



B.S. AS. - 9 JUN 2017

EXpte. N°: 5937/64021
6720/1319

RECOMENDACIÓN PARA RESOLUCIÓN ADECUADA DE EMERGENCIAS MÉDICAS EN ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS DEL SPF

VISTO:

1. Las entrevistas a personas privadas de su libertad y a funcionarios penitenciarios e intervenciones realizadas por diversos/as asesores/as y funcionarios/as de este organismo, vinculadas a la protección del derecho a la salud de las personas alojadas en los CPF I, CPF II y CPF de la CABA.
2. Los relevamientos realizados por asesores/as y funcionarios/as de este organismo de las instalaciones sanitarias de los mencionados complejos.

RESULTA:

1. Que la Procuración Penitenciaria de la Nación es un organismo estatal cuya competencia es la promoción y protección de los derechos humanos de las personas privadas de su libertad, función que resulta fortalecida desde su designación como mecanismo local para la prevención de la tortura en el régimen penitenciario federal (Art. 1º ley 25.875 y arts. 32 y 36.a ley 26.827).
2. Entre sus objetivos centrales, se encuentra la promoción, monitoreo y control del debido e irrestricto acceso de todas las personas detenidas al derecho a la salud física y mental. También la descripción de las principales prácticas estatales que colaboran en la producción de fallecimientos bajo custodia, con el objetivo de proponer reformas estructurales y buenas prácticas judiciales y penitenciarias que podrían colaborar en la reducción de tan grave problemática.
3. El trabajo constante de las diferentes áreas de este organismo con presencia regular en las unidades de detención ha permitido identificar ciertas falencias en el acceso a la salud en el ámbito penitenciario federal. En los casos de fallecimiento por enfermedad, los informes han dado cuenta de cuatro instancias especialmente críticas en la inasistencia médica: a) la falta de atención por profesionales de la salud cuando un

detenido solicita audiencia (dando por supuesto que la asistencia es proactiva y siempre se limita a responder ante demandas concretas); b) en los casos en que son atendidos, la poca profundidad con que son estudiados los cuadros (sin realizar estudios ni seguimientos, o hacerlo muy tardíamente); c) cuando son asistidos con mayor atención, la falta de información posterior sobre el resultado de sus exámenes, diagnósticos y tratamientos futuros; y, por último, d) los tratamientos y dietas que prescriben los mismos médicos penitenciarios son regularmente incumplidos por la administración penitenciaria (se interrumpen dietas y tratamientos farmacológicos, o se alteran sin explicación ni justificación alguna).¹

4. Por otro lado, en los últimos decesos registrados en el CPF I de Ezeiza, e investigados por esta Procuración pudo constatarse que la atención en la emergencia fue tardía, poco eficaz, y desordenada.

En un fallecimiento ocurrido en febrero de 2017 en la Unidad Residencial II del CPF I, este organismo ha constatado que, al descubrir que un detenido se encontraba ahorcado en su propia celda, el funcionario de División de Seguridad Interna no descolgó el cuerpo, aguardando por varios minutos que llegara un enfermero antes de actuar, sin saber si aún estaba con vida. Incluso, el cuerpo habría quedado luego por varias horas dentro de la celda, lo cual fue representado como especialmente tortuoso por el resto de las personas allí alojadas. Asimismo, en otro caso ocurrido en el mismo mes, y en la misma unidad residencial, un detenido sufrió una descompensación en el campo de deportes. El traslado a la enfermería debió ser realizado por sus propios compañeros, quienes relataron que dicho espacio se encontraba en pésimas condiciones de conservación y carecía de elementos básicos de primeros auxilios. Transcurrieron treinta minutos hasta que el médico de guardia arribara a la enfermería; su demora y falta de profesionalidad al momento de realizar las maniobras de

¹ Conf. Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2011. La situación de los derechos humanos en las cárceles federales de Argentina*, p. 147. Disponible en www.ppn.gov.ar.



reanimación habrían incidido en que el detenido finalmente falleciera antes de arribar a un hospital extramuros. Similares demoras se detectaron ante el caso de un detenido que falleció como consecuencia de un ataque de asma dentro de su pabellón en la Unidad Residencial IV: el médico habría arribado una hora después de que otros detenidos lo trasladaran a la enfermería del módulo. También se relevaron irregularidades en la emergencia de detenidos en otros establecimientos penitenciarios del SPF: en marzo de 2016, en el CPF de la CABA, un detenido falleció a causa de heridas sufridas dentro de su pabellón, permaneciendo por lo menos diez minutos inconsciente y agonizando en la puerta de acceso, mientras la agencia penitenciaria demoraba su apertura, pese a reiterados reclamos de sus compañeros; en enero de 2017, un detenido falleció en el CPF II luego de múltiples deficiencias en la atención de sus ataques de epilepsia, el último de ellos horas antes de su ahorcamiento en su propia celda.

5. Desde 2014, y anualmente, el Área de Salud, en articulación con el Área Metropolitana, ha evaluado el **equipamiento de emergencia** de las unidades residenciales de los complejos penitenciarios del AMBA, entendiendo que el acceso al derechos a la salud de las PPL está estrechamente vinculado tanto con los recursos humanos como con los materiales con los que efectivamente se cuenta al momento de generarse una emergencia médica.

Así, en los últimos tres años el organismo ha verificado en cada una de las enfermería, de las diferentes unidades residenciales, de los complejos que cuentan con los siguientes elementos: camilla rígida, collar de sujeción cervical (cuello Minerva), cánula de mayo, nebulizador, tubos de oxígeno, tensiómetro, estetoscopio, termómetro, ambú (resucitador manual), hemoglucotest, botiquín de emergencia. Los resultados de dichos relevamientos han sido preocupantes, por los faltantes registrados y por la disparidad de elementos presentes en cada una de las unidades residenciales. Corresponde indicar que en el CPF de la CABA no hay elementos de atención de urgencia en las unidades residenciales y que

sólo cuentan con una camilla rígida, en el sector de la requisa, para el traslado de los pacientes hacia el HPC.

6. Por otro lado, y teniendo en cuenta que en situaciones de urgencia las primeras medidas terapéuticas deben instrumentarse en salas de reanimación y estabilización hemodinámica (*shock room*), estos espacios también fueron auditados. Al igual que en las enfermerías, la situación en los tres complejos resulta dispar, pero puede afirmarse que en todos los casos se observaron irregularidades y faltantes de elementos imprescindibles para dar respuesta a la urgencia médica.
7. Los relevamientos mencionados también incluyeron la realización de entrevistas tanto a autoridades penitenciarias encargadas de la seguridad interna como a enfermeros, médicos y autoridades.

Pudo concluirse que la **cantidad de personal sanitario** asignado resulta insuficiente, teniendo en cuenta tanto la cantidad como las características de la población penitenciaria de cada uno de los complejos. Por ejemplo, en el CPF I de Ezeiza, sólo cuentan con un enfermero de guardia, cada dos unidades residenciales, es decir, cada 800 personas alojadas aproximadamente. Estos enfermeros de guardia deben realizar todo tipo de actividades, entrega de medicación periódica, controles médicos de rutina, seguimiento de medidas de fuerza, entrega de medicación por enfermedades agudas, entrega de medicación psiquiátrica, y atención primaria en caso de emergencia. En estas situaciones, la actuación resulta claramente desigual en cada uno de las unidades residenciales y en los complejos

En el caso del CPF II de Marcos Paz las autoridades médicas de la UMA (Unidad Médica Asistencial), han manifestado que el personal resulta insuficiente, tanto para la asistencia programada como para las emergencias, opinión plenamente compartida por este organismo. Han indicado que se requieren más especialistas, médicos clínicos y de guardia.

Finalmente, para el CPF de la CABA, la cantidad de médicos/as de guardia se evidencia insuficiente para abordar y/o prevenir los eventos de



riesgo vital de las personas allí detenidas. Lo mismo corresponde decir sobre médicos/as de planta, enfermeros/as y especialistas en el sentido de un adecuado equipo para resolver cuadros clínicos, antes de su evolución a un episodio crítico.

8. Frente a la consulta concreta, en los relevamientos realizados en marzo del corriente año, a los/as tres directores/as médicos/as de los tres complejos auditados (Dr. Daniel Danieluk del CPF I, Dra. Nelsy Medina del CPF II, y Dr. Edgardo Marta del CPF CABA), todos/as ellos/as **afirmaron no contar con un protocolo de emergencias** que les permita actuar cuando las mismas tienen lugar, situación que se repite frecuentemente en establecimientos cerrados.
9. De acuerdo a las entrevistas mantenidas con personal penitenciario, en términos generales, frente a cualquier emergencia o urgencia médica se trata de establecer contacto con el enfermero de guardia, que si no se encuentra en el lugar en donde es requerido es contactado a través de teléfonos celulares personales. Luego de que el enfermero revise al paciente, se comunica con el HPC para solicitar la presencia del médico, de considerarlo necesario, salvo en aquellos módulos, como el 3 del CPF II, donde el médico de guardia está presente permanentemente.
10. Teniendo en cuenta lo expuesto, pueden indicarse ciertos factores determinantes de una praxis de atención que se aleja de la norma respecto de una asistencia equiparable a la del medio libre:
 - a. Falta de medios de comunicación efectivos provistos por el SPF.
 - b. Falta de medios de transporte, disponible en tiempo y forma, para el personal sanitario.
 - c. Falta de un protocolo de emergencia, lo que implica falta de adjudicación de responsabilidades en las comunicaciones y primeras acciones ante la emergencia.
 - d. Falta de equipamiento para atender la emergencia en cada una de las unidades residenciales que componen los complejos penitenciarios.

- e. Escasez de móviles adecuados y personal sanitario para trasladar a los pacientes.
 - f. Dilatado tiempo de llegada al hospital extra muros más cercano a los establecimientos penitenciarios (excepto el CPF de la CABA en el que los traslados los realiza el SAME).
11. Finalmente, no puede dejarse de advertir la altísima tasa de ocupación de todos los complejos del AMBA y la **sobrepoblación** que ellos registran no sólo sobre el cupo utilizable declarado por el SPF sino también, en algún caso, sobre el cupo general. Esta tendencia a la sobrepoblación, o las altísimas tasas de ocupación, no sólo generan hacinamiento y aumento de los índices de violencia sino que también implican la vulneración de numerosos derechos fundamentales de las personas privadas de libertad.

Por ello, corresponde afirmar que el aumento de la cantidad de personas alojadas en cada uno de los establecimientos no ha sido acompañado de ningún tipo de cambio en la infraestructura y menos aún en el aumento del personal sanitario asignado. Así, resulta aún probables, y seguramente más graves, las vulneraciones al derecho a la salud de las personas detenidas en establecimientos penitenciarios federales.

CONSIDERANDO:

1. La persistencia de los derechos fundamentales durante la privación de la libertad, con las excepcionales restricciones propias de la situación de encierro. Así lo han previsto los *Principios básicos para el tratamiento de los reclusos* de la ONU, entendiendo que: *“con excepción de las limitaciones que sean evidentemente necesarias por el hecho del encarcelamiento, todos los reclusos seguirán gozando de los derechos humanos y las libertades fundamentales consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y, cuando el Estado de que se trate sea parte, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo, así como de los demás derechos estipulados en*



- otros instrumentos de las Naciones Unidas"* (Adoptados por la Asamblea General en su resolución 45/111, de 14 de diciembre de 1990, art. 5).
2. En el artículo 2º de la Ley de Ejecución de la Pena Privativa de Libertad, Ley Nº 24.660, también se estipula que: *"el condenado podrá ejercer todos los derechos no afectados por la condena o por la ley y las reglamentaciones que en su consecuencia se dicten (...)".*
 3. La Corte Suprema de Justicia de la Nación, en su precedente Dessy, ha remarcado que los detenidos *"son, no obstante ello, personas titulares de todos los derechos constitucionales, salvo las libertades que hayan sido constitucionalmente restringidas por procedimientos que satisfagan todos los requerimientos del debido proceso"* (CSJN Fallos, 318:1894).
 4. Que el acceso a la salud, como parte integral de los derechos económicos, sociales y culturales, ha sido reconocido como una prerrogativa fundamental en diversos tratados internacionales, y en particular en el ámbito de la privación de libertad (*Declaración Universal de los Derechos Humanos*, art. 25; *Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, art. 12,1; *Principios básicos para el tratamiento de los reclusos* de la ONU, art. 9; *Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos [actualizadas en mayo de 2015, tomando el nombre "Reglas Mandela"]*, art. 24).
 5. En su recepción nacional, la ley de Ejecución de la pena privativa de libertad, reconoce el derecho a la salud de las personas privadas de su libertad, exigiendo al Estado brindarle *"oportuna asistencia médica integral, no pudiendo ser interferida su accesibilidad a la consulta y a los tratamientos prescriptos"* (art. 143, ley 24.660).
 6. Que, teniendo en cuenta la diversa bibliografía del tema (Díaz Torres y cols., "Asfixia por acción mecánica", Revista Electrónica de Investigación del CICS UST, Número 8, Año 4, Vol 1, 2014; Protocolos clínico terapéuticos en urgencias extrahospitalarias. 2013. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos, Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional.

Madrid; ATLS 7ma edición. Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para médicos. Comit de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos. 2012), un protocolo para la correcta atención de las urgencias extrahospitalarias debe cumplir con las siguientes condiciones mínimas:

- a. Definición de roles, funciones y responsabilidades para la asistencia y/o evacuación hasta la intervención de un/a paramédico/a o médico/a.
 - b. Establecimiento de tiempos, y medios tecnológicos de comunicación, en los que debe darse la primera intervención mencionada en el apartado anterior.
 - c. Inclusión de un protocolo clínico terapéutico para urgencias, de paciente politraumatizado; traumatismo encefalocraneano (TEC); convulsiones; paciente quemado; reanimación cardiopulmonar; asfixia. Ello, entendiendo que estas son las urgencias más frecuentes pero no las únicas.
7. Que, de acuerdo a la citada bibliografía, enfermerías y salas de reanimación y estabilización hemodinámica, deben cumplir los siguientes requisitos y contar con los siguientes elementos:
- a. Las **enfermerías** de cada una de las unidades residenciales de los complejos penitenciarios deberán contar con:
 - i. camilla rígida;
 - ii. collar de sujeción cervical (cuello Minerva);
 - iii. cánula de mayo;
 - iv. tubos de oxígeno;
 - v. tensiómetro;
 - vi. estetoscopio;
 - vii. ambú (resucitador manual);
 - viii. hemoglucotest;
 - ix. botiquín de emergencia.
 - x. Desfibrilador apto para la utilización por personal no entrenado.



b. Una sala de reanimación y estabilización hemodinámica (**shock room**), por complejo, con las siguientes características:

i. Materiales y equipos:

1. Cama / camilla con cabecera rebatible, articulada, con espacio para proceder desde la cabecera a maniobras de reanimación.
2. Un monitor multiparamétrico para la determinación de oximetría de pulso, tensión arterial no invasiva, pulso, registro electrocardiográfico y pletismografía.
3. Alarmas y sistemas de comunicación. Enchufes en cantidad suficiente y no menos de cinco y a setenta centímetros del suelo.
4. Tubos de oxígeno con válvula reductora y aspirador eléctrico portátil con un motor de $\frac{3}{4}$ HP como mínimo.
5. Pileta de lavados de manos con canilla y profunda para evitar salpicaduras de agua
6. Paredes y coberturas de piso lavables y adecuadamente pintadas.
7. Elementos de examen clínico (Tensiómetro. Estetoscopio. Termómetro).

ii. Equipamiento cardiovascular

1. Electrocardiógrafo.
2. Monitor con cardioversor y desfibrilador. Con electrodos descartables. Paleta desfibrilador adultos y posibilidad de uso interno.
3. Oxímetro de pulso.

iii. Vía aérea

1. Cánulas orofaríngeas.
2. Sets de intubación: laringoscopio de tres ramas rectas y tres ramas curvas con pilas. Tubos endotraqueales con mandril.

3. Equipamiento para cricotricotiroideostomía, traqueostomía con cánulas ad-hoc adulto.

4. Bolsas máscara con reservorio (tipo ambú).

iv. *Equipamiento quirúrgico*

1. Dispositivos bitubulares y aspirador.

2. Cajas de cirugía menor (1); Caja de suturas (2); Cajas de punción abdominal (1). Bandeja sonda vesical canalización. Punción subclavia o yugular, de colocación de sonda nasogástrica.

3. Equipamientos para atención de quemados: Gasas, *films* y geles necesarios (Platsul A o similar). Sábana fría estéril. Otros según necesidad.

v. *Equipamiento para trauma*

1. Tabla larga con inmovilizadores. Collares tipo Philadelphia de distintos tamaños.

2. Férulas de inmovilización.

3. Camilla para traslados.

4. Gasas furacinadas, vaselinadas, guantes descartables. Potes de vaselina y pasta para quemados. Material de sutura.

5. Soluciones parenterales y medicamentos de uso común.

6. "Carro de paro cardíaco".

- b. Que las vulneraciones aquí detectadas resultan íntimamente asociadas a otras recomendaciones previas, en particular las Recomendaciones N° 731/PPN/10, 835/PPN/16 y 843/PPN/16, que a la fecha no han provocado alteraciones concretas en la práctica penitenciaria.
- c. Que la actividad aquí propuesta resultará un avance en la promoción y protección de los derechos humanos de las personas privadas de su libertad en el régimen penitenciario federal, evitando además la responsabilidad del Estado frente a organismos internacionales.



Por todo ello,

EL PROCURADOR PENITENCIARIO DE LA NACION

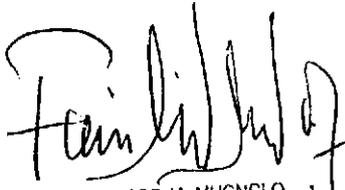
RESUELVE:

1. Recomendar al Sr. Director Nacional del Servicio Penitenciario Federal la adopción de un protocolo para emergencias médicas, que cumpla con los requisitos establecidos en el considerando 6.
2. Recomendar al Sr. Director Nacional del Servicio Penitenciario Federal que adopte todas las medidas necesarias para que se asegure el suministro de los elementos indispensables para responder adecuadamente ante casos de urgencias y emergencias médicas en todos los establecimientos penitenciarios a su cargo, proveyendo a cada unidad residencial de los complejos penitenciarios de una enfermería, y a cada establecimiento penitenciario de una sala de reanimación y estabilización hemodinámica, con los elementos y los requisitos indicados en el considerando 7.
3. Recomendar al Sr. Director Nacional del Servicio Penitenciario Federal que adopte todas las medidas necesarias para que cada una de las unidades residenciales de los complejos penitenciarios cuenten con un/a enfermero/a o paramédico/a de guardia.
4. Recomendar al Sr. Director Nacional del Servicio Penitenciario Federal que adopte todas las medidas necesarias para proveer a cada uno de los establecimientos penitenciarios de los medios tecnológicos necesarios para lograr comunicaciones fehacientes, eficaces y oportunas ante las urgencias médicas.

5. Recomendar al Sr. Director Nacional del Servicio Penitenciario Federal que adopte todas las medidas necesarias para proveer a cada uno de los establecimientos penitenciarios de medios de transporte adecuados, y de uso exclusivo, para el personal sanitario y traslado de los pacientes, intra y extra muros, para que los mismos resulten eficaces, efectivos y oportunos.
6. Poner lo aquí dispuesto en conocimiento del Sr. Ministro de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.
7. Poner lo aquí dispuesto en conocimiento de la Comisión Bicameral Permanente del Defensor del Pueblo de la Nación.
8. Poner lo aquí dispuesto en conocimiento del Sistema de Coordinación y Seguimiento de Control Judicial de Unidades Carcelarias.
9. Poner lo aquí dispuesto en conocimiento de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.
10. Poner lo aquí dispuesto en conocimiento de los Juzgados Nacionales de Ejecución Penal.
11. Poner lo aquí dispuesto en conocimiento del Sr. Ministro de Salud de la Nación.
12. Regístrese y notifíquese.

RECOMENDACION Nº 858/PPN/17

@


Dr. FRANCISCO M. MIGNOLO
PROCURADOR PENITENCIARIO
DE LA NACION