



2. La política sanitaria de la crueldad

2.1. La desatención de la salud

Pensar la cuestión de la política sanitaria en el encierro carcelario no se reduce al análisis de las prácticas de atención médica: se extiende también a las gravosas condiciones de vida y que constituyen los determinantes sociales que definen el grado de acceso al derecho a la salud que el Estado está obligado a garantizar a todas las personas privadas de su libertad. Entre las principales características del sistema de salud penitenciario, identificamos la ausencia de una política de salud integral, como también de un enfoque que reconozca la salud como derecho. Por el contrario, se funda en el desprecio hacia las personas privadas de su libertad y en la falta de condiciones estructurales para garantizar su pleno acceso.

Año tras año, la CPM ha denunciado las carencias del sistema de salud en el encierro y el daño que produce en las personas detenidas. Una de las cuestiones centrales es que la política sanitaria en las cárceles no se inscribe en las políticas de salud pública del Ministerio de Salud sino en las que despliega el Ministerio de Justicia, con la precariedad y falta de estrategia sanitaria general que implica, y ubicando a las personas detenidas en un estándar de acceso a la salud diferenciado y notablemente más deficiente que el resto de los ciudadanos que habitan la Provincia. Como consecuencia, el acceso a la salud no forma parte de la política sanitaria del Estado sino parte indisoluble de la política penitenciaria. La expresión directa es la mediación penitenciaria que padecen las personas detenidas para acceder a la atención.

La profundización de este modelo de salud deficiente se ha evidenciado en el desmantelamiento de la estructura sanitaria: escasez de profesionales, falta o déficit de medicamentos e insumos de enfermería, de equipamiento básico, de aparatología especializada y de ambulancias para traslados hacia hospitales extramuros.

Si bien se trata de un problema estructural de larga data, durante los últimos años (2016-2019) se registra una profundización en la desatención, siendo uno de los principales hechos denunciados por las personas detenidas y/o sus familiares y allegados.

El aumento de la sobrepoblación y el hacinamiento han sido dos determinantes claves que potencian la falta de condiciones materiales adecuadas, generando espacios húmedos, fríos y oscuros, faltos de ventilación y calefacción, casi sin luz natural y escasa luz artificial, sin instalaciones apropiadas

para servicios básicos como agua potable, electricidad y cloacas. Se suman regímenes de vida basados en el aislamiento y con escaso acceso a derechos básicos como alimentación, salud, educación y trabajo. Este contexto confirma la negación del derecho a la salud en las cárceles de la provincia de Buenos Aires.

Como enunciábamos, una de las cuestiones estructurales que caracterizan al sistema sanitario dentro de la cárcel es la mediación penitenciaria que padecen las personas detenidas que requieren atención. Frente a la arbitrariedad penitenciaria que niega el acceso a la asistencia médica, se ven obligadas a implementar diversas estrategias de reclamo: desde recurrir a sus familiares para que hagan llegar la demanda al Poder Judicial (lo que puede llevar mucho tiempo) hasta medidas drásticas como autolesionarse. La asistencia sanitaria suele llegar tarde, cuando el problema de salud ha avanzado y se ha vuelto crítico, siendo muchas veces imposible de reparar el daño causado. Es así que la falta o deficiente atención deriva en la muerte de personas por enfermedades curables o tratables, principal causa de decesos en las cárceles provinciales¹⁶.

En cuanto a la modalidad de atención, la asistencia impartida es deficiente y se enmarca en una relación asimétrica entre los profesionales de la salud y las personas detenidas, que no son reconocidas como sujetos de derechos, ni como sujetos activos en el proceso de atención: no se las escucha, se descreen sus padecimientos, negados y menospreciados. Las historias clínicas no se completan y actualizan respetando las leyes vigentes, por lo que cuando acceden al área de Sanidad la atención es fraccionada, desarticulada y no sigue una estrategia integral de abordaje de la enfermedad. Esta violencia la despliegan los efectores de la salud obligados a prestar el servicio de asistencia, los agentes penitenciarios a través del poder que le otorga la mediación y los operadores judiciales que no controlan el cumplimiento de las obligaciones del Estado, no tienen estrategias de seguimiento, no escuchan, descreen de la palabra del que padece y lo dejan en total desamparo.

En el marco de esa relación asimétrica y hostil, las personas detenidas no reciben información sanitaria oportuna y comprensible respecto a diagnóstico, tratamientos posibles y pronóstico, ni se respeta su autonomía en la toma de decisiones. No se les garantiza un control y seguimiento de sus problemas de salud y se registran todo tipo de irregularidades en el tratamiento.

La CPM registra y denuncia año tras año estas situaciones, a través de su mecanismo de recepción de denuncias, arrojando como resultado¹⁷:

16 Ver capítulo 7 en esta sección.

17 Estos casos corresponden a personas detenidas o sus familiares que fueron entrevistados o remitieron sus casos al sistema de recepción de denuncias del Comité contra la Tortura de la CPM. Existen gran cantidad de casos que se tramitan a través de los defensores oficiales u otras organizaciones y no se contabilizan en este.

Tabla 1. Cantidad de hechos de desatención de la salud denunciados según tipo, por año (valores nominales)

Tipo de hecho denunciado	2015	2016	2017	2018	2019
Atención médica deficiente	815	919	1009	611	837
Falta de dieta especial	150	107	112	73	97
Falta de medicación	467	368	339	210	417
Sin atención médica	1.332	1.489	1.579	972	1.312
Subtotal anual	2.764	2.883	3.039	1.866	2.663

Fuente: SISCCOT (CPM).

Por otro lado, el sistema sanitario presenta graves falencias en el registro y sistematización de información, obturando no sólo la planificación e implementación de una política sanitaria responsable que atienda efectivamente a las necesidades de la población carcelaria sino también las tareas de monitoreo externo.

La inconsistencia de los datos sobre salud en las cárceles es un problema recurrente y estructural. Los datos elaborados por el Registro de datos estadísticos de salud penitenciaria, implementado desde el segundo semestre del año 2017, son prácticamente inutilizables como insumo para evaluar la política sanitaria, identificar la evolución de las patologías emergentes para determinar el perfil epidemiológico de las cárceles en relación con los factores de riesgos de la población y ambientales, y así diseñar un plan de salud con indicadores sólidos que permitan un permanente seguimiento y la elaboración de propuestas que superen las deficiencias y garanticen el pleno acceso a la salud. Desde 2016 se vienen solicitando datos sobre cantidad de personas detenidas que padecieron TBC, HIV o ambas; para 2018, no se enviaron los datos correspondientes a personas con VIH ni con ambas patologías y -como se indicó en el informe anterior- los datos correspondientes a ese año fueron incompletos y no eran concordantes con lo informado por otras vías oficiales. Para 2019 los datos sólo incluyen pacientes dados de alta en el tratamiento de TBC.

Tabla 2. Cantidad de personas detenidas con TBC y/o VIH, según año, 2016-2019

Enfermedad	2016	2017	2018	2019
VIH	112	419	S/D	655
VIH + TBC	4	28	S/D	20
TBC	183	829	299	293
Total	299	1.276	-	968

Fuente: CPM en base a información proporcionada por la DPSP.

En las inspecciones realizadas durante 2019 se tuvo acceso a las planillas en las que cada unidad sanitaria informa la estadística mensual, y que constituyen el insumo para la elaboración del mencionado registro. Tablas en las que se suman datos sin especificar a qué unidad de

análisis refieren, totales que no se sabe qué categorías suman, y tablas incompletas con unidades penitenciarias que no informan casos durante meses conforman un cúmulo de números que dicen poco y nada sobre el funcionamiento de los espacios sanitarios en las cárceles.

Es fundamental indicar que estos datos no son públicos ni de fácil acceso. Se elaboran e informan a partir de la solicitud de la CPM pero, a pesar de la predisposición que muestran las y los trabajadores del sector, no es posible conocer los procesos que los originan ni sus alteraciones a lo largo de los años. En los apartados de este capítulo analizamos la desatención de la salud en las cárceles bonaerenses, a partir de un conjunto de dimensiones que incluyen los determinantes sociales de la salud: las condiciones materiales y el régimen de vida, la infraestructura sanitaria, los recursos humanos, los insumos, la medicación y la modalidad de atención. Esto se analiza a partir de la información obtenida mediante las inspecciones a los lugares de detención, las entrevistas individuales a personas detenidas o sus familiares, las entrevistas con personal sanitario dentro de las unidades penales, los habeas corpus colectivos presentados por la CPM e información oficial del SPB, la DPSP y el Poder Judicial.

2.2. Condiciones materiales y régimen de vida: la producción de enfermedades

Entender la salud en sus múltiples dimensiones conduce a considerar la importancia de los determinantes sociales; es decir, las circunstancias en que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Y dentro de las cárceles son las circunstancias de vida generadas por el Estado las que conllevan a la pérdida o deterioro de la salud: la falta de condiciones mínimas de habitabilidad humana sumada a regímenes de vida insalubres. De esta manera, enfermedades que se suponen erradicadas o controladas en la población general se convierten en epidemia en la cárcel. O bien, enfermedades que suelen no tener mayores complicaciones dejan graves secuelas o llevan a una muerte innecesaria y evitable¹⁸.

Durante 2019 se ha constatado la producción de enfermedades relacionadas directamente con la falta de prevención y asistencia tanto diagnóstica como tratamental oportuna y adecuada. Para dar cuenta de ello, analizaremos casos colectivos e individuales de tuberculosis, escabiosis, meningitis y hantavirus. (Los padecimientos de salud mental que se generan y/o potencian en el encierro, ya que son materia de análisis en el último apartado de este capítulo, así como en la sección Políticas de salud mental).

La CPM denunció mediante un habeas corpus colectivo las condiciones de alojamiento de las personas en la UP 37 Barker en los sectores SAC y admisión (en ambos casos con un régimen de vida de aislamiento extremo), que generaron un brote de escabiosis (sarna humana), enfermedad que se transmite por contacto y es de rápido contagio.

Las condiciones materiales de detención son inhumanas al igual que las condiciones de salubridad. Se registraron importantes carencias de limpieza, presencia de cucarachas, chinches y perros. El frío en los sectores era inevitable debido a la falta de vidrios y calefacción. A esta situación se suma la humedad por las pérdidas de agua de los sectores de duchas y la infraestructura del lugar.

En el sector SAC las celdas no contaban con iluminación, por lo cual vivían en la oscuridad, y en el pabellón de admisión las instalaciones eléctricas eran inseguras y artesanales, y contenían cables pelados sin aislar y cercanos a espacios húmedos.

¹⁸ Para ampliar el tema de la producción de enfermedades en la cárcel, ver CPM (2018b: 16-26).

En ambos sectores de aislamiento, admisión y de seguridad no podían cocinar. Sólo podían consumir las raciones de comida que les provee la unidad. Constatamos que “el rancho” —como lo llaman las personas detenidas— consistía en pedazos de papas mal cocidas y huesos con poca carne y grasa¹⁹.

Durante esta inspección se constató que las personas alojadas tenían restringido el acceso a la salud: por un lado, debido a que el contacto con un profesional de la salud depende de la voluntad de los agentes penitenciarios; por otro, porque los profesionales de salud no concurrían, pese a existir una resolución²⁰ que indica recorridos obligatorios en los sectores de aislamiento.

La restricción del acceso a la salud no es únicamente imposibilidad física sino que se extiende a la modalidad de atención, porque se incumplen los marcos normativos internacionales y locales en lo que hace a la relación equipo de salud-paciente. Las personas detenidas que son atendidas por profesionales de sanidad manifiestan constante falta de información sanitaria: ignoran el diagnóstico, los tratamientos a seguir o qué medicación es la que se les entrega. “Me dieron una pastilla” es una frase recurrente en las entrevistas.

Una de las personas entrevistadas en la UP 37 relató que en Sanidad le habían diagnosticado escabiosis pero no había recibido ningún tratamiento, ni se había tomado ninguna medida de prevención en relación al resto de las personas que se encontraban alojadas en el pabellón. En esa oportunidad, otros dos detenidos manifestaron tener los síntomas y haberlo expresado a los agentes penitenciarios un mes antes de la inspección realizada por la CPM, pero no los llevaron al sector sanidad para ser revisados por una persona idónea. Uno creía haberse contagiado por el estado del colchón (sucio, roto y con olor a basura); otro convivía con un compañero que presentaba síntomas. La celda era pequeña y estaba en mal estado estructural y de salubridad.

La presentación judicial activó algunas medidas del SPB y la DPSP, y todos los casos sospechosos denunciados fueron confirmados. Durante la inspección ocular a cargo de la jueza Raquel Bianco, se constató que la única medida preventiva adoptada por las autoridades para evitar la propagación de la enfermedad había sido entregarles jabón blanco a las personas que convivían con pacientes contagiados.

La falta de condiciones de higiene en las unidades penales es algo recurrente. En muchas unidades se observan montículos de basura en los pasillos, en el ingreso de los pabellones y en los patios. Al mismo tiempo, se han denunciado los olores nauseabundos provenientes de las cloacas rebalsadas, tanto por ser estructuralmente deficientes como por haber sido construidas para espacios que hoy están ocupados por el doble de su capacidad. Son habituales los huecos en las paredes²¹, la falta de vidrios en las ventanas, las faltantes de tapas de los pozos, entre otros ejemplos que demuestran la falta de mantenimiento en general. Además, la falta de insumos para limpiar y desinfectar y la falta de fumigación para prevenir la aparición de insectos y roedores lo vuelve un escenario propicio para la producción de enfermedades como el hantavirus.

En la UP 28 una persona tuvo que ser trasladada al hospital San Juan de Dios con síntomas de dolor abdominal y estado febril, y debió ser internada en terapia intensiva. El paciente, de 24 años,

19 Habeas corpus presentado en favor de las personas alojadas en la UP 37 luego de la inspección realizada el 11 de julio de 2019. “UNIDAD PENITENCIARIA NRO. 37 BARKER ANEXO VII”, causa N° 4387, que tramitó ante el Juzgado de Ejecución Penal N° 2 del Departamento Judicial de Azul con sede en Alvear.

20 Resolución N° 3090/05 y Anexo I: Reglamento del Pabellón de Separación de Área de Convivencia. Jefatura del Servicio Penitenciario Bonaerense, con fecha 5 de septiembre de 2005.

21 Conocidos como pulmones.

había ingresado al hospital de Magdalena el día anterior luego de estar 7 días en la unidad con cefalea, mialgias, artralgias, equivalentes febriles, dolor abdominal, náuseas y diarrea. Y sin recibir, dentro de la UP 28, la atención sanitaria adecuada y suficiente. Posteriormente, ante la confirmación de hantavirus, debieron aislar a cuatro personas más que presentaban los mismos síntomas. Las familias de estas personas denunciaron la falta de conocimiento sobre protocolos de actuación, así como la incomunicación total con las personas detenidas.

En el habeas corpus colectivo presentado por la CPM²², se solicitó la aplicación de las medidas de bioseguridad dispuestas por el Ministerio de Salud de la provincia para esta patología, como también la asistencia adecuada a todas las personas infectadas. En este marco, se adoptaron medidas de limpieza y desratización por parte de la Dirección de Saneamiento de la Municipalidad de Magdalena conjuntamente con la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud provincial. En el informe presentado, estas dependencias detallan el plan de acción de desinfección en el pabellón en donde se encontraba alojada la persona y en los pabellones lindantes; luego procedieron a inspeccionar el pabellón y la celda en donde se encontraba alojada la persona, dando cuenta de que las condiciones materiales eran propicias para la generación de este tipo de enfermedades:

En la inspección del lugar no se detectaron rastros de roedores más específicamente del *Oligoryzomys longicaudatus* o ratón colilargo, teniendo en cuenta que el personal de dicha unidad ya había generado una limpieza previa; se observaron malas condiciones en el estado edilicio como ser la falta de tejas en el techo y falta de durlock para el entretecho generando vías de ingreso para el roedor y proveyéndoles un refugio ideal; con respecto a las condiciones higiénicas no son las recomendables y el orden de las celdas tampoco se encontró en regla pero es lo esperable de dichas instituciones y a la gran densidad de población que manejan. (Informe presentado por las dependencias mencionadas).

El informe reconoce que el lugar no es apto para prevenir este tipo de enfermedades al tiempo que naturaliza la situación por tratarse de una unidad penal, justificando no sólo la falta de políticas públicas destinadas a la promoción y prevención de la salud dentro de estos espacios, sino también la sobrepoblación que impera en las cárceles provinciales.

Esta concepción no hace foco en la prevención ni en el diagnóstico y tratamiento tempranos y oportunos. La meningitis y la tuberculosis, enfermedades tratables y curables para la población en general, dentro de las unidades penales pueden ser mortales.

Durante 2019 murieron 148 personas en el sistema penitenciario bonaerense: 118 por enfermedad, contabilizándose al menos 11 por TBC y complicaciones derivadas de un incompleto o nulo tratamiento, destacándose los casos de meningitis.

Estas dos patologías son evitables, ya que su desarrollo y propagación dependen en gran medida de los determinantes sociales de la salud. Esto se refleja en forma contundente comparando la tasa de casos de TBC en el marco del SPB respecto de los casos en la provincia de Buenos Aires.

22 HC 06-00-000005-19/00 que tramitó ante el Juzgado de Garantías N° 5, Departamento judicial de La Plata.

Tabla 3. Tasa de contagios de tuberculosis en provincia de Buenos Aires y en el sistema penitenciario bonaerense c/100.000 habitantes

Provincia de Buenos Aires	SPB
28,9	629,3

Fuente: CPM en base a información del Ministerio de Salud de la Nación y de la DPSP. La tasa para la provincia de Buenos Aires surge del informe de indicadores básicos del Ministerio de Salud de la Nación y está calculado para el año 2018, último del que se tiene registro de acceso público actualizado. La tasa en el sistema penal bonaerense surge de los datos provistos por la DPSP a la CPM y del registro actualizado de población carcelaria de nuestra institución para el año 2019.

En septiembre de 2019, recibimos la información de que un detenido en la UP 36 Magdalena había contraído meningitis. Al momento de enfermarse estaba alojado en condiciones de hacinamiento: el pabellón que habitaba tiene un cupo para 40 personas pero estaba ocupado por 103, mientras que la Unidad que tiene capacidad para 384 se encontraba ocupada por 813, lo que representa una sobrepoblación del 157% en el pabellón y del 111% en el penal.

Al momento del inicio del habeas corpus presentado por la CPM²³, el paciente tenía diagnóstico confirmado de meningitis, pero se desconocía el origen. Había sido internado de urgencia frente a un cuadro de excitación psicomotriz, taquicardia, cefalea y fiebre²⁴, y no podía saberse cuan peligroso era el caso para la salud del resto de la población. Tanto los docentes de la escuela como detenidos del pabellón manifestaron no haber sido informados de ninguna medida de seguridad, tampoco se les había brindado la información sanitaria correspondiente. En el seguimiento del caso, el director de Sanidad del complejo penitenciario Magdalena informó que, si bien se había descartado que se tratara de una meningitis meningocócica viral, se trataba de una variante grave, tuberculosa, que responde a las condiciones de hacinamiento.

Durante una inspección realizada a la UP 2 de Sierra Chica, se informaron nueve casos de TBC. En el sector de sanidad había cuatro personas alojadas en fase 1 de TBC, y otras cinco se encontraban en fase 2 y habían sido reintegradas a sus pabellones. El día posterior a la inspección, una de las personas debió ser trasladada de urgencia al hospital de Olavarría porque su cuadro había empeorado y padecía meningitis. En el marco de la inspección, se entrevistó a las personas alojadas en el sector: relataron que los/as médicos/as no recorren el lugar y los que proveen la medicación suelen ser detenidos que cumplen funciones laborales.

De las 10 celdas con las que cuenta el sector de sanidad, tres estaban clausuradas debido al deterioro del techo; de las restantes, ninguna se encontraba en condiciones adecuadas para el alojamiento. Se observó el deterioro edilicio, la falta de vidrios en las ventanas, falta de mobiliario básico, colchones gastados, malas condiciones de higiene y presencia de cucarachas. Solo 2 celdas fueron diseñadas y construidas para el aislamiento de personas con TBC, contando con extractor para ventilar el lugar. Pero los sanitarios estaban rotos y no funcionaban adecuadamente. En los pabellones SAC, Admisión y 11b (todos de aislamiento, con 24 horas de encierro en celda) se entrevistaron a personas que presentaban distintas formas de desatención de su salud: escabiosis,

²³ Habeas corpus HC-06-00-000065-19/00, tramitado ante el Juzgado de Garantías N° 6 del departamento judicial de La Plata.

²⁴ Informe remitido por Gastón Mammoni, jefe del área de Sanidad X del Complejo Penitenciario Magdalena, al juzgado interviniente.

solicitud de análisis de esputo que no conocía el resultado, colostomía, o lesiones producidas por el SPB que no fueron registradas de manera adecuada. En todos los casos, los entrevistados coincidían en que a las dificultades para acceder a Sanidad se sumaban la falta de profesionales, la carencia de insumos y de medicación. Ninguno había recibido la visita del personal médico en su celda. No solo las dificultades están bajo el espectro de la DPSP, sino también en la articulación con los hospitales extramuros. En algunos casos las personas no son atendidas por derivación en los hospitales, salvo si hay una orden judicial; en otros, la atención resulta insuficiente y descontextualizada, por ejemplo indicando tratamientos que resultan imposibles de cumplir dentro de los muros.

2.3. Nicolás: perder la vida por desatención de la salud

La desatención de la salud es la principal causa de muerte en el encierro. Nicolás Octavio Nieto Lezcano, de 20 años de edad, se encontraba alojado en la Unidad 45 de Melchor Romero. Allí comenzó a presentar síntomas preocupantes (confusión mental, pérdida de equilibrio) y fue visto por el personal sanitario de la unidad que al principio restó importancia a la situación. A medida que el cuadro se complicaba, lo derivaron a hospitales públicos en dos oportunidades solicitando internación y asistencia, pero en ambos casos los médicos decidieron enviarlo nuevamente a la unidad sin realizar un diagnóstico adecuado y oportuno. Los síntomas continuaron agudizándose: no podía mantener el equilibrio, presentaba signos de confusión mental, los ojos perdidos, no podía hablar, no controlaba esfínteres, emitía gemidos y gritos. El director de Sanidad requirió intervención al procurador de la UP 45 para solicitar, mediante orden judicial, una internación compulsiva en un hospital extramuros que contase con la complejidad necesaria para abordar el cuadro.

Con orden judicial de por medio, el 22 de mayo Nicolás fue internado en el hospital San Juan de Dios de La Plata, y quedó en terapia intensiva con coma inducido, respirador artificial y alto riesgo de vida. El diagnóstico fue meningoencefalitis (de posible origen tuberculoso) y —según refirieron los médicos— el cuadro podría haber tenido otra evolución si hubiese sido abordado a tiempo.

A su vez, el riesgo se extendió a la salud de terceras personas que podrían haberse contagiado por estar en contacto directo con él. Entre los factores de riesgo no pueden dejar de mencionarse las inhumanas condiciones de vida de la cárcel: el hacinamiento, la falta de ventilación e higiene, la ausencia de medidas profilácticas y de prevención de enfermedades. Los traslados de Nicolás hacia los hospitales fueron realizados en vehículos no aptos, por ejemplo, un automóvil Peugeot 205 sin identificación. En su interior Nicolás no pudo ser ubicado en posición horizontal, no contaba con camilla ni elementos de asistencia básica. Viajó sentado y esposado en el asiento trasero.

Se evidencia en este caso que la atención médica se brindó de manera tardía, los traslados a los hospitales se llevaron a cabo cuando la situación ya era crítica y los médicos poco pudieron hacer. Asimismo, debe destacarse la desidia y la discriminación por parte de los efectores de salud de los hospitales públicos que le negaron asistencia en las primeras ocasiones que fue derivado.

Al momento de ser internado en el hospital, la salud de Nicolás Nieto Lezcano se encontraba gravemente comprometida y, a menos de un mes de su internación, se produjo su fallecimiento.

2.4. La gestión del derecho a la salud: sector Sanidad

Las áreas de sanidad son estructuras que deberían responder a las pautas básicas que organizan

el sistema de salud en la provincia de Buenos Aires, ya sea como hospitales o como unidades sanitarias, articuladas según niveles de complejidad. Pensando en esta estructura, pueden identificarse sanidades dentro de las unidades penales (con o sin internación), complejos sanitarios (agrupan varias unidades en una zona determinada) y una unidad penal-hospital (UP 22). Para los casos de mayor complejidad se articula con los hospitales públicos de la Provincia.

En la práctica, estas estructuras de salud dentro del SPB no funcionan desde la lógica del derecho a la salud sino desde una lógica securitaria: profundizan criterios que priorizan las necesidades del sistema carcelario por sobre la salud de las personas. Y en los hospitales extramuros predomina la estigmatización de las personas detenidas por parte de los efectores de salud, que conlleva la denegación de asistencia y tratamiento y deja como único recurso la intervención judicial. En el hospital Mi Pueblo de Florencio Varela, por ejemplo, directamente se dispuso una sala exclusiva para personas privadas de libertad, cuyas condiciones eran tan o más desastrosas que la Sanidad de cualquier unidad penal²⁵.

2.4.1. Infraestructura sanitaria

Durante las inspecciones realizadas en 2019, se constataron las condiciones en las que se encuentran los espacios destinados para la atención de la salud dentro de las unidades penales. En primer lugar, se observa mucha disparidad entre los sectores de sanidad de las distintas unidades: no todas tienen sector de internación, tampoco se encuentran equipadas de la misma manera o poseen los mismos servicios y la cantidad de personal no se relaciona necesariamente con el tipo de población que aloja (por ejemplo, en cuanto edad y género) ni con la cantidad de personas que debe asistir.

Según cómo fue pensada la unidad al momento de su construcción, es el diseño de su área de sanidad. Sin embargo, queda demostrado que en la práctica la utilización del lugar no se condice con su propósito original.

Por ejemplo, la UP 17 posee desde su inauguración un equipo de rayos X y un ecógrafo. El primero jamás fue utilizado ya que solo hay un consultorio para atención, una sala de internación que nunca fue amueblada y un espacio para el guardado de historias clínicas, insumos y medicación; no hay un espacio donde instalar y usar el ecógrafo, pero además nunca se contrató personal especializado que sepa utilizarlo correctamente.

Algunas unidades, además de atender a su población, también son centros de atención para las demás unidades de la zona. Así, la UP 2 funciona como complejo sanitario de la zona conocida como “circuito campo” (expresión que refiere a unidades ubicadas a grandes distancias de las zonas más urbanizadas de la Provincia), a gran distancia de los centros hospitalarios de mayor complejidad²⁶. Las condiciones de esta Sanidad se agravan por el hecho de que no garantiza la atención las 24 horas: a partir de las 17:00 las personas internadas utilizan recipientes plásticos para hacer sus necesidades fisiológicas y deben convivir con sus propios desechos hasta el día siguiente.

La UP 17 pertenece también a este complejo sanitario y es definida por los propios profesionales de la salud como una “salita de primeros auxilios”: cuenta con un sector de internación que no se usa debido a sus pésimas condiciones edilicias (olor nauseabundo, hongos en paredes y techo) y falta de mobiliario, insumos y personal.

Este cuadro corrobora de manera clara que la desatención de la salud forma parte de una política penitenciaria donde impera la desidia y la estigmatización hacia las personas privadas de su libertad,

²⁵ Sobre las condiciones de detención en los espacios de sanidad, ver CPM (2018b: 70-92).

²⁶ Nos referimos a los hospitales efectores de segundo y tercer nivel dentro del sistema de salud.

negadas por el estado como sujetos de derecho. De ello dan cuenta no solo los espacios sino las prácticas.

En el ingreso a sanidad de la UP 37 funciona una celda denominada *leonera*²⁷ que es utilizada para alojar a las personas detenidas hasta que son atendidos; el tiempo de espera pueden ser horas o días. Lo mismo ocurre en la UP 9. En la UP 51 el tamaño de la *leonera* es tan reducido que el día de la inspección se encontró una mujer recostada en el suelo ocupando la totalidad de la superficie; se trata de un espacio ciego en el hueco de una escalera, oscuro, húmedo y frío. La detenida manifestó que desde la mañana estaba alojada allí, no por cuestiones de salud sino a la espera de ser reubicada en otro pabellón.

Las salas de internación también en ocasiones son usadas con fines no sanitarios, como celdas para alojar a las personas detenidas que denominan *refugiados*²⁸. A menudo estas personas realizan tareas de limpieza, de mantenimiento e incluso administrativas dentro del sector de sanidad, y rara vez las actividades se reconocen como laborales. En los casos en los que se utiliza criterio médico, se aloja a personas con gran variedad de patologías o afecciones a la salud, sin atender la particularidad de cada caso.

La sanidad de la UP 1, que es complejo sanitario, cuenta con cuatro pabellones para internación. Uno lleva años clausurado por orden judicial; otro funciona como sala de infectocontagiosas y aloja a personas que padecen enfermedades como TBC; los otros dos son salas comunes de internación. Sin embargo, en cuanto a las condiciones estructurales, los cuatro son iguales: no cuentan con ventilación ni calefacción, las celdas no tienen baño propio, no hay personal que se dedique a la limpieza (lo hacen los propios pacientes) y ahí mismo reciben la visita de sus familias.

Por otro lado, de acuerdo a las características con las que originalmente fue pensada la unidad, la cantidad de consultorios o espacios disponibles dentro de Sanidad se adaptan para el funcionamiento de las distintas disciplinas que formalmente se desarrollan: psicología, odontología, enfermería, laboratorio, sala de rayos. En las inspecciones se ha constatado que las unidades con servicio de odontología cuentan con sillones viejos y en muchos casos en mal funcionamiento. En otras, el consultorio de psicología es un espacio improvisado al final del pasillo sin pared ni puerta que lo separe del resto del espacio y brinde la privacidad requerida para la atención. En la UP 8 tienen una sala de rayos que dejó de utilizarse cuando se jubiló el profesional responsable.

2.4.2. Trabajar sin herramientas: falta de insumos y medicamentos

La falta de insumos es otra constante que implica que la atención no pueda realizarse o que deba llevarse a cabo en condiciones precarias. Un caso destacado es el de odontología: en las unidades que brindan este servicio, los profesionales relatan que su accionar es muy limitado, ya que la falta de insumos e instrumental reduce las prácticas odontológicas sólo a extracciones y que, en muchos casos, “a pedido del propio detenido” se hacen sin anestesia.

La medicación se gestiona por distintas vías. Una parte por el sistema Gedeba para programas específicos como TBC o VIH; el botiquín de medicamentos esenciales se obtiene por CUS (cobertura

27 Celda con forma de jaula, de acuerdo a su ubicación una o más de sus paredes son de rejas y se ubican sobre el pasillo, por donde circulan las personas, completamente a la vista, sin permitir ningún tipo de privacidad para la persona allí alojada. No poseen ningún tipo de mobiliario y no tienen sanitarios. En algunas unidades están a la intemperie, exponiendo a las personas detenidas a todo tipo de inclemencias.

28 De acuerdo a las expresiones de las autoridades, son personas que tienen problemas con la población del penal y por eso se las separa. Se trata de alojamientos sin criterios médicos.

universal de salud), readecuación del programa Remediar, implementado hasta el año 2017. Los profesionales de la UP 15 indicaron que el botiquín de medicamentos esenciales que recibieron había reducido la cantidad y variedad en relación a los programas anteriores, con faltante de salbutamol, antibióticos y cefalexina, utilizados frecuentemente. En cuanto a lo que envía la DPSP, no se habían recibido insumos básicos como guantes, jeringas y gasas, y de los psicotrópicos solo la mitad de lo que se pidió.

En el mes de abril, en la UP 9 el desabastecimiento era generalizado tanto de medicamentos como de insumos básicos (gasas, guantes de látex, jeringas, agua oxigenada, anestesia para prácticas odontológicas, oxígeno). En este caso, el CUS no había sido enviado en febrero ni en marzo, y el listado de medicamentos e insumos solicitado a la DPSP no fue entregado en su totalidad.

El discurso de los profesionales es contundente: “si venías la semana pasada no teníamos todo”²⁹; “hoy tengo antibióticos, gasas, guantes... hoy”³⁰; “te desborda no tener con qué trabajar”; “es muy difícil cuando una quiere hacer y no tenés los recursos”³¹. Es habitual también que en las entrevistas refieran que suelen llevarse muestras gratis, insumos y elementos de trabajo para realizar las tareas sanitarias. Durante la huelga de hambre³², los profesionales manifestaron la imposibilidad de proceder al pesaje diario por falta de balanzas.

En agosto de 2019 se inspeccionó la UP 2, donde se constató la falta de psicofármacos tales como clonazepam, gabapentina y citalopram (el primero es uno de los más indicados y llevaban más de dos meses sin stock). Las personas que los tenían indicados tuvieron que suspender su tratamiento repentinamente o se los reemplazaron por otro sin previa consulta con psiquiatras, ya que los turnos solicitados no se llegaron a concretar³³.

La consecuencia de lo expuesto se suma a los problemas sanitarios de la cárcel. Frente a la falta de medicamentos o la irregularidad en su entrega, las personas detenidas ven interrumpido su tratamiento o reemplazan sus medicamentos por otros que en muchos casos no producen el efecto esperado por no ajustarse a lo indicado.

2.4.3. Las manos que faltan: profesionales de la salud en extinción

La falta de profesionales es una constante dentro del sistema. Si bien se trata de un problema multicausal, nos interesa observarlo como una práctica constitutiva de la política de salud penitenciaria. No se trata exclusivamente de la contratación de personal especializado, sino también de su distribución dentro del sistema y de las posibilidades reales que tienen para desarrollar sus tareas. En definitiva, se trata de la planificación de una política pública de salud que aborde y dé respuesta a los problemas de la población específica a la que se dirige. Para ello es necesaria la contratación de más personal y una distribución adecuada. No todos los profesionales dependientes de la DPSP están asignados a una unidad: en algunos casos están asignados al abordaje de todo un complejo o de varios al mismo tiempo, como ocurre con los cinco psiquiatras que trabajan por fuera de la UP 34, quienes deben abordar la salud mental de todas las unidades penales restantes que alojan al 99% del total de la población³⁴. En la UP 9 cuentan con un infectólogo (quien solo hace

29 Profesionales de la salud entrevistados en la UP 6.

30 Profesionales de la salud entrevistados en octubre en la UP 15.

31 Profesional de la salud entrevistada en abril en la UP 51.

32 Ver capítulo 6 de esta sección.

33 Ver en este capítulo el apartado 2.5.

34 Ver apartado 2.5.

seguimiento de personas con VIH) solo una vez a la semana, ya que concurre a otras unidades penitenciarias porque cumple la función como médico del complejo.

El caso de la UP 51

La mayoría de las/os profesionales del sector son compartidos con otras unidades del Complejo Penitenciario de Magdalena, con las dificultades que esto conlleva en relación a la poca disponibilidad de las/os mismas/os cuando se las/os requiere. Hace más de dos años que no cuentan con profesionales de servicio diario. La única especialidad garantizada todos los días de la semana, durante 24 horas, es enfermería. Hay médico clínico los jueves y sábados con guardias activas de 24 horas, mientras que concurre también los martes pero por menos cantidad de horas y “para responder oficios”. El infectólogo pertenece al Complejo y solo concurre para atender aquellas mujeres que padecen VIH. No cuentan con la especialidad de traumatología ni tampoco ginecología y deben realizar las atenciones en nosocomios extramuros, lo que resulta difícil de garantizar. En cuanto a la atención en salud mental, solo hay una psicóloga que concurre los días lunes y viernes mientras que la psiquiatra pertenece al Complejo y asiste a la Unidad solo los miércoles.

Por otro lado, las plantas profesionales no son iguales en todas las unidades: algunas cuentan con personal de servicio diario y de guardia, y otras solo con servicio de guardia. En 2019 se constataron cambios en las estructuras de ciertas unidades; a profesionales que eran originalmente de guardia se los cambió al servicio diario. Al consultarles sobre la diferencia en cuanto a la modalidad de atención, refirieron que solo se trataba de una modificación horaria.

El caso de la UP 8 y la UP 33

La UP 8 y la UP 33 de Los Hornos comenzaron a compartir el personal desde enero de 2019, y tienen asignados profesionales para servicio diario, médicos de guardia y enfermeros. Las profesionales entrevistadas manifestaron que con la directiva de la gestión de la DPSP anterior, que produjo sumarios masivos a trabajadores de sanidad, se perdió mucho personal profesional. De acuerdo a lo expresado por la médica de guardia, cuentan con una psiquiatra que comparten con la UP 33 y tres psicólogas. Las psicólogas realizan atención a demanda y cumplen guardias pasivas. Manifestaron que cuentan con especialidades, destacando que solo hay una ginecóloga y que, además, cumple la función de jefa de Sanidad.

En ninguna Sanidad inspeccionada la cantidad de profesionales y especialidades era acorde a las necesidades de la población carcelaria. En unidades como la 17 solo hay servicio de guardia médica cuatro veces a la semana. Esta realidad conlleva la imposibilidad de conformar equipos interdisciplinarios para el abordaje de la salud integral, así como una modalidad de atención deficiente y deshumanizada.

En este marco, se generan una serie de irregularidades que ponen en riesgo la salud de la población carcelaria y también del personal; se observa la existencia de personas no idóneas para labores específicas, como el caso de las farmacias: se registró que solo una cuenta con farmacéutica (UP 2) y en los demás casos depende del personal disponible para realizar la tarea. En la UP 6 Dolores manifestaron que hay un radiólogo que saca las placas en la unidad y las revela extramuros por falta de equipamiento. Un bioquímico hace las extracciones, pero analiza las muestras en un laboratorio por fuera de la unidad. Hay dos mecánicos dentales, uno de los cuales cumple tareas de enfermero y el otro

es quien está a cargo de la farmacia, y las funciones odontológicas las cumple el jefe de sanidad. En casi todas las sanidades el trabajo de limpieza, mantenimiento o administración es realizado por personas detenidas, a las cuales no se les brinda ningún tipo de capacitación sobre pautas mínimas a seguir, como tampoco los elementos necesarios para la protección de su salud. En la UP 2 siete personas detenidas cumplen funciones en Sanidad, y su principal tarea es la asistencia de las personas que se encuentran alojadas en la sala de aislamiento. En la UP 17 dos detenidos realizan las tareas de limpieza, cocina y administración, y se encuentran alojados de forma permanente en el sector. Entre otras tareas que se han registrado que realizan personas detenidas, se incluye la manipulación de historias clínicas, cocina para el personal y asistencia general a personas internadas en el sector. En la UP 2 las personas alojadas en Sanidad relataron que los/as médicos/as no recorren la sala de internación, y los que proveen la medicación suelen ser los detenidos que cumplen funciones laborales en el sector.

Complejo sanitario UP 15

En la entrevista, los profesionales de sanidad de la UP 15 remarcaron, en relación a la falta de personal administrativo, que desde marzo no hay quienes cumplan esa función, y que en la actualidad lo suplen con los agentes penitenciarios asignados al sector de sanidad. Ellos asumen la función de llevar adelante, entre otras cuestiones administrativas, la gestión de la ambulancia para los traslados. En el complejo hay un médico de guardia y un enfermero que no pueden atender todo el trabajo a realizar con las personas detenidas en la unidad. Allí no hay profesionales de especialidades, todos cumplen la función de médico clínico/guardia. La planta profesional se compone de dos psicólogos, un infectólogo, dos técnicos en laboratorio (solo hacen extracciones y test rápidos para retrovirales VIH/TBC), dos odontólogos y un kinesiólogo. Dos personas detenidas llevan adelante las tareas de limpieza y archivo respectivamente.

Como se observa, la falta de recursos humanos es un problema estructural del sistema penitenciario. Los espacios quedan vacantes por mucho tiempo o bien son ocupados, sin una lógica formal establecida ni formación adecuada, por profesionales, técnicos, agentes penitenciarios o presos/as³⁵.

2.4.4. Modalidad de atención

La modalidad de atención conforma un conjunto de prácticas y acciones que se despliegan para abordar las problemáticas de salud, ya sea para un tratamiento colectivo o individual. Es habitual justificar la desatención de la salud en las falencias estructurales mencionadas, pero no es necesariamente así. Para desarrollarla adecuadamente resulta necesario, entre otros puntos, que los profesionales posean adecuada información sobre la población que atienden. Resulta curioso que ante la consulta por el listado de personas que presentan alguna patología refieran desconocer dicha información, ya que quienes llevan estos registros son las personas encargadas de la farmacia. Además de desconocer información que permitiría pensar prácticas preventivas, queda en evidencia que el objetivo está puesto en resolver las cuestiones operativas intentando asegurar los insumos medicamentosos.

Otra práctica habitual e irregular es la forma en que se gestiona la entrega de medicamentos. En la UP 2 depende del tipo de fármaco que se vaya a suministrar: la medicación para patologías crónicas se entrega mensualmente en Sanidad y esta tarea la realizan los profesionales; los psicofármacos

³⁵ Para ampliar el tema del personal de salud y la oferta sanitaria, ver CPM (2018b: 27-55).

se entregan diariamente a cada uno de los agentes encargados de los pabellones, para que ellos los suministren (los agentes penitenciarios deben firmar un registro en donde consta el procedimiento). Estas prácticas deben contemplar todo el proceso: cómo las personas acceden a la asistencia médica, cómo es desarrollada hasta el final de la atención (tratamiento y rehabilitación) en base a los parámetros establecidos en la ley de derechos del paciente 26.529 (modificada por ley 26.742) y su decreto reglamentario 1089/12, que establece los derechos esenciales de asistencia, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, interconsulta médica, información sanitaria, consentimiento informado y acceso y manipulación de historia clínica. En definitiva, la modalidad de atención va de la mano con la relación equipo de salud/paciente que se incumple reiteradamente. Dicha observancia corresponde tanto para los profesionales dependientes de la DPSP como para aquellos que atienden a las personas privadas de libertad en los hospitales extramuros.

Las personas denuncian constantemente dificultades para acceder a la atención de salud. Ello responde a que los profesionales no recorren los pabellones, ni siquiera en los SAC en donde deben hacerlo obligatoriamente según resolución administrativa. En la inspección realizada en la UP 2 las autoridades refirieron que todos los días el médico de guardia pasa por el SAC para “chequear el estado de salud” de las personas aisladas, lo que contradice con lo expresado por las personas alojadas en dicho pabellón. Vale aclarar que durante la inspección a dicho sector, se accedió al libro de novedades del SAC y se observó que al menos en los últimos cinco días (entre el 22 y el 26 de agosto) no se había registrado ningún ingreso de profesionales de la salud al sector. Ante eso, sólo les queda expresar sus demandas a los agentes penitenciarios, quienes deciden cuáles son los casos que llegan a conocimiento de los profesionales de la salud. A esto denominamos la *intermediación de la demanda*, que provoca que las personas no sean oídas y habilita que los agentes penitenciarios adopten decisiones discrecionales sobre la salud sin una formación habilitante y rompiendo con el derecho de la autonomía de la voluntad, la confidencialidad y el acceso al sistema de salud³⁶.

La dificultad en el acceso ocurre también dentro del mismo sector, en aquellas sanidades que tienen internación. En la UP 28, los detenidos relatan que el médico los ve “cada tanto” y que sólo los ausculta y los pesa. Refieren que después de las 15:00 hs casi no queda nadie en el lugar y si necesitan algo deben gritar para que los escuchen. Carecen de atención y cuidado de enfermería. “Reniegan” o deben insistir reiteradas veces, incluso para que alguien les brinde información sobre la evolución y el tratamiento. El deterioro del lugar es visible y absoluto: además de las pésimas condiciones materiales, las personas no reciben cuidados propios de una internación por motivos de salud; por el contrario, deben limpiar el lugar y cocinarse.

Respecto de la alimentación, el jefe de sanidad es quien gestiona con el área de depósito y comida la provisión de dietas especiales. Puntualmente, manifiesta que, si bien muchas personas las tienen indicadas, no se cumplen por falta de insumos. Este relato se relaciona con lo manifestado de manera coincidente por las autoridades del penal y las personas entrevistadas respecto a la situación de hambre que se vive en la unidad.

Las dietas especiales constituyen un elemento de vital importancia para algunos tratamientos médicos. Sin embargo, y a pesar de ordenarse su provisión para muchos presos/as con patologías, rara vez estas llegan a concretarse. Durante 2019 este problema resultó agravado en el marco del virtual desabastecimiento de alimentos³⁷.

36 Para ampliar el tema de la mediación penitenciaria, ver CPM (2018b: caps. 5 y 7).

37 Ver capítulos 5 y 6 en esta sección.

El caso de la UP 28

Los detenidos relatan que les entregan alimentos tales como fideos, arroz, lentejas y son ellos los que se cocinan. Asimismo, les dan la misma comida que reparten en los pabellones, con lo cual no les entregan dieta especial. Tampoco les dan lácteos o frutas. La cocina donde preparan sus alimentos estaba totalmente deteriorada, sin vidrios ni medidas adecuadas de seguridad; el espacio carecía de limpieza y salubridad, y el aseo del espacio era exclusiva responsabilidad de los detenidos.

Por otro lado, la forma de la atención suele estar cargada de prejuicios, priorizar criterios de seguridad, violar la privacidad y desatender los derechos del paciente. La mayoría de las consultas se desarrollan con la presencia de personal penitenciario o la puerta abierta del consultorio médico. Las personas detenidas entrevistadas suelen no conocer sus diagnósticos, y refieren que no se les explica adecuadamente sobre éste ni el tratamiento indicado: “no te dicen nada”, “qué sé yo qué me dijo”, “no me preguntó nada y me dijo que me tome esta pastilla”.

El caso de la UP 8

El/la médico/a de guardia realiza recorridos por todos los pabellones de forma diaria acompañado/a por personal penitenciario. El objetivo es evitar la circulación de presas porque “a todas les pasa algo, entonces vos le preguntás y ves si lo podés resolver sin tener que revisarla, entonces no la llevás a Sanidad [...]. Así frenas la salida de tantas internas”. De acuerdo a lo expresado por la médica de guardia entrevistada, la mayor demanda de atención proviene del pabellón de adultas mayores: “estás 20 minutos con las señoras y 5 minutos para el resto”.

En general, falta perspectiva de género en las/los profesionales que trabajan en unidades con población de mujeres. Suelen referirse a ello con expresiones como:

“Acá las internas son muy demandantes, son unidades difíciles, son muy conflictivas [...]. En San Martín tienen un médico dos veces por semana y está todo planchadito, ningún problema. Acá eso sería imposible”. “Somos todas minas, qué querés que te diga... las presas, las penitenciarias, las médicas, todas mujeres, es un quilombo”.

La modalidad de atención contempla también la resolución de los problemas de salud no solo dentro de las sanidades sino también en los hospitales extramuros. De la información registrada durante 2019, las principales dificultades se relacionan con la falta de ambulancia o de combustible a disposición de Sanidad, lo que trae como consecuencia la pérdida de los turnos otorgados. Las dificultades burocráticas o falta de procedimientos para la gestión de esos turnos también dilatan o impiden el acceso (dificultades para pedir el turno por falta de personal en Sanidad, falta de teléfono, desorganización administrativa). En muchos casos los hospitales limitan la entrega de turnos para estudios y consultas médicas para personas detenidas y, en general, evitan las internaciones en los hospitales; cuando sucede, la práctica común es mantener a las personas esposadas a la cama.

En la inspección a la UP 2, refirieron que si bien los turnos se consiguen el mayor obstáculo es la falta de móviles para realizar los traslados hasta los hospitales porque hay una sola ambulancia para las tres unidades del complejo.

En el caso de la UP 8, refirieron articular con diferentes hospitales de La Plata: para cuestiones ginecológicas mayoritariamente con el Romero y en menor medida con el San Martín; para atención en consultorio y traumatológicas con el San Martín; y para afecciones respiratorias con el San

Juan de Dios. En cuanto a los hospitales que les han negado turnos, una autoridad manifestó: “En el Rossi odian a las presas, ni siquiera te contestan. Yo creo que cuando llega un pedido nuestro deben hacer un bollito y tirarlo a la basura”.

Un particular inconveniente de los traslados se vincula con el movimiento y el llenado de historias clínicas. Es frecuente encontrar registros incompletos, desordenados cronológicamente y guardados en lugares que no cumplen condiciones mínimas de preservación; irregularidades naturalizadas por buena parte del personal de salud entrevistado.

El caso de la historia clínica perdida en la UP 23

Durante el traslado de una persona detenida se extravió su historia clínica (HC). No se procedió a buscarla o denunciar su pérdida, simplemente le iniciaron una nueva HC en la que no completaron datos relevantes: fecha de inicio, datos personales del detenido e información fundamental sobre su salud, como tener una colostomía. En la nueva HC sólo consta que fue atendido por una psicóloga, quien indica consulta con psiquiatra (y que 15 días después de esta indicación no había sido realizada). La persona detenida relató que hacía 15 días que no recibía su medicación psiquiátrica. El personal de salud entrevistado no manifiesta ninguna preocupación por esta discontinuidad: comienzan diciendo que “los detenidos mienten”, que ellos no pueden medicar sin indicación de un psiquiatra, pero tampoco pueden garantizar que lo atienda un psiquiatra ni cumplen con la indicación al respecto.

2.4.5. Franco Antonio, un caso emblemático

Como venimos desarrollando, la desatención de la salud en el sistema penitenciario bonaerense tiene varias aristas. Presentamos aquí un caso particular que las condensa con crudeza.

El 12 de agosto de 2019, María acudió al Comité contra la tortura de la CPM para solicitar ayuda desesperada por su pareja, Franco Antonio De La Cruz Cabrera, quien se encontraba detenido en la UP 35 de Magdalena y no recibía asistencia médica adecuada. Desde hacía meses sufría vómitos, diarrea, fiebre y pérdida de peso. Antonio padecía VIH y desde hacía dos años no recibía tratamiento medicamentoso de modo regular ni dieta gástrica especial.

Cansada de que el Servicio Penitenciario desoyera los pedidos de ayuda de Antonio, María nos informó que se había dirigido al tribunal para exponer personalmente la crítica situación que afectaba a su pareja. Desde el tribunal se dispuso la derivación de Antonio hacia un hospital. Sin embargo, María explicó que aquella primera atención hospitalaria no fue suficiente y que con posterioridad no se realizó un seguimiento de su estado. Antonio continuaba débil, sufría descomposturas, se agitaba al hablar y ya casi no podía levantarse de la cama.

Tras tomar conocimiento de esta situación, el 13 de agosto presentamos un habeas corpus a favor de Antonio, requiriendo atención especializada en infectología de un hospital extramuros. Al día siguiente fue citado a comparecer. María se presentó en la puerta de tribunales para ver a su marido el día de la audiencia, y durante aquel encuentro se alarmó al observar su deterioro físico (llevaba un mes sin verlo): lo encontró extremadamente delgado y pálido. “Mi marido no era mi marido [...] Hacía 20 días que no lo veía porque él no quería que lo viera así. [...] No me imaginé una cosa así, un esqueleto andando era mi marido”.

Si bien no recibimos copia de la resolución judicial correspondiente al habeas corpus, supimos a partir de lo relatado por María que el tribunal había ordenado la evaluación de Antonio en la Asesoría

Pericial para determinar si se encontraba en condiciones de ser hospitalizado. Sin embargo, los agentes penitenciarios encargados de ejecutar la medida la incumplieron y reintegraron a Antonio a la UP 35. Fue así que el 15 de agosto enviamos una ampliación del habeas corpus comunicando los nuevos hechos y reiterando el pedido de atención médica extramuros con controles infectológicos. Una semana después María volvió a acercarse al Comité y refirió que su marido había sido evaluado por el cuerpo médico pericial que constató un cuadro de deshidratación; luego fue alojado en un pabellón común de la unidad, no en Sanidad, y no se le suministró suero ni se aplicó ningún tipo de medida de asistencia sanitaria.

Pasaron cinco días y María regresó a nuestra sede alarmada por nuevos síntomas que aquejaban a su pareja. Refirió que presentaba dificultades visuales y auditivas, que se mareaba y descompensaba con mucha frecuencia y que, por ese motivo, sus compañeros debían asistirlo en el desempeño de las actividades de la vida diaria. Hasta lo ayudaban a bañarse para evitar posibles caídas a causa de los mareos que sufría con frecuencia. También expresó que unos días atrás le habían entregado unas pastillas sin explicarle para qué tratamiento eran. Entonces remitimos un nuevo informe urgente el 28 de agosto.

El día 9 de septiembre mantuvimos una nueva entrevista con María y tomamos conocimiento de que Antonio había sido derivado al hospital San Juan de Dios de La Plata, internado en terapia intensiva por un cuadro de deshidratación, desnutrición y anemia. Los médicos del hospital le explicaron a María que la vida de su marido corría peligro pues su corazón no funcionaba correctamente y su salud general presentaba un gran deterioro. Con este parte médico, Antonio (desnutrido, deshidratado, con vómitos y diarreas, provisto de suero y de sondas alrededor de su cuerpo) continuaba soportando maltratos del Servicio Penitenciario: lo esposaron de un pie y una mano a la camilla.

Se interpuso inmediatamente un habeas corpus solicitando el cese de la sujeción mecánica por entender que, en razón del delicado estado de salud, dicha práctica atentaba contra su dignidad como ser humano y resultaba riesgosa para su salud ante cualquier situación de urgencia. El tribunal resolvió retirarle las esposas de una sola extremidad. Para aquel momento Antonio no respondía a estímulos y los médicos ya pronosticaban un posible estado de coma y la potencial conexión a un respirador artificial. El 28 de septiembre Antonio falleció.

2.5. La invisibilización de la salud mental en el encierro

Como se ha venido sosteniendo, las cárceles bonaerenses no son lugares aptos para el tratamiento de enfermedades previas al encierro; al contrario, constituyen un ámbito de agravamiento de padecimientos preexistentes y de aparición de nuevas enfermedades. El régimen de vida, las condiciones materiales, los tormentos y la arbitrariedad penitenciaria y sanitaria, enferman y potencian enfermedades. La salud mental no es ajena a esta dinámica y adquiere rasgos particularmente graves que han sido constatados en las inspecciones, en entrevistas a responsables de la DPSP y en el seguimiento de casos particulares (individuales o colectivos).

Los cuatro años de gestión de la gobernadora María Eugenia Vidal no significaron un giro en la dirección que viene mostrando el sistema punitivo bonaerense desde hace más de veinte años. Más aun, profundizaron esta situación general y, en particular, afectaron la atención de la salud mental en unas cárceles provinciales cada vez más sobrepobladas.

Para una aproximación al funcionamiento de la atención de la salud mental en las cárceles

bonaerenses, partimos de una referencia a la normativa vigente que rige en nuestro país. Luego se pone en evidencia la sistematicidad con que se incumple en el ámbito penitenciario, fundamentalmente con el recurso de la sobre-medicalización de los/as presos/as y el suministro de psicofármacos en forma arbitraria y sin el seguimiento del cuerpo de profesionales correspondiente, con la circulación excesiva y sin control de comprimidos en los pabellones, con el recurso a las peores prácticas del sistema manicomial como la sujeción mecánica y la inyección forzosa de sedantes, todo ello en el marco del virtual desmantelamiento de la Dirección de Salud Mental de la DPSP.

2.5.1. Ley nacional de salud mental y contexto de encierro

La ley nacional 26.657/10 reconoce a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramientos implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas”. Teniendo en cuenta esta concepción, resulta evidente que la salud mental de personas privadas de su libertad se encuentra gravemente comprometida, en tanto el ámbito penitenciario es un espacio de destrucción de lazos sociales y de violación sistemática de derechos humanos.

El artículo 7 establece los derechos de las personas con padecimientos mentales, que se sintetizan en el concepto del derecho a “recibir atención sanitaria y social integral y humanizada”. El cuadro existente en el marco del sistema penitenciario se opone diametralmente a este postulado.

Frente al “derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos” y al derecho a que “la prescripción de medicación responda a necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y administrada con fines terapéuticos, nunca como castigo o por conveniencia de terceros”, detallaremos en este apartado la medicalización de personas privadas de su libertad con criterios de gobierno poblacional en contexto de encierro.

Frente al “derecho a recibir tratamiento y ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente”, observamos una tendencia clara a la interrupción de tratamientos farmacológicos prescritos, así como a la medicalización arbitraria sin indicación profesional.

Frente al “derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento,” emergen casos de ingesta forzada de sedantes bajo peligro de recibir sanciones disciplinarias.

Frente al deber público de “promover que la atención de la salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario,” prevalece la completa falta de un equipo de profesionales que atienda a una población en situación de encierro en permanente expansión.

Frente a la obligación por ley de que “las internaciones de salud mental se realicen en hospitales generales”, aparecen situaciones de sujeción mecánica en las unidades sanitarias de cárceles provinciales, y el encierro por tiempo indeterminado de personas declaradas como inimputables o con medidas de seguridad en las unidades neuropsiquiátricas de Melchor Romero.

Todos y cada uno de los derechos del paciente, todas y cada una de las obligaciones del Estado establecidas por la ley de salud mental, son sistemáticamente incumplidas en las cárceles bonaerenses, y constituyen torturas, tratos crueles, inhumanos y degradantes. En los siguientes apartados se detallan con mayor precisión.

2.5.2. La Dirección de Salud Mental

En mayo de 2005 el decreto 950/05 del gobierno provincial suprimió la Dirección de Sanidad

perteneciente al SPB y creó la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria, también en el ámbito del Ministerio de Justicia. Dentro de esta dirección se creó la Dirección de Salud Mental y Adicciones (DSM), con el objetivo principal de “coordinar y supervisar las actividades desarrolladas por los profesionales del área de psiquiatría y psicología que prestan servicios en las distintas Unidades Penitenciarias”³⁸. La información reconstruida durante el año por la CPM permite sostener que:

- a) existe una debilidad estructural de la DSM que impide el derecho a la salud mental de las personas en situación de encierro, fundamentalmente como consecuencia de la falta de recursos humanos;
- b) hay una tendencia del SPB y de otras áreas de la DPSP a ocupar parte del vacío generado por la falta de profesionales de las áreas de psicología y psiquiatría con personal no capacitado en el área;
- c) hay casos de participación activa de profesionales de la psiquiatría dependientes de la DSM en situaciones de vulneración de derechos de las personas privadas de su libertad y en la desatención de su salud mental.

Los problemas que esto conlleva se ven agravados en las unidades del llamado “circuito campo”, donde el personal especializado es más escaso y/o tiene dificultades propias de la distancia que lo separan de La Plata. Es fundamental tener en cuenta, por otro lado, que la falta de profesionales es acompañada por un proceso sostenido de crecimiento neto de la población encarcelada, lo que disminuye aún más la cantidad de especialistas por paciente.

2.5.2.1. La falta de personal profesional

En el marco de una entrevista realizada en octubre de 2019, la directora de Salud Mental analizó como problema fundamental del área a su cargo la falta de profesionales. La Dirección cuenta con un total de diez psiquiatras, cinco de los cuales trabajan exclusivamente en la UP 34 de Romero, cárcel que el SPB destina al alojamiento de personas con patologías psiquiátricas³⁹; lo que deja un total de cinco psiquiatras para atender la demanda de las restantes unidades de toda la Provincia. Por otro lado, trabajan en esta Dirección 115 psicólogas/os que tienen a su cargo la atención de las casi 45.000 personas detenidas en los 64 establecimientos penitenciarios y alcaldías; hay además siete trabajadores sociales, cinco de los cuales se desempeñan en el polo Romero.

Durante 2019 la CPM realizó inspecciones y registros a las unidades sanitarias de las UP 2, 5, 6, 8, 9, 15, 17, 23, 37, 45, 51, 52 y 57; se suma la información indirecta construida sobre penales que no fueron monitoreados pero que comparten complejo con los mencionados (33 Los Hornos, 24 y 42 Florencio Varela, 28, 35 y 36 Magdalena).

Se pudo constatar la actividad de siete psiquiatras y 30 psicólogas para todos estos penales, que albergan al 40% de la población total (18.000 presos/as aproximadamente). En siete de los penales monitoreados trabajaba un psiquiatra que, en general, asistía una vez a la semana a cada unidad; en el resto no trabaja ningún psiquiatra. En cuanto a las psicólogas, en la mayoría de los lugares trabajan una o dos (sólo en cuatro casos más de dos) generalmente una vez a la semana, aunque en algunas situaciones con un régimen de 25 horas semanales. A grandes rasgos estos datos

³⁸ Decreto 950/05 de la provincia de Buenos Aires, publicado el 10 de mayo de 2005 con firma del gobernador Felipe Solá.

³⁹ Este dato de carácter oficial y verificado en las inspecciones de la CPM, contrasta con otros documentos oficiales en los que figuran más de 100 nombres de médicos que diagnostican enfermedades psiquiátricas en las unidades penitenciarias. Entonces, si solo hay 10 psiquiatras habilitados en todo el circuito penal, cabe suponer que médicos de otras especialidades están diagnosticando padecimientos mentales e indicando psicofármacos para su tratamiento.

coinciden con lo expuesto por la directora de Salud Mental en la entrevista. Durante las inspecciones se observó la participación de psiquiatras en las unidades sanitarias que, en los hechos, trabajan con función de médico de guardia, lo que implica que no se encuentra empleado para desempeñarse en su especialidad.

Una nota firmada por la jefa del Departamento de Psiquiatría y Psicología de la DPSP, en el marco de la causa 4380, aporta información oficial sobre los profesionales que trabajan en la UP 2 de Sierra Chica (tres psicólogos), en las UP 7 y 27 (tres psicólogos) y en las UP 30 y 14 (un psicólogo). En ningún caso hay psiquiatras, y la atención depende de largos traslados de personal que vive en otras ciudades, principalmente en la capital de la Provincia.

La falta de personal responde a dos hechos particulares: la no incorporación de nuevo personal que reemplace a la planta jubilada, y la realización de sumarios masivos en 2017 que significaron la pérdida de 200 profesionales del área⁴⁰.

El área no cuenta con bases de datos propias, las que existen son confeccionadas en forma centralizada en la DPSP. La información brindada, en la que se detalla una nómina de personas que recibieron psicofármacos por indicación médica, presenta diferentes problemas en el origen de los datos; uno es la falta de un criterio explícito y unificado para la nomenclatura de los diagnósticos y la imprecisión acerca de qué incluyen o en qué se diferencian. Sobre las dosis recetadas, no se consigna el período y duración del tratamiento, los datos personales están incompletos, faltan datos sobre profesionales a cargo y sobre fecha de última evaluación.

La DSM se encuentra en una situación crítica que impide la garantía de acceso a una atención profesional a pacientes con problemas vinculados a la salud mental.

2.5.2.2. La competencia con el SPB

La contracara de la falta psiquiatras y psicólogos/os es la atención de la salud mental y la administración de medicamentos por parte de guardias del SPB y de personas bajo su órbita; este proceso es parte de la virtual anulación de la DSM como organismo independiente del servicio penitenciario. Además constituye un marco que facilita el abuso y uso arbitrario del SPB del método que se conoce como *plancha* o distribución de psicofármacos sin indicación médica a fin de “tranquilizar” a las personas detenidas, la mediación penitenciaria para el acceso a la salud y el agravamiento generalizado que esto conlleva en la salud de los/as presos/as.

Esta competencia se observa particularmente en el desarrollo de talleres para el trato de adicciones y en la intervención en las unidades sanitarias en situaciones de crisis:

P: ¿Cómo es a nivel de gestión la relación de tu Dirección con el SPB?

R: En algunas cosas es muy armónica, depende de la persona, y en otras no; a veces te cuesta mucho, pero tratamos de que sea lo más cordial posible, a veces no se puede... Sobre todo cuando queremos hacer cosas y hay una suerte como de competencia en los talleres, pero bueno, vamos viendo. Porque ellos también organizan talleres con profesionales de salud mental... (...) el SPB absorbió un montón de esas cosas, absorbió de la gente que fue trasladada al Servicio, hizo cosas que en todo este año acá no se pudo... en Salud Mental no

40 En muchos casos estos sumarios se justificaban por el incumplimiento horario de los profesionales de la salud, que no concurrían a desempeñar tareas y dejaban los servicios sin atención médica. No obstante la razonabilidad de muchos de estos procedimientos, no se reemplazaron los cargos vacantes y la política fue de vaciamiento y achique de la atención sanitaria, sin brindar otras respuestas para resolver los déficits mencionados.

estaba hecho, como que nosotros empezamos de nuevo⁴¹.

Las posibilidades de intervenir en la dinámica sanitaria de las unidades son mínimas: es una Dirección que cuenta con menos de 200 profesionales (más de la mitad especializados en psicología), frente a un Servicio Penitenciario de casi 25 mil agentes a cargo de 45.000 personas privadas de su libertad. Las falencias mencionadas acompañan los obstáculos para la atención de la salud que históricamente han denunciado los informes anuales de la CPM y del RNCT: dependencia de agentes penitenciarios para entrar en contacto con pacientes, dificultades para lograr los traslados a otras unidades sanitarias u hospitales extramuros, pérdidas de turnos son elementos confirmados por la directora de Salud Mental.

Este marco, consolidado luego de la realización de sumarios masivos en la DPSP, se articula con la formación acelerada de agentes penitenciarios en cursos de capacitación sobre salud mental:

P: ¿Tienen un programa específico para el tratamiento de adicciones?

R: Sí, nosotros sí. Para todas las fases del tratamiento, pero estamos tratando que nos devuelvan profesionales que nos sacaron. Fue un problema la intervención y el tema de los sumarios. Es lo que yo te digo, hacen falta profesionales en las unidades y bueno...

P: ¿Perdieron muchos en la Dirección de Salud Mental?

R: Sí, algunos renunciaron después de eso. Fue una presión, fue terrible lo que se dio. Hemos perdido 200 profesionales. (...) y no solo eso sino que también renunciaron, algunos fueron echados y la población aumenta. Hubo mucho ingreso de gente de seguridad, la que nosotros hemos formado y capacitado en salud mental para San Martín, para Campana, por el programa Jóvenes-Adultos, pero no nos han ingresado gente para que trabaje acá por ejemplo.

P: Cuando vos hablás de capacitación de seguridad, ¿ustedes capacitan a personal del SPB para qué?

R: Sí, con los datos básicos de lo que es la salud mental, con qué se van a encontrar (...).

P: ¿Y tienen algún tipo de regularidad esas capacitaciones o espacios de discusión?

R: No, mirá, se van haciendo. La última vez que estuve en la Unidad 34 nos pusimos a charlar y a hacer una organización, ni prensa ni nada. Hubo un caso de un suicidio en el anexo femenino y fuimos, nos pusimos a charlar con todo el personal de seguridad; después sí establecemos ciertas cosas con la gente de seguridad, por ejemplo con los de intervención en crisis, la gente de seguridad también es parte digamos, a diferencia de otros lugares.

Falta de personal nuevo, sumarios masivos al personal activo, intervención en tareas que le competen a la DSM y capacitación informal de personal penitenciario conforman la estructura que garantiza al SPB la posibilidad de gobernar la atención/desatención de la salud mental y el uso arbitrario de psicofármacos, sea para tratamiento de personas con padecimientos mentales o como estrategia de gobierno de la población.

2.5.3. Sobre-medicalización

La debilidad estructural del equipo profesional de psiquiatras y psicólogos/os contrasta con la significativa provisión de psicofármacos que reciben las unidades. La circulación de grandes cantidades de drogas de este tipo es un rasgo distintivo del ámbito penitenciario. Los problemas que generan presentan varias aristas: la sobre-medicalización de presos/as sin un criterio tratamental

41 Entrevista realizada a la directora de Salud Mental y Adicciones de la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria, octubre de 2019.

claro; la prescripción de estos medicamentos a personas que no tienen diagnóstico psiquiátrico; la administración compulsiva de *plancha* como instrumento de gobierno carcelario (fundamentalmente en la UP 34 de hombres y en las UP 8 y 45 de mujeres); y la circulación de pastillas para consumo recreativo como medio de intercambio por otros bienes entre presos/as. En este apartado analizaremos dichos elementos.

2.5.3.1. Circulación de psicofármacos

Como se expuso, los medicamentos en las unidades son provistos formalmente a través del sistema Gedeba y del CUS (ex Remediar) en función de lo solicitado por cada unidad sanitaria a la DPSP. La partida es entregada en cada UP al/la encargado/a de la farmacia, incluyendo los psicofármacos. Diazepam, clonazepam, carbamazepina y divalproato de sodio son los narcóticos de mayor circulación.

Por fuera del sistema formal de entrada de psicofármacos existe un circuito paralelo por el cual familiares de detenidos/as ingresan medicamentos, sea para este tipo de patologías o para otras. La regulación de este segundo sistema queda a criterio del SPB: en algunos casos los familiares facilitan medicación que fue profesionalmente recetada pero que no es provista por el sistema penitenciario; en otros no responde a criterios profesionales y su concreción es responsabilidad de los propios agentes carcelarios.

En cuanto al abastecimiento de estos insumos, relevamos que algunas unidades presentaron faltante de medicamentos puntuales mientras otras no presentaban dificultades. Aquellas que presentaron faltantes optaron por suspender repentinamente el tratamiento o reemplazar por otra medicación psiquiátrica⁴².

Existen diferentes vías de acceso a la medicación por parte de las personas privadas de libertad: a) por prescripción médica, b) por demanda espontánea, c) por un circuito de intercambio entre presos/as.

En cuanto a la prescripción médica (a), de las inspecciones realizadas surge que las evaluaciones no presentan un abordaje interdisciplinario: el criterio médico hegemónico continúa siendo el preponderante en la asistencia a salud mental. La situación es más grave si se considera la notable falta de médicos psiquiatras, lo que deja la elaboración de las recetas en manos de médicos de otras especialidades o en la lectura de historias clínicas desactualizadas por varios meses e incluso varios años. Por otro lado, emerge un desconocimiento del derecho al consentimiento informado del paciente. A su vez, se constata la falta seguimiento de tratamientos indicados, problema que se agrava cuando los/as presos/as son trasladados/as de unidad; los argumentos esbozados radican en la falta de personal. No obstante, cabe destacar que en las historias clínicas no se encuentran asentadas todas las prácticas médicas realizadas a las personas.

La demanda espontánea (b) se ha convertido en una práctica reiterada que presenta un correlato con el afuera⁴³. Lo que personal de las sanidades llama “demandas espontáneas” de medicación es

42 Diazepam es el principal insumo que se denuncia como faltante pero se lo reemplaza principalmente con clonazepam. El listado de psicofármacos se completa con risperidona, carbamazepina, halopedirol decanoato, clozapina, olanzapina, entre otros medicamentos de menor uso. Prevalece el uso de tranquilizantes benzodiazepínicos, fuertemente ansiolíticos y sumamente adictivos.

43 Tal como surge del Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas, “se estima que 15 de cada cien, unas 2.956.910 personas, ha consumido medicamentos psicofármacos bajo tratamiento médico o bien por su cuenta. El inicio en el consumo sin prescripción médica (s/pm) de tranquilizantes se ubica cercano a los 25 años con una tasa de consumo reciente del 0,7 %, algo superior entre las mujeres y entre los adultos de 25 a 34 años (0,9 % y 1,4% respectivamente)”.

frecuente en el marco de las recorridas obligatorias que realizan. Habitualmente son enfermeras/os quienes concurren a los pabellones para hacer entrega de la medicación, pero también sucede que quienes entregan la medicación son agentes del SPB. Esta práctica da cuenta de la utilización de medicamentos y psicofármacos sin prescripción médica.

Las dos vías de entrada de medicamentos psiquiátricos a los pabellones generan el marco para la tercera: la circulación de comprimidos entre las personas detenidas como instrumento de cambio (c). Si bien es difícil (sino imposible) calcular una cantidad concreta, las inspecciones y entrevistas permiten observar que existe un excedente de pastillas que no son utilizadas con criterios sanitarios. Algunas/os presas/os que son medicados arbitrariamente optan por simular la ingesta de los comprimidos a fin de evitar sanciones. A esto se suma lo que algunas/os enfermeros/as han denominado “demanda irreal”, es decir la demanda de psicofármacos con fines de intercambio.

En todas las inspecciones realizadas, las personas detenidas sostuvieron que en las requisas periódicas que realiza el SPB habitualmente se decomisan comprimidos de este tipo. Una vez incautadas estas pastillas, es común que el personal de requisa las entregue a los enfermeros con el objetivo de que puedan volver al circuito interno del penal. Como consecuencia de que no existen procedimientos formalizados para dicha práctica, queda sujeta a decisiones individuales qué hacer con la medicación que decomisa el personal de requisa o el de Sanidad. Cabe precisar que -según las respuestas obtenidas de personal de sanidad- los comprimidos se desechan inmediatamente como residuos patológicos.

Por último, otro síntoma de la poca preponderancia del criterio sanitario en el tratamiento de problemas de salud mental es la negativa de algunos presos varones a someterse a la ingesta de medicamentos psiquiátricos a fin de evitar posibles informes negativos de las juntas criminológicas, que resulten en dificultades para acceder a derechos o beneficios procesales. Esta opción es más difícil para las mujeres, que padecen una tendencia más fuerte a la sobre-medicalización forzada como instrumento de gobierno. En una inspección realizada en junio de 2019 al anexo femenino de la UP 5 de Mercedes, la enfermera a cargo de la farmacia sostuvo que unas 60 presas estaban recibiendo medicación psiquiátrica, cuando los partes oficiales de población muestran que el anexo alojaba a esa fecha solo 40 mujeres⁴⁴.

En todos los casos vemos una falta de estandarización en cuanto a la entrega de la medicación. Médicos psiquiatras, médicos de guardia, enfermeros, detenidos con referencia en el pabellón (*limpiezas*) intervienen en el trayecto de los comprimidos desde la farmacia hasta su destino final. Todas las unidades o complejos de la provincia tienen un sector de farmacia con un encargado/a responsable. Desde este lugar parte la solicitud de nuevos medicamentos a través del sistema Gedeba y allí deben resguardarse bajo estricto control. Las inspecciones de 2019 arrojaron también graves falencias en este aspecto: en la mayoría de las unidades inspeccionadas la farmacia está a cargo de personal sin capacitación técnica específica, y se hacían cargo de la tarea enfermeros/as o técnicos de otras áreas como radiología. No hay un método sistemático o estandarizado de funcionamiento de las farmacias. En algunas unidades se encuentra situada físicamente en lugares con acceso libre a personal penitenciario y administrativo de otras áreas (es el caso de la UP 15). En otras permanece cerrada bajo llave en caso de no encontrarse presente alguno de los encargados y, en tal ocasión, se deja un stock de medicamentos que no se encuentra bajo llave en otro consultorio (UP 37). En la UP 2 la sala para atención psicológica es la misma que radiología y

⁴⁴ Para un abordaje de las violencias específicas padecidas por las mujeres en el encierro, ver el siguiente capítulo.

donde, además, se realizan requisas corporales y se guarda la medicación. En la UP 8 el personal entrevistado refirió que hay intercambio de medicamentos con otras unidades del complejo en caso de faltantes, sin mediación de la DPSP.

2.5.3.2. Administración de *plancha*: gobierno carcelario al menor costo

La prescripción de medicamentos en el sistema penitenciario carece de criterio profesional y sanitario, y se reemplaza por un criterio de seguridad/gobierno. Un emergente es la aplicación de inyecciones en forma compulsiva: “la aplicación compulsiva de sedantes, que producen un estado de ‘plancha’ durante días enteros luego o durante una golpiza” (RNCT, 2012: 46). El caso de Miguel Ramírez⁴⁵ es un ejemplo cruento de este tipo de tormento. Miguel se encuentra alojado en la UP 34 hace cuatro años. En mayo de 2019, solicitó permiso para visitar a su madre con parkinson; como no recibió respuesta alguna, intentó treparse al alambrado de la unidad. Fue retenido por agentes del SPB y, con el visto bueno de la psiquiatra del penal, sujetado mecánicamente e inyectado con sedantes. Estuvo atado a la cama durante un día y medio, sin comer, beber o poder ir a un baño, orinándose encima.

La sobre-medicalización como método de gobierno se agrava en el caso de las presas mujeres, a quienes se las obliga a tomar sedantes bajo riesgo de recibir sanciones internas en caso de negarse. Un caso testigo es el de Valeria Toledo⁴⁶, entrevistada en el marco de una inspección en la UP 8 en febrero de 2019, y con quien posteriormente mantuvimos un seguimiento a través de entrevistas telefónicas con su madre. Valeria comenzó a padecer afecciones a nivel respiratorio y solicitó acceder al sector de sanidad, pero en pocas oportunidades fue evaluada allí. Le hicieron una radiografía de tórax a partir de la cual identificaron una gran mancha pulmonar, le indicaron otros estudios médicos que no fueron realizados y posteriormente le suspendieron la entrega de la medicación que meses atrás le habían prescripto.

Cada vez que Valeria reclamaba atención médica, recibía amenazas por parte del Servicio Penitenciario: le advertían que si continuaba reclamando iban a aplicarle sanciones disciplinarias. En varias oportunidades fue alojada en sectores de aislamiento, padeciendo allí condiciones de vida inhumanas. Desde el Comité contra la tortura se intervino para reclamar atención médica, y que Valeria pudiera acceder a un diagnóstico y tratamiento. Pasaron seis meses (de marzo a septiembre) en los que se vio aquejada por síntomas alarmantes y, finalmente, fue derivada al hospital San Juan de Dios cuando se presentó una situación crítica: comenzó a expectorar sangre. En el hospital le diagnosticaron tuberculosis y fue alojada en la UP 22 para llevar a cabo el tratamiento. Allí se registraron múltiples vulneraciones de su derecho a la salud: fue sometida a un régimen de aislamiento extremo, se le entregó medicación de modo irregular, se le negó el acceso a la información sanitaria, no le brindaron atención para otros padecimientos (diarrea y vómitos recurrentes), no recibió dieta gástrica y fue víctima de la práctica de *plancha*; personal de enfermería le suministraba psicofármacos (aparentemente clonazepam) y le decía “con esto te vas a quedar dormida y vas a despertar como nueva”.

Valeria sufrió abandono y destrato por parte del personal penitenciario, enfermeros y médicos. En el marco de entrevistas telefónicas, su madre aseguró: “los enfermeros le dicen que está loca y la mantienen sedada para que no moleste. [...] Mi hija no está loca, ella reclama para pedir ayuda

45 Se utiliza un nombre ficticio para reservar la identidad de la víctima.

46 Se utiliza un nombre ficticio para reservar la identidad de la víctima.

porque se siente mal”. Es importante destacar que nunca antes había realizado algún tratamiento con psicofármacos y que en la UP 22 no fue evaluada por un psiquiatra. Como consecuencia del efecto sedante del clonazepam, sufrió mareos y llegó a caerse de la cama por falta de estabilidad. En una oportunidad la amarraron con sogas, dejándole marcas en las muñecas. Luego casi tres meses de permanencia en la UP 22 padeciendo la desatención de su salud, fue trasladada a la UP 8 y allí también se le proveyó tratamiento de modo irregular.

Existen, por otro lado, mecanismos informales de suministro de estos medicamentos con el visto bueno de los psiquiatras a cargo. En la UP 8 las psicólogas recorren diariamente los sectores de aislamiento para atender lo que llaman “demanda espontánea”:

El psiquiatra nos deja protocolos para todo: si les pasa tal cosa, les dan esto y esto, sino dos de ésta y dos de aquella; con eso nos manejamos. Si nos desborda, él viene porque tienen guardias pasivas, sino lo resolvemos nosotros, los médicos de guardia (inspección en UP 8, octubre 2019).

Los listados de la DPSP con los casos de personas diagnosticadas y medicadas por problemas psiquiátricos son elocuentes en lo que refiere al tratamiento que reciben las mujeres. Mientras que en los penales de varones la cantidad de pacientes psiquiátricos sobre el total de presos ronda el 5%, en las unidades de mujeres estos números ascienden en forma preocupante. La UP 50 diagnostica al 40% de su población por enfermedades psiquiátricas, cifra que se eleva al 47% en la UP 33 y al 90% en la UP 8. El contraste es contundente y expresa un criterio sexista que etiqueta a las mujeres como “locas”, e implica gran cantidad de ansiolíticos y sedantes.

En cuanto al excedente de pastillas circulantes, el cotejo entre los listados oficiales de pacientes medicados con los partes oficiales de medicación recibida en algunas unidades permite construir una imagen nítida. La UP 2 de Sierra Chica, por ejemplo, que no cuenta con médicos psiquiatras a cargo, declara alojar alrededor de 70 presos bajo tratamiento con psicofármacos. Para ello recibió sólo en el mes de septiembre de 2019 casi 30.000 comprimidos de diazepam (Valium), 8.700 comprimidos de clonazepam (Rivotril), más de 40.000 comprimidos antiepilépticos y casi 10.000 de antipsicóticos. Si no hay tratamiento posible que justifique semejante consumo de fármacos y, peor aún, no hay profesionales que los receten: ¿qué ocurre con todo ese circulante?; ¿quién lo distribuye y con qué criterio?

A este panorama se suma un agravante: el aislamiento de personas en fase de tratamiento de trastornos psiquiátricos. La reclusión por 24 horas diarias, con diez minutos para hacer uso de los baños, en celdas que no alcanzan los 4 metros cuadrados se encuentra expresamente prohibida tanto por la ley de salud mental como por los tratados internacionales⁴⁷.

La administración de *plancha*, con o sin el visto bueno de profesionales de la salud mental, se ha convertido en un método de gobierno y gestión de las personas privadas de libertad que resulta más económico y menos laborioso que la atención de los problemas sanitarios dentro de los parámetros que establece la legislación vigente. Esta afirmación se sostiene en las inspecciones y entrevistas realizadas y en el análisis de planillas de entrega de medicamentos a las farmacias. Como dato sobresaliente de estos documentos, se puede observar un claro exceso de medicación ansiolítica, sea en forma de benzodicepinas o en forma de antiepilépticos. Del total de comprimidos recibidos, el diazepam y el clonazepam por sí solos suman el 54%, a los que se suman la carbamezapina y el

47 Como las reglas mínimas para el tratamiento de reclusos, conocidas como Reglas Mandela, adoptadas por las Naciones Unidas en 1950 y reformuladas en 2015.

divalproato de sodio con un 34,5%. En conjunto, sólo estos cuatro medicamentos representan casi el 80% de los psicofármacos en circulación en las cárceles provinciales. La contracara es la casi inexistencia de antidepresivos que buscan actuar sobre las causas de algunas enfermedades, como la depresión, a partir de la serotonina. Resulta evidente que, con este panorama, no están dadas las condiciones para desarrollar un tratamiento psiquiátrico en las unidades penitenciarias. Debemos tener en cuenta que todo tratamiento psiquiátrico farmacológico debe realizarse combinando ansiolíticos con antidepresivos, en paralelo con una terapia psicológica. Por el contrario, en la cárcel no existe la atención psicológica adecuada y suficiente para la población existente (todo el sistema cuenta con poco más de 100 psicólogos/as para 45.000 detenidos, esto es de promedio 1 cada 450 personas), no hay antidepresivos en dosis suficientes y existe una sobreabundancia de ansiolíticos. El exceso de fármacos benzodiazepínicos y antiepilépticos es evidente y permite sostener la tesis de que estos medicamentos no son utilizados con fines sanitarios sino como sedantes, es decir como instrumento de gobierno de la población.

Pocos psicólogos, menos psiquiatras, escasa medicación antidepresiva y sedantes en cantidades exorbitantes: el cuadro de situación existente en las cárceles bonaerenses en lo que respecta a la (des)atención de la salud mental. Los elementos planteados en este apartado muestran la persistencia en el tiempo de problemas estructurales. Los pilares son:

- a) falta de profesionales especializados en el área;
- b) administración de medicación psiquiátrica a las personas detenidas por parte de agentes del SPB y/o de profesionales y técnicos de otras áreas de la salud;
- c) circulación masiva de psicofármacos, sin control central y sin criterios de sanidad, por todo el sistema penitenciario.

Estos pilares constituyen el andamiaje para que el SPB, en gran medida con anuencia de los pocos profesionales de la salud que trabajan en su ámbito, utilice medicación psiquiátrica con fines de gobierno y gestión de la población en situación de encierro. Como consecuencia de este cuadro, ninguno de los preceptos y derechos establecidos por la ley nacional de salud mental se encuentran vigentes al interior de las cárceles de la provincia de Buenos Aires.

2.6. Consideraciones finales

Hemos dedicado este capítulo a abordar algunos de los problemas centrales y las políticas activas desarrolladas por un sistema penitenciario que gestiona la población a su cargo en base al tormento y la crueldad. En este sistema, la permanente vulneración del derecho a la salud va más allá de la inacción ante la enfermedad. El sistema penitenciario no sólo desatiende las necesidades sanitarias de los y las detenidos/as sino que da un paso más allá en la generación de padecimientos y patologías. Las condiciones generales de las unidades penitenciarias se suman a las falencias y problemas específicos de las unidades sanitarias. La falta de infraestructura, de insumos básicos, de personal profesional y de empatía se articula con la voluntad expresa de dañar y torturar mediante violencia física, psicológica o de medicalización forzosa.

En vistas de revertir esta situación, se torna urgente:

- a) el traspaso de la atención de la salud penitenciaria al ámbito del Ministerio de Salud;
- b) la designación de un cuerpo de profesionales de distintas especialidades, de clínicos, enfermeros, odontólogos, psiquiatras, psicólogos/as y trabajadores/as sociales con especial

- preparación para trabajar con población en situación de encierro;
- c) la implementación de un sistema de trazabilidad central de medicación psiquiátrica que circula en las unidades penitenciarias; y
 - d) la producción de información estadística completa, fiable y útil que contemple el seguimiento de cada paciente, incluyendo diagnósticos, tratamientos y medicación prescripta que dé forma a una historia clínica completa.

Sin estos elementos básicos, los detenidos y detenidas de la provincia de Buenos Aires seguirán, como hasta hoy, apenas sobreviviendo.