de forma que la información no esté dispersa en distintos documentos. Entregar esta documentación a las PPL una vez que egresan de prisión.
- Establecer un sistema de control confiable por parte de los profesionales de la salud sobre la alimentación y las condiciones sanitarias y de salubridad de los establecimientos penitenciarios.
- Generar instancias de control de gestión para identificar aspectos a resolver, a partir de indicadores de seguimiento del funcionamiento.
- Adecuar las instalaciones de las áreas de salud de los establecimientos penitenciarios para garantizar que las PPL tengan privacidad durante las consultas médicas.
- Mejorar el seguimiento de la situación de salud de las PPL y generar mayores niveles de articulación entre el personal de salud que los atiende. Evitar que los traslados o cambios de alojamiento impliquen interrupciones en los tratamientos de la salud física o mental.
- Adecuar las prácticas de atención a la salud mental a los estándares de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.
- Promover programas de asistencia psicológica y psiquiátrica en función de las necesidades de la población, y escindir este servicio del Programa de Tratamiento Individual. Resulta crucial que los profesionales de salud mental no sean los “calificadores” de los objetivos de Sanidad en el Consejo Correccional.
- Brindar a las PPL que así lo requieran, asistencia individual en salud mental. Contemplar en este sentido espacios con la privacidad adecuada, y articular con los dispositivos del medio libre para que los tratamientos continúen una vez que la persona ingresa o egresa de la cárcel.

- Establecer los medios y protocolos necesarios para evitar derivaciones de mujeres y población trans a dispositivos de salud mental como prácticas de castigo y disciplinamiento frente a situaciones de conflicto.
- Adecuar los procedimientos de atención médica ante emergencias para mejorar los tiempos de reacción y la seguridad de las PPL.

Referencias bibliográficas

- » Abellán García, A. (2003), “Percepción del Estado de Salud”. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, vol. 13, núm. 5, Nexus Publishing, 340-342.
- » ANDHES, *Derecho a la Salud y VIH/Sida en Personas Privadas de su Libertad*, documento producido por el equipo de investigación de ANDHES en el marco del proyecto “Prevenir el Sida promoviendo la Igualdad desde adentro”, 2006. Disponible en <https://andhes.org.ar/wp-content/uploads/2013/06/Derecho-a-la-Salud-y-VIH-Sida-en-personas-privadas-de-su-libertad-2006.pdf>
- » Asociación para la Prevención de la Tortura, *Monitoreo de lugares de detención. Una Guía Práctica*, Ginebra, 2004.
- » Asociación para la Prevención de la Tortura, *Detention Focus*, “Servicios de atención médica”; “Atención de salud para grupos específicos”; “El personal de atención sanitaria”. Disponible en <https://www.apt.ch/detention-focus/es/themes/6/?vg=-1>
- » Australian Institute of Health and Welfare, *The health of Australia's prisoners 2012*. Cat. no. PHE 170, Canberra, AIHW, 2013.
- » Centro de Estudios Latinoamericanos sobre Inseguridad y Violencia (CELIV), *Condiciones de vida en la cárcel: Resultados de la encuesta de detenidos condenados*, Informe N° 2, Universidad Nacional de Tres de Febrero, 2015.
- » CELS /MPD /PPN, *Mujeres en prisión: los alcances del castigo*. Buenos Aires, Siglo XXI, 2011.
- » Defensoría del Pueblo de Colombia, Defensoría Delegada para la Política Criminal y Penitenciaria, *Informe sobre prestación de servicios de salud en centros penitenciarios y carcelarios de Colombia*,

2005. Disponible en <https://www.defensoria.gov.co/es/public/Informesdefensoriales/797/Informe-sobre-prestaci%C3%B3n-de-servicios-de-salud-en-centros-penitenciarios-y-carcelarios-de-Colombia-Informes-defensoriales---C%C3%A1rceles-Informes-defensoriales---Salud.htm>

- » De Souza Minayo, Maria Cecília y Peixoto Ribeiro, Adalgisa, “Health conditions of prisoners in the state of Rio de Janeiro, Brazil”, en *Revista Ciência & Saúde coletiva* vol.21 no.7, Rio de Janeiro, julio 2016.
- » Gen Sander, *Monitoreo del VIH, VHC, TB y Reducción de Daños en Prisión: Instrumento para la prevención de malos tratos, basado en los Derechos Humanos*, Harm Reduction Internacional, Diciembre 2015.
- » Gen Sander, *VIH, VHC, TB y Reducción de Daños en Prisiones: Derechos Humanos, Estándares Mínimos y Monitoreo a Nivel Europeo e Internacional*, Harm Reduction Internacional, Febrero 2016.
- » GESP y DH / PPN / CCT-CPM, *Registro nacional de casos de tortura y/o malos tratos. Informe Anual 2012*, Buenos Aires, 2013.
- » Kreplak, Nicolás et.al., *Atención y cuidado de la salud de personas privadas de su libertad*, CABA, Infojus, 2013.
- » Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús, *Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014*, Universidad Nacional de Lanús, Cuadernos del ISCo, Remedios de Escalada, 2020, disponible en <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/10>
- » Lombrana, Andrea, “Territorios psiquiátricos de la prisión: los servicios de salud mental en cárceles federales desde una perspectiva etnográfica”, *Revista de Historia de las Prisiones* n°3 (Julio-Diciembre 2016), pp. 35-52.
- » Mazzilli, Sara, “La prisión como determinante social de la salud”, Instituto de Salud Global Barcelona ISGlobal, 24-05-2019, disponible en <https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/prison-as-a-social-determinant-of-health/5083982/10102>
- » Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura de Paraguay, *Estado de salud general de personas institucionalizadas, calidad*

de vida, vulneración de derechos fundamentales de las personas en instituciones de encierro. MNP. Asunción, Paraguay, 2017. Disponible en <http://www.mnp.gov.py/index.php/investigacion-social/2015-08-23-04-09-46/func-startdown/54/>

- » Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación y Ministerio de Salud, *Plan Estratégico de Salud Integral en el Servicio Penitenciario Federal 2012-2015*, Infojus, 2012. Disponible en http://www.bibliotecadigital.gob.ar/files/original/20/1521/plan_salud_spf.pdf
- » Ministerio de Salud de la Nación, *Estudio de prevalencia de VIH, sífilis, hepatitis virales y tuberculosis en personas en contextos de encierro en unidades del Servicio Penitenciario Federal*, Dirección de Sida y ETS, Argentina 2017. Disponible en http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001084cnt-2017-12-29_carceles-vih.pdf
- » Organización Mundial de la Salud (OMS), *Status report on prison health in the WHO European Region*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe; 2019.
- » Organización Mundial de la Salud (OMS), *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007.
- » Organización Mundial de la Salud (OMS), Fact Sheet “Prison and health”, disponible en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/250283/Fact-Sheet-Prison-and-Health-Eng.pdf?ua=1
- » ONU, *Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Nueva York y Ginebra, 2004.
- » ONU, *Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes* (Adoptados por la Asamblea General de la ONU mediante resolución 37/194 el 18 de diciembre de 1982).
- » Procuración Penitenciaria de la Nación, *Morir en prisión. Fallecimientos bajo custodia penitenciaria y responsabilidad estatal*, Cuadernos de la Procuración Penitenciaria de la Nación núm. 13, Buenos Aires, 2020. Disponible en <https://ppn.gov.ar/pdf/publicaciones/cuadernos/cuadernos-ppn-13.pdf>

- » Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2019. La situación de los derechos humanos en las cárceles federales de la Argentina*, Buenos Aires, 2020.
- » Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2018. La situación de los derechos humanos en las cárceles federales de la Argentina*, Buenos Aires, 2019.
- » Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2017. La situación de los derechos humanos en las cárceles federales de la Argentina*, Buenos Aires, 2018.
- » Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2016. La situación de los derechos humanos en las cárceles federales de la Argentina*, Buenos Aires, 2017.
- » Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2012. La situación de los derechos humanos en las cárceles federales de la Argentina*, 2013.
- » Procuración Penitenciaria de la Nación, *Cuerpos castigados. Malos tratos físicos y tortura en cárceles federales*. Buenos Aires, Del Puerto, 2008.
- » Sánchez, Alexandra y Larouzé, Bernard, “Tuberculosis control in prisons, from research to action: the Rio de Janeiro, Brazil, experience”, en *Revista Ciência & Saúde coletiva* vol.21 no.7, Rio de Janeiro, julio 2016.
- » Simon, Jonathan, *Juicio al encarcelamiento masivo*, Traducción de Diego Zysman y José Angel Brandariz. Editorial Didot, Buenos Aires, 2019.
- » Sistema de Coordinación y Seguimiento de Control Judicial de Unidades Carcelarias, Recomendación IV “Derecho a la Salud. Acceso efectivo a la prestación de servicios de asistencia médica de las personas privadas de libertad”, de 27 de octubre de 2014. Disponible en <http://sistemacontrolcarceles.gob.ar/recomendaciones/>
- » Subcomité para la Prevención de la Tortura de la ONU, *Informe sobre la visita a Argentina del Subcomité para la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, CAT/OP/ARG/1, 27 de noviembre de 2013.
- » Subcomité para la Prevención de la Tortura de la ONU, *Lista de verificación de los mecanismos nacionales de prevención sobre*

cuestiones de atención sanitaria relacionadas con la vigilancia de los lugares de reclusión, CAT/OP/7, 24 de mayo de 2019.

- » Valença, Mariana Soares et al., “O processo de detecção e tratamento de casos de tuberculose em um presídio”, en *Revista Ciência & Saúde coletiva* vol.21 no.7, Rio de Janeiro, julio 2016.
- » Van den Bergh, Brenda J., Gatherer, Alex Fraser, Andrew & Moller, Lars, *Privación de libertad y salud de la mujer: inquietudes sobre la sensibilidad de género, los derechos humanos y la sanidad pública*. Boletín de la Organización Mundial de la Salud- Recopilación de artículos - Volumen 89, Número 9, septiembre 2011, 621-700. Disponible en <http://www10.who.int/bulletin/volumes/89/9/10-082842-ab/es/>
- » Wainstein, Celia (Coord.), *Cárceles Saludables: promoviendo la salud para todos*, Buenos Aires, Ministerio de Salud / Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación / Representación OPS-OMS Argentina, Organización Panamericana de la Salud, 2003.

Anexo: Instrumentos de relevamiento

**CUESTIONARIO GENERAL A PPL – PERCEPCIÓN ACERCA
DE LA ATENCIÓN A LA SALUD EN PRISIÓN**

Encuestador/a: _____

N° cuest. _____
(no lo completa el/la encuestador/a)

Cuestionario general a PPL – Percepción acerca de la atención a la salud en prisión
(PPL ingresadas y alojadas en este complejo hace MÁS de un año)

A- Información personal

1. Nombre: _____ 2. Género: _____ 3. Edad: _____
4. Unidad: _____ 5. Módulo: _____ 6. Pabellón: _____
7. a Nacionalidad Argentina (pase a p. 8) Extranjera → 7. b. ¿Cuál? _____ 8. Fecha de detención: _____
9. Situación procesal: Procesadx (pase a p. 11) Condenadx → 10. Fecha de vencimiento de tu condena _____
11. ¿Estuviste presx con anterioridad? Sí → 12. ¿Cuándo saliste? _____
(en el SPF) No (si fue dentro de los dos años completar anexo Egreso)
13. En libertad, ¿ibas a algún/a médicx con regularidad? Sí No
14. a ¿Qué tipo de cobertura médica tenías antes de ser detenido? Sistema público
 Obra social o Prepaga
 Otra. 14. b Especificar: _____

Aclarar que las preguntas que siguen apuntan a su detención y alojamiento actual (último año en el CPF I/ CPF IV)

B- Condiciones materiales de encierro, situación personal de salud y atención médica recibida

15. ¿Cómo evaluarías las condiciones materiales /edilicias de tu alojamiento?
 Muy buenas
 Buenas
 Regulares
 Malas
 Muy malas } 16. ¿Por qué? _____

17. ¿Actualmente recibís dieta especial? Sí No, pero la necesitaría No (pase a p. 19)
18. Motivos: _____
19. ¿Cómo evaluás la calidad de la comida que te proporciona el SPF?
 Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala
 Muy mala
20. ¿Y la cantidad?
 Muy suficiente
 Suficiente
 Insuficiente
21. ¿La comés? Sí
 Sí, pero la complemento con alimentos que me compro / me traen
 No
22. a ¿Alguna vez te enfermaste o tuviste algún otro problema a causa de los alimentos que te brinda el SPF?
 Sí → 22. b. ¿Cuál? y qué hiciste? _____
 No (pase a p. 23. a) _____
23. a ¿Actualmente haces actividad física en el marco de alguna propuesta recreativa o deportiva ofrecida por el SPF?
 Sí → 23. b. ¿Cuál? _____ 23. c. ¿Con qué frecuencia? (si realiza más de una actividad, marcar la frecuencia total)

 No → 23. d. Motivos _____
24. ¿Cómo evaluás la frecuencia de estas actividades? Muy suficiente Suficiente Poco suficiente

C- Especialidades médicas, estudios, intervenciones y vacunas

25. En el último año, ¿te vio algún médicx? Sí No (pase a p. 32.a)

¿Con cuáles de estas especialidades? (especificar pertenencia institucional del/la médicx y forma de acceso). Marcar con "X" lo que corresponda:

26. Especialidad (Leer las primeras 3 o 4, según género). Por el resto se pregunta: "¿Alguna otra especialidad?"	27. Pertenencia institucional del médicx		28. ¿Cómo accediste?	
	Médicx del SPF	Médicx extramuros	Me llamó de forma proactiva (sin solicitarlo)	Lo pedí yo
a. Médicx de planta / Clínica médica				
b. Odontología				
c. Oftalmología				
d. Ginecología				
e. Traumatología				
f. Infectología				
g. Metabolismo/ nutrición/ diabetes				
h. Neurología				
i. Cardiología				
j. Cirugía				
k. Urología				
l. Gastroenterología				
m. Neumonología				
n. Otorrinolaringología				
o. Dermatología				
p. Otra. p.2 Especificar.....				

29.1 ¿Qué estudios / análisis te hicieron este año?
(Leer todas las opciones y marcar todos los que corresponda)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a. Sangre | <input type="checkbox"/> h. PAP (gineco) |
| <input type="checkbox"/> b. Orina | <input type="checkbox"/> i. Colposcopia (gineco) |
| <input type="checkbox"/> c. Electrocardiograma | <input type="checkbox"/> j. Mamografía (gineco) |
| <input type="checkbox"/> d. Presión arterial | <input type="checkbox"/> k. Eco mamaria |
| <input type="checkbox"/> e. Placas | <input type="checkbox"/> l. Eco ginecológica |
| <input type="checkbox"/> f. Consulta odontológica. | <input type="checkbox"/> m. Ninguno (pase a p. 32. a) |
| <input type="checkbox"/> g. Otro. 29.2 Especificar: _____ | |

29.2 ¿Por qué motivos te los hicieron? (Por ej. Ante trámite de visita íntima, por alta laboral, por enfermedad, de rutina, etc) (Abierta y textual)

30. ¿Te entregaron los resultados de los estudios (entrega de los resultados en mano)?

- Sí, de todos
- Sí, de algunos
- Solo verbalmente
- No (pase a p. 32.a)
- No recuerda (pase a p. 32.a)

31. a. ¿Cómo clasificarías en términos generales la entrega de los resultados de los análisis y otros estudios médicos que te han realizado en el último año?

- Muy rápida
- Rápida
- Regular
- Con demora
- Con mucha demora

31.b. Detallar caso particular: _____

32. a. ¿Recibiste alguna vacuna durante este último año? Sí No (pase a p. 33.a) No recuerda (pase a p. 33.a)

32. b. ¿Cuál/es?: _____

33. a. ¿Tenés alguna cirugía pendiente (con indicación quirúrgica)? Si 33. b. ¿Cuál? _____ 33. c. ¿Desde cuándo? Previo a la detención Post detención Desconoce
33. d. ¿Tenés fecha de operación / turno extramuros? Si No Desconoce
 33. e. ¿Te habían sacado turno antes y lo perdiste? Si No Desconoce
- (pase a p. 34)
33. f. Motivos: _____

D- Enfermedades crónicas

¿Tenés alguna de las siguientes enfermedades crónicas? (especificar preexistencia y tratamiento). Marcar con x o "SI-NO" según corresponda

34. Enfermedad	35. Especificar cuál/es (marcar con X todas las que corresponda)	PREVIO A LA DETENCIÓN (cuando estaba en libertad)		INGRESO (cuando ingresó a la cárcel)	POST DETENCIÓN (desde que está la cárcel)	
		36. ¿Preexistente a la detención? (SI - NO) ↓ (pase a p. 40)	37. ¿Estaba bajo tratamiento médico? (SI - NO)	38. ¿Se interrumpió? (SI - NO)	39. Si era preexistente ¿Se agravó luego de la detención? (SI - NO)	40. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento y/o toma medicación? (SI - NO)
a. Obesidad						
b. Diabetes						
c. EPOC						
d. Asma						
e. Hipertensión arterial						
f. Enfermedad cardíaca (corazón dilatado, arritmia, arterias coronarias obstruidas)						
g. Problemas visuales						
h. Enfermedades de contagio (HIV, Hepatitis B, Hepatitis C)						
i. Urológicas (prostatismo, litiasis vesical o renal)						
j. Enfermedades oncológicas						
k. Enfermedades óseas (fracturas sin resolver, lumbalgia, artrosis)						
l. Litiasis vesicular (piedras en la vesícula)						
m. Gastritis						
n. Evertación / hernias						
o. Enfermedades tiroideas						
p. Cierre de colostomía						
q. Epilepsia / convulsiones						
r. Otra						
s. Ninguna (pase a p. 44.a)						

41. a Si actualmente o en el último año estubo bajo tratamiento médico, ¿En algún momento se te interrumpió? (por razones ajenas al fin del tratamiento o alta médica) Si No (pase a p. 44. a)

42. Especificar circunstancias, motivos y resolución / qué hizo al respecto (relato abierto):

43. ¿Cómo evaluarías el trato y el tratamiento de tu/s enfermedad/es crónica/s? ¿Por qué? (relato abierto) _____

E- Dolencias prevalentes / esporádicas (no emergencias)

44. a ¿Te enfermaste o tuviste algún problema de salud (que no haya sido una emergencia) en el último año? (ejemplificar: resfrios, dolor de garganta, dolor muscular, etc.) Si No (pase a p. 57. a)

¿Qué dolencias / síntomas tuviste? (marcar con X todas las que corresponda):

- 45. a Traumatismos (torceduras, esguinces, no fracturas) 45.a.2. Especificar: _____
- 45. b. Dolencias infecciosas (resfrío, fiebre, dolor de garganta, muelas, etc) 45.b.2. Especificar: _____
- 45. c. Dolor menstrual / pre menstrual
- 45. d. Otra 45.c.2. Especificar: _____

46. a ¿En general solicitas atención del médicx y/o del/la enfermerx ante este tipo de cuadros? Si (pase a p. 47) No → 46.b. ¿Por qué? _____

47. ¿Lo tenés que pedir por escrito? Si No A veces sí, otras no _____ (pase a p. 53)

48. ¿Te entregan algún tipo de constancia de esa solicitud? Si No A veces (también se pregunta si solo lo solicita verbalmente)

49. a. ¿Habitualmente quién te atiende cuando tenés alguna dolencia de este tipo? (marcar una sola opción, la más frecuente)

- Médicx
- Enfermerx
- Cualquiera de los dos
- Ninguno (pase a p. 53)

49. b. ¿Dónde? → 49. c. ¿Frente personal SPF?

- Consultorio médico Si
- Pabellón No
- Oficinas administrativas A veces

En general, ¿Cuánto demoran en atenderte? (Marcar con "X" lo que corresponda):

	50. Consulta con enfermerx	51. Consulta con médicx clinicx ante malestar leve	52. Consulta con especialista
Dentro de las primeras dos horas			
Dentro de las 24 hs.			
Dentro de los sgtes. tres días			
En la semana			
Más de una semana			
Nunca se sabe			
No te atiende			
Otra. Especif.			

53. Si necesitas una aspirina, analgésico o antibiótico, ¿Cómo los conseguís?: (marcar una sola opción, la más frecuente)

- Se lo pide al/la celador/a / otrx penitenciariarx
- Se lo pide al/la médicx
- Se lo pide al/la enfermerx
- Otrx. 53.b. Especif. _____
- Tienen autorización para tener estos medicamentos
- Nunca necesitó (pase a p. 56. a)

54. ¿Con qué demora la obtenés?: (marcar una sola opción, la más frecuente)

- Dentro de las dos horas
- Dentro de las 24 hs.
- Dentro de las 72 hs.
- Nunca se sabe
- No se lo dan

55. a. ¿Quién entrega la medicación en general? (marcar una sola opción, la más frecuente):

- El/la médicx
- El/ la enfermerx
- Un/a agente penitenciarix
- Otrx presx
- Otrx 55.b. Especif: _____

56. a. ¿Consideras que te enfermas más seguido desde que estás detenidx? Sí

No / me enfermo lo mismo
(pase a p. 57. a)

56. b. ¿Por qué? _____

F- Emergencias

57. a. ¿Durante el último año tuviste o presenciaste alguna emergencia en la que se necesitaba asistencia médica?

(si menciona más de una, solicitar que escoja la más grave):

- Sí
- Sí, pero no se recibió la atención médica
- No (pase a p. 62. a)

57. b. ¿Quién necesitó la atención médica? Él/ella
 Otra PPL
 Otrx

57. b. 2. Espec. _____

58. a. ¿En qué circunstancia se produjo? (marcar una sola opción. Si fueron varios episodios, responder sobre la que la PPL considere más grave)

- Autolesiones (no medida de fuerza)
- Medida de fuerza (incendios, simulacro de ahorcamiento, autolesiones, ingestión de elementos no consumibles, etc)
- Pelea entre detenidxs
- Problema de salud / enfermedad
- Fallecimiento
- Violencia penitenciaria / institucional
- Otra. 58. b. Especificar: _____

59. ¿Cuánto tardaron en atender la emergencia? Mucho Poco Nada

60. Breve relato abierto de lo sucedido (describir si tuvo lesiones y de qué tipo) y, si la hubo, de la intervención (prestar especial atención a traslados a dispositivos de internación de salud mental):

En caso de episodios de especial gravedad:

61. a. ¿Luego de este episodio te ofrecieron algún tipo de asistencia post – traumática Sí No (pase a p. 62.a) en lo referido a tu salud mental?

61. b. ¿La tuviste? Sí No (pase a p. 62.a)

61. c. ¿En qué consistió?: _____

G- Atención Extramuros

62. a ¿En el último año recibiste atención médica extramuros?

Si

62. b. ¿Cómo evaluarías el trato recibido?

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo
- Muy malo

62. c. ¿Y el tratamiento y/o la atención?

- Muy adecuado
- Adecuado
- Regular
- Inadecuado
- Muy inadecuado

62. d. ¿Cuál fue el motivo? _____

63. a. Nombre o datos del hospital o servicio médico extramuros en el que lo atendieron: _____

63. b ¿En qué consistió esta atención?

No

64. a ¿Y alguna vez la solicitaste y no te la dieron?

Si

64. b. ¿Por qué? (marcar una sola opción, la más frecuente)

- Está pedido el turno pero hay mucha demora
- Nunca pidieron el turno
- Perdí el turno solicitado porque no me llevaron
- Otra. 64. b.2 Especificar: _____
- No sabe

64. c. ¿Cuánto hace que lo pediste? _____

No (pase a p. 65)

H- Salud mental

65. ¿Sentís algún cambio de ánimo, como tristeza, nervios, ansiedad, o problemas para dormir, desde que estás detenidX? (es abierta, tratar de que desarrolle qué siente y/o le pasa)

66. a Durante el último año ¿te atendió algún/a profesional de la salud mental? (marcar todas las opciones que correspondan):

66. c. Frecuencia de la atención

66. d. Duración entrevistas

66. e. ¿Lo solicitas vos o te llaman?

Si

¿Quién?

66. b.1 Psicólogo

66. b.2 Psiquiatra

66. b.3 Desconoce

No

67. a ¿Dónde se desarrollan estas entrevistas?: _____

67. b. Motivos de la atención psicológica (Ej. Progresividad (calificaciones), REAV, por audiencia que solicita, etc)

68. ¿Cómo considerás que te hacen estas entrevistas?:

- Muy bien
- Bien
- Regular / irrelevante
- Mal
- Muy mal

69. a ¿Alguna vez solicitaste asistencia?

Si

69. b. ¿Por qué motivos creés que no te atienden?: _____

No (pase a p. 78. a)

_____ (pase a p. 78. a)

70. En general, lxs profesionales que te atendieron en el último año:
 Son siempre los mismos Varían Me vieron una sola vez

¿Cómo evaluarías el trato y la confianza que te generan lxs profesionales de salud mental?

Trato personal y confianza	71. Psicólogxs	72. Psiquiatras
Muy bueno		
Bueno		
Regular		
Malo		
Muy malo		
Nunca lo atendió		

73. a. ¿Tenés prescritos psicofármacos? Sí → 73. b. ¿Los tomás? Sí
 No (pase a p 78.a) No → 73. c. ¿Por qué? _____
 _____ (pase a p. 78.a)

74. ¿Qué psicofármacos tomás? _____

75. ¿Desde cuándo los tomás? Antes de la detención
 Luego de la detención

76. a. ¿Sabés por qué motivo te los recetan? Sí 76. b. ¿Cuál? _____
 No

77. ¿Cómo considerás que te hace esta medicación? Muy bien Bien Regular Mal Muy mal

78. a. ¿Alguna vez fuiste alojadx en algún dispositivo de internación o en el HPC por algún episodio vinculado con tu salud mental?
 Sí → 78. b. Breve relato de lo que sucedió (*circunstancias, por cuánto tiempo, si le dieron medicación, etc.*): _____
 No
 (pase a p 79.a) _____

I- Consumo problemático y programas de abordaje de salud mental sobre la temática

¿Considerás que consumís de forma problemática alguna de estas sustancias? (marcar con X todas las que corresponda). *Especial atención a repreguntas en caso de que la PPL no lo considere problemático y si quien encuesta:*

Sustancias	80. ¿Cuándo la adquirió?		81. Efectos de la detención (si fuera una adicción preexistente)		
	Post detención	Antes de la detención	Mejoró	Está igual	Empeoró
79. a. Tabaco					
79. b. Alcohol					
79. c. Psicofármacos					
79. d. Drogas ilícitas					
79. e. Otra: 81.e.					
79. f. Ninguna (pase a p. 84.a)					

82. a ¿Estás incluidx en algún programa de abordaje por este consumo? Si → 84. b.1 ¿Cuál? AGA
 CRD
 Otro. 82. b.2. Especific. _____

82. c. ¿Cómo considerás que te hace? Muy bien
 Bien
 Regular
 Mal
 Muy mal } 82. d. ¿Por qué? _____

No 83. a ¿Alguna vez lo solicitaste? → Si → 83. b. ¿Qué te respondieron? _____
 No → 83. c. ¿Por qué? _____

J- Abordaje de situaciones de tortura

84. a ¿En el último año fuiste agredidx físicamente por lxs penitenciarixs? Si → 84. b. ¿Tuviste lesiones? Si No
 No (pase a p. 88)

85. Relato del episodio (si fueron muchos, indicarle que relate el que considere más grave): _____

86. a ¿Te atendió un/a médicx? Si → 86. b. ¿Te realizó curaciones / indicó tratamiento? Si No No fue necesario
 No (pase a p. 88) → 86. c. ¿Le constaste lo ocurrido? Si (pase a p. 87) No
 86. d. ¿Por qué no? _____

 _____ (pase a p. 88)

Si le contó lo que le pasó:
 87. ¿Sabés si dejó constancia de tu relato en el acta médica? Si No No sabe/ no recuerda No redactó acta médica

K- Percepciones generales sobre la atención médica intramuros

En general, ¿cómo evaluarías el trato de lxs siguientes profesionales? (Marcar con "X" lo que corresponda):

	88. Médicxs clínicxs / grales.	89. Enfermerxs	90. Médicxs especialistas
Muy bueno			
Bueno			
Regular			
Malo			
Muy malo			
Nunca lx atendió			

En relación a como estaba tu salud en libertad, ¿cómo consideras que está ahora (*desde la detención*)?

	91. Salud física	92. Salud mental
Mucho mejor		
Mejor		
Igual		
Peor		
Mucho peor		

93. ¿Por qué? _____

Anexo Egreso

(PPL que hubieran egresado en los últimos dos años de una detención anterior)

Si egresó en los últimos dos años de una detención previa (*si son varias preguntar por la última*):

94. a. ¿Bajo qué modalidad de libertad egresaste? Excarcelación (*fin de encuesta*) LC LA
 Agotamiento de pena Otra. 94. b. Especificar: _____

95. ¿De qué cárcel egresaste?: _____

96. ¿Estuviste incluido en el Programa de Prelibertad? Si No No sabe / no recuerda

97. Antes de salir en libertad, ¿Te dieron información acerca de programas o lugares donde ir a atenderte?
 Si No No recuerda

98. Antes de salir en libertad, ¿Te entregaron tu historia clínica / epicrisis? Si No No recuerda

99. Antes de salir en libertad, ¿estabas bajo tratamiento médico? Si → 100. ¿En libertad se interrumpió? Si
 No (*fin de encuesta*) No
 No recuerda (*fin de encuesta*) No recuerda

Observaciones generales (*incluir comentarios, experiencias, sugerencias, propuestas para mejorar la atención médica en contextos de encierro, etc.*)

¿Es candidato a entrevista en profundidad? Si → ¿Por qué? _____
 No _____

**CUESTIONARIO INGRESO - PERCEPCIÓN ACERCA
DE LA ATENCIÓN A LA SALUD EN PRISIÓN**

Encuestador/a: _____

Nº cuest. _____
(no lo completa el/la encuestador/a)

Cuestionario Ingreso - Percepción acerca de la atención a la salud en prisión
(PPL detenidas y alojadas en este complejo hace MÁS de un mes y MENOS de un año)

A- Información personal

1. Nombre: _____ 2. Género: _____ 3. Edad: _____
4. Unidad: _____ 5. Módulo: _____ 6. Pabellón: _____
7. a Nacionalidad: Argentina (pase a p. 8) Extranjera → 7. b ¿Cuál? _____ 8. Fecha de detención: _____
9. Situación procesal: Procesadx (pase a p. 11) Condenadx → 10. Fecha de vencimiento de tu condena: _____
11. ¿Estuviste presx con anterioridad? Si → 12. ¿Cuándo saliste?: _____
(en el SPF) No (si fue dentro de los dos años completar anexo Egresos)
13. En libertad, ¿ibas a algún/a médicx con regularidad? Si No
14. a ¿Qué tipo de cobertura médica tenías antes de ser detenidx? Sistema público
 Obra social o Prepaga
 Otra. 14. b. Especificar: _____

B- Condiciones materiales de encierro, situación personal de salud y atención médica recibida

15. ¿Cómo evaluarías las condiciones materiales /edilicias de tu alojamiento?
 Muy buenas
 Buenas
 Regulares
 Malas
 Muy mala
16. ¿Por qué? _____
17. ¿Actualmente recibís dieta especial? Si No, pero la necesitaría No (pase a p. 19)
18. Motivos: _____
19. ¿Cómo evaluás las comidas que te proporciona el SPF?
 Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala
 Muy mala
20. ¿Y la cantidad?
 Muy suficiente
 Suficiente
 Insuficiente
21. ¿La comés? Si
 Sí, pero la complemento con alimentos que me compro / me traen
 No
22. a ¿Alguna vez te enfermaste o tuviste algún otro problema a causa de los alimentos que te brinda el SPF?
 Si → 22. b. ¿Cuál y qué hiciste? _____
 No (pase a p. 23. a) _____
23. a ¿Actualmente haces actividad física en el marco de alguna propuesta recreativa o deportiva ofrecida por el SPF?
 Si → 23. b. ¿Cuál? _____ 23. c. ¿Con qué frecuencia? (si realiza más de una actividad, marcar la frecuencia total)
_____ Dos veces a la semana o más
 Una vez por semana
 Una vez cada 15 días
 De forma más espaciada
 Otra 23. c. 2 Especif: _____
 No → 23. d. Motivos _____
24. ¿Cómo evaluás la frecuencia de estas actividades? Muy suficiente Suficiente Poco suficiente

C- Percepciones sobre la atención médica

25. a Cuando ingresaste ¿te efectuaron alguna revisión médica?
 Si → 25. b ¿Quién realizó el procedimiento? → 25. c ¿Cuándo? → 25. d ¿Dónde? → 25. e ¿Había personal SPF?

<input type="checkbox"/> Médicx	<input type="checkbox"/> Primeras dos horas	<input type="checkbox"/> Consultorio médico	<input type="checkbox"/> Si
<input type="checkbox"/> Enfermerx	<input type="checkbox"/> Primeras 24 hs	<input type="checkbox"/> Calabozos de ingreso	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Ambxs	<input type="checkbox"/> Entre las 24 y 48 hs	<input type="checkbox"/> (leonerías / celdas colectivas)	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Desconoce	<input type="checkbox"/> Pasados los dos días	<input type="checkbox"/> Oficina administrativa	<input type="checkbox"/> No recuerda
	<input type="checkbox"/> No recuerda		

No → 26. ¿Cuánto pasó hasta que te revisaron por primera vez? _____

27. ¿En qué consistió esa primera entrevista / revisión?
(Leer todas las opciones y marcar todas las que corresponda)

<input type="checkbox"/> a. Lx auscultó	<input type="checkbox"/> f. Hizo preguntas sobre enfermedades
<input type="checkbox"/> b. Le tomó la presión arterial	<input type="checkbox"/> g. Hizo preguntas sobre medicación
<input type="checkbox"/> c. Lx pesó	<input type="checkbox"/> h. Constatación de lesiones (visu)
<input type="checkbox"/> d. Revisó ojos / oídos	<input type="checkbox"/> i. Otro 27.1.2 Especif. _____
<input type="checkbox"/> e. Examen ginecológico	

28. Relato abierto acerca del desarrollo de esta primera entrevista:

29. ¿Indicó algún estudio o análisis? Si 30. ¿Cuál/es? *(marcar todas las que corresponda)*

<input type="checkbox"/> a. Sangre	<input type="checkbox"/> e. Orina	<input type="checkbox"/> h. Electrocardiograma
<input type="checkbox"/> b. Placas	<input type="checkbox"/> f. Consulta odontológica	<input type="checkbox"/> i. PAP
<input type="checkbox"/> c. Colposcopia	<input type="checkbox"/> g. Mamografía	<input type="checkbox"/> j. Eco mamaria
<input type="checkbox"/> d. Eco ginecológica	<input type="checkbox"/> k. Otro 30.k.2 Especif. _____	

31. a ¿Te los hicieron? Si Algunos, no todos No (pase a p.33. a)

32. ¿Te entregaron los resultados? *(entrega en mano)* → Si, de todos
 Si, de algunos
 Solo verbalmente
 No
 No recuerda

No (pase a p. 33. a)

33. a ¿Cómo calificarías el primer contacto que tuviste con el/la médicx luego de tu ingreso (en relación al trato recibido y la confianza que te generó)?

<input type="checkbox"/> Muy bueno	} 33. b. ¿Por qué? _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Bueno	
<input type="checkbox"/> Regular	
<input type="checkbox"/> Malo	
<input type="checkbox"/> Muy malo	

34. El/la médicx, ¿te indicó su nombre? Si No No recuerda

35. ¿Te informó acerca de la forma de solicitar atención médica dentro de la unidad? Si No No recuerda

36. a ¿Te prescribió medicación? Si → 36.b. ¿Cuál? _____
(no psicofármacos) No (pase a p. 37.a)

37. a Cuando llegaste, ¿necesitabas atención médica urgente?
 Si → 37. b ¿Por qué motivo? _____ → 38. ¿Te la brindaron? Si
 No No

No (pase a p.39. a)

39. a Cuando ingresaste ¿qué profesional/es de la salud mental te entrevistó/aron? (cuándo y dónde) *(preguntar respecto de la primera entrevista)*

39. b ¿Quién?

- Psicólogx
- Psiquiatra
- Ambos juntos
- Desconoce

39. c ¿Cuándo?

- En el momento
- En las primeras 24 hs
- Entre las 24 y 48 hs
- Pasados los dos días (pase a p.40)
- No recuerda
- Aún no lo vió (pase a p.53. a)

40. ¿Cuánto pasó hasta que te entrevistó un/a profesional por primera vez?

41. ¿En qué consistió esa primera entrevista con el/la profesional de la salud mental? *Relato abierto*:

42. a ¿En qué lugar te atendió?

- Consultorio
- Oficinas administrativas
(educación, salón de visitas, oficina de personal del módulo, etc)
- En el pabellón/celda
- En el pasillo
- No recuerda
- Otro lugar. 42.b.2 Especif. _____

43. ¿Frente a personal del SPF?

- Si
- No

44. ¿Cómo calificarías el primer contacto que tuviste con el/la profesional de la salud mental luego de tu ingreso?

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo
- Muy malo

45. ¿Por qué?

46. El/la psicólogx, ¿te indicó su nombre? Si No No recuerda

47. ¿te informé acerca de la forma de solicitar atención psicológica dentro de la unidad? Si No No recuerda

48. ¿Cómo evaluarías el trato y la confianza que te generó el/la psicólogx? (*primer contacto*)

- Muy confiable
- Confiable
- Regular
- Poco confiable
- Nada confiable

49. a ¿Tenés prescriptos psicofármacos?

- Si
- No (pase a p 53.a)

49. b. ¿Los tomás?

- Si
- No

49.c. ¿Por qué?

50. ¿Qué psicofármacos tomás?

51. a. ¿Sabés por qué motivo te los recetan? Si

51.b. ¿Cuál? No (pase a p 52)

52. ¿Cómo considerarás que te hace esta medicación?

- Muy bien
- Bien
- Regular
- Mal
- Muy mal

53. a ¿Alguna vez fuiste alojadx en algún dispositivo de internación o en el HPC por algún episodio vinculado con tu salud mental?

- Si
- No

53. b Breve relato de lo que sucedió (*circunstancias, por cuánto tiempo, si le dieron medicación, etc.*): _____

(pase a p 54.a)

D- Emergencias

54. a. ¿Desde que estás detenidx tuviste o presenciaste alguna emergencia en la que se necesitaba asistencia médica? (si menciona más de una, solicitar que escoja la más grave):

- Sí
 Sí, pero no se recibió la atención médica
 No (pase a p. 59. a)

54. b. ¿Quién necesitó la atención médica? Él/ella
 Otra PPL
 Otrx

54. b.2. Espec. _____

55. a. ¿En qué circunstancia se produjo? (marcar una sola opción. Si fueron varios episodios, responder sobre la que la PPL considere más grave)

- Autolesiones (no medida de fuerza)
 Medida de fuerza (incendios, simulacro de ahorcamiento, autolesiones, ingestión de elementos no consumibles, etc)
 Pelea entre detenidxs
 Problema de salud / enfermedad
 Fallecimiento
 Violencia penitenciaria / institucional
 Otra. 55. b. Especificar: _____

56. ¿Cuánto tardaron en atender la emergencia? Mucho Poco Nada

57. Breve relato abierto de lo sucedido (describir si tuvo lesiones y de qué tipo) y, si la hubo, de la intervención (prestar especial atención a traslados a dispositivos de internación de salud mental):

En caso de episodios de especial gravedad:

58. a. ¿Luego de este episodio te ofrecieron algún tipo de asistencia post – traumática en lo referido a tu salud mental? Sí No (pase a p. 59. a)

58. b. ¿La tuviste? Sí No (pase a p. 59. a)

58. c. ¿En qué consistió?: _____

Anexo Egreso

(PPL que hubieran egresado en los últimos dos años de una detención anterior)

Si egresó en los últimos dos años de una detención previa (si son varias preguntar por la última):

59. a. ¿Bajo qué modalidad de libertad egresaste? Excarcelación (fin de encuesta) LC LA
 Agotamiento de pena Otra. 59. b. Especificar: _____

60. ¿De qué cárcel egresaste?: _____

61. ¿Estuviste incluidx en el Programa de Prelibertad? Sí No No sabe / no recuerda

62. Antes de salir en libertad, ¿Te dieron información acerca de programas o lugares donde ir a atenderte?
 Sí No No recuerda

63. Antes de salir en libertad, ¿Te entregaron tu historia clínica / epicrisis? Sí No No recuerda

64. Antes de salir en libertad, ¿estabas bajo tratamiento médico? Sí No No recuerda (fin de encuesta)
 No recuerda (fin de encuesta) Sí No No recuerda

Índice

PRESENTACIÓN / 5

INTRODUCCIÓN / 9

Objetivo General / 13

Objetivos específicos / 14

Preguntas de investigación / 14

EL PROYECTO OPCAT / 17

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN / 21

DESAFÍOS DE INVESTIGACIÓN / 29

SALUD EN EL ENCIERRO: INFORMACIÓN DE LA QUE PARTIMOS / 31

Información sobre enfermedades
en el encierro / 31

Sobre atención a la salud y condiciones
sanitarias / 33

Muertes en el encierro / 34

Atención médica / 36

Atención a la Salud Mental / 39

Caso emblemático de deficiente
atención médica. Una lectura desde el
expediente judicial / 42

El personal médico ante la tortura:
incumplimiento del Protocolo
de Estambul / 44

RESULTADOS DEL RELEVAMIENTO / 47

El área de sanidad en el SPF / 47

Dependencia funcional y conflictos
éticos / 48

Estructura de profesionales y recursos
humanos / 50

Ingreso del personal médico al SPF:
ausencia de capacitación / 50

Información sobre la población
penitenciaria / 51

Los Complejos Penitenciarios
Federales I y IV de Ezeiza / 53

Personal médico en el CPF I / 53

El Hospital Penitenciario
Central (HPC) / 57

La atención médica en el CPF IV
de mujeres / 59

Percepciones de las personas detenidas sobre
la atención a la salud / 63

Salubridad y condiciones materiales de
detención / 64

¿Medicina preventiva? Sobre la atención
médica, los exámenes al momento del
ingreso y los controles periódicos / 69

El examen médico de ingreso / 69

Sobre el acceso a la atención
médica / 74

Enfermedades crónicas y dolencias prevalentes/ esporádicas / 81
El sistema de emergencias / 91
Traslados a hospitales extramuros / 93
Los médicos ante casos de tortura / 93
El trato del personal de salud y la relación de confianza médico-paciente / 96
Salud mental y consumos problemáticos / 98
Derivaciones de mujeres a dispositivos de internación de salud mental / 106
El impacto de la cárcel en la salud psicofísica de las personas presas / 107

CONCLUSIONES / 113

RECOMENDACIONES / 121

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS / 127

ANEXO: INSTRUMENTOS DE RELEVAMIENTO / 132

Cuestionario general a PPL – Percepción
acerca de la atención a la salud
en prisión / 132

Cuestionario Ingreso - Percepción acerca
de la atención a la salud en prisión / 142