

**PROCURACIÓN PENITENCIARIA DE LA NACIÓN  
DIRECCIÓN GENERAL DE DERECHOS HUMANOS  
AREA SALUD**

**AUTORIDADES**

**Dr. Francisco Mugnolo  
Procurador Penitenciario de la Nación  
Dr. Ariel Cejas Meliare  
Director General de Protección de Derechos Humanos**

**SECRETARIA DEL ÁREA**

**Srita. Jorgelina Pedrozo**

**CUERPO MÉDICO**

**Coordinador: Dr. Humberto Metta  
Dr. Jorge Teijeiro  
Dr. Eduardo Rizzuti  
Dra. Verónica Aluigi  
Dr. Santos Chísari  
Dr. Diego Cukier  
Dr. Esteban Figueroa**

**PSICÓLOGOS**

**Coordinadora: Lic. Liliana Martínez  
Lic. Elizabet Eterovich  
Lic. Guido Crivaro  
Lic. Jerónimo Daffonchio**

**CUERPO MÉDICO DELEGACIONES**

**Dr. Fernando Ávila- Zona Norte-  
Dr. Pablo Briones – Jujuy-  
Dr. Hugo Argüello –Zona Centro-  
Dr. Maximiliano D’Amelio -Litoral-  
Dr. Horacio Raval- Zona Sur-  
Dr. Cosme Argerich – Comahue-**



**PRIMER ENCUENTRO DE ASESORES DEL AREA SALUD DE LA  
PROCURACION PENITENCIARIA DE LA NACION**

**Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

**5 y 6 de Agosto 2010**

**APERTURA**

Sr. Procurador Penitenciario Dr. Francisco Mugnolo

El primero de todos los derechos fundamentales de las personas es sin duda alguna el derecho a la preservación de la vida, sin la cual resulta ociosa toda otra consideración sobre el resto de los derechos humanos que surgen de la dignidad de la persona.

En su sentido más amplio el derecho a la preservación de la vida incluye el de la protección de la salud y al acceso pleno a todas las prestaciones médicas ordenadas a asegurarla.

Es responsabilidad del Estado asegurar el acceso integral a este derecho de un modo igualitario para todos los miembros de la sociedad, respetando las decisiones que cada persona crea más conveniente para asegurar su mejor acceso a las prestaciones de salud. Estos derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Nacional están también asegurados en la ley de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad, Ley 24.660 Capítulo I Art. 2, al establecer que el condenado podrá ejercer todos los derechos no afectados por la condena o por la ley y de un modo explícito en el Capítulo IX de la ASISTENCIA MEDICA, Art. 143 **“EL INTERNO TIENE DERECHO A LA SALUD”**, *“deberá brindársele oportuna asistencia médica integral no pudiendo ser interferida su accesibilidad a la consulta y a los tratamientos prescriptos. Los estudios, diagnósticos, tratamientos y medicamentos, le serán suministrados sin cargo”*.

Surge entonces con claridad la responsabilidad del Estado en hacer efectivo este derecho humano fundamental en la privación de la libertad, potenciada porque el preso, a diferencia del que se encuentra en libertad que puede decidir con quién y donde realizar sus prestaciones médicas, no tiene esta posibilidad de opción y se encuentra sometido a la única prestación médica que es la que le brindara el Sistema Penitenciario.

Es en cumplimiento de nuestro objetivo institucional, “la defensa de los derechos humanos de las personas privadas de la libertad” que hemos desarrollado estrategias de intervención y control en el campo de la salud, con equipos profesionales especializados para llevarlas a cabo, quienes en el tiempo han acreditado saberes técnicos, conocimiento de la realidad y de la existencia de prácticas violentas que constituyen una negación de este derecho humano fundamental.

El Desarrollo Institucional de la Procuración Penitenciaria a lo largo y ancho del país, con sus actuales ocho delegaciones, subdelegaciones y sede central, ha conformado un cuerpo de médicos y psicólogos, equipo único por su experiencia y calidad profesional de lo que dan cuenta estas conclusiones y trabajos presentados en el Primer Encuentro del Área de Salud de la Procuración Penitenciaria de la Nación.



**PRIMER ENCUENTRO DE ASESORES DEL AREA SALUD DE LA  
PROCURACION PENITENCIARIA DE LA NACION**

**Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

**5 y 6 de Agosto 2010**

**CONCEPTOS PRELIMINARES**

Coordinador del Área Medica

A.M. Dr. Humberto A. Metta

En los considerandos del Decreto N° 1598/93 que crea la figura del Procurador Penitenciario, en virtud de las facultades conferidas por el Art. 86, inciso 1 de la Constitución Nacional y el Art. 7 de la ley N° 24191, se menciona la insuficiencia de los mecanismos tradicionales empleados para evitar, con eficacia y celeridad del caso, la producción de **situaciones anómalas** que alteran la vida carcelaria.

Se menciona asimismo la naturaleza de los comportamientos causales de dichas situaciones anómalas que, en muchas oportunidades, revisten el carácter de **deficientes, disfuncionales o inoportunos** sin configurar actos antijurídicos.

Por estos fundamentos, entre otros considerandos, se sustenta la creación de un instrumento jurídico que proteja con **rapidez y eficacia** los derechos de los internos sujetos al Régimen Penitenciario Federal.

Luego de diecisiete años de funcionamiento, la Procuración Penitenciaria ha adquirido experiencia suficiente a través de las sucesivas gestiones y ha constituido un importante archivo de datos. Los mismos se han consolidado mediante los informes anuales producidos por esta Procuración.

Desde su creación, la institución ha complejizado su estructura administrativa, su dinámica interna y sus relaciones con otros organismos nacionales e internacionales.

Ley 25.875 sancionada el 17 de diciembre de 2003 y promulgada el 20 de enero de 2004 (publicada en el Boletín Oficial el 22/01/04) dota a la Procuración Penitenciaria de jerarquía legal, en la órbita del Poder Legislativo, con amplias facultades de intervención, con lo que se asegura la independencia absoluta de su acción respecto de cualquier otra institución del Estado.

De igual modo abre el espacio carcelario a la mirada de un fiscal que no es parte del SPF ni del Ministerio de Justicia, sino que posee autonomía y presupuesto propio para su funcionamiento. Con el mismo espíritu, amplía las facultades del Procurador Penitenciario y también la jurisdicción de su competencia otorgando facultad de control a lugares de detención

pertenecientes a la Policía Federal y otras fuerzas de seguridad como Prefectura y Gendarmería.

El **propósito del Área Médica** de la Procuración Penitenciaria de la Nación (PPN), es cumplir las instrucciones emanadas del Sr. Procurador Penitenciario en cuanto a velar por los derechos de la salud de los interno/as y en toda circunstancia referida al bienestar psicofísico de los mismos que se deriven de la situación de encierro.

Entre los **objetivos generales** del Área Salud de la PPN se hallan el procurar **solucionar o mejorar el problema o necesidad referida a la salud** del interno/a, **sin que esto suponga co-gestión** con los profesionales de salud del Servicio Penitenciario Federal (SPF) que **son los responsables en la asistencia de aquel**.

Directamente relacionado con este concepto se encuentran las acciones dirigidas a **evitar, registrar y denunciar malos tratos** de los interno/as alojados en Unidades del SPF, en concordancia con las especificaciones pertinentes de nuestra institución.

Asimismo estas acciones abarcan el señalamiento del déficit o agravamiento en el cuidado de la salud del/la interno/a a cargo del SPF, con diversas instancias de intervención, desde la recomendación médica, reiteraciones de la misma, comunicación a la Dirección Nacional del SPF y/o denuncias ante Tribunales o Defensorías u otra instancia que corresponda.

En el mismo sentido corresponde al Área Médica interpretar la aplicabilidad de las condiciones médicas que les caben a los/as interno/as respecto de los alcances del artículo 33 de la Ley 24660.

Con un **concepto de intervención ampliado** incumbe al Área Médica promover y supervisar programas o políticas de prevención en salud dentro del sistema (sexualidad-reactiva, perversión, violación, ETS, profilaxis de enfermedades infectocontagiosas prevenibles, psicoprofilaxis, profilaxis de carcinoma mamario, del carcinoma cervical uterino, de adicciones, de salud materno-infantil, entre otros).

Dentro de una óptica más abarcativa corresponde al Área, evaluar la factibilidad de adecuación de la política sanitaria nacional a los proyectos y estrategias en el ámbito del Sistema Penitenciario Federal; con el objetivo de **revertir rasgos u orientaciones “impedidoras” dentro de una estructura eminentemente jerárquica**.

En igual sentido es función del equipo médico de la PPN colaborar con otras áreas de este organismo en la investigación de estrategias institucionales internacionales que involucren mejoras en la salud en ese ámbito.

Desde esta Procuración se han formulado **propuestas para optimizar la calidad de vida de los interno/as**. Estas enfocan cuestiones no resueltas aún y que deberían considerarse desde el punto de vista sanitario.

Algunas de ellas se destacan por su relevancia, por lo que las mencionaremos. En este sentido resulta fundamental:

- ❖ Afianzar los grupos interdisciplinarios existentes y conformar otros nuevos para atender la compleja problemática del interno/a y su grupo familiar y social.

- ❖ Implementar acciones tendientes a atenuar el desarraigo familiar de los interno/as y de este modo paliar sentimientos depresivos que contribuyan a presentar evoluciones desfavorables de las patologías de los privados de la libertad.

- ❖ Comprometer en la tarea y promover un *cambio de actitudes* entre el personal encargado de los interno/as (incluyendo al personal médico y paramédico), para romper con una relación que autoperpetúa la desvalorización del ser humano, negándole el estímulo para **el cuidado propio y el del otro**.

- ❖ Intensificar el abordaje social y psicológico de las causas que condicionan la reclusión, para contrarrestarlas y de ser posible revertirlas. Dichas causas exceden la problemática médico-biológica.

- ❖ Propender a la *corrección de las condiciones de hacinamiento* en que se hallan los interno/as en ciertas unidades.

- ❖ Mejorar la *calidad de atención médica* de modo uniforme. Adecuar la relación entre el número de profesionales médicos, paramédicos, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras; de acuerdo a la población carcelaria.

- ❖ *Proveer medicación* específica en forma *continuada y sin interrupciones* en especial en los casos de traslados de interno/as entre diferentes unidades.

Las **funciones y actividades** del Área Médica fueron expandiéndose a través del tiempo. En la actualidad conforman una red de acciones que tienden a abarcar la mayor parte de las situaciones que involucran a los alojados en cárceles federales.

Ellas son:

- Dar respuesta a las demandas espontáneas sobre temas de salud formuladas por los interno/as, familiares, allegados, Defensorías Oficiales, Defensoría del Pueblo de la Nación, Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, organismos de Derechos Humanos, jueces u otros interesados.

- Evaluar a los interno/as en los lugares de detención, con control de historias clínicas, de condiciones de alojamiento, de dietas alimentarias, de prescripción y administración de tratamientos y de todas aquellas condiciones que afecten el bienestar psicofísico del/la privado/a de la libertad.

- Formular recomendaciones médicas a los profesionales que asisten a los/as interno/as en las Unidades, sobre las necesidades de asistencia de salud no satisfechas por la institución penitenciaria, que incluyen, aunque no se limitan a la formulación de diagnósticos no contemplados previamente a la intervención de los profesionales del Área Salud de la PPN, tratamientos, traslados para estudios, internaciones extramuros, etc.

- Supervisar el cumplimiento de esas recomendaciones, según criterio del profesional médico de la PPN.

- Comprobar y registrar las lesiones externas que puedan presentar los/as interno/as como consecuencia de traumatismos producidos dentro de las cárceles.

- Informar al Tribunal correspondiente sobre las características de las lesiones comprobadas en el/la interno/a involucrado, ante el requerimiento del juzgado a cargo o por indicación del Sr. Procurador Penitenciario.

- Asistir a los jueces a cargo de los/as interno/as, en lo referente a las condiciones de detención que pudieran influir en forma negativa en la salud de los mismos y asesorarlos sobre las medidas apropiadas para minimizar o suprimir las causas relacionadas con los agravantes mencionados dependientes de su situación de encierro, a través del requerimiento del Sr. Procurador Penitenciario.

- Asesorar sobre temas de salud de los/as interno/as a profesionales no médicos de la Institución y en informes obrantes en expedientes de interno/as alojados en unidades federales del interior del país, sobre las que no se disponga de control local por medio de profesionales médicos de la PPN.

- Coordinar, orientar y supervisar las actividades de los profesionales médicos de Delegaciones de la PPN del interior del país.

- Auditar las unidades del SPF, en lo referente a las condiciones de detención de las personas alojadas, con especial atención de los condicionantes de la salud de los/as interno/as (v.g.: estructura edilicia, procedimientos asistenciales y administrativos, accesibilidad a la atención médica, etc.).

- Formular y realizar encuestas de satisfacción sobre temas médicos dirigidas a los/as interno/as de las unidades del SPF.

- Evaluar posibles causas y/o contexto en relación a interno/as fallecidos/as en el ámbito del SPF.

- Representar a la PPN ante aquellos organismos oficiales o no oficiales en lo referente a cuestiones de salud de los/as interno/as pertenecientes al SPF.

Ante demandas motivadas por prestaciones inadecuadas en la asistencia de la salud de los/as interno/as se ha **normalizado un procedimiento de acción** de los profesionales médicos, basado en la experiencia de 17 años de gestión.

La **producción del Área Médica** se desarrolla en varios ámbitos, tales como en la propia sede, en campo y en representación de la institución.

**En sede** se confeccionan informes y se evalúan expedientes. Los **informes** pueden ser *Específicos o Temáticos*. Los *Específicos* son los referidos a interno/as entrevistados, mientras que los *Temáticos* o de asesoramiento pueden ser internos; dirigidos a profesionales de la PPN; o externos dirigidos a organismos oficiales y no oficiales e instituciones de la comunidad.

Asimismo se evalúan **expedientes** de interno/as fallecidos en prisión (Expedientes de Óbitos o Fallecimientos) y consultas formuladas desde Delegaciones de PPN o casos de Unidades Federales del interior del país donde no existan Delegaciones de la institución.

**En campo** se realizan **entrevistas** a los internos/as, las que pueden ser iniciales, ulteriores y por lesiones. Otra forma de intervención se canaliza a través de **auditorias** de las Unidades y Complejos, las que pueden ser parciales o integrales, estas últimas en actividad conjunta y coordinada con las otras áreas de la PPN.

Finalmente los miembros del equipo médico actúan **en representación** de la Institución como **miembro activo** en comisiones y/o reuniones de organismos oficiales que formulen proyectos, reglamentaciones, etc. relacionados con condiciones sanitarias en las cárceles y como componente del comité **organizador y participante** en Jornadas, Simposios y reuniones específicas generadas desde la misma PPN.

Parte de la producción del Área Médica será comentada y evaluada en este **Primer Encuentro de Asesores de Salud de la PPN**, al que les doy la bienvenida, augurando un constructivo cambio de perspectivas que espero contribuyan a mejorar las condiciones de vida de aquellos a los que se debe nuestro trabajo, las personas alojadas en cárceles federales.

## CONCEPTOS PRELIMINARES

Coordinadora del Área Psicológica

Lic. Liliana Martínez

### Reseña histórica de la Asesoría Psicológica “Desde la inclusión del saber psicológico en la PPN hasta la conformación de un equipo de Salud Mental”

Empiezo este relato histórico diciendo que ha pasado mucha agua bajo el puente desde mi incorporación en la Procuración, allá por el mes de junio de 2000, cuando se incluyó, por primera vez, el saber psicológico en el Organismo.

Atento a las deformaciones profesionales, “analizar”; si analizo ese momento fundacional debo decir, en un sentido estricto, que ni me eligieron ni los elegí pero que si hubo, en un sentido amplio, una decisión de mi parte la de seguir siendo consecuente con un tema que me convocaba: la cárcel. Y de la otra parte, la de dar lugar a esa decisión.

Recuerdo por aquellos tiempos a dos de los médicos, Humberto y Jorge, y a Marcela y a Silvia, de Administración; como a “los históricos”; recuerdo también, el ímpetu de los nuevos, la conmoción que les producía la realidad carcelaria vivida desde adentro; soñaban con la cárcel, se percibía un “furor tribunalicio” que atravesaba el quehacer pero que no alcanzaba, había que desandar ese camino.

La realidad convocaba a salir corriendo en muchas situaciones, frase que resulta equívoca. Si, efectivamente, ante un llamado inquietante se salía corriendo para “apagar el incendio”; al mejor estilo de los bomberos, en el único auto disponible, el del Procurador. (con Don Juan, el chofer, al volante). Salidas estas que nos hicieron aprender a salir pero no tan corriendo. Y, también, sucedía que la angustia que se suscitaba ante algunas situaciones promovía este querer salir “disparados” bajando cualquier marca existente en los cien metros libres.

Ninguno de los protagonistas sabíamos muy bien qué ir haciendo con esto de la Psicología en la Procuración, yo no paraba de escribir y de atiborrar al Procurador con lo escrito; programas, reflexiones, relatos de mi labor anterior, proyectos, en fin, viéndolo a la distancia diría que se me jugaba algo del dar a ver y del hacerme ver.

Me sorprende al volver para atrás y leer en el informe anual de gestión 2000-2001: “Intervenciones de la Procuración Penitenciaria en el campo de la Salud Mental las acciones emprendidas se describen en términos de: Evaluaciones Psicodiagnósticas, Asistenciales y de Elaboración de Programas de Tratamiento.”

Corroboré, mediante la lectura del mismo, que hubo una posición ética, desde el inicio, que se plasmó en entrevistar, singularizar y no sellar identidades mediante “diagnósticos de peligrosidad”.

Lo asistencial individual aparece en situaciones de personas que no desean ser atendidas por psicólogos penitenciarios y lo grupal en una experiencia realizada en una cárcel de mujeres en la que en uno de sus pabellones, de Ingreso, se suscitaban conflictos en la convivencia. Se armó un grupo terapéutico abierto, trabajé sola en el pabellón con el ir y venir de las internas y con los avatares de las requisas, el recuento, la recolección de los residuos, el llamado a comparendo, etc. Y con la mirada atenta, a veces disgustada, de los psicólogos penitenciarios que quedaron en una suerte de “obligación” para replicar la experiencia de trabajar dentro de los pabellones.

Pasó un año y se recortó un grupo de terapia del que participaban ocho internas ya alojadas en distintos pabellones. Una experiencia inaugural para mí. Debo reconocer que al leer las conclusiones escritas en el informe de ese período, hoy me resultan algo tibias.

En el período siguiente 2001-2002 se relevó el tema del tratamiento desde la perspectiva de los Servicios Criminológicos, informe en el que participé activamente, tanto, en el relevamiento como en la escritura del mismo. Se recorta lo psicológico en su articulación con lo criminológico pero no se menciona expresamente la salud mental como campo de intervenciones de la Procuración.

En el período 2002-2003 no aparece en el informe anual de gestión ningún apartado de Salud Mental, se realizaron aportes al tema de la significación del trabajo en los jóvenes y de los tratamientos diferenciales. Se trabajó en audiencias con los abogados, en el monitoreo de lo criminológico y los dispositivos de tratamiento pero no aparece la especificidad del objeto de conocimiento en el informe de gestión. Se diluye en lo público el campo de la Salud Mental.

En el período 2003-2005, tampoco aparece en el informe anual de gestión ningún apartado de Salud Mental. Mi intervención se centra, y se expresa, en este informe de gestión en el análisis cualitativo de un nuevo instrumento (encuesta) para auditar el funcionamiento carcelario.

En el período 2006, se incorpora una psicóloga lo cual no significó la constitución de un equipo de trabajo pero si el que se vuelva a delimitar el campo de abordaje de la Salud Mental en el informe de gestión. Se realizaron auditorias en los Servicios Criminológicos de las unidades N ° 2, 3, 7, 11 y 14 y monitoreos de los psiquiátricos carcelarios. También se realizaron intervenciones vinculadas con la sobrepoblación y los drogadependientes alojados en la U.20, como también, el monitoreo de los CRDS (Centros de Rehabilitación de Drogadependientes). Se publicó lo elaborado al respecto y esa puesta en cuestión del dispositivo produjo un escándalo y un ataque personal vinculado con el saber de la psicóloga de la Procuración.

En el período 2007, se crea el Área de Salud en la Procuración que inscribe de modo formal al de Salud Mental, se establece su organización, funciones e incumbencias mediante un documento que se incluye en el informe anual.

Renuncia la psicóloga.

En el período 2008 se constituye un equipo a partir de la inclusión de dos psicólogos. La asignación de la labor responde a la modalidad de encargado de establecimiento y de dispositivos de tratamiento que va virando en la alternancia y rotación.

Se trabaja, particularmente, interdisciplinariamente con los asesores legales produciendo textos para incluir en presentaciones judiciales, se llevan a cabo monitoreos y seguimientos.

En el período 2009, en agosto se desvincula uno de los psicólogos por efectivizarse su concurso para un cargo en la guardia en un hospital, se incluye un nuevo profesional y, luego, en marzo de 2010 se desvincula el otro por concretarse, también, un cargo de planta en un hospital.

El periodo 2010 está en marcha y ya somos cuatro.



## Ponencia

**Presentación del equipo y de la modalidad de trabajo. Los criterios de organización: asignación de los casos, supervisión de la tarea y formación teórica. Noción de asesor psicológico “no encargado” pero si responsable.**

**Las derivaciones al área y la angustia del derivador. Lo trans-disciplinario en la práctica institucional: con quién sí, con quién no. Relato de la gestión llevada a cabo durante el año 2009 y los problemas cruciales.**

Lic. Guido Crivaro y Lic. Liliana Martínez.

### Espacio de discusión Grupal

**La función “asesor psicológico en la PPN” y el más allá del “ser auditor”**

Coordinador: Lic Jerónimo Daffonchio

Secretaria: Lic Elisabet Eterovich

Diremos acerca de nuestra modalidad de trabajo que se plasma en dos niveles:

El de lo organizativo - reflexivo y el de las intervenciones y la práctica; instancias que interactúan permanentemente.

Lo primero alude al trabajo que se desarrolla en las reuniones de equipo que se realizan con una frecuencia semanal, los días lunes de 14.30 a 18.00 hrs., y lo segundo a nuestro trabajo en la cárcel.

### Los pedidos y nuestra respuesta

Se leen las solicitudes de intervención del Área y se reflexiona, se piensa, se discute, se conjetura, acerca de lo que se pide, quién lo pide y cómo responder; no hay respuestas automáticas; *hay cada pedido*.

En algunas oportunidades, estos pedidos, no se transforman en intervenciones con el interno sino con quien los formuló, un asesor, el Centro de Denuncias etc., cuando detectamos en los pedidos que lo que está en juego es algo inquietante o preocupante para el derivador; su angustia.

Advertimos que se trabaja en un campo en el que la realidad se recorta en casi todas las ocasiones sin velos, sin barniz, en crudo. Lo descarnado de lo humano se hace presente a modo frecuente en la cárcel; Foucault nos permite pensar acerca de esto cuando dice que la cárcel es el único lugar en el que el poder aparece en el estado más puro y en donde se justifica en nombre de una moral social. Es un poder que no se oculta ni se enmascara si no que se manifiesta como tiranía pero justificado por el marco de la moral.

También puede ocurrir que se requieran incluir entrevistas con los profesionales de salud mental, asistentes sociales, educadores, jefes de trabajo, y todos aquellos que, en función de la singularidad del caso, consideremos necesario implicar en el asunto. *Apuntamos a armar tramas y a implicar a los distintos actores.*

### **La distribución de la tarea y su realización**

Los casos que tomará cada psicólogo se asignan desde la coordinación, también se abre un espacio de supervisión para los abordajes desde la perspectiva de lo que denominamos: la supervisión clínica enmarcada en las coordenadas de los DDHH. A su vez, se supervisan los escritos de las intervenciones.

Las visitas o monitoreos se realizan semanalmente y alternadamente, según se requiera o se decida, a todos los establecimientos de Ezeiza, a todos los de Marcos Paz, al CPF-CABA- (Devoto), a los dos Psiquiátricos (U 20 y 27) y a la U.21 sita en el Hospital Muñiz (a esta última en pocas circunstancias).

No hay encargados de unidades, hay psicólogos responsables de cada intervención que concurren a los distintos establecimientos.

La fundamentación de esta modalidad es que se pretende tener una visión más integral de la prestación de salud mental en el sistema y se pretende, también, no reproducir el esquema de compartimentos estancos con el que se organiza “el área psi” en el SPF y, por último, no propender a la naturalización-familiaridad que se podría suscitar al ir semanalmente al mismo establecimiento. Intentamos inventar ciertas coartadas o formulaciones defensivas en la labor para no dejarnos aplastar por el engranaje del dispositivo carcelario.

En sentido, diremos que intentamos pensar de cara a lo que hace obstáculo y en el límite, estando dentro del sistema sin estarlo del todo, en un lugar de borde.

Respecto de las derivaciones, diremos que se producen vía Centro de Denuncias en dónde se reciben los llamados tanto del interno como de sus familiares; también los asesores de Metropolitana como los del Observatorio, Auditoria y Legales.

En algunas oportunidades mientras estamos llevando a cabo nuestras intervenciones en campo nos llegan pedidos por medio de la persona que estamos atendiendo o porque alguien al pasar “nos reconoce, nos cuenta y nos pide”. Algunas veces, el personal penitenciario mismo requiere la prestación al igual que otros organismos o personas civiles que desarrollan algún proyecto en la cárcel. (El equipo civil tratante de la U.20, la coordinadora del taller literario en la U.20 o, por ejemplo, las coordinadoras del Proyecto Ave Fénix)

Nuestras intervenciones son variadas y se efectúan mediante entrevistas individuales y/o grupales con los internos, con los profesionales u otros funcionarios. Mediante entrevistas también con familiares o allegados o en muchas oportunidades telefónicamente.

Nos preguntamos acerca del trabajo trans- o inter –disciplinario, en nuestra práctica, en la Procuración, de qué se trata, con quién si y con quién no se produce y si es posible y pertinente armar un discurso homogéneo. Hay en nuestro Organismo distintos saberes que, a su vez, traman discursos diferentes acerca de: un sujeto, la verdad, la culpa, la responsabilidad, etc.,

Pensamos que a las distintas disciplinas las atraviesa un hilo conductor que son los DDHH y que lo singular de cada una de ellas contornea ese hilo conductor, ese para todos igual, particularizándolo. Advertimos, por ejemplo, que con el área médica es con la que menos articulaciones efectuamos.

Por ejemplo, nosotros abordamos las cuestiones psiquiátricas sin participarlos y sin recibir ninguna señal de parte de ellos de desear incluirse.

Estas Jornadas, seguramente, nos permitirán ir conjeturando sobre estos y otros asuntos.

### **Breve reseña de las intervenciones realizadas durante el año 2009**

Se han llevado a cabo, de modo regular, las visitas semanales a los diferentes establecimientos de la denominada área Metropolitana, respondiéndose así a las demandas formuladas por las personas detenidas y sus familiares/allegados, por los asesores de nuestro organismo y por otros organismos.

Intervenciones que aluden a situaciones que implican la vulneración del derecho a la salud mental; en términos de su preservación, cuidado, o mejoramiento.

Se efectivizaron cuatrocientas once (411) intervenciones generales en las que se incluyen: entrevistas psicológicas individuales/grupales con las personas presas; entrevistas con los profesionales penitenciarios del área de Salud, Educación y Sociales, con los funcionarios penitenciarios a cargo de las unidades psiquiátricas, a cargo del área de trabajo y con los jefes de Módulos.

El total de las entrevistas psicológicas ascendió a doscientos sesenta y ocho, (268); que según la variable género se distribuyó en: femenino; cincuenta y tres (53) y masculino; doscientos quince (215). Se ha incluido, inadvertidamente, al confeccionar las estadísticas, en la población masculina a las travestis; intentamos salvar ahora este “deslizamiento” aclarando que se han llevado a cabo ocho (8) entrevistas psicológicas con ellas. Entonces, ocho (8) entrevistas relacionadas con la población travesti y doscientos siete (207) con la masculina; seis (6) de las cuales se han mantenido con varones jóvenes adultos

*El principal motivo de consulta, 63%, ha estado vinculado con la demanda de asistencia psicológica entendida como la necesidad de hablar y ser escuchado en el malestar (expresado en términos de preocupación, ansiedad, impotencia, angustia, desesperación; desesperanza; deseo de muerte etc.). El encierro y la falta de actividades (educación y trabajo) operaron como uno de los desencadenantes del malestar. El encierro, el maltrato físico y moral operaron como uno de los desencadenantes del pasaje al acto (cortes en el cuerpo/consumo tóxico/intentos de suicidios/suicidios).*

*El pedido de tratamiento para las adicciones constituyó el segundo motivo de consulta, 25%, y la prescripción de psicofármacos/restitución representó el 12% de los motivos de consulta. (Se anexan tablas y cuadros respectivos)*

Comentaremos a continuación, de manera sucinta, algunas de las intervenciones realizadas a modo de monitoreo del funcionamiento que se encuentran desarrolladas de manera extensiva en el Informe anual de gestión (2009):

### **Complejo Penitenciario Federal N° I:**

La cantidad de profesionales resulta insuficiente para abordar la asistencia o llevar adelante un programa específico. Por ejemplo, en lo que hace a las toxicomanías y su posible tratamiento de modo ambulatorio. *Como consecuencia, la asistencia indicada en los programas de tratamiento individual resulta más retórica que práctica.*

Se destaca la aplicación, en el establecimiento, del Programa de Prevención de Suicidios llevado a cabo por un equipo asignado especialmente para tales fines.

### **Complejo Penitenciario Federal II:**

No se cuenta con una estructura de guardia psiquiátrica. La asistencia se realiza a modo individual no habiendo ofertas de talleres o grupos terapéuticos.

Las dificultades que esgrimen para desarrollar la tarea son: la cantidad de profesionales y la cualidad psíquica de la población (presencia de "psicopatías", etc.).

Por otro lado, la asistencia se desarrolla en consultorios a puertas abiertas como un mecanismo de resguardo de su integridad física. La confidencialidad queda así violada. Los presos se quejan de que los agentes de seguridad interna escuchan lo que hablan con los psicólogos.

Además, resulta preocupante y significativo que en los programas de tratamiento individual los objetivos vinculados con la salud mental advengan en decisivos para la calificación del interno y para su promoción en la progresividad del régimen.

Son innumerables las quejas, formuladas por los presos alojados en el CPFII, relacionadas con la calidad de la asistencia en salud mental.

**Centro de Recuperación de Drogadependientes para Jóvenes Adultos de la Unidad N° 24:**

El dispositivo de tratamiento no está a cargo de un especialista en el tratamiento de las adicciones, contraviniendo las directivas de Naciones Unidas respecto de que los responsables de los establecimientos asistenciales deben ser profesionales de la salud.

En cuanto al ingreso, se mantienen las listas de espera, con plazas no ocupadas en su totalidad. La explicación esgrimida alude a que no disponen de plazas suficientes para la Fase I por lo que no pueden ingresar más residentes.

Se observa, por lo demás, la falta de articulación de lazos interinstitucionales.

Se siguen revisando algunos aspectos del programa sin que se definan modificaciones, por ejemplo, en los criterios de incorporación o en la prohibición del sexo como uno de los pilares filosóficos del mismo.

Se detecta la necesidad de incrementar el número de operadores terapéuticos.

Resulta preocupante que en los casos de los internos reincidentes o de aquellos que no cuentan con lazos familiares se vea dificultada la posibilidad de incorporación al dispositivo basando esto en la falta de plazas y en la necesidad de dar una oportunidad, la menos una vez, en los que están en lista de espera.

**Servicio Psiquiátrico Central de Mujeres, Unidad N° 27:**

No cuentan con psiquiatra de guardia; tampoco cuentan con un espacio físico adecuado para llevar a cabo la observación y evaluación al ingreso que posibilite el monitoreo de la interna-paciente y que no signifique, como actualmente, más encierro y medicación.

Otra irregularidad es que el establecimiento no se encuentra conducido por profesionales de la salud.

Resulta un punto a destacar la insistencia de episodios de supuestas “excitaciones psicomotrices” y el modo en que a ellas se responde derivando a las internas al “loquero” respuesta que suele ser de disciplinamiento. Cabe señalarse, que en el Psiquiátrico no se sostienen internaciones que no guarden los criterios correspondientes. Pero también señalamos que aunque se reintegren a las internas a sus lugares de origen, dentro de las veinticuatro y las setenta y dos horas, estas derivaciones violatorias de derechos humanos conllevan un alto costo subjetivo y también operativo.

**Servicio Psiquiátrico Central de Varones, Unidad N° 20:**

Se viene insistiendo en la replicación de la experiencia, en términos, de equipos de profesionales civiles que aborden la salud mental de los privados de libertad desde una perspectiva de los derechos humanos.

Resulta preocupante el descuido del que son objeto los pacientes derivados en el Pabellón 1422 del Hospital Borda, como también, en las comunidades terapéuticas abiertas de las que se fugan actualizándose el circuito: consumo-trasgresión-captura-encierro. La U.20 es el lugar de arribo como consecuencia de esta repetición.

Otro tema preocupante es la derivación de jóvenes adultos que requieran llevar a cabo un tratamiento para las adicciones. El tratamiento de los jóvenes en la U.20 resulta complejo debido a la falta de espacios disponibles, para su alojamiento y para la realización de actividades recreativas y físicas, separados de la población adulta.

Por otra parte, varios internos provenientes de otros establecimientos han sido objeto de malos tratos físicos y, como consecuencia de estos, en algunos casos, han intentado suicidarse. Situación que nos lleva a preguntar acerca de los aspectos éticos de la práctica asistencial en tales casos.

**Anexo de la Unidad N° 20, ubicado en el Complejo Penitenciario Federal N° 1:**

Se destaca la importancia del Programa de Tratamiento Integral Multidisciplinario que implica una modalidad de talleres coordinados por los distintos profesionales que tienen en común la temática de las adicciones, además de los espacios individuales de atención.

Los internos-pacientes hablan del compromiso contraído para llevar adelante el tratamiento, cuestión que adviene como condición para la inclusión en el dispositivo.

Es interesante el hecho de que se acepte a personas que se encuentren medicadas; las recaídas se trabajan también en el dispositivo de tratamiento. También se trabaja la situación de egreso.

Comentario: En relación a las internaciones en los psiquiátricos-carcelarios es necesario seguir trabajando para modificar la aplicación del criterio de peligrosidad, que no alude a una particularidad subjetiva sino que es un instrumento del control social, que condena a un encierro sin tiempo. La personas a las que se les aplica el artículo 34, los inimputables, quedan en un sin tiempo-sin derechos.

**Intervenciones psicológicas realizadas a raíz de la muerte de dos mujeres, presentada como suicidios, acontecidas en la Unidad N° 3.**

Dicha intervención implicó una entrevista grupal con las internas compañeras de la fallecida. Se observó cómo la sectorización resulta el mecanismo habitual de abordaje.

En el otro caso, la muerte ocurrida durante el mes de diciembre de 2009, se diseñó una estrategia que contempló una entrevista grupal con las mujeres alojadas en el pabellón; pero sólo tres se prestaron a hablar.

Resulta preocupante que la angustia y la vulnerabilidad subjetiva resultan reforzadas por las amenazas de traslado, a la U.27, proferidas por las agentes penitenciarias.

La oferta asistencial, según sus referencias, ha sido sólo farmacológica.

Otro tema de preocupación las consecuencias subjetivas de un consumo tóxico des-regulado en el encierro.

**Análisis y comentario acerca de la “Guía de Procedimiento para actuar ante un Paciente Descompensado Psíquicamente”:**

Con fecha 27 de abril de 2009 se aprobó una guía de procedimientos tendiente a sistematizar las derivaciones de pacientes descompensados psíquicamente.

Destacamos que la decisión de derivación sea responsabilidad del área médica y no del área correccional. Que las derivaciones impliquen que el interno porte su Historia Clínica, con los fundamentos de su derivación, es un intento de regular las derivaciones por disciplinamiento, al igual, que establecer un plazo de 72 horas para definir la internación o reintegrar a la persona a su lugar de origen en donde se le deberá conservar su plaza.

**Intervención psicológica realizada en el Módulo I, Pabellón IV del Complejo Penitenciario Federal II, por tres muertes por suicidios y un intento de suicidios:**

Una de las cuestiones a problematizar; que venimos poniendo en cuestión desde hace diez años; es la lógica de la clasificación según la cual se alojan a las personas homosexuales y travestis con aquellos que han cometido un delito contra la integridad sexual (nombrados en la cárcel como: los abusadores o los violadores). Se confunde lo que implica una identidad/elección de objeto sexual, que no responde a “lo esperable culturalmente”, con lo que representa la trasgresión de la ley penal, en tanto, delitos vinculados a una particular modalidad de goce sexual.

La sectorización viene al lugar de dar solución a las interacciones conflictivas pero el aislamiento, como herramienta para resolver lo que no funciona, opera cortando lazos sociales e incrementando el nivel de tensión.

Se intenta reducir la conflictividad mediante el predominio del régimen por sobre dispositivos que habiliten el uso de la palabra, lo cual resulta una

tarea imposible. La sectorización es una impostura de intervención legalizante, sobre la problemática allí presente, que bajo una modalidad pretendidamente salomónica, sin un trabajo real sobre los conflictos.

La puesta en acto de una lógica dual (dos grupos: los buenos y los malos), especular, refuerza efectos de rivalidad y agresividad. Lo imaginario especular funciona a modo de “sólo un lugar para dos” que desemboca por estructura en efectos agresivos. Pero como se trata de un plano simétrico, el yo y los otros, la agresividad que se dirige al semejante puede retornar al yo como actos de auto –agresión.

Sin embargo, la muerte por suicidio no puede abordarse desde una concepción causa-efecto; pensamos a la sucesión de muertes acaecidas en el pabellón como síntoma en el sentido de un mensaje sobredeterminado que permite un análisis.

Nuevamente, hemos advertido una medicalización des-regulada a la hora de dar respuesta a los malestares psíquicos; cuestión que deja intocados los padecimientos y favorece la relación con lo tóxico.

### **Análisis y comentario acerca del Programa de tratamiento para condenados por delitos de Agresión Sexual.**

El programa está destinado a la totalidad de internos condenados por delitos contra la integridad sexual y se plantean como requisitos para la incorporación al mismo: a) el acceso a la libertad condicional, asistida o al agotamiento de la condena en un plazo de dos (dos) años b) el reconocimiento parcial del delito c) la motivación para participar del programa. Se plantea un acuerdo por el cual el sujeto se compromete a asistir y a participar y el terapeuta a valorar dicha participación en las futuras propuestas de beneficios.

Resulta cuestionable este acuerdo en el que lo voluntario queda atravesado por la oferta de valorar la participación mediante beneficios.

Se describe al Programa desde una perspectiva holística y del aprovechamiento de los distintos aportes teóricos, aunque, lo cognitivo-conductual prima. En este punto la concepción psicológica social que se desprende del modelo cognitivo-conductual trata el “problema” focalmente y, en el afán de erradicar la conducta patológica sin contemplar sus causas, deja a los protagonistas sin la comprensión necesaria para el cambio.

Creemos que habría que abordar los delitos contra la integridad sexual intentando mostrar el entramado que tiene el acto criminal para cada uno.

### **Confección de una Guía para el monitoreo del Programa arriba mencionado.**

Se confeccionó una guía para llevar a cabo el monitoreo de la aplicación del Programa. A continuación se concurrió a los Complejos de Marcos Paz y de Ezeiza para relevar su aplicación. Concluimos que, a la fecha, no se ha iniciado la implementación del programa incumpléndose –ampliamente- con el plazo establecido, noviembre de 2009.

### **Articulación Asistencial**

En relación a la problemática de adicciones Se realizó una entrevista con la jefa del Servicio de Adicciones del Centro de Salud Mental N° 3, Lic. S. Kezerov, con el propósito de de abrir un canal posible para el tratamiento de las personas que, al salir en libertad, deseen abordar su padecimiento subjetivo (adictivo).

### **Consolidado de la discusión posterior:**

El Dr. Pablo Briones (Médico Psiquiatra de la Delegación Norte) refiere que en las Unidades de Salta y Jujuy en las que él trabaja, se encuentra con varias problemáticas. La principal, es la falta de profesionales del equipo de Salud Mental. En Salta sólo hay una psicóloga encargada de los tratamientos y otra psicóloga en Criminología. Un sólo psiquiatra que trabaja en ambas unidades, Salta y Jujuy. En cuanto a la medicación de los pacientes/detenidos, refiere que el nuevo psiquiatra intervino retirando la medicación con la que se estaba tratando a los internos, cuando estaba otro profesional a cargo, para evaluar él mismo que tipo de medicación es necesaria y si es necesario medicar.

Comenta el Dr. Briones, que su modo de trabajo es presentarse en los Centros Médicos, solicitar las Historias Clínicas de los internos que hayan formulado algún pedido, como también, tomar las que se encuentran en la mesa en circulación, las lee y luego entrevista a los internos.

El Dr. Jorge Teijeiro, por su parte, refiere que la medicación en los penales adquiere valor de intercambio, a modo de dinero. Comenta como anécdota; que hace muchos años en Ezeiza se compraban las monodrogas en una farmacia de la zona. De esta forma, no había mucho control sobre los medicamentos que se administraban. Fue necesario que desde la División de Asistencia Médica se emitiera una normativa prohibiendo la compra de medicamentos en farmacias y, además, que no sean de laboratorios reconocidos. El medicamento y el negocio en sus diversos sentidos.

El Dr. Teijeiro, continúa, preguntando: “¿En cuántas de las entrevistas, que realizó el Equipo de Salud Mental, a internos medicados con psicofármacos se corroboró que no era necesario?”

El Lic. Guido Crivaro comentó que lo que evaluamos y señalamos son modalidades de respuestas asistenciales que se reducen a la prescripción medicamentosa para el tratamiento de la salud mental sin ofertar otras alternativas. Respecto de lo pertinente de la prescripción y de lo adecuado de tal o cual medicamento no sabemos, es un tema médico.

A continuación se da por finalizado el espacio de discusión.

## **Espacio de discusión grupal**

### **Apremios psicofísicos y torturas en el ámbito del SPF.**

Coordinador: Dr. Diego Cukier  
Secretario: Dr. Lucas Figueroa

El Área de Salud de la Procuración Penitenciaria se encarga de varias tareas entre las que se encuentra certificar lesiones por presuntos malos tratos por parte de los funcionarios penitenciarios.

El primer problema con que nos encontramos en el día a día es que la utilización de la violencia dentro del ámbito penitenciario es, lejos de ser un hecho aislado, algo cotidiano y que en general es aceptado de manera natural tanto por parte del personal como de los internos de los lugares de detención. Es decir que la violencia es utilizada en forma sistemática como un modelo de disciplinamiento y como estrategia de gobernabilidad institucional. Se pueden señalar además otras causas de utilización de la violencia que corresponden más a decisiones personales como motivos económicos, para demostrar autoridad, o venganza, entre otras.

Es necesario como primer eslabón para poder certificar lesiones que este maltrato sea denunciado ante las autoridades correspondientes ; lo que no siempre ocurre, ya sea por falta de conocimiento de los propios derechos de las personas privadas de su libertad , por desconocimiento de la reglamentación institucional vigente o por temor a las consecuencias y/o represalias que se puedan generar debido a la falta de resguardo del integridad física del denunciante y también ante la sensación de inutilidad de la denuncia.

Es importante destacar además que lo que se denuncia es el hecho violento en si, que en general es fácil de certificar pero nos encontramos con la imposibilidad de determinar quien es el que lesiona (funcionarios, otros internos, ellos mismos) y no podemos tampoco dejar de lado el efecto psicológico del maltrato físico en cada hecho puntual y aquel que genera el de vivir día a día bajo un régimen de estas características.

Todo esto contribuye a un sistema disciplinario violento impune que se perpetúa. Es necesario entonces, para nosotros, entender cuales son las causas de este mecanismo de funcionamiento (es un sistema organizado, existe falta de preparación del personal, personal inadecuado, por falta de interés, etc.) y qué medidas podrían tomarse en forma efectiva para mejorar las condiciones de vida dentro de los lugares de detención.

## **Ponencia**

### **Relación de los Profesionales de Salud de la PPN con el Personal del Servicio Penitenciario Federal**

AM Dr. Jorge Teijeiro

Durante los trece años en el desempeño de funciones como Asesor Médico de la Procuración Penitenciaria de la Nación, puedo afirmar que la relación con el personal del SPF no ha cambiado sustancialmente.

Esta afirmación surge de la experiencia de los profesionales médicos que conformamos este equipo de trabajo y que comparte una problemática en común; independientemente de las Unidades donde ejercemos nuestra función.

En más de una oportunidad se nos ha negado el acceso con un sinnúmero de recursos que buscan como objetivo entorpecer nuestro trabajo. Entre ellos podemos mencionar: Ingresar por el sector de visitas junto a los familiares, el tránsito está "cerrado", estar fuera del horario de la visita y/o no disponer de personal para que nos escolten por las instalaciones.

Asimismo, el trato con el personal del SPF depende directamente de las circunstancias que rodean nuestra visita. En cualquiera de los casos, nosotros vivenciamos: la demora en traer a los internos o informarnos que el interno se niega a la audiencia; de no disponer, en algunos casos, de un espacio privado; interrumpir las audiencias sin argumentos verosímiles. Con esta metodología, presuponemos, que el objetivo que se persigue es condicionar la audiencia en general y al interno en particular. Lo expuesto en este punto queda evidenciado notablemente si el motivo de la audiencia es por un interno golpeado.

El personal del Servicio de Atención Médica de las Unidades no es ajeno a esta problemática, pero debemos distinguir, necesariamente, entre el personal asimilado al SPF y el contratado.

El personal asimilado está condicionado jerárquicamente en su accionar; primero en defender los intereses del SPF y segundo, y no menos relevante, minimizar las falencias en las prestaciones. Cabe mencionar, que si alguno de nosotros interfiere con estos intereses, el SPF articulará los mecanismos necesarios para ejercer su defensa.

Como ejemplo de lo comentado, en la Unidad 3 se le privó de la libertad a un profesional cuando recomendó la inmediata internación de una interna por falta de atención médica. Por otro lado, en la misma Unidad el médico fue intimidado con un automóvil que intentó sacarlo de la ruta luego de haber generado la disposición ministerial en la compra de medicamentos no producidos en laboratorios de productos farmacéuticos.

Por último, nosotros nos vemos, en reiteradas oportunidades, impedidos de transitar por sectores que no sea el área médica. En la mayoría de los casos, el personal del SPF aduce “razones de seguridad”.

Los inconvenientes que hemos sorteado durante estos años son el fruto de una relación compleja y problemática.

Todas las relaciones humanas, en cualquier ámbito de la vida, son complejas, pero el principal escollo con el cual nos enfrentamos es que nunca se evidenció una actitud de cambio.

Simplemente, porque el personal del SPF no nos considera parte de un equipo. Y menciono la palabra equipo, y no otra, porque los equipos persiguen un fin en común. En este caso sería el bienestar de los internos.



## Ponencia

### **Indicadores sensibles de las prestaciones de salud en el ámbito carcelario. Traslados por motivos médicos (interconsultas y prestaciones EM).**

#### **Prescripción y cumplimiento de dietas**

A.M. Dr. Eduardo Rizzuti

### **TRASLADOS**

La práctica diaria nos muestra que aún no siendo de estricto manejo médico, se observan temas sensibles que complican en mayor o menor medida la evolución de muchos casos de internos-pacientes.

Éstos, como los traslados internos o al exterior y las dietas, llaman la atención y son motivo de éste trabajo.

Al momento de este estudio, en el ámbito del CPF II, se contaba con dos ambulancias inhabilitadas por escaso presupuesto y una UTI móvil nueva reservada para su función específica, de modo que los traslados se realizan en las patrullas.

El transporte de personas se hace en celulares a falta de micros acondicionados para vigilancia y seguridad.

Mientras que el art. 71 de la Ley 24660 sostiene en su 2º párrafo que “la administración reglamentará las precauciones que deberán utilizarse contra posibles evasiones, las que en ninguna circunstancia causarán padecimientos innecesarios al interno”, los mismos son trasladados en celular encadenados al piso del vehículo y sin cinturón de seguridad, lo que conllevaría, en caso de accidente a sufrir graves lesiones en brazos, muñecas y distintas partes del cuerpo.

Las condiciones en que se manejan traslados a Hospitales Extramuros arrojan datos tales como que una consulta en HEM se hace en turnos que dan cada 2 meses aproximadamente a partir de su solicitud, no siendo raro que aún en tiempo y forma no sean evacuadas por variadas razones como negativa del interno, hospitalarias, falta de personal o móvil para el traslado. A esto se suma que si en la lista de traslados el próximo interno es **X**, la aparición de un pedido por parte de un Juzgado hace que ésta consulta se realice en el turno que le corresponde a **X**, quedando éste al final de la lista.

Para los casos de cirugía programada, desde su pedido hasta el alta, pasarán 8 meses.

Otros datos significativos aparecen en la relación **cantidad de traslados-clase de internos** y se ven en números.

La población del CPFII se compone de un 85% de presos comunes, 10% de la fuerza y 5% de juzgados por crímenes de Lesa Humanidad.

En el año 2008 hubo un 62% de traslados de internos de Lesa y 38% de comunes.

En el año 2009 hubo un 51% de traslados de Lesa y 42% de comunes.

En el último trimestre de 2009 se programaron 337 traslados, de los cuales 127(37%) fueron de comunes, 16(4,7%) de la fuerza y 194(57%) de Lesa Humanidad.

De estos datos, que obran en registros internos del HPC, se extrae que el 5% de la población (Lesa), supera ampliamente en cantidad de traslados al 85%(comunes).

### **DIETAS**

En lo referente a dietas, el artículo 65 de la Ley 24660 resalta que “la alimentación del interno estará a cargo de la administración y será adecuada en criterios higiénico-dietéticos”.

El primer criterio médico de la nutrición en general es que la dieta debe ser mixta, completa y suficiente.

Analizando estadísticas de llamados a la PPN relacionados con las dietas, las quejas alcanzan al 70% en forma espontánea y a un 100% si se pide la opinión al interno.

En un manifiesto publicado, la población carcelaria afirma que “...somos alimentados con una dieta excesivamente fuera de los parámetros de aceptación normal en cuanto a cantidad, calidad, proteínas y vitaminas apropiadas para el mantenimiento de una persona...”.

Además señala que “a la fecha nos es entregada una ración por cada interno en el horario de 14,30 a 15,30 y otra ración en el horario de 17,30 a 18,30 sorteando el desayuno y la merienda...”,”...tampoco hay menú establecido...”,”...la alimentación carece de la temperatura y cocción adecuada como así también la correspondiente higiene”.

Según las autoridades, es la nutricionista quien hace la lista de dietas y la envía a Economato donde se arma la bandeja para cada interno, y ese menú cambia cada mes, no así el de los enfermos crónicos, que permanece igual.

La dieta de los agentes penitenciarios en general no es demasiado diferente a la de los internos, y en el HPC la misma se controla más y se traslada y reparte en bandejas descartables envueltas en film.

Es opinión de los internos que subsisten gracias a que las visitas les proporcionan alimentos. Otras voces califican la comida como fría, cruda, excedida en grasa y a veces con mal olor.

Hay dietas especiales que se envían a internos que figuran en una lista, se entrega personalizada y en ocasiones con firma de recepción.

Otro punto para observar está en la situación en los pabellones en lo que se refiere al liderazgo de algunos internos quienes “eligen” la comida de la bandeja de otros.

Como se ve, tanto en traslados como en dietas hay mucho que modificar, fundamentalmente en cuestiones administrativas y claridad en la utilización de recursos para que estos ítems no se transformen en una extensión de la condena impuesta al individuo.

## **PANORAMA GENERAL**

Los datos previos surgen de la auditoría del CPF II. Como ampliación se envió a otras 20 Unidades Penitenciarias un breve cuestionario referido a los temas vistos arriba.

### **TRASLADOS**

Analizadas las 20 respuestas, el resultado ofrece que 8 Unidades no poseen ambulancia, y el resto, (12 Unidades), cuentan con un promedio de 1 a 4 móviles cada una. Es de hacer notar que muchas no están en condiciones óptimas de uso.

### **TURNOS**

Los turnos de consulta en HEM se obtienen con un promedio de espera de 1 a 60 días de solicitados.

En el caso de una internación programada el lapso medio es de 7 a 60 días. Una de las Unidades no tiene tiempo de espera y otra no realiza internaciones en HEM. Las urgencias se tratan de inmediato.

Cualquier intervención judicial respecto de las derivaciones va del 0% de los casos en 5 Unidades a 1 a 10% en el resto.

## DIETAS

Al respecto ocurre que no hay quejas en 11 de las 20 Unidades consultadas, en el resto lo son en algunas por los componentes de las mismas y en otras por el volumen de la ración.

El control de las dietas especiales es realizado por el médico, por planillas y firma del interno (la mayoría), por expediente o por nutricionista en solo una Unidad.

Es curioso y digno de ser revisado el resultado de ésta experiencia dado que muchos de los datos que surgen muestran un mejor funcionamiento de las Unidades Penitenciarias no auditadas de las que si lo son, al menos en este rubro.

Unidades Penitenciarias consultadas:

U30, U2, U22, CPF C.A.B.A, U14, U10, U19, U12, U5, U27, U7, U20, U17, U13, U4, CPF I, U31, U6, U Jóvenes Adultos.



## Espacio de discusión grupal

### **Aspectos regionales de la actividad del Área Médica en las Delegaciones de la PPN**

Coordinador: A.M. Dr. Fernando Ávila

Secretario: A.M. Dr. Pablo Briones

El Delegado Regional destacó los principales aspectos de la región N.E.A. en cuanto a los temas relacionados a la salud, entre los que se mencionan en primer lugar los problemas de Salud Pública: hospitales de paros; incumplimientos y colapso de los turnos de atención; suspensión de cirugías programadas; discriminación hacia los internos; internaciones en salas comunes, etc.

Entre los problemas particulares que afectan las diferentes Unidades involucradas se encuentran:

- Unidad 10 de Formosa: surgen como emergente la problemática en cuanto a los accidentes de trabajo y las indemnizaciones por las secuelas. Servicios de las A.R.T. y los médicos que realizan las pertinentes evaluaciones.
- Colonia Penal de Candelaria: grandes deficiencias en la atención médica en turno vespertino, el médico de guardia tarda cuarenta minutos en llegar a la atención.
- Unidad 7 de Resistencia: se registran malos tratos hacia los internos.
- Unidad 11 de Presidencia. Roque Sáenz Peña: se observó la particularidad de que los médicos penitenciarios “advierten” cuándo empezará a haber “problemas entre internos”, como mecanismo de “autorregulación” utilizada por la Unidad.

Asimismo el Dr. Ávila expuso la realidad impactante de la cárcel visitada en Paraguay donde, fuera de todo derecho humano, no se pudo precisar cuántos internos argentinos aloja la dependencia, entre otros abusos.

El Dr. Briones expuso los puntos más característicos de la región N.O.A. en el área de salud. También, la misma realidad coincidente con la región N.E.A. en cuanto a las graves falencias del sistema público de salud. Los turnos hospitalarios siempre se encuentran sujetos a los frecuentes paros hospitalarios.

Los problemas específicos que se advierten en las Unidades de la Región son:

- Unidad 8 de San Salvador de Jujuy: carencia de médico psiquiatra, lo que en reiteradas oportunidades significó una complicación no menor,

incluso con “participación”, de la Delegación de la PPN, en cuanto a “asesoramiento” y sugerencias.

- Unidad 22 de San Salvador de Jujuy: tampoco cuenta con médico psiquiatra, con las mismas consecuencias de malos tratamientos psicofarmacológicos indicados por profesionales del Htal. Psiquiátrico Néstor Sequeiros ante situaciones de emergentes de crisis, sin un adecuado seguimiento ni control. La unidad aloja madres con niños, pero no cuenta con médico pediatra, realizándose la asistencia de los mismos a través de un centro de salud cercano.

Ninguna de las dos Unidades de Jujuy tiene ambulancia propia.

- Unidad 16 de la ciudad de Salta: a diferencia de las dos unidades de Jujuy, cuenta con psiquiatra dentro del equipo del SAM, quien también atiende a las internas de la Unidad 23. A partir del 1° de agosto comenzaría a practicarse en forma rutinaria, dos días a la semana, serologías de HIV, VDRL, Chagas, Toxoplasmosis y dosaje de glucosa, en un Centro de Salud. La Unidad no cuenta con ambulancia propia, siendo que se encuentra muy alejada de todo centro sanitario y hospitalario, con un camino de tierra mal consolidado de varios kilómetros, para acceder a la misma. Cuenta con una Lista de internos con Dietas terapéuticas indicadas, que se estarían cumpliendo más regularmente (fue un tema recurrente, y motivo de numerosas Recomendaciones Médicas por escrito, debido al incumplimiento de las dietas médicas indicadas).
- Unidad 23 de la ciudad de Salta: no cuenta, actualmente, con ningún personal de enfermería, lo cual crea grandes trastornos en la atención de salud de las internas de la Unidad, fundamentalmente por la imposibilidad de tramitaciones de turnos y atenciones en los centros de salud. La Unidad se remite, para la atención y tratamiento de patologías, a un Centro de Salud cercano. Quizás la principal causa en la demora de atención extramuros se debe a la lentitud en la tramitación judicial de las respectivas autorizaciones. La Unidad cuenta con una ambulancia propia de mediana complejidad, que en el momento de la última visita se encontraba afectada para servicios de proveeduría. Se realizó Recomendación Médica verbal a los directivos, al respecto de no utilizar el dicho vehículo para fines ajenos a la atención de salud específicamente.

Actualmente, las cuatro Unidades de Salta y Jujuy se encuentran supervisadas por un mismo Nutricionista.

## Ponencia

**“La Ética profesional y los DDHH”. Criterios que atraviesan la asistencia de la salud mental en la cárcel: la vulneración de derechos y principios fundamentales.”**

**La filosofía de los dispositivos de tratamiento y lo segregativo de los criterios de incorporación. Una psicología al servicio de la confesión: policial, jurídica, religiosa.**

**La lógica de funcionamiento del sistema penitenciario y la promoción de conductas trasgresoras. Las sanciones que no sancionan: “el Otro gozador”.**

**El “loquero” como destino amenazante para doblegar lo pulsional de las mujeres. Las consecuencias subjetivas de las prácticas de sectorización y de medicalización desregulada.**

Lic. Elisabet Eterovich; Lic. Gerónimo Daffonchio y Lic. Liliana Martínez

Incursionamos en este tramo de las Jornadas en las prestaciones asistenciales y, entonces, se nos aparece de manera inevitable el asunto de una práctica respetuosa de una ética en el marco de los DDHH.

Haremos una digresión sobre este terreno ético; primeramente, con una definición que nos aporta el diccionario “La **ética** es una rama de la filosofía que abarca el estudio de la moral, la virtud, el deber, la felicidad y el buen vivir. La ética estudia qué es lo moral, cómo se justifica racionalmente un sistema moral, y cómo se ha de aplicar ésta posteriormente a los distintos ámbitos de la vida social.

En la vida cotidiana constituye una reflexión sobre el hecho moral, busca las razones que justifican la utilización de un sistema moral u otro. La ética es una de las principales ramas de la filosofía, en tanto, requiere de la reflexión y de la argumentación, este campo es el conjunto de valoraciones generales de los seres humanos que viven en sociedad. El estudio de la ética se remonta a los orígenes mismos de la filosofía en la Antigua Grecia y su desarrollo histórico ha sido amplio y variado.

Una doctrina ética elabora y verifica afirmaciones o juicios determinados. Esta sentencia ética, juicio moral o declaración normativa es una afirmación que contendrá términos tales como "bueno", "malo", "correcto", "incorrecto", "obligatorio", "permitido", etc., referido a una acción o decisión. Cuando se emplean sentencias éticas se está valorando moralmente a personas, situaciones, cosas o acciones”.

Seguimos con Aristóteles quien, en su Ética, plantea dos tipos de virtudes las Dianoéticas (del intelecto o de la razón) y las Éticas o Morales (la razón aplicada al deseo). La ética de Aristóteles es, en primer lugar, una ética de la felicidad pero también es una ética de la virtud ya que ésta es el medio por excelencia para alcanzar la felicidad.

La virtud debe ser un modo de vida, un hábito, una práctica no un hecho aislado.

*Para que un acto se valore en términos morales debe resultar de una libre elección y expresar un modo de vida.*

Nos preguntamos, también, qué nos puede decir Michel Foucault al respecto y nos encontramos con lo siguiente: que a partir de su investigación acerca de los modos de subjetivación antigua (investiga la noción de inquietud de sí greco-romana) a las que confronta con la precariedad de subjetivación moderna, *se interroga acerca de cómo se constituye un sujeto ético; cuáles son las técnicas, los procedimientos y los fines históricos a partir de los cuales se construye un sujeto ético en una relación consigo mismo.* Dice que siguiendo a los antiguos serían: el ocuparse de sí para superarse para conocerse; la inquietud de sí y el cuídate de ti, los ejes.

En la Hermenéutica del Sujeto, respondiendo a una pregunta acerca de practicar la libertad éticamente, dice: *qué es la ética sino la práctica de la libertad, una práctica reflexiva de la libertad.*

¿Y la Ética para el Psicoanálisis? Comencemos por Freud: elabora la noción de Superyo como la instancia moral del aparato psíquico que se constituye por la introyección de prohibiciones pero, aclara Freud, esta instancia moral conlleva un costado de crueldad que se traduce en la exigencia de sacrificios; exige más y más; con el consabido costo subjetivo.

Seguimos con Lacan, para él la ética es un juicio sobre nuestra acción; la acción misma implica un juicio.

Toma la perspectiva del Juicio Final como patrón de medida de una revisión ética y nos conduce a ubicar la relación de la acción con el deseo que la habita. Acción y deseo.

La pregunta para el psicoanálisis sería: ¿has actuado de conformidad con el deseo que te habita?

Entonces estos pensadores nos aportan balizas para trazar nuestro recorrido en pos de la ética profesional: *una libre elección, un modo de vida, la práctica reflexiva de la libertad y actos en consonancia con el propio deseo. Y también aparece ese costado de una moral cruel que exige sacrificios.*

Pasaremos, ahora, a mencionar sucintamente aspectos relevantes de ciertas regulaciones locales e internacionales respecto de la ética de los profesionales de la salud.

### **Código de Ética de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires**

En este “Código” se establece que las normas éticas generan reglas de conducta profesional; la mayoría de las cuales están redactadas en términos generales de manera tal que puedan ser aplicadas a los psicólogos que se desempeñan en roles diversos y variar según el contexto. Las normas no son exhaustivas, el hecho de que una conducta no esté específicamente tratada por el Código de Ética no significa que esta sea necesariamente ética o no ética.

Se menciona, también, que los psicólogos dispondrán de las consultas y de las derivaciones apropiadas basadas, principalmente, en los mejores intereses de sus clientes o pacientes con el consentimiento apropiado y, en todos los casos, las derivaciones se efectuarán a profesionales habilitados legalmente. Son, además, responsables de la adecuada aplicación, interpretación y uso de los instrumentos de evaluación. Firmarán informes, evaluaciones, declaraciones y psicodiagnósticos sólo cuando los han efectuado, elaborado y supervisado en forma personal. Discutirán con sus pacientes, en el contexto terapéutico y lo antes posible, temas pertinentes tales como la naturaleza y encuadre de la terapia, los honorarios y la confidencialidad. Los psicólogos obtendrán el adecuado consentimiento informado para la terapia o procedimientos similares, usando un lenguaje razonablemente comprensible para los participantes.

Los psicólogos harán los esfuerzos necesarios para planificar una facilitación de los cuidados cuando la asistencia psicológica es interrumpida por factores, tales como; enfermedad, muerte, indisposición o traslado del psicólogo, por limitaciones financieras o traslado del paciente.

Tienen una obligación primordial que es la de tomar las precauciones pertinentes para respetar los derechos a la confidencialidad de aquellos con quienes trabajan o consultan, reconociendo que esa confidencialidad está establecida por la Ley del Ejercicio Profesional, por las reglas de las instituciones y/o por las relaciones profesionales o científicas. El deber de guardar secreto profesional subsiste aún después de concluida la relación con el consultante.

### **LEY N ° 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (2000)**

Mencionaremos algunos de los artículos que nos resultaron pertinentes para poder pensar situaciones de internación en los psiquiátricos carcelarios:

**Artículo 19:** Se procura la creación y funcionamiento de dispositivos para el tratamiento anterior y posterior a la internación que favorezcan el mantenimiento de los vínculos, contactos y comunicación de la persona internada, con sus familiares y allegados, con el entorno laboral y social, garantizando su atención integral.

**Artículo 40:** El alta de la persona afectada por un padecimiento mental conforma un acto terapéutico por lo que debe ser considerado como parte del tratamiento y no como la desaparición del malestar psíquico.

**Artículo 41** El alta definitiva será decidida por el responsable del equipo interdisciplinario de salud mental, debiendo contar con el aval y la certificación del director del establecimiento.

Tomaremos a continuación una regulación internacional que atañe a los médicos pero que nos parece posible (y necesario) hacer extensiva a los psicólogos que trabajan en instituciones penitenciarias:

### **Juramento de Atenas (1979)**

La gran responsabilidad del médico de una institución penal está claramente subrayada por el Consejo Internacional de Servicios Médicos de Instituciones Penales en el llamado Juramento de Atenas, que se cita aquí:

Nosotros, los profesionales de la salud que trabajamos en centros penitenciarios, reunidos en Atenas el 10 de septiembre de 1979, juramos, siguiendo el espíritu del Juramento Hipocrático, que proporcionaremos la mejor atención sanitaria posible a las personas reclusas en prisiones, sea cual fuere el motivo de ello, sin prejuicios y dentro del ámbito de nuestra respectiva ética profesional.

Reconocemos el derecho de las personas encarceladas a recibir la mejor atención sanitaria posible.

Nos comprometemos:

1. A abstenernos de autorizar o aprobar cualquier castigo físico.
2. A abstenernos de participar en cualquier tipo de tortura.
3. A no participar en forma alguna de experimentación con seres humanos que se lleve a cabo con personas encarceladas sin que estas den su consentimiento con conocimiento de causa.
4. A respetar el carácter confidencial de la información obtenida en el curso de nuestras relaciones profesionales con los pacientes encarcelados.
5. A que nuestro juicio médico se base en las necesidades de nuestros pacientes y a que tenga prioridad sobre todos los aspectos no médicos.

Con el objeto de mejorar la efectividad del Juramento de Atenas, los directores y médicos de prisiones deben asegurar que todo el personal de salud que regula o incidentalmente se ocupa del cuidado de la salud de los presos, lo conozcan

Se necesitan recursos y procedimientos para asegurar la adecuada y oportuna ayuda médica y para publicar los códigos éticos de médicos y

enfermeras. Debe ser tarea del gobierno el proporcionar al personal, de salud en las instituciones, la información (nombre, direcciones, etc.) acerca de los cuerpos responsables de la ética médica.

### **Declaración de los Derechos del retrasado Mental. (1971)**

Proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de diciembre de 1971[Resolución 2856(XXVI)]

Subrayando que en la “Declaración Sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social” se ha proclamado la necesidad de proteger los derechos de los física y mentalmente desfavorecidos y de asegurar su bienestar y su rehabilitación, así como, de fomentar en la medida de lo posible su incorporación a la vida social normal.

El retrasado mental: debe gozar, hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos que los demás seres humanos. Derecho a la atención médica y al tratamiento físico que requiera su caso, así como, a la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes. Tiene derecho, en la medida de sus posibilidades, a desempeñar un empleo productivo o alguna otra ocupación útil. De ser posible debe residir con su familia o en un hogar que reemplace al propio y participar en las distintas formas de la vida de la comunidad. Debe poder contar con la atención de un tutor calificado cuando esto resulte indispensable para la protección de su persona y sus bienes. Ser protegido contra toda explotación y todo abuso o trato degradante. En caso de que sea objeto de una acción judicial, deberá ser sometido a un proceso justo en que se tenga plenamente en cuenta su grado de responsabilidad; atendidas sus facultades mentales

### **Declaración de los Derechos de los Impedidos (1975)**

Proclamada por la Asamblea General en su Resolución 3447 (XXX), de 9 de diciembre de 1975

Subrayando que la “Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social” ha proclamado la necesidad de proteger los derechos de los física y mentalmente desfavorecidos y de asegurar su bienestar y su rehabilitación. Teniendo presente la necesidad de prevenir la incapacidad física y mental y de ayudar a los impedidos a desarrollar sus aptitudes en las más diversas esferas de actividad, así como de fomentar en la medida de lo posible su incorporación a la vida social normal.

El término "impedido" designa a toda persona incapacitada de subvenir por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales. Tiene derecho a las medidas destinadas a permitirle lograr la mayor autonomía posible.

A recibir atención médica, psicológica y funcional, a la readaptación médica y social; a la educación; la formación y a la readaptación profesional;

las ayudas, consejos, servicios de colocación y otros servicios que aseguren el aprovechamiento máximo de sus facultades y aptitudes y aceleren el proceso de su integración o reintegración social.

### **Declaración de Caracas (1990)**

La Declaración de Caracas (OPS), adoptada por la Conferencia Internacional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en Latinoamérica en 1990, es un ejemplo de colaboración a nivel regional para la protección de las personas con trastornos mentales.

Esta Declaración pretende promover servicios de salud mental integrados en la comunidad mediante la reestructuración de la atención psiquiátrica que se proporciona en los hospitales mentales.

La Declaración sostiene que: los recursos, cuidados y tratamientos de las personas con trastornos mentales deben garantizar su dignidad y sus derechos humanos y civiles, proporcionar tratamiento racional y adecuado, y esforzarse por mantener a esas personas en la comunidad. Añade, además, que la legislación sobre salud mental debe preservar los derechos humanos de los enfermos mentales y que los servicios deberían organizarse de tal manera que se puedan hacer respetar esos derechos.

### **Principios para la Protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental (1991)**

En 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Resolución 46/119, que comprende una serie de principios para la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. Los Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y para la Mejora de los Servicios de Salud Mental son un conjunto de derechos básicos que la comunidad internacional considera como inviolables en los entornos comunitarios o institucionales.

Los 25 principios tratan las siguientes áreas:

La definición de enfermedad mental: Se entenderá mediante el análisis y diagnóstico del estado de salud mental de una persona, y el tratamiento, el cuidado y las medidas de rehabilitación aplicadas a una enfermedad mental real o presunta. La determinación de una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente. El hecho de que un paciente tenga un historial de tratamientos o de hospitalización no bastará por sí solo para justificar en el presente o en el porvenir la determinación de una enfermedad mental.

Ninguna persona será forzada a someterse a examen médico con objeto de determinar si padece o no una enfermedad mental, a no ser que el examen se practique con arreglo a un procedimiento autorizado por el derecho nacional.

Libertades fundamentales y derechos básicos: Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social. Serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana. Tienen derecho a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante. No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y otros instrumentos pertinentes, tales como la Declaración de los Derechos de los Impedidos y el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión.

Confidencialidad: Se respetará el derecho que tienen todas las personas, a las cuales son aplicables los presentes Principios, a que se trate confidencialmente la información que les concierne.

Importancia de la comunidad y de la cultura: Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive. Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares o amigos y tendrá derecho a regresar a la comunidad lo antes posible.

Normas de la atención: Todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud y será atendido y tratado con arreglo a las mismas normas aplicables a los demás enfermos. Se protegerá a todo paciente de cualesquiera daños, incluida la administración injustificada de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas u otros actos que causen ansiedad mental o molestias físicas.

Tratamiento: Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.

Medicación: La medicación responderá a las necesidades fundamentales de salud del paciente y sólo se le administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico y nunca como castigo o para conveniencia de terceros. Con sujeción a las disposiciones los profesionales de salud mental sólo administrarán medicamentos de eficacia conocida o demostrada. Toda la medicación deberá ser prescrita por un profesional de salud mental autorizado por la ley y se registrará en el historial del paciente.

Consentimiento para el tratamiento: No se administrará ningún tratamiento a un paciente sin su consentimiento informado, salvo en los casos previstos en el presente principio. Todos los casos de restricción física o de reclusión involuntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial

clínico del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal calificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder.

Información sobre los derechos: Todo paciente recluido en una institución psiquiátrica será informado, lo más pronto posible después de la admisión y en una forma y en un lenguaje que comprenda, de todos los derechos que le corresponden de conformidad con los presentes Principios y en virtud de la legislación nacional, información que comprenderá una explicación de esos derechos y de la manera de ejercerlos.

Derechos y condiciones en las instituciones psiquiátricas: Todo paciente de una institución psiquiátrica tendrá, en particular, el derecho a ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su: reconocimiento como persona ante la ley; vida privada; medio ambiente y en cuanto a que las condiciones de vida, en las instituciones psiquiátricas, deberán aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de la vida normal de las personas de edad similar. El trabajo de un paciente en una institución psiquiátrica no será objeto de explotación. Todo paciente tendrá derecho a recibir por un trabajo la misma remuneración que por un trabajo igual, de conformidad con las leyes o las costumbres nacionales, se pagaría a una persona que no sea un paciente. Todo paciente tendrá derecho, en cualquier caso, a recibir una proporción equitativa de la remuneración que la institución psiquiátrica perciba por su trabajo.

Recursos de que deben disponer las instituciones psiquiátricas: Personal médico y otros profesionales calificados en número suficiente y locales suficientes, para proporcionar al paciente la intimidad necesaria y un programa de terapia apropiada y activa. Equipo de diagnóstico y terapéutico para los pacientes. Atención profesional adecuada. Tratamiento adecuado, regular y completo, incluido el suministro de medicamentos.

Todas las instituciones psiquiátricas serán inspeccionadas por las autoridades competentes con frecuencia suficientes para garantizar que las condiciones, el tratamiento y la atención de los pacientes se conformen a los presentes Principios.

El órgano de revisión: El órgano de revisión será un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial establecido por la legislación nacional que actuará de conformidad con los procedimientos establecidos por la legislación nacional. Al formular sus decisiones contará con la asistencia de uno o más profesionales de salud mental calificados e independientes y tendrá presente su asesoramiento. Si en cualquier momento el profesional de salud mental responsable del caso determina que ya no se cumplen las condiciones para retener a una persona como paciente involuntario, ordenará que se dé de alta a esa persona como paciente involuntario.

Delincuentes: El presente principio se aplicará a las personas que cumplen penas de prisión por delitos penales o que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos o investigaciones penales efectuados en su contra y que, según se ha determinado o se sospecha, padecen una enfermedad mental. Todas estas personas deben recibir la mejor atención disponible en materia de salud mental, según lo estipulado en el Principio I.

Los presentes Principios se aplicarán en su caso en la medida más plena posible, con las contadas modificaciones y excepciones que vengan impuestas por las circunstancias. Ninguna modificación o excepción podrá menoscabar los derechos de las personas

Vigilancia y recursos: Los Estados velarán por que existan mecanismos adecuados para promover el cumplimiento de los presentes Principios, inspeccionar las instituciones psiquiátricas, presentar, investigar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de los pacientes.

### **Diez principios básicos para la atención de la salud mental (OMS) 1996**

Otro documento que facilita la puesta en práctica de los Principios de las Naciones Unidas se titula Atención de la salud mental: diez principios básicos (Organización Mundial de la Salud, 1996 b).

Este documento se basa en un análisis comparativo de leyes nacionales sobre salud mental y describe diez principios básicos sobre la legislación en salud mental sin tener en cuenta contextos legales o culturales.

Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales.

- Acceso a los cuidados básicos de salud mental.
- Evaluación de la salud mental de acuerdo a principios internacionalmente aceptados.
- Disponibilidad de cuidados de salud mental lo menos restrictivos posibles.
- Autodeterminación.
- El derecho a ser asistido en el ejercicio de la autodeterminación.
- Accesibilidad a la revisión de los procedimientos.
- Mecanismos automáticos de revisión periódica.
- Directores y gestores cualificados.
- Respeto por el objetivo de las leyes

### **Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual (2004)**

En la Conferencia OPS/OMS de Montreal sobre la discapacidad intelectual, 5 y 6 de octubre de 2004, se pronuncian:

Afirmando que las personas con discapacidades intelectuales, al igual que los demás seres humanos, tienen derechos básicos y libertades fundamentales que están consagradas en diversas convenciones, declaraciones y estándares internacionales. Conscientes de que las personas con discapacidades intelectuales han sido frecuentemente excluidas de la toma de decisiones sobre sus derechos humanos, salud y bienestar y que las leyes que nombran representantes personales sustitutos o tutores se han usado históricamente para negarles su derecho a tomar esas decisiones.

Preocupados porque la libertad de las personas con discapacidades intelectuales para tomar sus propias decisiones frecuentemente es ignorada, removida o sujeta a abusos.

Reafirmando la importancia que tiene un enfoque de derechos humanos en áreas tales como la salud, el bienestar y la discapacidad.

Y reconociendo las necesidades de las personas con discapacidades intelectuales y sus aspiraciones de ser totalmente incluidos y valorados como ciudadanos tal como es establecido en la Declaración de Managua (1993);

### **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2006)**

#### Propósito

El propósito es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente. Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

#### Principios generales

Los principios de la presente Convención serán: El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas; La no discriminación; La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad; El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas; La igualdad de oportunidades; La accesibilidad; La igualdad entre el hombre y la mujer; El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

### Igualdad y no discriminación

Los Estados Partes reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella y que tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna.

### Accesibilidad

Que puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto, en zonas urbanas como rurales.

### Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias

Que se consideren todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales.

### Acceso a la justicia

Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás, incluso mediante

A fin de asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a la justicia, los Estados Partes promoverán la capacitación adecuada de los que trabajan en la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario.

### Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

Ninguna persona será sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido a experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento. Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, judicial. Los Estados Partes adoptarán legislación y políticas efectivas, incluidas legislación y políticas centradas en la mujer y en la infancia, para asegurar que los casos de explotación, violencia y abuso contra personas con discapacidad sean detectados, investigados y, en su caso, juzgados.

### Protección de la integridad personal

Toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás.

### Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad

Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad.

### Salud

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud.

### Habilitación y rehabilitación

Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.

### Trabajo y empleo

Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás.

### Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad

Se creará un Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (En adelante, "el Comité") que desempeñará las funciones que se enuncian a continuación. El Comité constará, en el momento en que entre en vigor la presente Convención, de 12 expertos.

### Informes presentados por los Estados Partes

Los Estados Partes presentarán al Comité, por conducto del Secretario General de las Naciones Unidas, un informe exhaustivo sobre las medidas que hayan adoptado para cumplir sus obligaciones conforme a la presente Convención y sobre los progresos realizados al respecto en el plazo de dos años contado a partir de la entrada en vigor de la presente Convención en el Estado.

## Relación del Comité con otros órganos

El Comité podrá invitar también a los organismos especializados y a otros órganos competentes que considere apropiados a que proporcionen asesoramiento especializado sobre la aplicación de la Convención en los ámbitos que entren dentro de sus respectivos mandatos.

Dejamos aquí la travesía por las convenciones, principios y códigos de ética para arribar, entonces, a los dispositivos de tratamiento. En su diseño y aplicación responden también a una concepción ética; respecto del sujeto, de la verdad, de la culpa, del arrepentimiento y de la rehabilitación con la que no acordamos.

Los tratamientos se enmarcan en una pedagogía rehabilitadora que infantiliza a las personas y que, en la búsqueda de la verdad y del decirlo todo, resultan obscenos. Nosotros adscribimos a una verdad que no es la objetiva de los hechos veraces o falsos sino la que se constituye en su articulación con el saber inconsciente y no se puede decir toda.

Se pide el reconocimiento (confesión) del delito (pecado) y el arrepentimiento como puntos de partida para poder rehabilitar pero, muchas veces, con la advertencia, hacia aquellos a los que intentan rehabilitar, que no creen que sean rehabilitables.

El modelo de tratamiento imperante se circunscribe, básicamente, a la modificación de hábitos y de conductas para producir efectos adaptativos sin tocar el hueso del asunto. Adaptación que con frecuencia se hace añicos por fuera de la cárcel. Son tratamientos que apuntan a sostener la prohibición por la vía de la instancia superyoica.

Desde una lógica que desarticula, corta lazos, silencia; en síntesis no da lugar a la expresión de lo singular se favorece la producción de conductas transgresoras por parte de los presos. La sectorización advino como un mecanismo de disciplinamiento que, en tanto, duplica el castigo por la vía del encierro sin dar lugar a eso que alguien intenta hacer escuchar, empuja a actos (acting-out/pasaje al acto) para conmover algo en el otro o ir más allá de él. Se podría decir, con un fin explicativo, que lo que no es escuchado se muestra en actos. Los tratamientos penitenciarios redundan en la formulación del siguiente objetivo: el otorgamiento de herramientas para que los presos puedan pensar en lugar de actuar.

Nosotros hacemos otra proposición: el otorgamiento de herramientas para que los penitenciarios puedan escuchar.

El traslado al "loquero" como amenaza o como hecho es otra de las vías de acallar eso disruptivo al igual que la utilización des - regulada de medicación psiquiátrica (la plancha-la celda acolchada); cuestiones que se escuchan con frecuencia en relación a las mujeres y a los jóvenes.

Otro aspecto, es el de los criterios de incorporación a los tratamientos que, en muchos casos, operan excluyendo, se pretenden “internos-pacientes-modelos”; que cuenten con familias que los contengan y que sean sujetos sin recaídas.

Se producen atopías respecto de muchos internos que no “encajan” en ningún dispositivos de tratamiento; son derivados de un dispositivo a otro, a la deriva en un limbo burocrático sin que se efectivice la inclusión en ningún espacio. Dicen “acá no” sin decir adónde sí.

En este punto y para continuar con la idea que viene desarrollando Liliana, me gustaría agregar cuestiones que tocan algunos puntos de algún modo ya mencionados, pero desde una perspectiva quizás algo diferente.

Se podría pensar “lo institucional” “la cárcel” como aquella instancia productora de identidad, y en esta línea, la idea de “depósito” con la consecuente violencia que implica toda pertenencia a un sistema que funciona promoviendo el desarraigo, el corte de los lazos con la consecuencia calamitosa que esto tiene para la producción del pensamiento de los diferentes actores que intervienen encarnando dicha lógica.

En esta vía de la lógica de funcionamiento, retomaré algo en relación a la búsqueda o al acceso a la verdad, mediante la confesión o el decirlo todo que proponen los dispositivos de tratamiento. Voy a dar un paso más, a subir un escalón más y proponer que todo dispositivo de tratamiento ofertado desde “lo institucional” reproducirá inevitablemente una lógica que mientras más busque la verdad menos la va a encontrar. El cuento de Poe “La carta robada” nos sirve para echar luz sobre este tema. Poe necesita para acceder a esa verdad (a la carta robada), inventar el personaje del detective marginal, ese que está por fuera, que está en los márgenes y que nada tiene en común con la institución policial y su lógica.

Por otro lado, la propuesta de brindar herramientas para que los penitenciarios puedan escuchar va en el sentido de intentar agujerear cierto bloqueo del discurso, producto directo de aquello “instituido”, de intentar romper con una dificultad para pensar diferentes alternativas de abordaje.

Lo que ocurre es que no sólo no se escucha, no se piensa, sino que “se defienden”. Esto es algo que nosotros sí escuchamos de manera reiterada en los relatos de los distintos actores de la salud del sistema penitenciario (“ah! eso ya es un tema de x”, “nunca tuve problemas con la PPN”, “lo que pudo haber pasado es que x...”), estrategias defensivas que intentan evitar todo el tiempo la emergencia de la diferencia, que implicaría pensar el caso por caso como la irrupción de un cuerpo extraño y hostil, el cual vendría a agredir el cuerpo común interno; el sistema.

Hay un real que insiste, y “lo institucional” parece desestimar todo el tiempo en pos de conservar cierta consistencia imaginaria interna: “lo que pasa es que son todos drogadictos y van a hacer cualquier cosa por estar medicados” o “eso es un caso típico de simulación con el fin de acceder a algún tipo de beneficio secundario”.

El lazo que sí existe entre los profesionales de la salud es el que está tramado por una cuestión de rutina burocrática (los días y horarios a “cumplir”, si habrá o no un aumento de sueldo), no se posibilita aquel lazo tramado o producido como consecuencia de pensar un problema compartido que bien podría suscitar alternativas para una mejor asistencia en cada situación. Pero lo que aparece como una diferencia, se lo intenta acallar, re-incorporándolo al cuerpo común de “lo instituido”.

Con respecto a los dispositivos para el abordaje de las adicciones los CRDS., por tomar un ejemplo, lo que impera allí es la extorsión y la amenaza a cambio de un mínimo de existencia singular permitida.

Hay un guión, fijo, inamovible, bien establecido de pautas y comportamientos a seguir por parte de los internos “en rehabilitación” desde las primeras horas de la mañana hasta terminar el día.

Cuando aparece algo que “excede” esa mínima expresión de existencia permitida, “lo institucional” responde automáticamente con la expulsión inmediata del interno del dispositivo en cuestión, dejándolo en ese limbo al que hacíamos mención anteriormente.

En este sentido se podría hablar de los movimientos que no mueven, o mover para que no se mueva nada de lo imaginario establecido. Hay una referencia ejemplar: Se organiza un concurso de pintura para los internos, el premio era: un equipo de mate. Se los convoca a crear, para luego seguir mateando.

Diremos que como consecuencia de nuestra labor se develan, se corren velos al tratar de articular y de producir conexiones que puedan ayudar a un mejor abordaje de un caso en particular y/o a un cambio desde lo estructural. Entonces, nos encontramos con lo que funciona al modo de compartimientos estancos, separados espacialmente por unos pocos metros, sin posibilidad alguna de la producción de un pensamiento que contemple eso que le pasa a una persona desde una perspectiva desburocratizada.

Para finalizar, reiteramos la necesidad de que la asistencia de la salud mental en la cárcel se “civilice”. Que se garantice el derecho a un acceso igualitario y a la privacidad-confidencialidad, que se promueva la autonomía personal y el derecho a la información y a la participación. Que los tratamientos impliquen ambientes y modalidades lo menos restrictivos posibles y favorezcan la vida en la comunidad. Que se revise periódicamente la situación asistencial y que se asegure la calificación del personal tratante.

A continuación se presentó una intervención realizada, desde el área, a raíz del intento de suicidio de un residente del CRD de Ezeiza. Quien fuera objeto de malos tratos/tortura y desafectado del dispositivo de tratamiento como consecuencia de una discusión referida a su calificación trimestral.

Finalizada la presentación se abrió el espacio de discusión.

### **Consolidado de la discusión posterior**

El psiquiatra de la delegación del Norte, Dr. Briones comenta, a partir del caso presentado; que resulta lógico que los internos no se vayan a “delatar” ante un psicólogo o médico de un Juzgado o del SPF. Agrega, que “sus miserias no las va a decir ahí; y si lo hace no va a ser terapéutico”. Luego dirá que la capacidad de escucha no existe en los profesionales del SPF, “el que se angustia es el que atiende”.

La médica encargada de las intervenciones en los establecimientos de mujeres, Dra. Aluigi, pregunta si está preparado el personal del SPF para su función. Se responde que al menos desde el punto de vista formal lo están; en todo caso, eso abre la pregunta acerca de qué se entiende por preparación. Y, si es una cuestión de preparación o de efectos del sistema que aplastan cualquier preparación.

El Dr. Metta pregunta si la cuestión ética es sólo referida a la Salud Mental o a la Salud en general. Pregunta luego qué pasaría si un cuerpo de civiles se encargara de dicha función, “¿acaso estarían libres de presiones?”.

La Lic. Martínez responde que las cuestiones planteadas atraviesan la prestación de salud en general y alude a la experiencia en la U. 20. En la que no dejan de existir las “presiones” del sistema, pero dicha experiencia dio cuenta de una manera diferente de pensar la salud en el marco de una ética de los derechos humanos y de una ética de lo singular.

El Dr. Briones hace un comentario acerca de la cuestión de la verdad; de lo que se trata es de la verdad del deseo inconsciente, la cual no puede ser dicha “a boca de jarro o para llenar una planilla”.

El Sr. Procurador interviene mencionando que la salud en la cárcel refleja la situación de la salud fuera de la cárcel. Y que la “ética” que maneja el personal penitenciario es una ética arraigada de muchos años.

El Dr. Metta toma nuevamente la palabra comentando que desde la PPN se han realizado acercamientos con el Ministerio de Salud a los fines de alcanzar algo del orden de un pronunciamiento en relación a las prestaciones de la salud en las cárceles.

Por último, se hace un comentario acerca de la cuestión de la medicación psiquiátrica en las cárceles y de la frecuente falta de un diagnóstico que justifique el suministro de medicación.

A continuación se da por finalizada la discusión.

## **Espacio de discusión grupal**

### **Principales deficiencias en la asistencia de salud en el ámbito del SPF. Intervención del Área Salud de la PPN. Alcances logrados. Grado de satisfacción de los internos.**

Coordinador: A.M. Dr. Santos Chísari

Secretario: A.M. Dr. Cosme Argerich.

En el contexto de una encuesta realizada en la Unidad Penitenciaria N° 3 durante el año 2007 se evidenciaron falencias en las condiciones de vida intramuros y la asistencia de la salud, según la percepción de las internas.

Esta encuesta sirvió como disparador que generó un intercambio de opiniones y la formulación de diversas interpretaciones entre los presentes en este primer Encuentro de Asesores del Área Salud de la PPN.

Dentro de las observaciones efectuadas por las internas se encuentran:

- Espacio físico insuficiente para la cantidad de internos alojados. Hacinamiento.

- Malas condiciones sanitarias (vapores, olores y vahos dentro de los sanitarios personales, pisos excesivamente sucios, abundancia de cucarachas).

- Inadecuada dieta alimentaria (insuficiente en cantidad, mala calidad de los alimentos, y de las condiciones de los mismos “la comida llega tibia o fría”).

- Análisis sobre Situación de Salud:

- Examen médico de ingreso nulo o escaso (solo entrevista, sin examen físico clínico). Sin entrevista de ingreso por profesional de Salud Mental

- Déficit de asistencia por especialidades críticas, preferentemente Oftalmología, Traumatología y Odontología.

- Turnos para asistencia médica interna, programados, con demora de una semana.

- Atención extramuros del 50 % de los turnos programados (por variadas circunstancias: falta de movilidad, llegadas tarde a la consulta, inasistencia del médico prestador, etc).

- Carencia de acciones preventivas (realización de papanicolau, colposcopia, mamografía).

- Atención escasa o nula, por parte del servicio de Salud Mental, del Servicio Penitenciario.

- Durante la discusión grupal de los puntos enunciados, surgen como posibilidad de plantear proyectos sobre:

- Controles periódicos de Salud.

- Valoración del Servicio de Salud Mental del Servicio Penitenciario Federal.

- Aumentar las posibilidades de trabajo y educación Intramuros.

## Ponencia

### CONDICION SANITARIA DE LA MUJER EN EL AMBITO CARCELARIO. AGRAVANTES DE LA SITUACION DE SALUD POR EL GÉNERO. PAUTAS DE ENFOQUE SEGÚN EL GÉNERO POR PARTE DEL SPF

A.M. Dra. Verónica Aluigi

#### Índice de contenidos

#### Introducción

1. Características de la población femenina :
  - a. Generalidades
  - b. Distribución de la población penal femenina.
2. Situación de las mujeres en la cárcel.
3. Entrevistas médicas
  - a. Motivos de consulta
  - b. Seguimientos
4. Atención sanitaria en la cárcel.
5. Conclusiones

#### **1) Introducción**

El acceso a la salud es un derecho fundamental que debe ser garantizado a toda la población general.

Las condiciones globales de asistencia sanitaria y factores ambientales que involucran la salud de la población femenina del SPF constituye un problema en la mayoría de las unidades.

Para entender la situación sanitaria de las mujeres en el ámbito carcelario debemos primero, conocer cuáles son las características que presenta la población femenina.

Se describirán también los datos surgidos de las entrevistas médicas realizadas.

#### **2) Características de la población femenina en la cárcel**

##### **a) Generalidades**

En el ámbito federal las mujeres representan el 10 % de la población penitenciaria

Las mujeres representan a una población de mayor edad que la de los hombres.

El porcentaje de mujeres condenadas es menor al de mujeres procesadas.

La mayor parte de las detenidas son primarias; además tienen menor tasa de reincidencia; la mayoría están detenidas por delitos que acarrear penas de 4-5 años, de los cuales el mayor porcentaje se debe a infracción de ley de estupefacientes.

La población carcelaria femenina aumentó proporcionalmente más que la de los hombres en estos últimos diez años

El 85 % de las mujeres detenidas son madres, y a su vez son sostén de grupo familiar.

#### **b) Distribución de la población penal femenina**

La población penal femenina en el ámbito federal, hacia fines del primer semestre del 2010, conforma un total de 815 internas, distribuidas en todas las prisiones federales del país, de las cuáles 460 se hallan procesadas y 319 condenadas. (Ver tabla 1)

**Tabla 1**

<b>Población Femenina</b>						
	<b>Procesadas</b>					<b>Condenadas</b>
<b>Jóvenes adultas</b>	<b>36</b>					<b>7</b>
<b>Mayores</b>	<b>460</b>					<b>312</b>
<b>Total</b>	<b>496</b>					<b>319</b>
<b>Embarazadas y madres con hijos</b>						
	<b>U.3</b>	<b>U.31</b>	<b>U.13</b>	<b>U.22</b>	<b>U.23</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Internas embarazadas</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
<b>Total de Madres</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>48</b>
<b>Total de Hijos</b>	<b>0</b>	<b>42</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>50</b>
<b>Rango de edades de los menores en U.31</b>						
<b>Menores de 1 año</b>	<b>16</b>					
<b>Entre 1 y 2</b>	<b>11</b>					
<b>Entre 2 y 3</b>	<b>11</b>					
<b>Entre 3 y 4</b>	<b>4</b>					
<b>Total</b>	<b>42</b>					

### **3) Situación de las mujeres en la cárcel**

Las mujeres constituyen una pequeña minoría en todos los sistemas penitenciarios.

Tienen un perfil y necesidades bastante diferentes a las de los hombres

Por lo general presentan bajo riesgo de seguridad, pero se las encarcela en prisiones con un nivel de seguridad más elevado del necesario. No debe haber discriminación contra las mujeres en cuanto a su condición o trato; deben ser reclusas en alojamientos totalmente separadas de los hombres.

Deben adoptarse medidas especiales y adecuadas para mujeres embarazadas y con niños pequeños.

No se respeta el derecho de las reclusas y de sus hijos a una vida familiar aceptable.

El bloque de aislamiento y castigo es un ámbito inadecuado para recluir mujeres.

Muchas veces hay hacinamiento en el mismo pabellón; comparten sanitarios y sectores de higiene.

Tienen pocas horas fuera de sus celdas.

La comida suele ser inadecuada.

Los programas de educación y capacitación ponen énfasis en los requisitos de los hombres, mientras a las internas se les ofrece tal vez poco más que un taller de costura y confección, o tareas de limpieza y jardinería.

La disposición sobre visitas familiares también son inadecuadas; hay que tener en cuenta que la mayor parte de las mujeres detenidas son madres, y las principales encargadas de cuidar a sus hijos menores.

Es difícil acceder a algunos derechos y beneficios; por ejemplo en cuanto a las visitas conyugales, principalmente a las mujeres se les exigen requisitos tales como probar vínculo de pareja, exámenes médicos, adopción de método de planificación familiar, etc.

Se desatienden las necesidades especiales de salud e higiene de las mujeres.

Por ejemplo en la Unidad 3, el control ginecológico no es obligatorio ni de rutina; hay 2 médicas ginecólogas para toda la población penal.

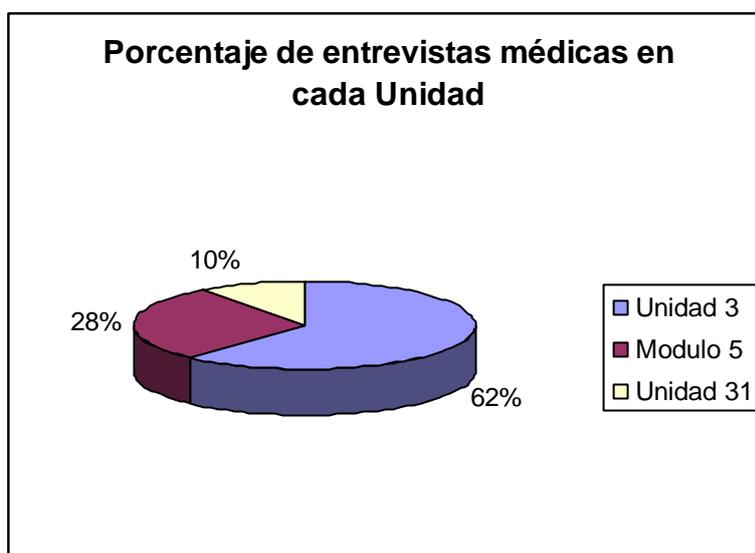
### **4) Entrevistas médicas**

En el primer semestre del año 2010 se llevaron a cabo 39 entrevistas en las Unidades 3, 31 y módulo 5 del CFI. ( tabla 2 ) No se incluyeron las entrevistas por lesiones, que se describirán aparte.

**Total de entrevistas realizadas en primer semestre del 2010**

**(Tabla 2)**

Unidad 3	24
Unidad 31	4
Modulo 5	11
Total	39



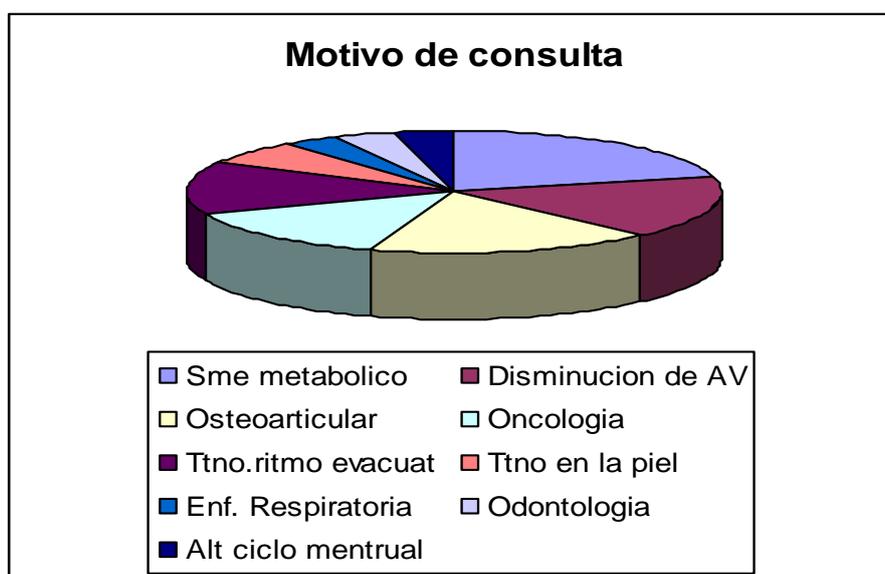
**a) Motivos de consulta**

Los motivos de consultas iniciales más frecuentes fueron por enfermedad metabólica, incluidas en ella enfermedad coronaria, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes tipo II; seguidas por disminución de agudeza visual, trastornos osteoarticulares, incluidos en ellos lumbalgia, cervicalgia, traumatismos; enfermedad oncológica, por cáncer de mama y de cuello uterino, linfoma asociado a HIV; trastornos en ritmo evacuatorio, trastornos en la piel, enfermedades respiratorias, problemas odontológicos, trastornos en ritmo menstrual y trastornos de nutrición. (ver tabla 3 )

### Motivo de las entrevistas iniciales según tipo de patología

**(Tabla 3)**

Enfermedad metabólica	20 %
Disminución de agudeza visual	16,5 %
Trastornos osteoarticulares	16,5 %
Patología oncológica	13,5 %
Trastorno Ritmo evacuatorio	13,5 %
Trastornos en la piel	6 %



### Unidad 3

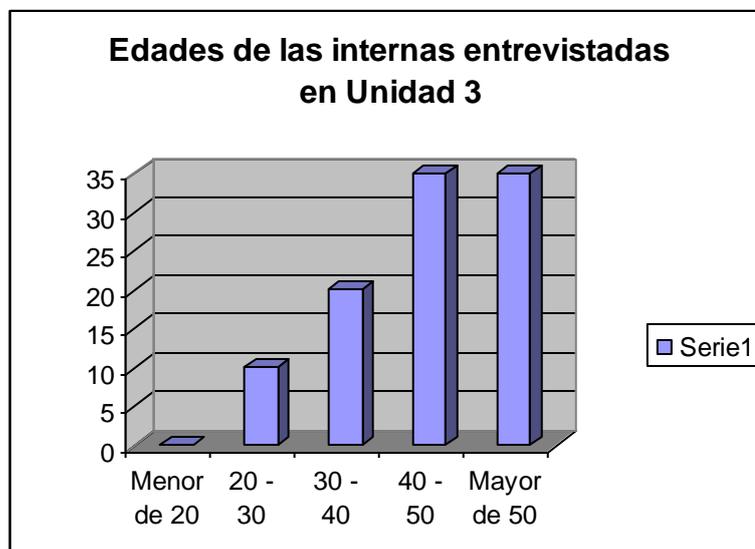
En esta Unidad, del total de las internas entrevistadas, el 10 % pertenece al rango etario entre 20 y 30 años ; el 20 % al rango etario entre 30 y 40 años , el 35 % al rango etario entre 40 y 50 años, y el 35 % restante fueron internas mayores de 50 años.

Cabe destacar que el 70 % de las entrevistas fueron realizadas a mujeres mayores de 40 años.

En el grupo de mujeres entre 40 y 50 años, las consultas más frecuentes fueron por disminución de agudeza visual, seguida por aquellas asociadas a enfermedades metabólicas, como hipertensión arterial, dislipemia, diabetes tipo 2, y la enorme dificultad para llevar a cabo los tratamientos médicos en forma adecuada, la falta de suministro de medicación, las dietas inadecuadas.

Las mujeres mayores de 50 años consultaron por problemas osteoarticulares, sobretodo lumbalgia, y enfermedad metabólica, y todos los problemas asociados a las mismas que se describieron en párrafo anterior.

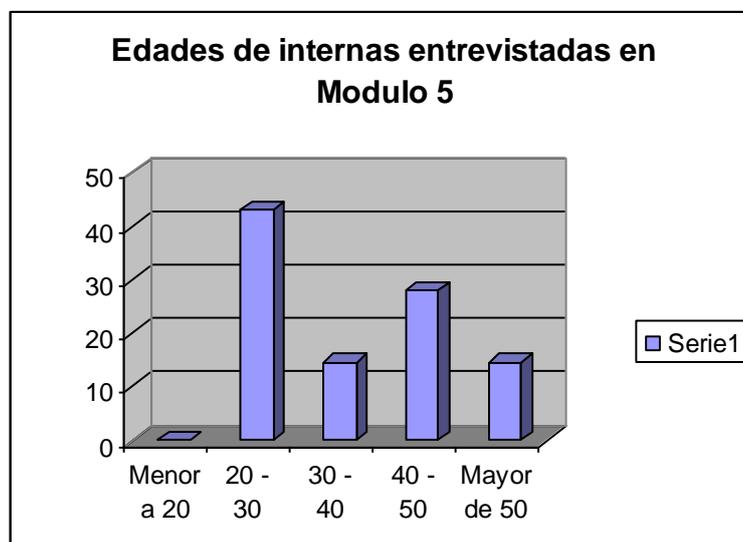
El promedio de edad de las internas entrevistadas en Unidad 3 fue de 47.3 años



### Módulo 5

En el Módulo 5, el 43 % de las internas entrevistadas pertenecen al rango etario entre 20 y 30 años ; el 14,5 % al rango etario entre 30 y 40 años; el 28 % entre 40 y 50 años , y el 14,5 % restante a mujeres mayores de 50 años. Entre el grupo etario entre 20 y 30 años, los motivos de consulta fueron problemas en la piel, trastornos gastrointestinales; en el grupo entre 30 y 40, trastornos en ritmo menstrual, entre 40 y 50 años, hipertensión arterial, enfermedad coronaria, y en mayores de 50 años, problemas osteoarticulares y disminución de agudeza visual.

El promedio de edad de las internas entrevistadas en Modulo 5 fue de 37.5 años.

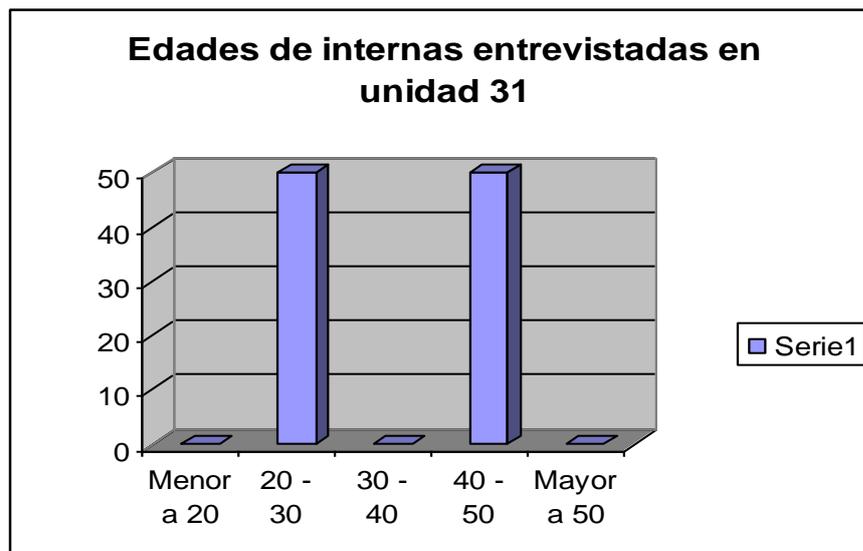


### Unidad 31.

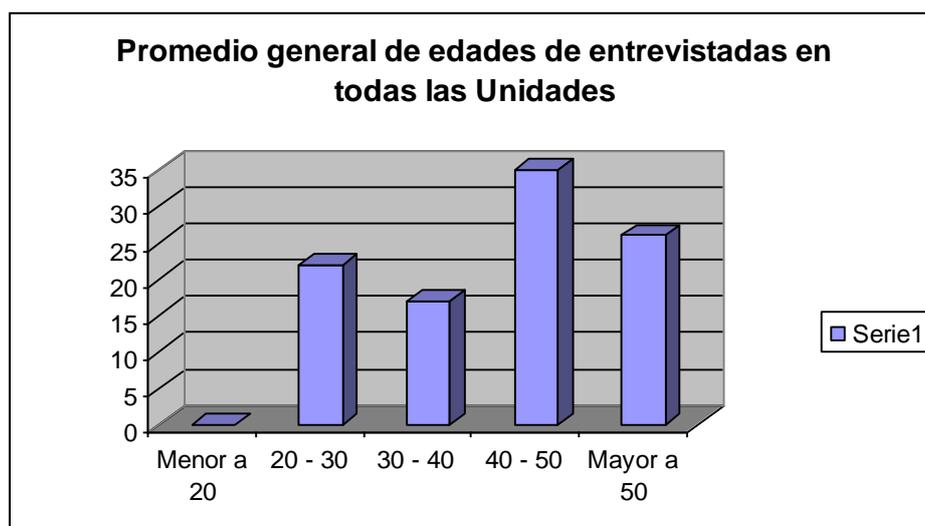
En esta Unidad del total de las internas entrevistadas, el 50 % pertenece al rango etario entre 20 y 30 años, y el otro 50 % entre 40 y 50 años.

Entre el primer grupo etario el motivo de consulta fue disminución de agudeza visual, y en el otro hipertensión arterial.

El promedio de edad de mujeres entrevistadas en unidad 31 fue de 37 años.



El promedio general de edad del total de las internas entrevistadas en el primer semestre del 2010 fue de 43.4 años.



Del análisis de estos datos se desprende que más del 60 % de las mujeres que fueron entrevistadas son mayores de 40 años, con problemas de salud propios de ese rango etario que son desatendidos por el SPF.

En cuanto a las entrevistas por lesiones, se llevaron a cabo 13 en el primer semestre del año 2010, todas en la Unidad 3.

La totalidad de las internas sufrieron lesiones de tipo equimosis o excoriaciones, secundarias a golpe o choque con objetos de superficie dura o semidura.

La mayoría no requirió asistencia médica ni seguimiento posterior.

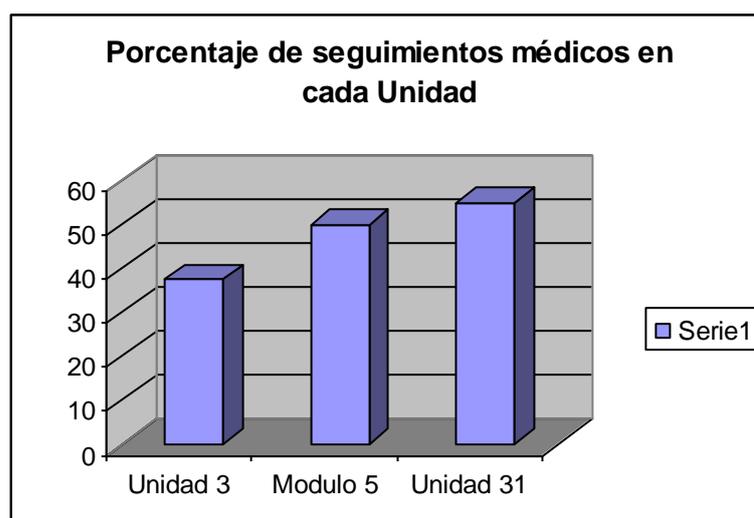
### **b) Seguimientos médicos**

El número de seguimientos realizados posteriores a las entrevistas iniciales fueron elevados (ver tabla 4 )

#### **Seguimientos médicos**

(Tabla 4)

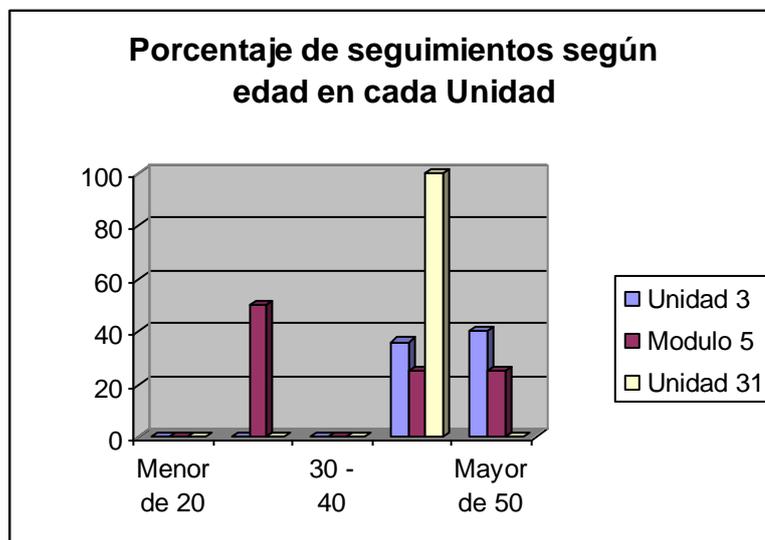
Unidad 3	9
Unidad 31	2
Modulo 5	6
Total	17



En Unidad 3, el 36 % de los seguimientos fueron para internas de edades entre 40- 50 años, y el 40 % en internas mayores de 50 años.

En Modulo 5 el 50 % de los seguimientos fueron para internas de entre 20 – 30 años, el 50 % restante en mayores de 40 años.

En Unidad 3 el total de seguimientos fue para el rango etario entre 40-50 años.



Los seguimientos médicos se llevan a cabo por una decisión del médico de la PPN, quien desea constatar el cumplimiento de una recomendación, ver la evolución de una enfermedad o de un tratamiento, evaluar si se lleva a cabo el mismo, si se provee de medicación, si se realizan los traslados para la atención médica, etc., o también a pedido de la interna cuando requiere una nueva atención médica.

El porcentaje de seguimientos teniendo en cuenta las 3 unidades fue de un 43.5 %.

Prácticamente la totalidad de los seguimientos se llevan a cabo con internas mayores de 40 años.

### **5) La atención sanitaria en las cárceles de mujeres**

La atención sanitaria constituye un problema en la mayoría de las unidades.

Las internas por lo general proceden de los sectores más pobres de la sociedad y llegan a prisión con diversos problemas de salud física y mental no tratados.

El consumo de drogas ilícitas se presenta como antecedente en gran parte de las internas.

La reclusión y la separación de sus familiares, en especial de sus hijos, afectan seriamente las condiciones vitales de las internas.

Es necesario instituir medidas para mejorar la atención sanitaria en las cárceles de mujeres, además de brindar asesoramiento sobre deshabitación de consumo de estupefacientes, educación sobre enfermedades de transmisión sexual, anticoncepción y atender problemas de salud mental.

Un porcentaje considerable de internas están infectadas por el HIV.

En las unidades es importante llevar a cabo programas de reducción de daños, mejorar la adherencia a los tratamientos con antirretrovirales, así como proyectos para ayudar a las mujeres infectadas a aprender cómo manejarse cuando abandonan la cárcel.

Hay muchas dificultades en la asistencia sanitaria en materia de HIV, por ejemplo: campañas de prevención discontinuas; insuficiencia de profesionales capacitados; desarticulación en la continuidad del tratamiento al egreso de la interna; falta de notificación de resultados, etc.

### **Un programa sanitario adecuado debería incluir:**

- Control de estatura, peso, evaluación de estado de salud de mujeres y niños
- Análisis de sangre para mujeres al ingreso
- Exámenes dentales periódicos
- Examen de ojos, incluido el suministro de lentes para quien lo necesitare (la disminución de la agudeza visual y la falta de respuesta a esta necesidad, la falta de provisión de lentes es un problema muy frecuente en las unidades)
- Chequeo y examen general, control de tensión arterial.
- Examen ginecológico, al ingreso, y según normas vigentes, en cuanto a la edad y factores de riesgo.
- Detección precoz de problemas físicos o psicológicos
- Evaluación psicológica al ingreso y seguimiento.
- Recomendaciones sobre dietas y medicamentos.

## **6) Conclusiones**

El perfil de las mujeres privadas de la libertad es diferente al de los hombres, muchas han sufrido abuso físico y sexual, con frecuencia a una edad muy temprana; tienen necesidades específicas en cuanto a su salud,

física y mental, y muy pocas necesitan altos niveles de seguridad. A veces se las recluye lejos de sus hogares, lo cuál afecta el derecho a una vida familiar.

Las cárceles de mujeres suelen ser lugares desprovistos de instalaciones para el trabajo, educación, capacitación, deportes o actividades culturales que pueden estar disponibles para los hombres; la discriminación es un componente integral del sistema.

El sentido que el encierro tiene para las mujeres, las consecuencias para la familia y lo que la sociedad percibe es diferente a los hombres. A pesar de que las mujeres representan una población de menor peligrosidad que los hombres, el problema de la violencia y los malos tratos es una realidad en las unidades femeninas. El acceso al sistema de salud es dificultoso; los médicos de PPN tenemos que intervenir en reiteradas oportunidades; esto se ve reflejado en el elevado porcentaje de seguimientos que llevamos a cabo.

Los controles de salud y las tareas de prevención son insuficientes.

En cuanto a las patologías prevalentes, la estadística muestra que son similares a las de la sociedad en general; la diferencia es que el acceso al sistema de salud es más dificultoso. Si bien las unidades cuentan con centros médicos, el equipamiento es insuficiente y la demanda de asistencia excede a los mismos. Los programas de atención HIV/SIDA y ETS, planes materno-infantiles, de salud sexual y reproductiva, presentan dificultades en su implementación.

Más del 60 % de las mujeres que solicitan asesoramiento y seguimiento médico de la PPN, son mujeres mayores de 40 años, con problemas de salud propios de ese rango etario, que son desatendidos por el SPF.

Es necesario instituir medidas para mejorar la situación sanitaria en las cárceles de mujeres, y equiparar la atención sanitaria en el medio penitenciario con la brindada en el medio libre.



## Ponencia

### **Alternativas para situaciones especiales de los internos**

#### **Prisión domiciliaria. Intervención desde la PPN por motivos de salud.**

A. M. Dr. Humberto A. Metta

La LEY DE EJECUCION DE LA PENA PRIVATIVA DE LA LIBERTAD, Nº 24.660 en su Capítulo II - Sección Tercera considera alternativas para situaciones especiales que generen la posibilidad de prisión domiciliaria en los casos de los condenados mayores de setenta (70) años y de aquellos que padezcan una **enfermedad incurable en período terminal**, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 33.

La norma se promulgó en el año 1997 al igual que su Decreto Reglamentario 1058/97, publicado en el BO en fecha 09 de octubre de 1997.

La posibilidad de que en esos casos la ejecución de la pena continúe en prisión domiciliaria se fundamenta esencialmente en razones humanitarias.

A los fines de la Ley, se considerará enfermedad incurable en período terminal aquella que, **conforme los conocimientos científicos y los medios terapéuticos disponibles, no pueda interrumpirse o involucionar y de acuerdo a la experiencia clínica lleve al deceso del interno en un lapso aproximado de SEIS (6) meses**. A tal fin, se aplicarán los **criterios generales vigentes** en las distintas especialidades médicas.

En estos supuestos, la permanencia de los condenados en un establecimiento carcelario podría llegar a constituir una violación de lo establecido en múltiples normas, entre ellas:

Artículo 18 de la CONSTITUCION NACIONAL;

Artículo XXV, in fine, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre;

Artículo 5° de la Declaración Universal de Derechos Humanos;

Artículos 70 y 10.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos;

Artículo 5°.2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José de Costa Rica, y

Artículo 9° de la Ley Nº 24.660.

Sin embargo, a pesar que existen variables epidemiológicas y estadísticas para muchas enfermedades que establecen posibilidades de supervivencia de acuerdo a los diversos estadios evolutivos de cada entidad;

resulta dificultoso trasladar esa información a un caso concreto para decidir recomendar la prisión domiciliaria, salvo que el paciente se halle cursando un estado agónico o premortem.

Entre los internos que padezcan enfermedad incurable en período terminal la Ley tomó especialmente en cuenta a los afectados por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

El artículo 3° de la Reglamentación prevee que, en el caso particular del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, se considerará que la enfermedad se encuentra en período terminal al reunirse los siguientes elementos clínicos y de laboratorio:

- a) Serología confirmatoria para HIV;
- b) Más de una patología definidora de SIDA (Fuente: Categoría C.- CDC 1.993) según la siguiente nómina: se mencionan aquí la totalidad de enfermedades que por su alta prevalencia en estadios avanzados de la infección por el HIV se incluyen como enfermedades definidoras de Sida. Sin pretender un criterio excluyente, algunas de las enfermedades graves de la nómina son: candidiasis traqueal - bronquial o pulmonar, carcinoma de cervix invasivo, criptococosis extrapulmonar, infección por citomegalovirus de un órgano diferente del hígado - bazo o ganglios linfáticos, histoplasmosis diseminada (en una localización diferente o además de los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares), sarcoma de kaposi, linfoma de burkitt o equivalente, linfoma inmunoblástico o equivalente, linfoma cerebral primario.
- c) Dosaje de CD4 determinado con citometría de flujo inferior a **CINCUENTA** (50) células por milímetro cúbico en DOS (2) estudios sucesivos con TREINTA (30) días de diferencia;
- d) Falta de respuesta al tratamiento antirretroviral con indicación adecuada y cumplimiento fehaciente;
- e) Manifiesta dificultad psicofísica para valerse por sí mismo.

En el mes de noviembre de 2003 la asesoría médica de la PPN elevó un informe al Sr. Procurador donde subraya la necesidad de una perentoria redefinición de los fundamentos y alcances de dicha reglamentación basada en los conocimientos actuales y formulada mediante el consenso entre expertos en el tema y especialistas de los diversos organismos relacionados con la estructura oficial para la detención de personas.

Entre las críticas que pueden hacerse a la mencionada reglamentación cabe destacar que el punto referido a la falta de respuesta a un tratamiento efectivo, opera como factor de retroalimentación negativo para lograr la excarcelación.

En el medio del SPF se presentan innumerables dificultades para que el paciente-interno logre un adecuado cumplimiento del esquema específico. De este modo resulta imposible comprobar un fracaso en la respuesta

terapéutica a un esquema correctamente administrado. La diversidad de posibilidades en la elección de las drogas para el tratamiento de la infección por VIH-1 hace que, en la actualidad, sean mayores las posibilidades de lograr una buena respuesta terapéutica.

La falta de accesibilidad a pruebas de susceptibilidad-resistencia del VIH-1 frente a los distintos fármacos dificulta aún más la probabilidad de conducir racionalmente el tratamiento específico intramuros. Debe puntualizarse aquí que esta última condición, también resulta de difícil disponibilidad en el medio llamado libre.

El requerimiento de dos patologías determinantes de la condición Sida es de por sí ambiguo ya que las mencionadas enfermedades comprenden un amplio espectro de condiciones. Algunas de ellas implican irreversibilidad y mal pronóstico a corto o mediano plazo y otras, aunque no erradicables, permiten un control efectivo que evita deterioro en la calidad de vida del enfermo y una prolongada supervivencia. Esto es así porque el objetivo con el que se conformó la misma fue el producir indicadores para la definición de Sida (estadio evolutivo) y no estimación de supervivencia.

“La manifiesta dificultad psicofísica para valerse por sí mismo “es, entre todas las condiciones requeridas, la que mejor se adaptarla en términos prácticos al concepto de “enfermo terminal”.

La Ley y su reglamentación pretenden brindar parámetros relativamente objetivos para poder decidir la excarcelación de los internos. En algunos casos la condición del detenido es manifiestamente definida como para permitir una decisión. Sin embargo, en algunos casos, la determinación de “**estadio terminal**” requeriría de una junta médica constituida por expertos en infección por VIH-Sida, especialistas del SPF y asesores médicos del sistema judicial y de esta PPN.

En **noviembre de 2005** se realizó una reunión en dependencias del **Ministerio de Justicia y Derechos Humanos** con el objeto de modificar la reglamentación del artículo 33 de la ley 24660.

*Los puntos propuestos específicamente por la Asesoría Médica de la Procuración Penitenciaria fueron:*

- **Priorizar la condición de no autoválido** sobre las otras pautas.
- **Reducción** del requerimiento **de dos a una** enfermedad definidora de SIDA.
- **Incremento del umbral de número de linfocitos T CD4+ requeridos** como revelador de fallo inmunitario (de 50 cél. / mm<sup>3</sup> a **200** cél / mm<sup>3</sup>).
- **Exclusión de causas ajenas al interno** que influyan en forma negativa para la consideración del fallo de tratamiento antirretroviral.

**En el mes de enero de 2006** un equipo multidisciplinario formado por profesionales del Ministerio Justicia y DDHH, del Cuerpo Médico Forense, del SPF, de la PPN y magistrados redactó un anteproyecto para adecuar el articulado de la reglamentación en general.

El objetivo fundamental de la modificación: fue **reemplazar el concepto de muerte digna por el de vida digna**. Se intentó ratificar fundamentalmente el respeto por la dignidad humana, propiciando la cabal atención médica y contención afectiva de aquellas personas que se encontraran limitadas en su expectativa de vida.

La noción básica que se consideró fue el deterioro físico y psicológico, en lugar de la inminencia del deceso.

En el caso específico de la infección por HIV-sida se consideraron los cambios en la historia natural de la infección luego de la implementación del tratamiento antirretroviral de gran actividad (1996) que modificó el curso inexorable de la misma para transformarla en una entidad con evolución crónica, controlable aunque no curable. Se destacó en el anteproyecto la necesidad no solo de asistencia médica adecuada sino también de acompañamiento familiar del enfermo, condiciones que no se encuentran en situaciones de encierro o privación de la libertad.

A pesar que el anteproyecto tal como quedó redactado sustenta en el artículo 2 que: *“se considerará enfermedad incurable en período terminal aquella que, conforme a los conocimientos científicos y los medios terapéuticos disponibles, no pueda interrumpirse o involucionar y que, de acuerdo a la experiencia clínica **lleve al interno a un gravísimo deterioro físico y/o psicológico** en un plazo aproximado de seis meses”...*, el artículo 3 especifica que en el caso del Sida definen el período terminal: a) serología confirmatoria para HIV más **una** enfermedad marcadora de Sida, b) dosaje de linfocitos T CD4+ (...) cuya cifra sea **inferior** a **200** células/mm<sup>3</sup>, en dos estudios sucesivos con intervalo de 3 a 6 meses de diferencia y sin que el paciente presente enfermedad infecciosa intercurrente, c) falta de respuesta al tratamiento antirretroviral con indicación adecuada y cumplimiento fehaciente. **No será exigible este requisito cuando el tratamiento prescripto no se lleve a cabo en tiempo y forma por motivos no imputables al interno, y c) se considerará como criterio independiente de terminalidad no obstante no encontrarse reunidos todos o algunos de los requisitos enumerados, la manifiesta dificultad psicofísica que impida al paciente valerse por sus propios medios.**

Como se puede advertir **las modificaciones introducidas fueron las que específicamente se aportaron desde esta PPN.**

A partir de este anteproyecto se sancionó la **Ley 26.472** en diciembre de 2008 que fue promulgada de hecho en enero de 2009, la cual modifica a la Ley N° 24.660; y que expresa en su:

**ARTICULO 1º** — Modifícase el **artículo 32** de la Ley 24.660, el que quedará redactado de la siguiente manera:

El Juez de ejecución, o juez competente, podrá disponer el cumplimiento de la pena impuesta en detención domiciliaria:

a) Al interno enfermo cuando la privación de la libertad en el establecimiento carcelario le impida recuperarse o tratar adecuadamente su dolencia y no correspondiere su alojamiento en un establecimiento hospitalario;

b) Al interno que padezca una enfermedad incurable en período terminal;

c) Al interno discapacitado cuando la privación de la libertad en el establecimiento carcelario es inadecuada por su condición implicándole un trato indigno, inhumano o cruel;

d) Al interno mayor de setenta (70) años;

e) A la mujer embarazada;

f) A la madre de un niño menor de cinco (5) años o de una persona con discapacidad, a su cargo.

**ARTÍCULO 2º** — Modificase el **artículo 33** de la Ley 24.660, el que quedará redactado de la siguiente manera:

La detención domiciliaria debe ser dispuesta por el juez de ejecución o competente.

En los supuestos a), b) y c) del artículo 32, la decisión deberá fundarse en informes médico, psicológico y social.

**ARTÍCULO 4º** — Modificase el **artículo 10 del Código Penal**, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Podrán, a criterio del juez competente, cumplir la pena de reclusión o prisión en detención domiciliaria:

a) El interno enfermo cuando la privación de la libertad en el establecimiento carcelario le impide recuperarse o tratar adecuadamente su dolencia y no correspondiere su alojamiento en un establecimiento hospitalario;

b) El interno que padezca una enfermedad incurable en período terminal;

c) El interno discapacitado cuando la privación de la libertad en el establecimiento carcelario es inadecuada por su condición implicándole un trato indigno, inhumano o cruel.

d) El interno mayor de setenta (70) años;

e) La mujer embarazada;

f) La madre de un niño menor de cinco (5) años o de una persona con discapacidad a su cargo.

En este contexto el Área Médica de la PPN desarrolló acciones para implementar la normativa mencionada en la praxis representada por situaciones reales y concretas de los internos.

### **Acciones en campo**

En el período comprendido entre los años 2000 y 2009 fueron evaluados 40 internos para determinar la posibilidad de solicitar los beneficios previstos en el artículo 33 de la Ley 24660, y su modificatoria, la Ley 26.472, basados en razones de salud.

Otros 20 internos fueron evaluados por diversas áreas de la PPN por distintos motivos ajenos al compromiso de su estado de salud, lo que totaliza 60 evaluaciones.

El CPF CABA (ex Unidad 2-Devoto) fue el lugar de alojamiento en donde se efectuó el mayor número de evaluaciones. Con menor número le siguieron la Unidad 21, el CPF I, el CPF II y las Unidades 3 y 31.

Las solicitudes originadas por motivos ajenos a condiciones de salud involucraron internos de la Unidad 31, Gendarmería (Salta), CPF CABA, Unidad 3 y CPF I.

Los Asesores Legales de la PPN fueron los que solicitaron con mayor frecuencia la evaluación con el fin descrito, seguidos por los Asesores Médicos.

El número total de diagnósticos consignados en las evaluaciones fue de 57, ya que existieron pacientes que presentaron más de una enfermedad.

Los diagnósticos que con mayor frecuencia determinaron la recomendación del beneficio por parte de los Asesores Médicos fueron las patologías relacionadas con la infección por HIV/ Sida y el compromiso neurológico a los que siguieron la diabetes, el compromiso visual, las neoplasias y las vasculopatías.

Se formularon recomendaciones favorables por causa médica en 27 de las 40 solicitudes; en 9 se consideró que no reunían las condiciones exigidas por la norma y en 2 se solicitó ampliación de informes para poder efectuar una recomendación fundamentada. Las recomendaciones favorables constituyeron el 67,5% del total.

En la mayoría de los casos el medio empleado desde la PPN para gestionar el otorgamiento fue la figura del AMICUS.

De las recomendaciones favorables sugeridas por los Asesores Médicos, 9 (nueve) fueron concedidas por los juzgados respectivos y 8 (ocho) denegadas. De los 40 pacientes evaluados 3 (tres) fallecieron antes que se

resolviera su situación luego de solicitado el beneficio. El porcentaje de concedidos sobre los beneficios solicitados por los Asesores Médicos fue del 33% (9/27).

El tiempo promedio para el otorgamiento del beneficio fue de 6 meses con un máximo de 14 y un mínimo de 2 meses. Esta última cifra representa el lapso más frecuente.

Este cuadro de situación representa un informe preliminar de la actividad de Área Médica de la PPN en este tema. Se continúa con la incorporación de nuevos casos y con la recopilación de otros ya resueltos por el Área en los que se encuentra pendiente la definición judicial.



## CIERRE DEL PRIMER ENCUENTRO DE ASESORES DEL AREA SALUD DE LA PROCURACION PENITENCIARIA DE LA NACION

Dr. Ariel Cejas Meliare

*“La práctica del suplicio ha obsesionado durante mucho tiempo nuestro sistema penal, y lo alienta en el todavía...”*

*M. Foucault*

*“Dolor infinito debía ser el único nombre de estas páginas. Dolor infinito, porque el dolor del presidio es el más rudo, el más devastador de los dolores, el que mata la inteligencia, y seca el alma, y deja en ella huellas que no se borrarán jamás. Nace con un pedazo de hierro; arrastra consigo este mundo misterioso que agita cada corazón; crece de todas las penas sombrías, y rueda al fin aumentando con todas las lágrimas abrazadoras”*

*José Martí*

No resulta sencillo transmitir con palabras lo fructífero que fueron estos tres días de trabajo en el primer encuentro de salud de la Procuración Penitenciaria.

Cuando le propuse al Dr. Mugnolo la realización de estas jornadas con muy poca antelación, no lo dudó un segundo pese a que teníamos una agenda apretada ya establecida para el año, pero consideró que las mismas iban a ser de mucha ayuda tanto en el aspecto laboral como humano. Cuánto nos debíamos este encuentro, cómo hemos debatido, cómo nos hemos escuchado.

La realidad carcelaria, es muy compleja y resulta sumamente necesario realizar encuentros de trabajo en donde todos los profesionales de todas las áreas sustantivas de la procuración puedan darse un debate respecto de las problemáticas que se trabajan.

En este caso ha resultado de enorme provecho el poder escuchar y debatir con las Áreas de la Dirección General, Observatorio y Legales.

No puedo dejar de destacar el trabajo del Dr. Metta y la Lic. Martínez, como así también su comprensión para adecuar las demandas que surgieron y el compromiso de canalizarlas.

Las ponencias médicas y de salud mental, denotan un gran trabajo y esfuerzo por parte de los profesionales, y a su vez muestran cómo vamos avanzando hacia una mayor eficiencia en nuestra labor sin perder de vista la necesidad de darnos espacios de reflexión para profundizar nuestra mirada crítica pero también nuestros mecanismos de intervención.

Las ponencias y experiencias compartidas con los médicos de las Delegaciones, han sido primordiales, dado que la integración de las delegaciones del interior resulta sustancial para optimizar nuestra tarea en cumplimiento del objetivo legal impuesto, la protección de los derechos de la población federal en todo nuestro país.

Por último ha quedado en evidencia que la lucha contra la tortura y los malos tratos sigue siendo nuestro objetivo primordial y en ello trabajamos integrando las diferentes áreas a ese objetivo común.

En este sentido los profesionales médicos abogados específicamente al Programa de Investigación y Documentación Eficaces de Casos de Tortura han dado cuenta de este trabajo y de cómo ir cumpliendo las metas propuestas en virtud de lo establecido tanto por el Protocolo de Estambul como por el Protocolo Facultativo de la Convención Contra la Tortura.

Es por todo ello que celebro la realización exitosa de las jornadas y la publicación de los trabajos en ellas discutidos, como material indispensable para seguir avanzando en procura de un trabajo mancomunado que nos ayude a cumplir cabalmente con nuestro objetivo organizacional

## CONCLUSIONES DEL PRIMER ENCUENTRO DE ASESORES DEL AREA SALUD DE LA PROCURACIÓN PENITENCIARIA DE LA NACIÓN

Estas primeras jornadas han devenido en un espacio provechoso para mostrar, pensar y discutir las intervenciones del Área Salud en el ámbito penitenciario.

Las múltiples normas que regulan el cuidado de la salud y la dignidad de la persona privada de la libertad están regidas por un principio de universalidad y equivalencia respecto de los sujetos del medio libre. Estos últimos se encuadran de un modo general, en un mismo colectivo socio-económico-cultural de los que en su mayoría integran la población carcelaria. Ambos grupos, separados por un muro físico, temporal y emocional, padecen desatención en el cuidado de su bienestar psíquico y físico lo cual, irónica y trágicamente, los iguala en un sentido negativo.

Así, la realidad enfrenta el “*deber ser*” (la ley, las bases filosóficas del derecho) con el “*ser*” (el padecimiento concreto del individuo enfermo privado de la libertad).

A través de estas jornadas de trabajo nos fue posible abordar las sinuosidades de una labor interdisciplinaria a la vez que problematizar el lugar del psicólogo que, en nuestro Organismo, conlleva un plus respecto de la función específica del auditor, como también, considerar que nuestros pronunciamientos estarían basados, casi exclusivamente, en la experiencia producida en el área Metropolitana al no contarse con equipos de salud mental en las Delegaciones.

Se evidenció, desde el inicio, la necesidad de advertir “los efectos del sistema” en la prestación de la salud mental, expresados en la siguiente imagen: una maquinaria que aplasta lo diferencial.

Es, desde esta advertencia, que intentamos interpretar lo atinente a la práctica psicológica y a la salud mental como una concepción más allá de lo asistencial. Entonces, sabemos, que los profesionales con su deseo se entran en un sistema eficaz que, como maquinaria, aplasta lo individual.

Nuestras observaciones críticas van en esta dirección, la de tratar de develar la lógica del sistema en la que se incluye a la salud mental y, desde allí, intentar introducir alguna hiancia que posibilite articular la defensa del derecho a la salud (mental) singularmente.

A modo de puntualización diremos que los ejes que enmarcaron nuestros intercambios fueron: la ética profesional, la concepción (diseño y aplicación) de los tratamientos y la cualidad de la medicalización.

La posición ética de los profesionales se puso en tensión desde la perspectiva de la funcionalidad al sistema (lo psicológico como argumento de la progresividad/del disciplinamiento). En esta línea se devanó el ovillo de cómo las prestaciones de la salud mental están definidas, en su estructuración, por la técnica penitenciaria.

Finalmente son los funcionarios, no especialistas, los que toman las decisiones.

Una aclaración, al momento de la realización de las jornadas no se había promulgado la Ley Nacional de Salud Mental y, recientemente, se había inaugurado el cargo y dado comienzo a la función de Director Nacional de Salud Mental y Adicciones. Cuestiones estas que produjeron/producen “golpeteos” innegables en el sistema.

Otro de los temas, la filosofía imperante en los tratamientos que la sintetizaremos evidenciando el aspecto rehabilitador sostenido en una concepción de “sujeto capaz de y obligado a decir toda la verdad”, en la que la culpa y el arrepentimiento resultan balizas del buen camino, como también, señalar que los requerimientos para la admisión en los dispositivos de tratamiento excluyen a muchas personas privadas de su libertad reforzando la complejidad que significa hacerse un lugar en la cárcel.

Por último, la medicalización. La prescripción de psicofármacos que viene al lugar de la cancelación de la escucha de los asuntos personales y del redoblamiento de la modalidad tóxica. Hemos monitoreado diversas situaciones en las que una medicalización des-regulada aparece como variable de gestión penitenciaria. En las historias clínicas se afirma, por un lado, que alguien se encuentra orientado en tiempo y espacio, que sus ideas siguen un curso normal de pensamiento no apareciendo producción psicótica pero, acto seguido, se descarga un arsenal farmacológico sin que se pueda interpretar el sentido de la misma. Sin diagnóstico psiquiátrico que fundamente tal prescripción y en el marco de la contradicción aludida de normalidad se medica.

Para concluir la mirada psicológica, decir que la apuesta actual, el desafío en nuestra práctica, es la inclusión de “lo tercero” por la vía de la participación de la Dirección de Salud Mental y Adicciones dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, como también, la de diseñar estrategias en conjunto con los equipos tratantes (penitenciarios), desde una perspectiva estructural o desde lo particular del caso, para ser aplicadas en aquellas situaciones en las que detectamos tales requerimientos.

Dentro de los contenidos médicos tratados durante este Primer Encuentro de Asesores del Área Salud de la Procuración Penitenciaria de la Nación se destacaron los temas relacionados con la interrelación ente los profesionales de la salud del organismo y los del Servicio Penitenciario de la Nación.

En este aspecto cabe señalar las dificultades originadas en campo por los últimos citados en alguno de los complejos y Unidades del Área Metropolitana. Estas dificultades adquieren particular dimensión en casos de maltrato a internos.

Como contrapartida se observa colaboración y aceptación de recomendaciones de nuestro organismo en otros centros de detención. Las cuestiones relacionadas con traslados y dietas alimentarias constituyen dos aspectos sensibles de la problemática del encierro. Son frecuentes las demoras en los traslados y las pérdidas de turnos en interconsultas extramuros debido a fallas o carencias logísticas y priorización de la cuestión de seguridad o motivos judiciales frente a las necesidades asistenciales de los internos.

La inadecuada composición en la dieta en cuanto calidad, cantidad y propiedades organolépticas motivan un alto porcentaje de reclamos por parte de los internos. Esta situación se ve agravada por el arbitrario manejo en la distribución, detentado por internos con poder dentro de los pabellones. A modo de “*representación de los internos*” en el Encuentro se comentó una de las encuestas sobre el grado de satisfacción en la asistencia de la salud dentro del ámbito carcelario, dirigidas a internos/as entre las varias realizadas por la PPN.

Se desprende de las evaluaciones: condiciones de hacinamiento en muchas de las Unidades, deficientes condiciones de higiene, carencia de exámenes médicos de ingreso o previos a la adopción de medidas disciplinarias, demoras y pérdidas de turnos en hospitales extramuros, insuficientes acciones de prevención de enfermedades entre otros.

La cuestión de género se vio reflejada en la problemática de la población femenina que compone un 10% del total de la población. En ella se observa un inadecuado enfoque en cuanto al excesivo nivel de seguridad de los establecimientos, la inapropiada contención respecto de la convivencia con sus hijos, los mayores requisitos y condicionamientos respecto de los varones para acceder a las visitas íntimas, los insuficientes controles en salud, en especial los ginecológicos. Contemporáneamente con el año de realización del Encuentro se implementó un Programa de Asistencia Sanitaria en el Marco de Cooperación entre los Ministerios de Justicia y DDHH y el de Salud de la Nación.

El dispositivo médico implementado para el relevamiento de internos que padecieron lesiones dentro de las Unidades, permitió registrar casos de tortura que se tramitaron judicialmente y/o se canalizaron a través de publicaciones, las que posibilitaron su difusión.

La intervención de la PPN en el instituto de la prisión domiciliaria culminó con la sanción de la ley 26472, modificatoria de la ley 24660, la que sustituyó el *concepto de muerte digna por el de vida digna*. En este apartado se lograron detenciones domiciliarias promovidas por nuestro organismo.

Las Áreas Médicas de las Delegaciones del interior aportaron datos referidos a carencia de suficiente personal sanitario y recursos materiales en diversas Unidades, conflictos entre internos como medio de autorregulación utilizado por personal penitenciario, entre otros temas. La acción de la PPN se extendió más allá de nuestras fronteras. Evaluaciones llevadas a cabo en un país limítrofe permitió constatar caóticas condiciones de detención de internos argentinos insertados en un régimen anacrónico y funcional a intereses relacionados con la red de poder intra y pericarcelario.

El cambio de paradigma proclamado como priorización del dispositivo de salud sobre el de seguridad es en la práctica solo eso; una proclamación, ya que podemos comprobar cotidianamente su falta de cumplimiento.

Es por todo ello que la intervención de nuestro organismo se enfoca en la evaluación y señalamiento para la corrección de las distorsiones reales en que incurre el sistema, excesivamente normalizado, estructurado e idealizado.

Finalmente, la importancia de eventos como el que desarrollamos radica en conocer y difundir la realidad sanitaria vivencial en las cárceles federales de todo el país, con especial atención en las particularidades locales, y en el intercambio de visiones entre los agentes de salud de la Procuración Penitenciaria de la Nación. El objetivo es orientar renovadas intervenciones que tiendan a mejorar y optimizar, si fuera posible, esas realidades.

