



Procuración
Penitenciaria de la Nación

"En defensa de los DD.HH de las personas privadas de su libertad."

LA ATENCIÓN A LA SALUD EN LAS CÁRCELES FEDERALES

PERCEPCIONES DE LAS PERSONAS DETENIDAS,
DIAGNÓSTICO Y RECOMENDACIONES

RESUMEN EJECUTIVO

A diario recibimos demandas y reclamos por parte de las personas detenidas por deficiente atención a la salud, que son abordadas en forma transversal por los equipos profesionales de la PPN, y en particular a través de las intervenciones del equipo de médicos y del equipo de salud mental. Además, en el monitoreo de las muertes en el encierro, ya sea por enfermedades o falta de atención médica, suicidios o situaciones de violencia, advertimos los problemas en la atención a la salud.

Con el objetivo de realizar un diagnóstico riguroso que recupere las experiencias de las personas privadas de libertad y la de los operadores de salud en las prisiones, impulsamos este estudio para relevar las percepciones de las personas detenidas sobre la atención médica al interior del sistema carcelario, y la evolución de su salud en el encierro.

Este proyecto se sostiene en **dos pilares** fundamentales. Por un lado, los derechos humanos de las personas privadas de libertad (PPL) establecidos en los estándares internacionales y la Constitución Nacional. En este sentido, cabe señalar que la deficiente atención médica en las cárceles argentinas fue expuesta como una de las preocupaciones principales del Subcomité para la Prevención de la Tortura de Naciones Unidas (SPT) en su informe y recomendaciones al Estado Argentino¹. Pero además, esta investigación parte de la premisa de que la salud de las personas

¹Subcomité para la Prevención de la Tortura de la ONU, *Informe sobre la visita a Argentina del Subcomité para la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, CAT/OP/ARG/1, 27 de noviembre de 2013.

privadas de libertad representa un aspecto importante de la salud de la comunidad en general y que a las personas detenidas se les debe garantizar al menos una asistencia sanitaria equivalente a la existente en la comunidad².

En Argentina y en la región **son muy pocos los estudios** que se han realizado sobre esta temática. Por eso, nos propusimos hacer este estudio interdisciplinario a partir del cual producir indicadores sobre la atención a la salud en el encierro.

En el momento de la revisión final del manuscrito el mundo ha sido sacudido por la pandemia del Covid-19, y la Argentina tiene decretada una situación de emergencia sanitaria desde hace meses. Esta situación alertó sobre las deficientes condiciones de salubridad en las cárceles, en contextos de hacinamiento y graves problemas de infraestructura, y los precarios sistemas de salud. Así fue señalado por la Organización Mundial de la Salud y muchos organismos nacionales e internacionales de derechos humanos.

El contexto de la pandemia puso en agenda la necesidad de avanzar en reformas estructurales a las políticas de salud en el encierro, en línea con los parámetros internacionales de promoción de la salud de las personas privadas de libertad. Este informe, que fue realizado tiempo antes de este fenómeno, presenta información cuantitativa y cualitativa que da cuenta de esta necesidad.

La investigación fue realizada con el apoyo del Fondo Especial del OPCAT, en el marco del proyecto “Fortalecimiento de las capacidades de los MNP de Argentina en el monitoreo de los sistemas de salud en el encierro” presentado por la PPN a principios de 2018 y otorgado en noviembre de 2018. Desde la PPN agradecemos el reconocimiento y el apoyo que significó el financiamiento de nuestro proyecto de investigación por el Fondo OPCAT.

En complemento con este informe y como parte del proyecto OPCAT, hemos realizado además talleres sobre el (in)cumplimiento del Protocolo de Estambul y de Minnesota, cuestiones centrales sobre el papel de los médicos que trabajan en contextos de encierro desde una perspectiva de derechos humanos. Estos talleres fueron brindados en la Academia Nacional de Medicina (CABA) durante los meses de octubre y noviembre de 2019, y en las provincias de Chaco, Mendoza y Misiones.³

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

² Regla 24 de las Reglas Mandela. Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos; Asociación para la Prevención de la Tortura, *Detention Focus*, “Servicios de atención médica”, disponible en <https://www.apt.ch/detention-focus/es/themes/6/?vg=-1>; World Health Organization, *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007.

³ Fueron organizados con la colaboración de las delegaciones de la PPN y los Mecanismos Locales de Prevención de la Tortura, con quienes también mantuvimos reuniones de trabajo para compartir los resultados preliminares y primeras conclusiones de la investigación.

Es posible acceder a los registros de las tres jornadas de los talleres realizados en la Academia Nacional de Medicina en la web de la PPN⁴.

Sobre el estudio

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

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

Las unidades penitenciarias fueron seleccionadas para realizar el trabajo de campo teniendo en cuenta sus características y la población que alojan. Se incluyó al CPF I debido a que es uno de los complejos con mayor capacidad de alojamiento de varones pero, además, porque presenta la particularidad de contener al Hospital Penitenciario Central I (HPC). En el caso del CPF IV, debido a que se trata de la prisión que aloja la mayor parte de mujeres cis y trans detenidas en el SPF⁵. Cabe señalar que en tanto el CPF I contiene al HPC, es posible que sea el establecimiento del SPF con mejores niveles de atención médica. De esta forma, la información que surge de este relevamiento probablemente contenga percepciones mejores que si el estudio se realizara en otras unidades penitenciarias.

Este estudio busca producir información que permita evaluar los procesos de salud-enfermedad, las condiciones sanitarias y la calidad de la atención a la salud en los CPF I y IV del SPF desde una perspectiva de derechos humanos. El objetivo es que sirva para dimensionar los problemas de la salud en el encierro, diseñar políticas públicas que mejoren la atención médica en prisión y poner de manifiesto la necesidad de que el Área de Sanidad se independice del Servicio Penitenciario Federal y pase a depender del Ministerio de Salud de la Nación. Además, buscamos

⁴<https://ppn.gov.ar/institucional/portales/taller-de-capacitacion-para-promover-el-cumplimiento-del-protocolo-de-estambul>

⁵ Al 31 de diciembre de 2018 el CPF I alojaba 2.231 personas y el CPF IV a 693, de un total de 13.358 personas presas en cárceles federales, según el parte de población del Servicio Penitenciario Federal.

aportar en la construcción de indicadores y herramientas metodológicas para la investigación sociológica y el monitoreo sobre la atención a la salud en el encierro, un campo todavía muy poco desarrollado en Argentina y en la región.

Principales conclusiones

Los problemas que identificamos en este estudio dan cuenta de deficiencias estructurales de la gestión de la salud en el encierro y de la necesidad de que se implementen políticas públicas orientadas a promover mejoras en la atención a la salud de las personas presas.

En primer lugar, la dependencia funcional del sistema de salud dentro del SPF aparece como una traba institucional central para la posibilidad de contar con un sistema de salud respetuoso de los derechos de las PPL. El ejemplo más claro es la doble lealtad a la que se encuentran expuestos los médicos ante los casos de malos tratos y tortura y otras situaciones en que están en juego los derechos de las PPL por las formas de gestión del SPF. Este fue un punto de partida de este estudio y no un hallazgo específico del trabajo. Los resultados del relevamiento abonan sobre la necesidad de avanzar en una reforma que le de independencia a la administración de la salud intramuros del SPF, y que la ubique bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación. Por un lado, por la necesidad de mejorar la gestión y el funcionamiento del sistema en general, y los problemas que señalamos a lo largo del informe. A su vez, sin dudas la dependencia de los médicos del SPF también deteriora la relación médico-paciente y limita de antemano la posibilidad de generar relaciones de confianza.

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

La **opacidad** que caracteriza a la gestión penitenciaria, se advierte también en relación al sistema sanitario del SPF. La falta de información oficial sobre morbilidad y cuestiones epidemiológicas, recursos y estructura, y procesos de atención médica, son un primer indicador de la pobreza de los sistemas de salud del SPF y de su precario funcionamiento. Es un déficit muy importante de la gestión que advierte sobre la dificultad de administración, toma de decisiones y evaluación del funcionamiento. No queda claro, sin datos, de qué modo podrían corregir el curso de las políticas públicas en materia de salud en contextos de encierro⁶.

⁶ Algo parecido fue señalado recientemente por la OMS para el contexto europeo: “Los datos de buena calidad sobre la salud de las poblaciones penitenciarias son esenciales, ya que proporcionan una evidencia base para desarrollar e implementar políticas efectivas. La disponibilidad de datos sobre personas en prisión y de los sistemas de atención médica en las cárceles permiten a los países evaluar su progreso en el logro de un sistema de salud universal, abordando las inequidades de salud

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

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

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

La atención a la salud en el encierro es a demanda y no hay controles periódicos propios de un plan de medicina preventiva (por fuera de cuestiones formales para acceder a trabajo o a visitas íntimas p.e). A su vez, en los casos de personas con enfermedades crónicas, aparecen con frecuencia las dificultades de acceso a tratamientos o la falta de constancia.

Del estudio surge además **la dificultad de conseguir turnos** con los médicos especialistas y la gran cantidad de turnos que se pierden por cuestiones burocráticas.

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

arraigadas y "no dejando a nadie atrás" en la búsqueda de los ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas)". OMS, *Status report on prison health in the WHO European Region*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe; 2019, Pág. 44.

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

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

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

La **deficiencia en los programas y tratamientos en materia de salud mental** es una cuestión central que queda en evidencia en el informe. Cabe señalar la falta de espacios terapéuticos sostenidos, con consultas extendidas y en las condiciones necesarias. Si bien en algunos casos se advierten buenas evaluaciones de la relación con los psicólogos, los espacios de consultas son muy breves e inestables (cambian los profesionales, se interrumpen los tratamientos por cambios de lugar de alojamiento, etc).

Además, resulta preocupante **la poca oferta de programas de abordaje de consumos problemáticos** y su falta de adecuación a las características de la población detenida, teniendo en cuenta que muchas veces la población detenida llega con fuertes dependencias a sustancias psicoactivas. Algunas personas señalaron que están mejor en temas de consumos problemáticos de sustancias, por el encierro mismo, pero no porque haya acceso a tratamientos terapéuticos.

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

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

A partir de este estudio, se abren indicios claros respecto del impacto de la cárcel en la salud de las personas detenidas. Varias de las entrevistadas señalaron que **su salud física y psicológica empeoró en prisión** (y que se enferman más seguido, adquirieron o se agravaron enfermedades crónicas). Sin dudas, el encierro acrecienta los problemas de salud física, disminuye los niveles de inmunidad y las PPL quedan más expuestas a enfermarse o que se agraven cuadros crónicos con los que llegan. A su vez, la salud mental de las PPL también está amenazada en un contexto de encierro que además está signado por situaciones de ansiedad, temor, incertidumbre, dificultades para el contacto con seres queridos, y frente a las situaciones de estrés y de violencia que se viven al interior de la prisión. Es necesario que se avance con reformas urgentes para garantizar una mejor atención a la salud física y mental de las personas detenidas, teniendo en cuenta las necesidades específicas de la población, y las condiciones laborales de los profesionales.

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

RECOMENDACIONES

A continuación se presenta un listado de recomendaciones que surgen del estudio, con el objetivo de promover un sistema de atención a la salud en prisión compatible con el respeto de los derechos humanos de las personas privadas de libertad⁷.

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

- Promover los mismos estándares de atención a la salud que los que existen fuera del encierro.
- Evitar la “doble lealtad” de los profesionales de la salud respecto del SPF. Esto es importante en muchísimos aspectos, y en especial respecto de los casos de muertes, tortura y malos tratos.
- Mejorar la relación de confianza del personal de salud con las PPL.
- Generar instancias de control y evaluación de gestión.
- Capacitar en forma regular al personal sobre las particularidades de la atención médica en el encierro, y sobre la aplicación del Protocolo de Estambul.

Hasta tanto esto suceda, sugerimos:

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

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

⁷ En la elaboración de las recomendaciones se han tenido en cuenta los señalamientos del Plan estratégico de salud integral en el SPF 2012-2015, ver Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación y Ministerio de Salud, *Plan Estratégico de Salud Integral en el Servicio Penitenciario Federal 2012-2015*, Infojus, 2012. También se ha tomado en consideración la Recomendación IV “Derecho a la Salud. Acceso efectivo a la prestación de servicios de asistencia médica de las personas privadas de libertad”, de 27 de octubre de 2014, del Sistema de Coordinación y Seguimiento de Control Judicial de Unidades Carcelarias.

- Brindar a los profesionales de la salud capacitaciones iniciales y periódicas sobre la atención a la salud en contextos de encierro y optimizar las condiciones laborales del personal de salud.
- Establecer un sistema integral de atención a la salud de las personas privadas de libertad que garantice la continuidad con el sistema sanitario de la comunidad.
- Garantizar parámetros de atención a la salud en prisión que sean como mínimo equivalentes a los de la comunidad y que las personas privadas de libertad puedan acceder a todos los recursos y prestaciones del sistema de salud de la comunidad en pie de igualdad con las personas libres.
- Considerar la atención a la salud en prisión como un tema de salud pública y desarrollar un enfoque de medicina preventiva para la atención médica en prisión.
- Establecer programas de promoción de la salud en las unidades penitenciarias con enfoque de género y desarrollar estrategias de prevención de enfermedades, de atención a consumos problemáticos y al malestar psicofísico que produce la cárcel.
- Establecer un sistema de acceso a los profesionales de la salud por parte de las personas privadas de libertad que no esté mediado por funcionarios penitenciarios de seguridad y garantizar el respeto de la ley 26.529 de derechos del paciente, en particular su derecho a la información y a la confidencialidad de las intervenciones relativas a su salud.
- Fortalecer el monitoreo de la atención a la salud y de la situación sanitaria en las unidades carcelarias: sofisticar los mecanismos, promover investigaciones e información estadística.
- Mejorar los datos estadísticos sobre salud de la población privada de libertad teniendo en cuenta la epidemiología, las enfermedades prevalentes y el potencial deterioro a la salud que produce la cárcel, a los fines de generar conocimiento acerca de los procesos de salud-enfermedad, diseñar políticas sanitarias y evaluar su impacto.
- Recopilar datos y construir indicadores sobre la atención a la salud en prisión que permitan optimizar la administración de los recursos, evaluar la gestión y planificar políticas públicas. Por ejemplo, mejorar el circuito de pedidos de turnos –registro en listado de pacientes a atender– y personas que recibieron la atención efectiva, para tener indicadores de demanda in/satisfecha.
- Mejorar los sistemas de registro internos (libros de guardia, sistemas de control de turnos y demandas insatisfechas) y de las historias clínicas de forma que la información no esté dispersa en distintos documentos. Entregar esta documentación a las PPL una vez que egresan de prisión.

- Establecer un sistema de control confiable por parte de los profesionales de la salud sobre la alimentación y las condiciones sanitarias y de salubridad de los establecimientos penitenciarios.
- Generar instancias de control de gestión para identificar aspectos a resolver, a partir de indicadores de seguimiento del funcionamiento.
- Adecuar las instalaciones de las áreas de salud de los establecimientos penitenciarios para garantizar que las PPL tengan privacidad durante las consultas médicas.
- Mejorar el seguimiento de la situación de salud de las PPL y generar mayores niveles de articulación entre el personal de salud que los atiende. Evitar que los traslados o cambios de alojamiento impliquen interrupciones en los tratamientos de la salud física o mental.
- Adecuar las prácticas de atención a la salud mental a los estándares de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.
- Promover programas de asistencia psicológica y psiquiátrica en función de las necesidades de la población, y escindir este servicio del Programa de Tratamiento Individual. Resulta crucial que los profesionales de salud mental no sean los “calificadores” de los objetivos de Sanidad en el Consejo Correccional.
- Brindar a las PPL que así lo requieran, asistencia individual en salud mental. Contemplar en este sentido espacios con la privacidad adecuada, y articular con los dispositivos del medio libre para que los tratamientos continúen una vez que la persona ingresa o egresa de la cárcel.
- Establecer los medios y protocolos necesarios para evitar derivaciones de mujeres y población trans a dispositivos de salud mental como prácticas de castigo y disciplinamiento frente a situaciones de conflicto.
- Adecuar los procedimientos de atención médica ante emergencias para mejorar los tiempos de reacción y la seguridad de las PPL.