



La salud en las cárceles bonaerenses

20 años

cpm

comisión provincial por la memoria

La salud en las cárceles bonaerenses



1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. LA PRODUCCIÓN DE ENFERMEDADES EN LA CÁRCEL.....	16
2.1. Malas condiciones materiales	
2.2. Falta o deficiente alimentación	
2.3. Agresiones físicas	
2.4. Aislamiento, traslados y desvinculación familiar	
2.5. La multidimensionalidad de la tortura	
3. OFERTA SANITARIA EN LAS CÁRCELES BONAERENSES.....	27
3.1. Falta o deficiente asistencia de la salud: resultados generales del RNCT	
3.2. Principales deficiencias en la asistencia de la salud	
3.3. El folclore del abandono: responsabilización de las personas detenidas sobre su tratamiento	
3.3.1. Auto-curación y auto-administración de fármacos	
3.3.2. Asistencia sanitaria por parte de los/as propios/as presos/as	
3.3.3. Intervención de las familias de las personas detenidas	
4. ACERCA DE LOS AGENTES SANITARIO-CARCELARIOS.....	44
4.1. “La familia de Salud Penitenciaria”	
4.2. Plantel sanitario: presencia, servicios y distribución de tareas	
4.3. Percepción de los operadores sanitarios sobre las personas detenidas	
5. ACCESO A ASISTENCIA DE LA SALUD	56
5.1. Agentes penitenciarios: los porteros de la salud	
5.2. Abandono en los pabellones	
5.3. El disciplinamiento de la demanda de salud	
5.4. Intervención de la agencia judicial	
6. CONDICIONES DE DETENCIÓN EN LOS SECTORES DE SANIDAD.....	70
6.1. Organización de los sectores de sanidad	
6.1.1. Sanidad-buzones: Unidad 33	

6.1.2. Sanidad vacía: Unidad 2

6.1.3. Sanidad multifacética: Unidad 1

6.2. Deficiencias en la asistencia de la salud de las personas alojadas en sanidad

6.3. Malos tratos y torturas asociados al alojamiento en sanidad

6.3.1. Malas condiciones materiales

6.3.2. Falta o deficiente alimentación

6.3.3. Aislamiento

6.4. Lo carcelario en sanidad

6.4.1. Delegación del gobierno interno en personas detenidas

6.4.2. Torturas físicas

7. INTERVENCIÓN DEL SPB EN LA ASISTENCIA DE LA SALUD.....93

7.1. Manejo de la medicación por parte del SPB

7.2. Uso de recursos sanitarios para la seguridad

7.3. Vigilancia en el sector de sanidad

7.4. Participación del SPB durante la asistencia médica

7.5. Traslados a asistencia extramuros

8. UNIDAD 22 – HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS MIXTO.....103

8.1. Oferta sanitaria y organización de la Unidad

8.2. Características de la población detenida

8.3. Acceso a la Unidad 22

8.4. Deficiente asistencia de la salud

8.5. Otras torturas y malos tratos

9. REFLEXIONES FINALES.....118

La CPM está integrada por

Adolfo Pérez Esquivel (presidente)

Susana Méndez (vicepresidenta)

Roberto Cipriano García (secretario)

José María Di Paola (prosecretario)

Ernesto Alonso (tesorero)

Víctor Mendibil

Ana Barletta

Martha Pelloni

Dora Barrancos

Carlos Sánchez Viamonte

Víctor De Gennaro

Luis Lima

Nora Cortiñas

Yamila Zavala Rodríguez

Legislador provincial designado a partir de septiembre de 2016: Marcelo Dileo

Consultores académicos: Baltasar Garzón, Theo van Boven, Antonio González Quintana, Patricia Funes.

Miembro emérito: obispo Miguel Hesayne

Mesa Ejecutiva

Coordinador: Roberto Cipriano García

Integrantes: Susana Méndez, Ernesto Alonso, Ana Barletta, Sandra Raggio y Valeria Corfiel.

Direcciones generales

Directora general de áreas: Sandra Raggio

Directora general de administración: Valeria Corfiel

Equipos de la CPM que participaron en la elaboración de este informe

Área Comité contra la tortura (2017)

Programa Producción y análisis de información: María Valentina Bolajuzón, María del Rosario Bouilly, Lisandro Benavides, Ariel Lede, María Victoria Lucero, Andrés Pérez Esquivel y Analía Sancho.

Programa Inspección en lugares de encierro: Fabián Bernal, Raúl Borzone, Matías Díaz, Daniela García, Marcela Leguizamón, Nicolás Maggio, Fernando Matschke, Antonella Mirengi, Victoria Noielli, Florencia Pourreux, Sergio Raimundo, Natalia Rocchetti.

Programa Recepción de denuncias: Melina Boffelli, Ignacio Di Giano, Paula Fraile, Yésica Montagna, Sebastián Michelín Salomón, María Sol Rama, Agustina Sala Victorica, Sofía Touceda, Nicolás Wlasic.

Área Comunicación y cultura

Programa Comunicación y prensa: Maximiliano Batista, Paula Bonomi, Carina Cerruti, Lucas Dal Bianco, Emanuel de la Fuente, Diego Díaz, Luciana Gianoglio, Ana Lenci, Sebastián Pellegrino, Juan Rada, Octavio Romero, Rocío Suárez, Soledad Vampa, Mario Verón.



1. INTRODUCCIÓN

*Esta publicación es un fragmento del relevamiento especial realizado por la CPM en 2017 en el marco del Registro nacional de casos de tortura (RNCT).

La tortura es una práctica sistemática en los lugares de encierro de la provincia de Buenos Aires, así como en el despliegue de las fuerzas de seguridad en los territorios.

Debe entenderse desde su multidimensionalidad; es decir, reconocer que las prácticas de tortura y malos tratos constituyen hechos complejos en los que se articulan distintos actos lesivos, vejatorios y degradantes con la intención de provocar padecimiento en las personas. Estas prácticas, además, se despliegan por períodos de tiempo variables: desde unos pocos minutos hasta jornadas enteras.

En esta dimensión compleja, la desatención de la salud integral se constituye en tortura o maltrato porque no es un aspecto inocuo o secundario del encierro: provoca que enfermedades curables se conviertan en mortales o en discapacidades permanentes que marcarán profundamente la vida de las personas. Estos hechos no se producen por casualidad o simple desidia profesional: hay decisiones institucionales que, por acción u omisión, los integran como forma de gobierno de la cárcel.

La tortura vinculada a la desatención de la salud de las personas detenidas fue registrada y denunciada por la Comisión Provincial por la Memoria (CPM) en sucesivos informes anuales desde 2004. En las cárceles bonaerenses es

generalizada y sistemática: alcanza de diversas maneras a todas las personas detenidas y se replica con lógicas y modalidades regulares a lo largo del tiempo.

La CPM releva la tortura mediante dos instrumentos: las entrevistas de intervención de sus programas del Comité contra la tortura (CCT) y el relevamiento cuali-cuantitativo realizado a través de los equipos del Registro Nacional de Casos de Torturas (RNCT). En el marco de las intervenciones del CCT, en los últimos 5 años las personas detenidas y/o sus familiares o allegados denunciaron 11.230 hechos de desatención de la salud¹, que constituyen agravamientos de las condiciones de detención.

Además de la intervención institucional de este organismo, las afectaciones graves de la salud que provoca esta forma de gobierno de las poblaciones encarceladas surgen de la información que construye la institución penitenciaria. El SPB informó al Poder Judicial que en 2017 ocurrieron 4.451 hechos de violencia sufridos por 5.760 víctimas; al menos el 79% de estas personas padecieron algún tipo de lesión. De estos hechos, 836 fueron informados como “autolesiones”, constituidas en una estrategia de las personas detenidas como reclamo frente a la desatención de la salud u otras situaciones gravosas².

En los 9 años de vigencia del Registro Nacional de Casos de Tortura y/o Malos tratos (RNCT)³ se registraron 2.700 hechos de falta o deficiente asistencia de la salud en el ámbito de la provincia de Buenos Aires, que conforman una práctica penitenciario-sanitaria violatoria de los derechos humanos.

En este informe se presentan los resultados de un relevamiento especial realizado en el año 2017 por la CPM en el marco del RNCT. Los datos permitieron conceptualizar con precisión y exhaustividad los distintos aspectos de este problema; las categorías establecidas resultan útiles para posteriores análisis de seguimiento y para la intervención a favor del derecho a la salud. Constituye un insumo para pensar a la cárcel como productora de enfermedades, tanto en su dimensión estructural como en relación al rol del personal penitenciario y sanitario. Y permite situar a la falta o deficiente

1 CPM, en base a datos del sistema del Comité contra la Tortura, años 2014-2018.

2 Por Resolución N° 2825/06 de la SCJBA, los órganos judiciales deben remitir a la CPM las comunicaciones provenientes de los lugares de encierro en las que se informen lesiones sufridas por las personas detenidas.

3 El RNCT fue creado en 2010 por la CPM, la Procuración Penitenciaria de la Nación (PPN) y el Grupo de Estudios sobre Sistema Penal y Derechos Humanos (GESPyDH) del Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA. Lleva publicados siete informes anuales, disponibles en <http://www.comisionporlamemoria.org/project/informe-rnct/>

asistencia de la salud entre las torturas sostenidas por y necesarias para el gobierno penitenciario: disponiendo de la producción de enfermedad y — en el límite— de muerte, la agencia carcelaria-sanitaria degradada, debilita y somete a las personas detenidas.

La falta o deficiente asistencia de la salud es la principal causa de muerte en el sistema carcelario provincial. De acuerdo al registro anual de la CPM⁴, entre 2008 y 2017 se produjeron 1.343 muertes en cárceles y alcaidías del Servicio Penitenciario Bonaerense (SPB), de las cuales por lo menos 862 (64%) fueron por problemas de salud mal o no atendidos⁵. Esto equivale a un promedio de 86 muertes por año y 7 por mes. Esta causa de muerte aumentó un 84% entre los extremos del período, y es la que más creció.

Como se muestra en los informes anuales de la CPM, al deterioro de la salud no le sigue una atención adecuada sino, al contrario, falta de profesionales, medicamentos, espacios de internación, acceso a hospitales públicos, tratamientos, estudios, curaciones. Se suma la falta de una alimentación adecuada, de dietas especiales o prescriptas médicamente, las condiciones edilicias que agravan los problemas y el quiebre del contacto con familiares, quienes generalmente proveen los insumos necesarios para la sobrevivencia, como alimentos, medicamentos y útiles de limpieza o desinfección.

Enfermarse en la cárcel abre una perspectiva difícil para las personas detenidas: las expectativas de vida son menores que fuera de ella. Esto se refleja, por ejemplo, en la edad a la que mueren: en 2017 (último dato disponible) el 66% de las personas fallecidas por desatención de la salud tenía menos de 55 años y el 40% era menor de 45. Una de cada cuatro era menor de 35.

Acerca de la metodología

El trabajo consistió en relevar este tipo de tortura mediante la ficha del RNCT, registrando hechos con su correspondiente descripción en 32 cárceles del SPB⁶. La ficha se aplicó durante el trabajo de campo en cárceles o mediante

4 Este registro se nutre de una multiplicidad de fuentes, mayormente oficiales: organismos de los poderes judicial y ejecutivo de la provincia de Buenos Aires, organizaciones de la sociedad civil, medios de comunicación y personas detenidas o familiares. Se trata de un relevamiento propio en el marco de las acciones de monitoreo del Comité contra la tortura de la CPM.

5 En dicho período hay 97 fallecimientos (7%) cuyas causas se desconocen.

6 U.1 de Lisandro Olmos, U.2 de Sierra Chica, U.3 de San Nicolás, U.4 de Bahía Blanca, U.5 de Mercedes, U.8

la reconstrucción de entrevistas del Comité contra la tortura de la CPM.

Complementariamente, se aplicó una guía de pautas de entrevista a las personas detenidas para relevar —más allá de los hechos puntuales de tortura padecidos— dimensiones vinculadas con el acceso a sanidad, la intervención penitenciario-sanitaria en esos sectores y en la Unidad 22 (“hospital”).

Se seleccionaron cuatro lugares de detención para, además, entrevistar al personal de la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria (dependiente del Ministerio de Justicia) y observar los espacios sanitarios. Las cárceles fueron:

Unidad 1 de Olmos: se seleccionó porque dispone de la unidad sanitaria con mayor cantidad de camas para el alojamiento de personas. Se efectuó observación en sus cuatro pabellones y entrevistas en profundidad al director de sanidad, un odontólogo, el médico a cargo de los pabellones de alojamiento general y un enfermero.

Unidad 2 de Sierra Chica: se seleccionó como exponente de las cárceles del interior de la provincia. Se efectuó observación en las celdas de alojamiento de sanidad, consultorios y entrevistas en profundidad a dos bioquímicos, un administrativo, la jefa de enfermería, un enfermero y un detenido que trabajaba en el sector.

Unidad 33 de Los Hornos: se seleccionó para registrar las particularidades de la asistencia de la salud de mujeres, mujeres embarazadas y mujeres con sus hijos/as. Se efectuó observación en las celdas de alojamiento de sanidad, consultorios y entrevistas en profundidad a la médica a cargo del sector, la operadora de la farmacia, una detenida que trabajaba en el sector, tres odontólogas, una licenciada en obstetricia y una psicóloga.

Unidad 22 de Olmos (Hospital General de Agudos Mixto): es la única cárcel con funciones exclusivamente sanitarias. Se efectuó observación en los pabellones de clínica médica, infectología y admisión y entrevistas en profundidad al interventor de la unidad (dependien-

de Los Hornos, U.9 de La Plata, U.13 de Junín, U.15 de Batán, U.17 de Urdampilleta, U.18 de Gorina, U.19 de Saavedra, U.22 Hospital de Lisandro Olmos, U.23 de Florencio Varela, U.24 de Florencio Varela, U.28 de Magdalena, U.30 de General Alvear, U.31 de Florencio Varela, U.32 de Florencio Varela, U.33 de Los Hornos, U.35 de Magdalena, U.36 de Magdalena, U.37 de Barker, U.38 de Sierra Chica, U.39 de Ituzaingó, U.40 de Lomas de Zamora, U.41 de Campana, U.42 de Florencio Varela, U.44 de Batán, U.45 de Melchor Romero, U.49 de Junín y U.54 de Florencio Varela.

te del Ministerio de Justicia), el subdirector de seguridad, la jefa de secretaría técnica, una administrativa del SPB, el jefe de cirugía y su equipo.

En base a este material empírico se elaboró un informe que consta de siete apartados que recorren y analizan los principales emergentes del relevamiento.

Acerca del contenido

En primer lugar se consideran las formas en que los distintos malos tratos y las torturas que se registran en las cárceles impactan en la salud y producen enfermedad. Para ello se recuperan las descripciones acumuladas acerca de las malas condiciones materiales y alimentarias, las agresiones físicas penitenciarias, el aislamiento, los traslados y la desvinculación familiar-social, de manera de situar a la falta o deficiente asistencia de la salud entre las prácticas carcelarias violentas que constituyen la multidimensionalidad de la tortura.

Luego se da cuenta de las deficiencias registradas en la oferta sanitaria de las cárceles bonaerenses. A través de los resultados generales del RNCT, se presentan los problemas de salud desatendidos y los tiempos durante los cuales las víctimas transcurren con falta o deficiente asistencia, así como las formas predominantes en que se expresan estas falencias, reproduciendo el sufrimiento e impactando en las capacidades físicas y mentales de las personas detenidas.

En el tercer apartado se avanza en el análisis de los/as agentes formal y directamente responsables del acceso a la salud en las cárceles: los/as operadores/as sanitarios/as. Se describen las particularidades de su organización en relación a la composición de los planteles, la distribución de tareas y los servicios que prestan, considerando además su percepción acerca de las personas detenidas, un aspecto determinante de sus prácticas.

A continuación se presentan los condicionantes para el acceso a la asistencia de la salud, considerando los obstáculos que imponen los/as agentes penitenciarios/as, sanitarios/as y judiciales, en una articulación que garantiza

la pervivencia de la desatención. Se destacan la indolencia de los distintos actores y la composición de un escenario que favorece el orden intracarcelario en detrimento de la salud de los detenidos y las detenidas.

Otro eje lo componen las condiciones de detención que padecen las personas alojadas en los sectores de sanidad de las cárceles. La organización de estos espacios, las deficiencias directamente vinculadas a la atención de la salud y torturas asociadas (en particular las falencias materiales, alimentarias y los regímenes restrictivos de vida) los constituyen en territorios carcelarios expresivos de la forma en que lo penitenciario atraviesa los procesos de salud-enfermedad.

En línea con lo anterior, se presentan los principales emergentes sobre la intervención del Servicio Penitenciario en la organización de la asistencia de la salud: el manejo de medicación y de recursos sanitarios, la vigilancia de los sectores de sanidad, la participación en prácticas médicas y la intermediación con hospitales extramuros, confirman la persistencia en la subordinación de lo sanitario respecto del orden y la seguridad intramuros. Este grave problema estructural intentó resolverse hace 14 años, con la creación de la Dirección de Salud Penitenciaria. Aquella normativa otorgó autonomía a los/as profesionales de la salud y los/as separó de la estructura orgánica del Servicio Penitenciario Bonaerense.⁷ Sin embargo, esta autonomía nunca funcionó en la práctica y la salud-enfermedad es mayormente administrada por personal penitenciario.

Finalmente, se describen las particularidades registradas en la Unidad 22 –Hospital General de Agudos Mixto), lugar de detención destinado exclusivamente a la asistencia de la salud que, sin embargo, presenta una organización y unas prácticas que replican y reproducen las condiciones de enfermedad de las demás cárceles bonaerenses.

⁷ El decreto del Poder Ejecutivo provincial 950/05 que creó y estableció la Dirección de Salud Penitenciaria por fuera de la estructura del Servicio Penitenciario Bonaerense, fundó la medida en que “en materia de sanidad penitenciaria, se observa un deficiente funcionamiento del sistema, agravado por la existencia de población de riesgo, doblemente vulnerable por su condición de paciente privado de la libertad; Que... la subordinación de los profesionales médicos respecto del Servicio Penitenciario Bonaerense, no es la adecuada para el modo de actuar que se les requiere, sobre todo a fin de evitar que se conviertan en actores pasivos de la toma de decisiones de su competencia generando, en el conjunto del sistema, la sensación de falta de presencia médica real; Que siendo indispensable que el personal médico que trabaja en las prisiones no forme parte de los cuadros de personal disciplinario o administrativo de las mismas, resulta necesario establecer -fuera del ámbito del Servicio Penitenciario Bonaerense- una estructura organizativa independiente, basada en la autonomía de criterio y la ética médica, que garantice una atención sanitaria cualificada y suficiente para satisfacer las necesidades de la población penitenciaria...; Que la implementación de esta medida tiene por objeto poner en funcionamiento políticas sanitarias acordes a los requerimientos de la población carcelaria, brindando respuestas efectivas, reales y posibles, conforme los lineamientos que prescriben los organismos internacionales”.



2. LA PRODUCCIÓN DE ENFERMEDADES EN LA CÁRCEL

El Registro Nacional de Casos de Tortura describe la forma en que se producen y despliegan los malos tratos y las torturas en la provincia de Buenos Aires, y permite ver las consecuencias que generan en las personas detenidas. En los años de implementación del RNCT y, en particular, a partir del registro intencional realizado en 2017 encontramos que todos los tipos de torturas producen –directa o indirectamente– y/o agravan enfermedades. En este apartado describimos el impacto que lo carcelario tiene en la salud de los presos y las presas, atendiendo a la generación de dolencias físicas y padecimientos mentales, que a veces provocan la muerte.

2.1 Malas condiciones materiales

En las unidades penales bonaerenses hay (casi sin excepción) pésimas –y consecuentemente insalubres– condiciones materiales. En los relevamientos del RNCT se destacan por su frecuencia ciertas deficiencias materiales que generan enfermedades o agravan padecimientos preexistentes:

- La falta de acceso a sanitarios obliga a orinar en botellas y defecar en bolsas (o directamente en el piso de las celdas) o el funcionamiento deficiente de letrinas e inodoros, que tienen pérdidas o no desagotan, redundando en que las personas detenidas estén en permanente contacto con orín y materia fecal.
- La falta de vidrios en las ventanas genera la exposición a temperaturas extremas y humedad (agravado por la falta de calefacción o de refrigeración), el ingreso de lluvia, de insectos y de roedores.
- La falta de elementos de higiene personal para la celda y de acceso a duchas impide el aseo y la limpieza.
- El hacinamiento multiplica la generación de desechos y favorece la transmisión de enfermedades.
- La falta o el mal estado de los colchones intensifica dolores corporales y provoca el contacto del cuerpo con superficies frías y húmedas.
- La inundación de las celdas incrementa la humedad, moja las

pertenencias de las personas y provoca accidentes.

- La precariedad de las instalaciones eléctricas, el mal funcionamiento de candados y puertas de las celdas y la falta de elementos de seguridad frente a siniestros comportan riesgos de electrocución y quemaduras.

Fragmentos de lo relevado en entrevistas a personas detenidas:

- ...Tuvo un accidente antes de la detención y entró a la unidad enyesado. Se resbaló dos veces porque se inundaba la celda y le provocó una fractura expuesta (caso del RNCT, 2017).
- “Tengo dolores de espalda por los colchones. Cuando hay mucha humedad no me puedo levantar del dolor, me tengo que apoyar en la pared para levantarme” (caso del RNCT, 2017).
- ...El detenido tiene disminuida la movilidad del cuerpo. También padece una hernia de disco que le repercute en la cadera y la pierna derecha por pinzamientos de columna. Sufre fuertes dolores, no se puede mantener en pie. Cuando ingresó a la cárcel lo hicieron dormir una noche en el piso de una leonera: “Le pedí al encargado una ampolla (inyección para el dolor) porque no daba más porque había dormido en el piso y hacía mucho frío. Me respondió ‘yo también tengo una hernia y sigo trabajando’” (caso del RNCT, 2017).
- ...Está internado por TBC desde hace tres semanas en sanidad, después de cuatro o cinco meses con tos en el pabellón donde estaba alojado: “Empecé a tener tos fuerte, estaba muy flaco. Estaba en un pabellón de trabajadores, éramos 16, entonces el que dejaba de trabajar tenía que dormir en el piso. Como estaba débil no podía trabajar; tuve que dormir en el piso, te cagás de frío” (caso del RNCT, 2017).
- ...Está resfriado porque debe higienizarse con agua fría (caso del RNCT, 2017).
- ...Tiene asma y está en una celda húmeda, con frío porque no hay vidrios en las ventanas, sin colchón ni mantas. Todo esto impacta en su salud (caso del RNCT, 2017).

Los testimonios muestran que las malas condiciones materiales producen

dolores agudos y dificultades respiratorias. Sin embargo, es importante resaltar que las deficiencias generalizadas impiden la prevención sanitaria al tiempo que propician la propagación de agentes patógenos y agravan cuadros de todo tipo: infectocontagiosos, bacterianos, neurológicos, gastrointestinales, cardiovasculares, dermatológicos.

2.2 Falta o deficiente alimentación

La mala alimentación también impacta de manera decisiva en la salud de los detenidos y las detenidas. En 2017 el 63,1% de las personas entrevistadas que padecían deficiencia alimentaria expresó que la comida le había provocado dolencias de salud¹. Al igual que las deficiencias en las condiciones materiales de detención, la generalizada mala calidad de la comida (carente de los valores nutricionales, mal cocida, en mal estado), la cantidad insuficiente, el inadecuado racionamiento y la falta de hidratación generan patologías y agravan enfermedades preexistentes.

Entre las dolencias producidas por la mala alimentación e hidratación las personas entrevistadas señalaron retortijones y dolores estomacales, alergias, dermatitis, anemia, acidez, pérdida de peso, mareos, descomposturas, indigestión, diarrea, náuseas y vómitos, deshidratación, gastritis.

- “Pasé hambre cuando me trajeron a admisión. Durante 3 días traté de no comer para no enfermarme. Vomitaba la comida del SPB, tenía mal olor. Cuando mi familia pudo visitarme me trajeron para comer y cocinarme” (caso del RNCT, 2017).
- ...Cuando ingresó a SAC tuvo que empezar a comer la comida de la unidad que le generó una reacción alérgica. Cuando estaba en pabellón comía lo que cocinaban con los otros detenidos (caso del RNCT, 2017).
- ...Cuando recibe visitas come bien, si no tiene que comer lo que le da el SPB y le provoca dolencias y descompostura: “La comida la traen por el piso” (caso del RNCT, 2017).
- “La comida que traen no la como, por eso estoy flaco. No nos dan cubiertos, como con la mano” (caso del RNCT, 2017).

También es significativa la cantidad de personas entrevistadas que padecen

¹ Base: 130 hechos descriptos de falta o deficiente alimentación con dato.

cuadros clínicos complejos que requieren la denominada “dieta especial” (que consta de determinado tipo y cantidad de alimentos por prescripción médica) pero no la reciben. Entre las víctimas que describieron falta o deficiente alimentación durante 2017 se registraron complicaciones en casos de hepatitis, hernias, obesidad, hipertensión, diabetes, problemas de vesícula, cáncer, HIV y TBC.

- “Como poco, la comida es mala. Por la medicación que tomo [para VIH] necesito comer bien pero no me dan dieta especial” (caso del RNCT, 2017).
- “Tengo gastritis y no me dan la dieta especial. No como la comida que traen porque una vez me hizo mal. Vivo a fideos, consigo de donde puedo” (caso del RNCT, 2017).
- “Tengo una hernia abdominal y no me dan dieta especial. La comida me cae mal, me descompone, me dan náuseas, se me inflama el estómago. Necesito hervir lo que me traen sí o sí, pero no tengo fuelle. Los chicos me pasan galletitas de agua” (caso del RNCT, 2017).
- ...Padece hipertensión y obesidad pero no le dan dieta especial. Aumentó 37 kilos en los últimos dos años (caso del RNCT, 2017).

En muchos casos, por las propias patologías y por el agravamiento a la salud que implica ingerir los alimentos que provee el SPB, las personas se mantienen literalmente a pan y agua.

- “La comida te hace mal a la panza, ni me acerco. Agarro el pan y lo como con el mate cocido” (caso del RNCT, 2017).
- “Bajé mucho de peso. A la comida de acá hay que atacarla con hambre porque si no es incomible. Tomo mate y como pan hasta que no aguanto más de hambre. No tengo visitas, por eso no tengo para cocinarme” (caso del RNCT, 2017).
- “No se puede comer, lo vomito todo. Tomo mates y como el pan porque no tengo visitas. Desde que estoy en buzones bajé de peso” (caso del RNCT, 2017).

El efecto de esta situación es un grave debilitamiento físico y anímico producto de la falta de ingesta y, consecuentemente, la baja en las defensas.

A contrapelo de los más básicos postulados de la nutrición, en las cárceles bonaerenses la opción es comer y enfermarse o no comer para sortear transitoriamente los dolores más intensos y deteriorar la salud.

2.3 Agresiones físicas

La sistematicidad de las agresiones físicas penitenciarias en las cárceles bonaerenses es también muestra de que la producción de dolor está en el centro de las prácticas de gobierno penitenciario.

El relevamiento del RNCT durante 2017 arroja que un 90% de los hechos de agresión física penitenciaria registrados resultó en lesiones para las víctimas y que estas fueron de gravedad intermedia y severa en un 80% de los casos². Es decir que se registra un alto nivel de producción de sufrimiento físico asociado a estas prácticas violentas. Entre las lesiones que describieron las víctimas se destacan: impactos de balas de goma en distintas partes del cuerpo, dolores, raspones, inflamaciones, hematomas, hinchazones, cortes, pérdida de audición, baja de presión, convulsiones, desmayos, fracturas, luxaciones, dificultades para caminar y para respirar, derrames en los ojos y pérdida de visión, dolor de cabeza, fiebre, hemoptisis, hematuria y hemorragias digestivas.

- ...Hace 3 meses fue torturado por el SPB en la Unidad 28, y por los golpes en la cabeza tiene mareos y dolores constantes. Necesita que lo atienda un neurólogo. Hace una semana fue golpeado por el SPB nuevamente en la Unidad 45 y tiene golpes en la cabeza, la mano lastimada, el ojo hinchado, no se puede mantener en pie. Le duele mucho el cuerpo y la cabeza (caso del RNCT, 2017).
- ...Al ingresar a la unidad fue golpeado severamente por agentes de la dirección del SPB. Lo desmayaron a golpes en la cabeza y por los golpes internos orinaba y defecaba con sangre” (caso del RNCT, 2017).
- ...Hace 3 meses personal penitenciario lo puso boca abajo y le disparó en la pierna izquierda a la altura de la rodilla con postas de goma. Le rompieron los ligamentos (caso del RNCT, 2017).
- ...Al bajar del camión le sacaron sus pertenencias (tenía 2 monos). Como reclamó el SPB le pegó, lo patearon en el piso, le tiraron gas pi-

² Base: 130 hechos descriptos de agresiones físicas con dato.

mienta y le dio un ataque de epilepsia (caso del RNCT, 2017).

- ...Hace 2 semanas lo golpeó el SPB en la Unidad 32. Dos días después volvió a ser golpeado en el marco de una represión en el pabellón. Quedó descompensado, con fiebre y dificultades para respirar. Estaba escupiendo sangre y veía nublado. No lo atendió ningún médico (caso del RNCT, 2017).

También se registran casos de particular ensañamiento con personas que tenían lesiones o dolencias físicas preexistentes.

- “Cuando ingresé a la unidad me pegaron. Estaba usando muletas por una operación de fémur y cadera de hace unos años y me las rompieron. Me golpearon en todo el cuerpo, me pisaban la cintura, me dieron culatazos y con el caño de la escopeta en las piernas y la espalda” (caso del RNCT, 2017).

- “Entraron a mi celda a las 6 y media de la mañana el jefe del penal, el jefe de requisa, eran como diez. Me capearon, me pegaron golpes en la cabeza. Me tiraron gas pimienta y soy asmático, casi me muero acá adentro. Tengo un by pass en el brazo, me doblaban la mano y yo les decía que tengan cuidado que tengo el by pass y nada, no les importaba nada. Me traían (a admisión) con la cara contra el piso, re fuerte, los brazos atrás” (caso del RNCT, 2017).

- ...Es rengo de la pierna izquierda, tiene amputados 3 dedos del pie y el SPB le volvió a lastimar la pierna en una golpiza (caso del RNCT, 2017).

- ...Tiene problemas en el fémur de la pierna izquierda. Se le infectó y por reclamar los medicamentos el SPB lo sacó de traslado aduciendo que tenía mala conducta. Cuando llegó a la Unidad 35, el Servicio lo golpeó y se le intensificaron los dolores y se le inflamó la pierna (caso del RNCT, 2017).

Como puede verse en las descripciones, el rasgo general de las lesiones ocasionadas por las golpizas penitenciarias es la combinación, la diversidad y la multiplicidad de afecciones nuevas o agravantes de cuadros preexistentes.

2.4 Aislamiento, traslados y desvinculación familiar

En los camiones y los buzones –espacios destinados a la circulación y al encierro dentro del encierro–se producen las peores condiciones materiales y alimentarias, por lo cual los efectos que describimos previamente se intensifican durante el sometimiento a traslados y aislamientos. Pero además estas prácticas son circunstancias privilegiadas de agresiones físicas, amenazas y robos penitenciarios, generando condiciones especialmente gravosas en términos de producción de enfermedad. Esto se multiplica cuando las personas son trasladadas constantemente, sometidas a habitar de manera permanente estos espacios carcelarios.

- “Me tienen en buzones hace más de 30 días. Bajé 20 kilos, casi no me mantengo en pie. Estoy sucio, con olor, no me dejan bañarme. Me robaron todas las pertenencias, de toda la ropa que tenía, quedé con lo puesto. Tampoco me dejan llamar por teléfono. Cada vez que pido algo me pegan, me maltratan” (caso del RNCT, 2017).
- ...Hace 4 meses que está detenido, siempre en buzones. Esto complica su situación de salud. Tiene discapacidad pulmonar por una puñalada desde hace 5 años y por la humedad de los buzones le cuesta respirar, se ahoga (caso del RNCT, 2017).
- “El traslado fue un viaje de 4 ó 5 días. Era bajar de un camión y te suben a otro repleto. Vas 800 kilómetros con las manos amarradas al piso, sin moverte. Cuando te levantás ves las estrellas” (caso del RNCT, 2017).
- “Estoy con muletas y usted vio cómo son los camiones, van de un lado para otro. El camión pisa un pozo y me mata el dolor” (caso del RNCT, 2017).
- “Estoy siempre en depósito porque no me reciben los penales. Desde 2012 estoy con la calesita, la jueza me niega el traslado a una unidad cercana. Tengo dolor al orinar y problemas de riñones que empeoran con los traslados [por la posición del cuerpo, golpes penitenciarios y la cantidad de horas sin poder ir al baño]” (caso del RNCT, 2017).

En las entrevistas realizadas en 2017 se destacan testimonios que dan cuenta de los efectos de estos malos tratos y torturas para las personas que

padecen enfermedades respiratorias o epilepsia (y sufren ataques durante el aislamiento), y las que tienen movilidad reducida y necesitan asistencia.

- ...Anoche a las 2 de la mañana tuvo un ataque en los buzones, no podía respirar. Comenzó a golpear la puerta y otros detenidos llamaron al SPB. Cuando llegaron los agentes, después de un tiempo prolongado, se reían desde afuera de la celda. Cuando le abrieron y lo sacaron al pasillo mejoró con el aire. Tardaron 30 minutos en llegar a sanidad. En sanidad lo atendió el enfermero y le dijo que eran broncoespasmos (caso del RNCT, 2017).
- ...Lo sacaron del pabellón porque no puede cocinarse ni llevar nada porque está quebrado (brazo y pierna derechas inmovilizadas). Ahora espera traslado desde hace dos días en depósito, muy dificultado por el aislamiento porque necesita asistencia para todo (caso del RNCT, 2017).
- ...Tiene convulsiones y está aislada, se encuentra sola en una celda desde hace 3 días. Ayer no se podía levantar de la cama, le duele mucho el cuerpo. Convulsiona durmiendo y se levanta toda contracturada. Necesita un relajante muscular pero no se lo dan y tampoco dejan que lo pase la familia. Cuando convulsiona pasa una hora reclamando que la atiendan. Ayer, después de una hora, la vio un enfermero y sólo le dio un inyectable (caso del RNCT, 2017).
- ...Tiene una fractura expuesta de tibia y peroné, con tutores colocados. Lo trasladaron a la Unidad 23: "La doctora dijo 'este chico acá no entra' y tuve que ir saltando en un pie ida y vuelta hasta el camión" (caso del RNCT, 2017).

Estos relatos dan cuenta del plus que trae aparejado el aislamiento y la situación de tránsito: el quiebre de estrategias de supervivencia que las personas detenidas generan durante el encarcelamiento. Los presos y las presas dependen en gran medida de los aportes materiales y alimentarios pero también de las tareas de cuidado de sus compañeros/os ante la desprovisión y el abandono penitenciarios. El aislamiento y los traslados quiebran los lazos de solidaridad que permiten mitigar ciertos padecimientos. También son vitales para la salud de las personas detenidas los aportes de familiares y allegados/as (comida, ropa, abrigo, medicamentos, artículos de higiene personal) que se ven limitados

durante el aislamiento, el tránsito, especialmente por la distancia entre las unidades penales y los lugares de residencia de las visitas. En otras palabras: el impedimento a la vinculación puede significar enfermarse o agravar una patología crónica, pasar hambre por falta de alimentación, no poder asearse y, por ende, iniciar procesos infecciosos.

Además de limitar el acceso a los elementos materiales y alimentarios más elementales, el aislamiento, los traslados y la consecuente desvinculación familiar y social tienen efectos subjetivos negativos. Los contactos con familiares y allegados/as son la principal relación que los presos y las presas tienen con su vida previa y exterior a la cárcel, y su suspensión genera fuertes impactos emocionales y afectivos provocando angustia y cuadros depresivos.

Finalmente, cabe señalar que los traslados y el aislamiento cancelan, suspenden o modifican tratamientos médicos.

- “Me tienen con una rotativa. En un año y medio pasé por 24 unidades. Me fui hace 5 meses de acá por una denuncia y me volvieron a traer. Corro riesgo porque entro a unidades con prohibición. Cada 20 días me cambian de penal. Tengo una herida con pus y cuando me van a atender me sacan” (caso del RNCT, 2017).
- “Vengo dando vueltas por los penales hace 3 meses, siempre en pabellones de depósito. Mi esposa está embarazada de 8 meses y no puede llegar a las unidades lejos. Tengo problemas de hemorroides, me habían derivado a la Unidad 36 para que me vea un cirujano y me daban una dieta pero se cortó con el traslado” (caso del RNCT, 2017).
- ...Hace dos años recibió una puñalada que le perforó el pulmón derecho y lo operaron en un hospital extramuros. La familia le debe traer los medicamentos. Como lo trasladan constantemente no puede acceder a atención en hospital extramuros, además de que se encuentra en aislamiento en malas condiciones materiales en pabellones de tránsito (caso del RNCT, 2017).

2.5 La multidimensionalidad de la tortura

Esta breve síntesis acerca de la producción de enfermedades por las cárceles bonaerenses³ recupera la premisa acerca de la multidimensionalidad de la tortura que sostiene el RNCT. Las violencias que describimos (pero también las que generan las requisas vejatorias, los robos y las amenazas, especialmente en términos de impacto subjetivo) alcanzan -con mayor o menor frecuencia, con mayor o menor intensidad- a todas las personas detenidas en la provincia de Buenos Aires, aumentando exponencialmente los riesgos para la salud y potenciando las patologías, el dolor y el deterioro físico y psíquico.

En estas cárceles en las que la salud mental y física –en última instancia la vida– de las personas detenidas es sistemáticamente despreciada y sometida a distintas formas de tortura que se combinan y se imbrican: ¿se puede considerar de manera atomizada a la oferta sanitaria de las unidades penales? En otras palabras, ¿se puede analizar la gestión de la salud-enfermedad como un aspecto disociado o ajeno a lo carcelario en tanto dispositivo productor de dolor y de sufrimiento?

Partimos de la idea de que la (falta o deficiente) asistencia de la salud que analizamos en lo que sigue es una dimensión constitutiva de la tortura en el sentido amplio con el que trabaja el RNCT. Los registros sistemáticos acerca de la producción de enfermedad en las cárceles provinciales exigen asumir a la sanidad no como un servicio extra-penitenciario (que, en el mejor de los casos, vendría ex post facto a curar los padecimientos que la cárcel produce) sino que es otra práctica violenta que conforma el gobierno de las poblaciones encarceladas.

3 Parfraseando el desarrollo conceptual propuesto por el equipo del Comité contra la Tortura en relación a los fallecimientos en prisión (ver *Informe anual 2015. El sistema de la crueldad IX* de la CPM), cabe referir a enfermedades producidas *por* la cárcel antes que a enfermedades *en* la cárcel.



3. OFERTA SANITARIA EN LAS CÁRCELES BONAERENSES

La falta o deficiente asistencia de la salud se incluyó en el diseño del RNCT como un tipo de tortura a relevar por su impacto negativo en la capacidad física y mental de las personas detenidas, y por los sufrimientos, dolores y angustias que genera⁴. Esta forma de maltrato es generalizada y sistemática en las cárceles de la provincia de Buenos Aires, y se sostiene en una naturalización de las pésimas condiciones sanitarias que se asumen como norma para las miles de personas encarceladas. Cualquier detenido o detenida sabe que saldrá de la cárcel en peores condiciones de salud que en las que entró, ya que la producción de enfermedades y dolor propia del encierro –a la que referimos en el apartado anterior– se articula con la producción de enfermedades y dolor asociada a la oferta sanitaria de las unidades penales.

3.1 Falta o deficiente asistencia de la salud: resultados generales del RNCT

En 2017 se registraron 331 víctimas que comunicaron un total de 517 hechos de falta o deficiente asistencia de la salud (en un rango de hasta 5 por persona), lo que arroja un promedio de 1,6 hechos por víctima. De estos hechos contamos con la descripción de 494, que corresponden a los siguientes tipos de problemáticas desatendidas o deficientemente atendidas:

⁴ La Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (OEA, 1985) define *tortura* como “todo acto realizado intencionalmente por el cual se inflijan a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. Se entenderá también como tortura la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica”.

Hechos descriptos según tipo de problema de salud desatendido o deficientemente atendido

Tipo de problema de salud	Cantidad	Porcentaje
Problema de salud diagnosticado	233	47,5
Dolencia aguda o lesión	152	31,0
Problema de salud sin diagnóstico	106	21,6
Total	491	100

Base: 491 hechos descriptos de falta o deficiente asistencia de la salud con dato.

Fuente: 589 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2017.

Casi la mitad de los hechos corresponden a problemas de salud diagnosticados, entre los que se destacan: aneurisma cerebral, asma, artrosis, bloqueo cardíaco, cálculos, cáncer, diabetes, epilepsia, EPOC, hemiplejía, hepatitis, HIV, insuficiencia renal y cardíaca, mal de Chagas, osteomielitis, osteoporosis, padecimientos mentales, quistes, sarcoidosis pulmonar, TBC, tendinitis, úlceras y várices. En un 40% de estos hechos (92) las víctimas no habían sido atendidas por ningún/a agente sanitario/a, es decir que sus padecimientos habían sido diagnosticados con anterioridad a ser detenidas y su tratamiento se suspendió por el encarcelamiento. En el 60% de los hechos (141) las personas lograron arribar a un diagnóstico ya estando detenidas, no obstante lo cual la asistencia de sus problemas de salud era deficiente. Estas falencias sanitarias, en casos generalmente graves de enfermedades diagnosticadas, no sólo afectan directamente la calidad de vida de las personas detenidas sino que también constituyen un riesgo de muerte.

Un 31% de los hechos descriptos correspondía a dolencias agudas o lesiones sin asistencia o con asistencia deficiente, especialmente acidez y dolores de muelas, estomacales o de cabeza. Respecto de las lesiones traumáticas se destacan casos de cortes, dislocación de hombro, fracturas en la mano, de costilla, de pelvis y de pierna, hematomas, impactos de bala de goma y de plomo en distintas partes del cuerpo, hinchazón y luxaciones. En estos hechos la relación se invierte en comparación con los de problemas diagnosticados, con un 40% de dolencias y lesiones (60) con asistencia deficiente y un 60% que no había accedido a ningún tipo de atención por parte de agentes sanitarios/as (92). Si bien este tipo de padecimientos se presenta de modo irregular o circunstancial, se trata de situaciones agudas que comportan el sufrimiento de fuertes dolores y/o de malestares que afectan seriamente las condiciones de vida de las personas. Así, casos que ameritan la intervención inmediata

de profesionales de la salud son en su mayoría llanamente desatendidos o asistidos de manera inadecuada.

Por último, un 21,6% de los hechos correspondía a problemas de salud sin diagnóstico desatendidos; algunos de los descriptos por las personas detenidas: desmayos, diarrea, dificultades para respirar, fiebre, hemoptisis, insomnio, mareos, pérdida de peso, supuración de oído, temblores, visión borrosa, vómitos. Al igual que en los hechos de dolencias agudas o lesiones, en un 60% de los casos (62) las personas no habían logrado ser asistidas por personal de sanidad, mientras que un 40% (44) había accedido pero a una atención deficiente. Estas dolencias no se presentan como agudas pero son persistentes y, al no contar con diagnóstico, pueden derivar en cuadros de gravedad.

La falta o deficiente asistencia a la salud –como dijimos al comienzo– no sólo es una práctica penitenciaria extendida sino que se sostiene en el tiempo. En promedio, las personas entrevistadas durante 2017 sufrieron la desatención o la atención deficiente de sus dolencias y enfermedades durante 1 año y 3 meses. La distribución de estos hechos en relación al tiempo durante el cual las víctimas padecieron la falta o deficiente asistencia de su salud es la siguiente:

Hechos descriptos según tiempo con falta o deficiente asistencia de la salud		
Tiempo	Cantidad	Porcentaje
Hasta 30 días	100	28,7
Entre 31 y 90 días	33	9,5
Entre 91 y 180 días	52	14,9
Entre 181 y 365 días	59	16,9
Más de 1 año	105	30,1
Total	349	100
Base: 349 hechos descriptos de falta o deficiente asistencia de la salud con dato.		
Fuente: 589 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2017.		

En la mitad de los hechos la falta o deficiente atención se prolongaba por más de 6 meses, con casos extremos de 7, 8 y hasta 10 años consecutivos. Estas condiciones multiplican los padecimientos, aumentan los riesgos de

contagio y generan agravamientos y complicaciones de las afecciones de la salud.

En este contexto, la producción de enfermedades en la cárcel se expresa en el padecimiento de múltiples dolencias de manera simultánea y sostenida en el tiempo:

- ...En 2013 desde la Unidad 30 lo llevaron a hacerle un estudio pre-quirúrgico para operarlo de la vesícula pero le perdieron la historia clínica y quedó sin efecto la operación. También dejaron de darle medicación anticonvulsiva y antidepressiva prescrita. Además tiene problemas en los riñones, le molesta al orinar y le duele (caso del RNCT, 2017).
- ...Tuvo un cáncer de mama encapsulado en 2009 y no le hacen controles. Producto de golpes en la cabeza tiene migrañas y no recibe medicación. A raíz de una suba de presión le quedó una renquera en la pierna izquierda y durante un tiempo la llevaban a la Unidad 22 para hacer rehabilitación pero cortaron el tratamiento por falta de móvil (caso del RNCT, 2017).
- ...En 2014 recibió cuatro puñaladas en el estómago estando detenido en Olmos. Lo operaron en el hospital Melchor Romero porque tenía una perforación en el intestino delgado. Durante la cirugía le lesionaron un nervio del bazo y perdió la movilidad de los dedos anular y meñique. Le indicaron dieta especial que nunca recibió. En enero de 2016 en un traslado de la Unidad 23 a la Unidad 1 se cayó con el mono y se dobló la rodilla. Lo subieron al pabellón y recién una semana después lo vio un médico y le sacó líquido con sangre. En julio de 2016 tuvo una revisión en el hospital Romero y prescribieron que le colocaran una malla porque le había salido una hernia pero nunca le dieron turno. No volvió a verlo ningún médico hasta abril de 2017, cuando el juzgado mandó a hacer una pericia por su situación de salud. El médico pidió una resonancia para la rodilla y la colocación urgente de una malla gástrica. Lo trasladaron a la Unidad 9 para que recibiera esa asistencia. Cuando llegó a la cárcel el SPB le robó la rodilla ortopédica y la faja que estaba usando. Lo subieron a un pabellón de población donde lo golpearon y le dieron puntazos. Lo llevaron a sanidad y lo miró una enfermera pero no le indicó tratamiento o calmantes para los dolores. Le quedaron como secuela mareos y cosquilleo en el brazo. Todavía no le realizaron la resonancia ni le colocaron la malla (caso del RNCT, 2017).

Estos ejemplos ponen en evidencia la forma en que la multidimensionalidad de la tortura –que produce enfermedades en la articulación de las distintas violencias carcelarias– afecta integralmente la salud de las personas detenidas, por largos períodos de tiempo y con efectos que ponen en riesgo sus funciones vitales.

3.2 Principales deficiencias en la asistencia de la salud

La mitad las víctimas entrevistadas en 2017 por el RNCT que describieron padecimientos no habían sido (o no eran) asistidos por los operadores de la salud de las cárceles; es decir que las personas ni siquiera habían logrado acceder a una consulta sanitaria⁵. La otra mitad (246 hechos) describían deficiencias en la asistencia que dan cuenta de los tipos de oferta que se producen en el sistema penitenciario para las personas detenidas.

⁵ Ver apartado 5: Acceso a la asistencia de la salud.

Hechos descriptos según tipos de deficiencia en la asistencia de la salud		
Deficiencias en la asistencia de la salud	Cantidad	Porcentaje
Problemas en la provisión de medicamentos	157	63,8
No le realizan o le realizan deficientemente tratamientos y/o intervenciones	108	43,9
No le realizan o le realizan deficientemente controles / seguimiento	87	35,4
No le realizan o le realizan deficientemente estudios	76	30,9
No recibe atención especializada / de complejidad	62	25,2
No le realizan revisión clínica	59	24,0
No le realizan o le realizan deficientemente curaciones	54	22,0
Problemas en la provisión de alimentación especial	51	20,7
No le informan resultados y/o diagnósticos	29	11,8
Otras	21	8,5
Total	704	286,2
Respuesta múltiple. Base: 246 hechos descriptos de asistencia deficiente de la salud.		
Fuente: 589 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2017.		

Como queda expresado en el cuadro precedente, para cada padecimiento se registraron en promedio 3 falencias distintas combinadas y la que se presenta de manera más frecuente, en 6 de cada 10 hechos, es la deficiencia en la provisión de medicamentos. Al respecto se registra la entrega de medicamentos de manera discontinuada, insuficiente y/o inapropiada.

- ...En 2011, estando en libertad, fue operado del corazón. Tiene prescriptos controles permanentes y no se los realizan. Tampoco le entregan la medicación. Es oxígeno dependiente (según su neumólogo como secuela de la operación) y en la unidad no hay oxígeno: "Me estoy sintiendo morir de a poquito" (caso del RNCT, 2017).
- ...Tiene epilepsia desde los 12 años, siempre estuvo medicado hasta que llegó a esta unidad. Lleva 7 meses acá. En sanidad le dijeron que no lo podían medicar dado que no había llegado su historia clínica. Tampoco fue evaluado por ningún médico. Tiene miedo de que le agarre un

ataque (caso del RNCT, 2017).

- ...Hace 10 meses comenzó con pérdida de peso, tos, fiebre. Lo alojaron en el pabellón de aislamiento para TBC durante 3 meses. En ese período no recibió uno de los medicamentos durante una semana. Hace un mes volvió a sentir mucho cansancio y falta de aire al subir las escaleras. Le realizaron el análisis de esputo, placa y análisis de sangre y volvieron a internarlo y a darle medicación de TBC. De la medicación que tenía al momento de la entrevista dos blíster de pastillas habían vencido hacía 8 meses (caso del RNCT, 2017).

- ...Tiene VIH, mal de Chagas y hepatitis B. Desde hace dos meses está sin medicación porque no tolera la que compran en la unidad y la que le hace bien no se la dan (caso del RNCT, 2017).

Los problemas que se registran en la provisión de medicamentos van desde la falta de calmantes para dolores agudos hasta la interrupción de tratamientos medicamentosos que pone en riesgo la vida de las personas detenidas. Estas condiciones fueron relevadas en profundidad en los casos de las Unidades 1 de Olmos, 2 de Sierra Chica y 33 de Los Hornos. Como queda expresado en los registros de campo, los/as operadores/as sanitarios/as de las tres cárceles coincidieron en el diagnóstico de faltantes de medicación:

- ...El director de sanidad aceptó que el inventario de medicación “tiene picos, hoy está vacío, al otro día se llena” y que en ningún caso recibían en la unidad toda la medicación que necesitaban. Los operadores sanitarios entrevistados en la Unidad 1 señalaron en particular faltantes de medicación psiquiátrica. Incluso explicitaron que desde la Dirección de Salud Penitenciaria determinaban reemplazos de una droga por otra, como por ejemplo la entrega de clonazepam en vez de diazepam. El médico dermatólogo afirmó que estaba expandiéndose la sarna, aumentando fuertemente la cantidad de casos en los últimos meses, y que no contaban con la medicación necesaria para su tratamiento. Se registraron casos de gravedad que no recibían la medicación prescrita o que sentían que la medicación que les entregaban les hacía mal (registro de campo de la Unidad 1, 2017).
- ...Los operadores de sanidad señalaron faltante de medicación, en particular penicilina, abocat (para suero), aspirinas, diclofenac, corticoides, bolsas de colostomía (registro de campo de la Unidad 2, 2017).

- ...La operadora de farmacia confirmó faltantes de medicamentos. Señaló que no estaban recibiendo desde hacía 3 meses: salbutamol en gotas, oxígeno, ibuprofeno jarabe, amoxicilina, eritromicina colirio, cefalexina, furosemida comprimidos, pasta lassar, aerocámaras y los “medicamentos caros”. En odontología refirieron faltantes de composite, de pasta provisoria y de adhesivos para las prótesis. Lo más frecuente según las detenidas era el reparto de medicamentos para paliar dolores, ibuprofeno o aquellos analgésicos que hubiera en stock en el penal: “para todo te dan un ibuprofeno, para ellos todo es una pavada”. Se registraron casos en los que se había indicado medicación inadecuada con riesgos para la salud tanto de mujeres embarazadas como de niños/as. Los ajustes de medicación psiquiátrica se realizaban considerando si las detenidas querían o no modificar las dosis, sin acompañamiento tratamental no farmacológico (registro de campo de la Unidad 33, 2017).

Ante estos faltantes, los/as agentes de sanidad señalaron que reclamaban a la Dirección de gestión, pero destacaron que era un procedimiento muy burocrático y que no garantizaba respuesta. Como expresaron en la Unidad 33, semanalmente reiteraban por nota: “todo el tiempo tenemos que estar pidiendo”. Los/as operadores/as entrevistados/as relataron el procedimiento ante emergencias: “si yo necesito una vacuna y yo sé que el Servicio Penitenciario no me la va a dar (...) salgo a conseguirla” a través de contactos personales (operador sanitario de la Unidad 1). La jefa de enfermería de la Unidad 2 refirió que en casos de urgencia salían con una orden del médico a buscar a la salita o al hospital extramuros la medicación necesaria. También los/as operadores/as de sanidad aportaban insumos de manera personal.

Al igual que en relación a otras circunstancias de desprovisión en las cárceles, en las tres unidades relevadas en profundidad se destacó el aporte de medicación por parte de las familias de las personas detenidas⁶:

- ...Al consultarle al director de sanidad de Olmos respecto del ingreso de medicación por parte de las visitas de los detenidos para suplir los faltantes explicó que históricamente no se permitía y que luego la situación se había flexibilizado: “es como si vos me tenés que dar de comer a mí y la comida que vos me das a veces no me alcanza y yo me quedo con hambre. Entonces permitís que venga el vecino y colabore un poquito” (registro de campo de la Unidad 1, 2017).

⁶ Como veremos más adelante, se responsabiliza a las personas detenidas sobre sus propios tratamientos.

- ...En algunos casos eran los familiares de los presos los que garantizaban la medicación. La jefa de enfermería explicó que esto no debía suceder, pero “como acá no hay [medicación] el director más el jefe aprobaron para que se pase la medicación” (registro de campo de la Unidad 2, 2017).
- ...La operadora de farmacia expresó que las familias de las detenidas ingresaban medicación “cuando no tenemos para darle” (registro de campo de la Unidad 33, 2017).

En consonancia con los testimonios de las víctimas, los/as operadores/as sanitarios/as de las tres unidades relevadas refirieron problemas recurrentes vinculados al stock de medicación.

Además, en un 43,9% de los hechos descriptos por las víctimas surge que no recibían tratamientos o intervenciones médicas prescriptas y necesarias para sus dolencias y enfermedades.

- ...Tiene una eventración abdominal, tiene que ser operado de los intestinos y no le sacan turnos. Lo llevaron al hospital de Bolívar y le dijeron que debían colocarle una malla en una intervención quirúrgica programada. Le comunicaron que debían hacerle estudios en la Unidad 22 y nunca fue trasladado. Tampoco recibe dieta gástrica (caso del RNCT, 2017).
- ...Tiene piedras en la vesícula, padece dolores y no le realizan tratamiento. La vio una doctora y le dijo que se tiene que hacer una ecografía y nunca se la hicieron. Necesita control de salud: VIH, ginecológico, chequeo general (caso del RNCT, 2017).
- ...Hace 8 meses por impactos de bala de goma le fracturaron la tibia y el peroné y le falta hueso. En ese momento le hicieron una operación y le pusieron clavos. Desde entonces tiene pendientes dos operaciones más y movilidad reducida con muletas. “Me duele a full. Me hicieron estudios y nada. Están esperando que se me pudra la pata y me la corten (caso del RNCT, 2017).
- ...Por un accidente en la calle hace 4 años tuvo una herida en el pulmón. Le duele y le cuesta respirar, no recibe tratamiento y debía ir al hospital a hacer controles pero no la llevan. Hace una semana se le hizo una pelota de pus que se le reventó sola. “Hace 2 años me hicieron un

estudio de sangre, me dijeron que tenía HPV y nada más”, no le indicaron tratamiento u otros estudios (caso del RNCT, 2017).

Luego se presenta con menor frecuencia una serie de deficiencias que se combinan: falta de revisión clínica, de controles, seguimiento y estudios que impide o dificulta la obtención de diagnósticos y la actualización/ adecuación de los tratamientos; falta de asistencia especializada, que implica que los procesos se estancan en un determinado nivel de complejidad; falta de información sobre resultados de estudios y diagnósticos, curaciones deficientes y falta de entrega de alimentación especial prescrita.

- ...Tiene un quiste en el pecho izquierdo, le hicieron dos punciones pero no le hicieron mamografía ni ecografía. Refiere que está muy dolorida; le dan ibuprofeno cada tanto pero ella tomaba otra medicación para el dolor. También tiene diabetes y no recibe dieta especial ni medicación por ello. No le hacen controles del colesterol que necesita. No la sacan a sanidad y cuando va no está el médico (caso del RNCT, 2017).

- ...La historia clínica indica como diagnóstico adenomegalias yugulo carotídeas (inflamación en los ganglios del cuello de 5 x 3 cm). El detenido no tenía esa información. Le genera problemas para comer, se le cierra la tráquea, tiene problemas para respirar, dormir, no escucha y tiene toda la cara hinchada. Sufre mucho dolor. Además la comida le provoca gastritis y diarrea. Hace un mes le hicieron análisis de sangre y tomografía, pero no le dieron los resultados. Cuando va a sanidad de la unidad le inyectan corticoide y le empeora el cuadro (caso del RNCT, 2017).

- ...Tiene osteomielitis crónica, fue intervenido 8 veces en el hospital San Martín. Ahora en la Unidad 9 no le dan la medicación. Tienen que operarlo nuevamente y debe ver a un infectólogo una vez por mes porque supura pus. Perdió varios turnos en el hospital. Hace 10 días lo llevaron al San Martín y le dieron orden para estudios de laboratorio y con el traumatólogo, pero luego de eso la requisita le destrozó el turno (caso del RNCT, 2017).

- ...Estuvo un mes sintiendo dolores en la Unidad 49. Sentía una bola en el abdomen que le crecía. Sólo le daban ibuprofeno y luego buscapina. Se hinchaba cuando comía y no podía ir al baño. Pasado un mes con esos síntomas se desmayó y lo sacaron al hospital. Le diagnosticaron cáncer en testículo, hígado y páncreas. Lo operaron y comenzó con

quimioterapia. Del hospital lo llevaban supuestamente a la Unidad 22, pero lo reintegraron a la Unidad 49. Llegó con suero, con morfina por los dolores y lo mandaron a un pabellón. Estuvo muy mal, se descompensó cuatro veces. “Pensé que me moría, no me daban nada para el dolor. Salí con un habeas corpus al hospital San Martín, mi familia me consiguió la medicación y los turnos en el hospital” (caso del RNCT, 2017).

- ...Tuvo un accidente de moto hace dos años, tiene dolores y se le descoloca el hombro: “Para llegar a sanidad tengo que hacer re-quilombo”. Tuvo que ir muchas veces porque ningún enfermero le sabía colocar el hombro. “Una vez me llevaron a sanidad a las 17 hs y recién 12 horas después me llevaron al hospital. Me volaba del dolor, te dejan ahí. Es más, parece que les decís que te duele y peor te dejan. En el hospital me dijeron que me tengo que operar. Tenía un turno pero no me llevaron” (caso del RNCT, 2017).

En resumen, de las entrevistas con las personas detenidas surgen como principales emergentes en relación a la (falta de) oferta sanitaria en las cárceles:

- Completa desatención de las personas en los pabellones, dado que los/as operadores/as de la salud no recorren la cárcel.
- Obstaculización por parte del Servicio Penitenciario del acceso a la salud⁷.
- Falta de control de foco en los pabellones, que promueve la propagación de enfermedades contagiosas.
- Falta de acciones de prevención de enfermedades.
- Falta de ambulancias.
- Ausencia de operadores/as de la salud⁸.
- Falta de asistencia de enfermería.
- Incumplimiento de turnos en sanidad y en hospitales extramuros.
- Falta de insumos e instrumental básico (jeringas, oxígeno, gasas, bolsas de colostomía).
- Falta de elementos prescriptos para el tratamiento (fajas, muletas, anteojos).
- Falta de medicación y de alimentación especial.
- Revisaciones superficiales y deficientes.

⁷ Ver apartado 7: Intervención del SPB en la asistencia de la salud.

⁸ Ver apartado 4: Acerca de los agentes sanitario-carcelarios.

- Deficiencias en las curaciones.
- Realización de diagnósticos y de tratamientos erróneos.
- Falta de evaluación, de control, de seguimiento y de actualización de los tratamientos.
- Incumplimiento de estudios e intervenciones quirúrgicas indicadas.
- Falta de información a las personas detenidas en relación a resultados de estudios, diagnósticos, tratamientos y pronósticos.
- Altas anticipadas.
- Falta de condiciones para reposo o rehabilitaciones prescritas.
- Registros deficientes y pérdidas de las historias clínicas.
- Nula perspectiva de género en la asistencia sanitaria.
- Malos tratos por parte de los/as operadores/as sanitarios/as.

Así, desde la intervención ante dolores corrientes de muela o de cabeza, la realización de controles básicos como ginecológicos y odontológicos, hasta tratamientos o intervenciones complejas resultan excepcionales y forman parte del abanico de derechos que se convierten en beneficios en las cárceles bonaerenses.

3.3 El folclore del abandono:

responsabilización de las personas detenidas sobre su tratamiento

Las condiciones de falta o deficiente atención de la salud por parte del Estado en las cárceles bonaerenses tienen como contraparte la reversión de la responsabilidad de asistencia y tratamiento en las personas que padecen las dolencias y enfermedades o sus compañeros/as. En relación a distintos aspectos del proceso sanitario, durante el trabajo de campo observamos dinámicas de tercerización de los servicios que debían cubrir operadores/as sanitarios/as en las propias personas detenidas.

3.3.1 Auto-curación y auto-administración de fármacos

En los espacios de sanidad la medicación era entregada semanal o mensualmente y las personas detenidas debían gestionar las dosis. Muchas

veces no les brindaban pautas de toma ni forma de administración, por lo que no se garantizaba que el tratamiento fuera el adecuado. Así lo explicaban algunas personas detenidas entrevistadas:

- “Acá te dan las pastillas para una semana, no te dan las indicaciones. Te llaman, te pesan y te dan más medicación una vez por semana. Los doctores no entran acá [al pabellón de sanidad], tenemos que salir nosotros. Ellos te dan la medicación, si te querés curar la tomás, a ellos no les importa si la tomás o no la tomás” (caso del RNCT, 2017).
- ...Está alojado en sanidad de la Unidad 1. Permanece aislado [por posible TBC desde hace un mes], no sabe los resultados del cultivo. Le entregan medicación para toda la semana, sólo le indican que debe tomar 7 pastillas por día para que él se la auto-administre (no le explican horarios ni modalidades para la toma) (caso del RNCT, 2017).

Como se observa, se delega en las personas detenidas el tratamiento farmacológico sin que reciban un correcto acompañamiento o instrucciones para realizar efectivamente el mismo.

En otras ocasiones, las personas detenidas debían curarse o desinfectarse ellas mismas heridas y muchas veces sin ningún tipo de elemento brindado desde sanidad.

- ...Recibió seis disparos de bala de goma en las piernas y no le dieron atención médica, se cura él mismo con jabón blanco (caso del RNCT, 2017).
- “Estando alojado acá en SAC me picó una araña. Se me infectó, se me hinchó la pierna y me tuve que curar solo, no me dieron bolilla. La única forma en que te escuchan es si te cortás o prendés fuego, sino no existís. Ahora de la pierna estoy mejor, pero me curé solo” (caso del RNCT, 2017).

Queda reflejado que este accionar de las personas detenidas surge ante la ausencia y la desidia de los/as distintos/as operadores/as sanitarios/as. Estos/as últimos/as invierten la cadena de obligaciones, desligándose de tareas que les corresponden y responsabilizando a los/as presos/as por su tratamiento.

3.3.2 Asistencia sanitaria por parte de los/as propios/as presos/as

Otra forma de tercerizar servicios y cuidados (generalmente de enfermería) es responsabilizar a los/as detenidos/as por la asistencia de sus compañeros/as. En los sectores de sanidad el personal no atendía a los/as presos/as, que debían ayudarse entre ellos/as.

- “No, eso [las tareas de enfermería] lo solucionan entre los internos. Hay un viejito, por ejemplo, un señor que tiene 80 años. El señor ese está viejo, es diabético, es hipertenso y, bueno, a ese lo ayudan los compañeros. O hay alguno en silla de ruedas. [Asistencia de enfermería] no hay. No da abasto. A pesar de que acá tenemos dos enfermeros por día algunos días y todo, es imposible. Y eso es parte también del folclore, qué sé yo. Se manejan así, acá los internos se ayudan entre ellos. A veces tenés la suerte de tener algún interno que es un poco más lúcido y ayuda –más colaborador– y entonces te deja más tranquilo. Y otras veces no, tenés que andar atrás” (operador sanitario de la Unidad 1, 2017).

También surgió durante el trabajo de campo la expectativa de capacitar a las personas detenidas para asistir a sus compañeros/as, invisibilizando de esta forma el rol que debían cumplir los/as operadores/as de salud.

- ...Un directivo manifestó que tenían intención de formar en RCP y primeros auxilios a los detenidos: “Habíamos coordinado darles determinadas charlas, por ejemplo, atención inicial del traumatizado”. Como ejemplo de la relevancia de esta gestión explicó que había un detenido mayor con problemas cardíacos en un pabellón y se podía descomponer y que sería fundamental que quien esté a su lado (otro detenido) aprovechara los primeros minutos conociendo acerca del manejo del paro respiratorio. De esta forma en vez de cuestionar el encarcelamiento de personas con problemas graves de salud en pésimas condiciones materiales, el directivo proponía que los detenidos se hicieran cargo de esta responsabilidad (registro de campo de la Unidad 1, 2017).
- ...La médica a cargo de sanidad explicó que las detenidas habían realizado un curso de auxiliar de enfermería con la idea de que en cada pabellón hubiera una “referente enfermera”. Diagnosticó que no había funcionado pero que habría estado “muy bueno” para que esas “referen-

tes” se ocuparan en los pabellones de “hacer todos los controles, manejar todo ahí, como para que ella [la presa enfermera] tuviera el criterio para decir ‘bueno, ella tiene que salir [del pabellón]’” (registro de campo de la Unidad 33, 2017).

En estos casos, además de la asignación de tareas que son propias del personal de Salud Penitenciaria a los/as presos/as, queda de manifiesto que las/os operadoras/es de sanidad no recorren los espacios de alojamiento habitual y que pretenden sumar un nuevo filtro al acceso a la salud con la intermediación de personas detenidas en los pabellones.

3.3.3 Intervención de las familias de las personas detenidas

Muchas veces la obtención de turnos extramuros (con intervención del juzgado o directamente en el hospital), de material, insumos y –como ya señalamos– la medicación se delegaba en las familias.

- “El material de osteosíntesis –que son los clavos, las placas, lo que necesita para operarlo– se lo van a conseguir a través del hospital. Ya le consiguieron una parte y ahora le están por conseguir el resto que falta. Y eso la familia va y averigua y nos tiene al tanto. Cuando consiga todo lo mandamos y lo operan” (operador sanitario de la Unidad 1, 2017).
- ...La farmacéutica explicó que las familias debían proveer insumos y medicamentos para la salud tanto por falta como por deficiencias en la calidad de los productos. También las odontólogas señalaron faltantes de insumos (como por ejemplo adhesivo para las prótesis dentales) que “les preguntamos: ‘¿tenés familia que te lo pueda traer?’” (registro de campo de la Unidad 33, 2017).

En este sentido también expresaron las personas detenidas:

- “Tengo que usar una rodilla ortopédica y una faja. Dijo un perito que lo necesito. Mi familia juntó la plata y me lo compraron porque en el hospital les dijeron que no se lo podían dar” (caso del RNCT, 2017).
- “Estaba re mareado. Era día de visita, estaba en dudas de ir o no, pero mi prima se venía desde lejos, entonces fui. Durante la visita no podía ni comer. Mi prima me vio y a los dos o tres días fue al juzgado. Al toque

mandan una orden que me tenían que sacar a hospital. Ahora cuando respiro me queda un chiflido, de un lado tengo hueso, del otro no. Entonces mi prima que se dio cuenta del chiflido, volvió al juzgado e hizo otra presentación” (caso del RNCT, 2017).

- “Tengo asma, tomo la medicación porque mi familia me la trae, pero nunca me controlaron” (caso del RNCT, 2017).

- ...Tiene quemaduras, estuvo internado y le indicaron dos curaciones diarias, pero no se las realizan. Tampoco le dan los insumos, su pareja debe traerlos porque desde sanidad le dicen que no tienen (caso del RNCT, 2017).

Como se observa, frente al total abandono y ausencia de profesionales y de políticas de salud acordes en las cárceles bonaerenses, la evolución de las problemáticas depende de la posibilidad de los detenidos y las detenidas de gestionar con el afuera, con sus familiares y personas cercanas, medicamentos insumos o atención en hospitales extramuros.



4. ACERCA DE LOS AGENTES SANITARIO-CARCELARIOS

Los/as operadores/as sanitarios/as (administrativos/as, prestadores/as, profesionales) que trabajan en las áreas de sanidad de las cárceles bonaerenses son un eslabón central en la cadena de producción de falta o deficiente asistencia de la salud. A lo largo de los años, desde el RNCT se acumularon testimonios de personas detenidas que dan cuenta de ausencias, desidias, impericias, destratos, malos tratos y abandono por parte de estos/as agentes ante sus dolencias y afecciones. En este apartado presentamos los principales emergentes respecto de estas dimensiones, considerando las formas de intervención de quienes están encargados/as de distribuir la salud o –como venimos señalando– la enfermedad.

4.1 “La familia de Salud Penitenciaria”⁹

El trabajo de campo del RNCT en 2017 estuvo atravesado por una coyuntura de conflicto entre los/as operadores/as sanitarios/as y la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria (en adelante DPSP) que condicionó tanto las posiciones de los/as agentes entrevistados/as como las formas de organización observadas en las áreas de sanidad.

Durante el mes de junio de 2017 la DPSP efectuó 756 traslados y 644 sumarios entre los/as dos mil empleados/as de la Dirección. Los/as afectados/as por estas medidas realizaron a fines de ese mes una serie de manifestaciones y de reclamos solicitando “dejar sin efecto y proceder a la revisión de cada uno de los traslados y sumarios en forma particular (...) que han generado tanta angustia, zozobra, tensión, incertidumbre y tristeza en la familia de Salud Penitenciaria”¹⁰. Estos movimientos generaron una posición

9 Autodenominación de los/as operadores/as sanitarios/as de las cárceles bonaerenses en una nota de reclamo por traslados y sumarios que la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria realizó en junio de 2017. Ver: http://tn.com.ar/sociedad/servicio-penitenciario-bonaerense-disponen-756-traslados-y-644-sumarios-medicos-que-trabajan-en-las_802382. Consulta 30-08-17.

10 Op. cit.

de defensa corporativa entre los/as trasladados/as y sumariados/as, que se expresó reiteradamente en las entrevistas a los/as operadores/as de la cárcel de Olmos, Sierra Chica y la Unidad 33 de mujeres.

Los/as agentes entrevistados/as en las tres unidades coincidieron en la explicación de que el proceso de traslados y sumarios había sido realizado desde la DPSP argumentando incumplimientos de la carga horaria. En la Unidad 1 había sido sumariado el 95% del plantel y trasladados/as alrededor de 40 de los/as 90 empleados/as. En la Unidad 2 la mitad de los/as operadores/as habían sido sumariados/as y llegó a haber 2 médicos y 1 enfermero despedidos; allí no habían sacado operadores de traslado como en otras unidades sino que, por el contrario, habían recibido trasladados desde Azul y Alvear. En la Unidad 33 también la mitad del personal (31) había sido trasladado, aunque en su gran mayoría se había revertido la medida (quedaban sólo dos operadores/as por volver a la unidad) y el 80% se encontraba sumariado.

En todos los casos los/as operadores/as entrevistados/as evaluaron negativamente la intervención de la DPSP (cabe aclarar que la gran mayoría había sido sumariada), como injustificada en relación a sus motivos declarados. Los/as entrevistados/as coincidieron en que había habido “errores” en la sindicación de faltas respecto del cumplimiento horario (como fallas en la carga de la asistencia que realizaba personal del SPB o consideración de ausencias durante períodos de licencia justificada). También se destacaron las observaciones acerca de la discrecionalidad y la injusticia de las medidas adoptadas por la DPSP.

- ...Según la médica entrevistada “hubo un revoleo” y a la mitad del personal la habían trasladado. (...). Explicó que la intervención del ejecutivo había sido ‘una cosa muy loca’ por cuestiones como el traslado de obstetras a cárceles de varones o el sumario impuesto a una profesional por tener un nombre similar al de su hermana. (...) También se mostró crítica en relación a los profesionales alcanzados por las medidas: señaló que muchos de los operadores que fueron sumariados o trasladados cumplían con su trabajo y que otros que incumplían no habían sido tocados (registro de campo de la Unidad 33, 2017).
- ...El entrevistado se mostró molesto por las medidas: señaló que habían sido “a dedo”, que fue “irrisorio lo que hicieron”. También dio cuenta de “acomodos” por los cuales personas que no asistían no habían sufrido consecuencias y quienes cumplían con el horario estaban sumariados

(registro de campo de la Unidad 2, 2017).

- ...Explicaron que el proceso se había iniciado en diciembre de 2016, cuando habían bajado la indicación desde Salud Penitenciaria del estricto cumplimiento de la carga horaria semanal en el lugar de trabajo. Sin embargo, una operadora entrevistada evaluó que el procedimiento había sido injusto, porque en la evaluación de asistencia la intervención había tomado el período agosto-diciembre de 2016 (es decir, previo al aviso de que tenían que cumplir el horario). Comparó: “es como cuando te ponen el cartel de las multas y te lo ponen adonde ya está el incumplimiento” (registro de campo de la Unidad 33, 2017).

Los/as sumariados/as en su gran mayoría habían interpuesto recursos que suspendían el acto administrativo hasta su resolución, por lo cual podían seguir ejerciendo sus funciones. No obstante, la persona a cargo de sanidad de la Unidad 33 destacó que por tratarse de profesionales de la salud ello se encuadraba en términos de riesgo a la población y por tanto “es un sumario pesado, tipo abandono de persona”.

La intervención también fue definida como disruptiva en sus consecuencias: “acá tiraron una bomba y no pasó nadie [de la DPSP]”, señaló un profesional entrevistado en la Unidad 1. El malestar generado entre los/as operadores/as fue destacado como uno de los principales efectos de las medidas.

- ...En la Unidad 1 de Olmos destacaron como implicancias del proceso que el personal sumariado seguía en actividad pero “con toda la mala onda”. Uno de los operadores entrevistados explicó: “rompieron algo muy importante que es la voluntad de la gente, porque esto a veces funcionaba porque la gente ponía mucha voluntad. Entonces cuando vos se la rompés desde arriba cuesta, porque la gente se desmoraliza. Los que están dependiendo de la Dirección de Salud Penitenciaria se encontraron con un golpe muy duro. Entonces rompés un poquito las ganas, el empuje” (registro de campo de la Unidad 1, 2017).

Los problemas de organización de las unidades sanitarias también fueron asociados por los operadores/as entrevistados/as con la intervención de la DPSP.

- ...Al consultarle al director de sanidad acerca de la organización del

área respondió “no te puedo decir qué funcionamiento tenemos” asociándolo a los movimientos realizados por la DPSP. Sin embargo, luego señaló que desde el inicio de su gestión –en mayo de 2016, hacía un año y tres meses– la organización había cambiado varias veces en función “del objetivo”. Del mismo modo, explicó que a raíz de la intervención de la DPSP había quedado solo el director a cargo de toda la unidad sanitaria porque habían perdido la figura de “secretario técnico”. Pero al avanzar en la charla reconocieron que los cargos con los que se manejaban hasta la intervención del ejecutivo eran “designados internamente”. Es decir que siempre había existido solamente el cargo de dirección, incluso antes de la intervención, con lo cual no habría habido modificaciones formales al respecto (registro de campo de la Unidad 1, 2017).

- ...La entrevistada reconoció que el cumplimiento de horario siempre había sido lábil, pero lo asoció con las necesidades del servicio como guardias, servicios diarios, trámites extramuros, etc. solicitadas y avaladas por los jefes de las unidades sanitarias. Las medidas, por lo tanto, habían provocado que quedaran “descubiertas” distintas tareas: “no se considera nada más que estar las 25 horas trabajando. Entonces todo lo que era funcional ahora deja de ser funcional” (registro de campo de la Unidad 33, 2017).

- “No da la cantidad de médicos. O sea, si vos los sobrecargás se te van. O sea, cumplen las horas, que son 25 semanales y después... Yo siempre vi que acá hay gente que por ahí venía menos tiempo de lo que correspondía y no le decía nada. Y yo siempre venía todos los días. Mientras a mí no me jodían está bien. Ahora, cuando a mí me joden: ‘pará, ¿y este de acá al lado?, vos lo cubrís’” (operador sanitario de la Unidad 2, 2017).

De esta manera, se valoraba una informalidad autónoma en detrimento de la formalidad asumida como burocrática que reclamaba la intervención, pero quedó en evidencia que en todos los casos se trataba de problemas preexistentes a la intervención.

El accionar de la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria produjo un descontento que se tradujo en un rechazo generalizado a la medida de parte de los/as operadores/as de salud. Se hace alusión a “una pérdida de la voluntad” a partir de la discrecionalidad con que se efectuaron algunos sumarios respecto de otros. No obstante, las consecuencias destacadas por los/as entrevistados/as (como el des-

gano o la falta de personal) son elementos que se reconocían con antelación a la intervención de la DPSP en las unidades sanitarias. Así, el conflicto aparece como una forma de desligarse de responsabilidades en ambos sentidos: desde la DPSP por la herencia de un sistema sanitario irregular y desorganizado, desde el personal por la imposición arbitraria de una intervención que desconocería las necesidades de los servicios de salud en las cárceles.

4.2 Plantel sanitario: presencia, servicios y distribución de tareas

En las entrevistas realizadas a los/as operadores/as sanitarios/as de las Unidades 1, 2 y 33 surgió que consideraban que había un déficit en la cantidad de personal y un descontento generalizado sobre las condiciones laborales.

- ...El director de sanidad se concentró especialmente durante la entrevista en el reclamo de falta de personal: “el fusible acá te va a saltar cuando no contamos con recursos humanos para atención médica” (registro de campo de la Unidad 1, 2017)

- ...Entre las tareas de administración se señaló el registro de los detenidos que requerían asistencia para “en lo posible” llamarlos y que los atendiera un profesional. Por la falta de personal (especialmente de médicos, necesarios para la mayoría de las consultas) el entrevistado explicó que estaban realizando sólo lo urgente, que muchas de las tareas se habían dejado de hacer (registro de campo de la Unidad 2, 2017).

Aquí se articulan la falta de designaciones, las irregularidades en el cumplimiento horario y la llana inactividad de los/as agentes, que impactan directamente en el agravamiento de las condiciones de salud de las personas detenidas.

- ...Un detenido entrevistado refirió que hasta que lo alojaron en sanidad “a veces me traían pero no estaba el médico”. Es decir, cuando las personas lograban ser llevadas a sanidad no había personal para asistirlos. “De las 8 a las 12, todos los días, hay por lo me-

nos 20 pibes pidiendo atención y nada”. La falta de profesionales se esgrimió –si no como la única– como la razón central de la falta de asistencia de la salud (registro de campo de la Unidad 1, 2017).

Durante el relevamiento en los espacios de sanidad se destacó la ausencia de personal en Sierra Chica y en Olmos, mientras que en la Unidad 33 resultó llamativa la gran cantidad de operadoras presentes (en consonancia con los requerimientos de la intervención de cumplimiento horario). En particular, en la Unidad 1 no se encontraba el médico a cargo del pabellón de alojamiento para personas con TBC y en la Unidad 2 no había médico de guardia ni estaba el jefe de sanidad. Más allá de estas particularidades, durante las jornadas de trabajo de campo en ninguna de las tres cárceles ninguno/a de los/as operadores/as asistió a ninguna persona detenida¹¹.

En relación a la situación de los servicios y la distribución de tareas en las tres unidades, se destaca lo siguiente:

- En la Unidad 1 subrayaron la falta de guardia médica durante los fines de semana (en ocasiones las cubrían con personal asignado a otras tareas, dejando descubiertos sus servicios), de especialistas en cirugía, traumatología, infectología y mecánica dental. Contaban con un solo enfermero a cargo de todo el servicio.
- En la Unidad 2 refirieron a la falta de ecografista, de especialistas en traumatología, en psiquiatría y de trabajadores/as sociales.
- En la Unidad 33 no había jefe/a de sanidad (estaba entre las personas sumariadas y trasladadas) ni médico/a clínico/a.

La organización de las unidades sanitarias de las tres cárceles relevadas queda ilustrada en los siguientes extractos de registros de campo:

- ...Los operadores entrevistados señalaron generalizadamente sobrecarga de tareas. El personal de servicio diario estaba a cargo de la respuesta de oficios, generalmente al poder judicial (entre 25 y 30 por día, lo que –aclararon– constituía el promedio mensual de otras unidades), la asistencia a los detenidos alojados en sanidad (alrededor de 30 personas) y la “demanda espontánea” de presos de los pabellones (regis-

¹¹ Sólo en la Unidad 2 de Sierra Chica presenciamos la asistencia a un detenido que falleció durante el trabajo de campo.

tro de campo de la Unidad 1, 2017).

- ...La primera jornada de trabajo de campo no había médico en la unidad sanitaria porque al que le correspondía cubrir la guardia de ese día se encontraba de licencia por vacaciones. Formalmente, ante alguna emergencia debían recurrir al médico del Complejo, físicamente ubicado en la Unidad 38. Sin embargo, de las entrevistas y de la situación de gravedad que presenciamos (que terminó en el fallecimiento de un detenido) se deduce que quienes atendían las urgencias eran los/as enfermeros/as y que en caso de que ellos/as no pudieran resolver la problemática derivaban al hospital extramuros (registro de campo de la Unidad 2, 2017).

- ...Sanidad funcionaba con alrededor de 70 operadores, según lo informado por la médica a cargo. Atendiendo a la proporción de horas semanales que la propia unidad sanitaria reconocía como descubiertas, los servicios con mayores falencias eran pediatría, psiquiatría, traumatología, ginecología y clínica. Los dos servicios funcionando con guardia las 24 horas eran enfermería y obstetricia. Sin embargo, más allá de la presencia o ausencia del personal, la organización de la asistencia queda ilustrada con la superposición de profesionales. El servicio de odontología (que incluía un odonto-pediatra) estaba cubierto de lunes a viernes, llamativamente con 4 ó 5 –según el día de la semana– profesionales en simultáneo (mientras que la unidad sólo disponía de un sillón, por lo que 3 ó 4 odontólogos/as permanecían ociosos/as cada jornada). Lo mismo sucedía con el servicio de psicología y psiquiatría los días lunes, miércoles y jueves (con 2 profesionales con horarios superpuestos para un solo consultorio) (registro de campo de la Unidad 33, 2017).

4.3 Percepción de los operadores sanitarios sobre las personas detenidas

En este contexto de falencias estructurales vinculadas a la organización de los planteles de sanidad, cabe recuperar las percepciones de los/as operadores/as sanitarios/as sobre las personas detenidas para poner en tensión el argumento omnipresente de la falta de recursos. En las entrevistas realizadas en las tres unidades encontramos reiteradamente referencias estigmatizantes, peyorativas y discriminatorias a los presos y las presas, constantemente atravesadas por criterios de clase.

En primer lugar, aparece la referencia a la peligrosidad de las personas detenidas, constituyendo a los presos y las presas como sujetos violentos, irracionales, corruptos, a los que se coloca por fuera de los parámetros de normalidad. En este sentido se expresaban algunos/as de los/as operadores/as entrevistados/as:

- “Un detenido puede hacer cualquier cosa. Acá estamos entre delincuentes. Acá todo se vende: una historia clínica se vende, sacar una hoja lo pueden vender. Por eso cada tanto hay ese recambio [de los detenidos que trabajan en sanidad], porque el detenido peca, peca” (operador sanitario de la Unidad 1, 2017).
- “A veces vas a ver que en la escalera hay pacientes esperando. No se deja ingresar de a muchos por un tema de seguridad. No solamente seguridad para nosotros. A veces la gente no la entiende. Es seguridad entre ellos también. Porque si están mucho en sanidad se pelean entre ellos” (operador sanitario de la Unidad 1, 2017).
- “Vos les brindás las condiciones [materiales] necesarias, ideales, a ciertas personas que por ahí no toman real dimensión de eso. Vos establecés los parámetros esos, los ponés en marcha, en funcionamiento, y de pronto tenés un rechifle dentro del pabellón donde rompieron todo y después hay que reponer eso” (operador sanitario de la Unidad 1, 2017).
- “El interno no cuida nada. Te rompe un vidrio, qué se yo, muchos para auto-agredirse, otros para... no sé. Han sacado barrotes de las ventanas. Son complicados” (operador sanitario de la Unidad 2, 2017).
- [Respecto de situaciones de violencia física]: “Hay mucho resquemor con el tema de los chicos [refiere a niños encarcelados con sus madres] y de las embarazadas. Entonces, se trata de frenar, incluso ellas mismas cuando ven hechos ‘pará, calmate que están los chicos’. También nos ha pasado que los chicos hayan quedado en el medio por exposición misma de las madres, que son situaciones innecesarias. Pero a veces es el método que yo calculo que tienen ellas para llamar más la atención, porque saben que donde hay un chico nadie va a hacer nada. Es más, he visto –me han contado, yo no he visto, perdón– con una mano con el bebé y con la otra mano con un fierro así [gesto de amenaza con un fierro], ¿entendés? Y no le sacás el pibe ni loco y no las pueden tocar porque tienen al hijo encima, lo tienen a upa” (operadora sanitaria de la Unidad 33, 2017).

Esta percepción de la población detenida como peligrosa se extiende a su familia, que es vista también como sujeto potencialmente violento. De esta manera hacían referencia los/as operadores/as:

- “Pasó en el hospital San Juan [que dejaron de recibir presos]. Pero ahí, bueno, ¿sabés por qué pasó eso? Porque familiares del interno fueron y rompieron toda una sala. La verdad lo veo como una medida totalmente acertada. Vos fijate en el San Martín, el otro problema grande que pasó. Llevaron un tipo [preso] que entró muerto. ¡Se la agarraron con el médico que estaba en la guardia! Lo fajaron y al otro día cuando se fue, lo fueron a buscar. Si te entró muerto, qué querés que haga” (operador sanitario de la Unidad 1, 2017).
- “Hemos sacado un interno a operar, y una de las cosas que yo a los presos les digo es ‘ojo con hacer quilombo en la sala, ojo con tu familia con hacer quilombo en la sala, en la sala te comportás’. Porque en la sala podés estar vos [refiere a la entrevistadora] que te accidentaste en la autopista y te llevaron al Rossi o al Gutiérrez. Entonces él tiene que saber que el comportamiento de acá es diferente al de allá. A veces les pasa a los vigilantes mismos: llegan al hospital, les pegan unos golpes a la puerta. Pará, la puerta acá [en el hospital] se golpea despacito, el candado lo golpeás allá [en la cárcel]. Y el preso va allá y se cree que está en un pabellón y no” (operador sanitario de la Unidad 1, 2017).

Se percibe también a las personas detenidas como demandantes, apreciación que pone de manifiesto de forma inherente que los reclamos de las personas detenidas no son reales o “no son tan graves”, quitándole peso a la palabra de las víctimas o asignándole otras intenciones.

- “De por sí el interno es demandante. Imaginate en un estado de ansiedad. Ante estas situaciones esa demanda se sobredimensiona, por decirlo de alguna manera. O hasta se potencia” (operadores sanitarios de la Unidad 1, 2017).
- “Aparte de lo que puede demandar un paciente normal, a veces son un poquito más de demandas acá. Tenés que estar haciendo un poquito de psicología” (operador sanitario de la Unidad 1, 2017).
- “Hay internos que demandan continuamente, ya es costumbre –digamos–, demandan por demandar porque se quieren ir de esta unidad”

(operador sanitario de la Unidad 2, 2017).

Encontramos que en las entrevistas a operadoras de la Unidad 33 las detenidas aparecen como sujetos incluso más demandantes por su condición de mujeres y que sus reclamos son vistos como infantiles, irrelevantes, incluso ligados a cuestiones meramente estéticas.

- “Esta unidad tiene una cosa que no sé si en otras, que es que la demanda es continua” (operadora sanitaria de la Unidad 33, 2017).
- “Pasan cosas más graves en una cárcel de hombres, porque cuando hay una cuestión de salud en general es seria. Pero por lo menos uno hace medicina, acá es toda una demanda de otras cosas, demandas de otra índole, no son... Uno medicina hace muy poco acá” (operadora sanitaria de la Unidad 33, 2017).
- “Las mujeres somos muy demandantes, ya de por sí. Y acá ponedle que ellas vienen por una cuestión y después cuando vos hablás empezás a ver el trasfondo y viene por otro lado la demanda. Entonces tenés que hacer un poco de psicólogo, un poco de asistente social, un poco de médico –que es muy poquito– y un poco de mediador con la gente de seguridad” (operadora sanitaria de la Unidad 33, 2017).
- “Si hacemos extracciones [de dientes], [hacemos] prótesis. Porque es como que son mujeres [enfatisa el ‘mujeres’ aludiendo a la relevancia de la estética]. La mujer, ¿viste?, las mujeres somos como más demandantes. O ni hablar, esto, de que obviamente si sacás [un diente] quieren la prótesis. Cosa que el hombre, por ahí... Bueno, me pasó, yo estaba en la 18, vos le hacés una extracción [a un varón] y ni se le cruzaba pensar en hacerse una prótesis. Y las mujeres sí, somos diferentes” (operadoras sanitarias de la Unidad 33, 2017).

Finalmente, hallamos que la población encarcelada es percibida como manipuladora y mentirosa:

- [Respecto de un caso de ahorcamiento]: “El miércoles la vi, la vimos con la psiquiatra, y en realidad ya ahí se despejó más el cuadro, que es un cuadro más de manipulación que de riesgo suicida. Lo que quiere es irse del penal entonces va a hacer cualquier cosa porque se quiere ir” (operadora sanitaria de la Unidad 33, 2017).

- “Siempre lo ideal, cuando un interno tiene problemas de salud, es ir a la historia clínica. Porque yo puedo estar con un interno, me dice una cosa. Venís vos de saco y corbata, todo de negro y se imagina que es del juzgado, y ya el discurso cambió cien por ciento. Te digo porque me ha pasado” (operador sanitario de la Unidad 1, 2017).
- “La circunstancia que se da a veces es que él [el detenido] tiene otro objetivo, no el de solucionar su patología. Entonces, el objetivo de él es que lo vea determinado médico en la calle. O sea salir de acá. Hay cosas que nosotros nos enteramos porque nos avisan: que una de las formas a veces de rajarse es esa, el hecho de salir. Entonces: ‘yo te veo acá’; ‘no, yo quiero que me vea fulanito de tal en la calle, te denuncio al juzgado, te denuncio, te denuncio, te denuncio’. Y el juzgado muchas veces accede, ‘lo tiene que ver fulanito de tal’” (operador sanitario de la Unidad 1, 2017).
- “‘A mí me daban cuatro pastillas.’ ‘Pero acá están escritas dos [en la historia clínica]’. ‘Pero a mí me dan cuatro, porque vengo de tal lado y me daban cuatro’. Y vos, qué se yo... O si estaba acomodado con alguno y le daban cuatro. Porque vos nunca sabés eso. Las historias hay que tomarlas entre pinzas” (operadora sanitaria de la Unidad 2, 2017).

Nuevamente observamos cómo se devalúa el sentido que tienen las palabras de las personas detenidas, menospreciando sus reclamos y restando gravedad a los padecimientos que expresan. Esta posición de enfrentamiento de los/as operadores/as respecto de los presos y las presas replica una retórica esencialmente penitenciaria, poniendo en tensión las alusiones exclusivamente vinculadas a problemas de recursos para referir a la falta o deficiente asistencia de la salud. La atención sanitaria en las cárceles aparece como atención penitenciaria, independientemente de la formación de los/as agentes a su cargo, y por ello se construye como una (más) de las torturas carcelarias.



5. ACCESO A ASISTENCIA DE LA SALUD

Los obstáculos para el acceso a consultas con operadores/as sanitarios/as – más allá de la deficiente calidad de esos contactos cuando se producen– son un elemento central de la falta o deficiente asistencia de la salud. Las personas detenidas difícilmente logran llegar a sanidad y por eso sufren dolencias y enfermedades durante períodos prolongados sin ninguna asistencia. En este apartado recorreremos los principales emergentes vinculados al acceso a la atención, que involucran no sólo al personal de Salud Penitenciaria sino también al Servicio Penitenciario y a la agencia judicial.

5.1 Agentes penitenciarios: los porteros de la salud

En las cárceles bonaerenses los pedidos de asistencia médica se realizan a través de los/as encargados/as de pabellón del SPB, que dilatan el acceso aduciendo diferentes motivos o directamente lo niegan. De esta manera, el Servicio Penitenciario tiene la potestad de habilitar (o no) los contactos con el personal de sanidad y los obstáculos que impone son el primer filtro que deben atravesar las personas detenidas. Así lo describieron los presos y las presas entrevistados/as:

- ...Tiene una herida de bala en la cabeza y le dan convulsiones: “Me llevan a sanidad cuando los encargados quieren” (caso del RNCT, 2017).
- “Pedís sanidad y te llevan según cómo estén los encargados” (caso del RNCT, 2017).
- “Tengo gastritis crónica, acidez. Todos los días pido en la reja [al SPB] sanidad y no me llevan. Me dicen que no hay tiempo, que después y no me llevan” (caso del RNCT, 2017).
- “Me sentía mal, se me retorció el estómago. No me dejaban llegar a sanidad, me decían que no había paso, que el turno se lo tengo que pedir al jefe de sanidad, pero uno no llega” (caso del RNCT, 2017).

La mediación del personal del SPB implica, generalmente, la gestión de los problemas de salud que los/as agentes penitenciarios/as asumen como urgentes, mientras que el desarrollo de dolencias o patologías regulares no se toma en cuenta para generar una intervención sanitaria. Esto se registró en particular en las Unidades 1 y 2, cárceles de varones relevadas en profundidad durante 2017:

- ...En los pabellones los detenidos señalaron que era muy difícil llegar a sanidad y que los viera un médico; el acceso era restringido por el personal penitenciario y para que los sacaran: “te tenés que estar muriendo” (registro de campo de la Unidad 2, 2017).
- ...En el filtro que imponían los agentes penitenciarios operaban centralmente criterios de gravedad de los padecimientos. Por ello, cuanto más cerca se estuviera de una emergencia más probabilidades existían de superar la obstaculización del SPB (registro de campo de la Unidad 1, 2017).

Los/as agentes sanitarios/as entrevistados/as en las tres unidades tendieron inicialmente a negar los límites impuestos por el SPB, pero tuvieron que terminar reconociéndolos. En principio, asignaban a las personas detenidas una pretendida capacidad de demanda y de circulación intramuros que (nuevamente) las responsabilizaba por el acceso a sanidad.

- “Ellos piden en los pabellones y vienen [a sanidad]. La atención es a demanda” (operadores sanitarios de la Unidad 1, 2017).
- ...Los operadores de sanidad ocultaron generalizadamente los obstáculos para el acceso a sanidad. Aludieron al pedido de los presos al encargado de pabellón pero también a que “directamente vienen abajo a preguntar, golpean la reja y se los atiende”. Esta idea de los detenidos circulando libremente apareció recurrentemente: “salen de escuela y te encontrás con que tenés 20 ahí esperándote” (registro de campo de la Unidad 2, 2017).
- ...Las profesionales entrevistadas daban a entender que las detenidas se movilizaban de manera autónoma por la unidad para llegar a sanidad. Una de las médicas señaló: “acá bajan [a sanidad], más si son madres tienen la libertad de moverse en el horario que sea para bajar a la consulta. (...) La realidad es que bajan [a sanidad], a no ser que haya

algún problema por algo acá bajan continuamente. No es que después del cierre no pueden salir” (registro de campo de la Unidad 33, 2017).

En las Unidades 1 y 33 se registró que efectivamente algunos/as detenidos/as disponían de ciertas posibilidades de movimiento dentro de las cárceles que les facilitaban el acceso:

- ...Las presas entrevistadas en los pabellones de población señalaron que las embarazadas y las mujeres con hijos/as (un 37% de la población total) tenían prioridad en el acceso a la salud: “para ir a sanidad tenés que salir con un chico”; “a las embarazadas las tratan bien, dentro de todo” (registro de campo de la Unidad 33, 2017).
- ...En la selección de los presos a los que le otorgaban acceso a sanidad también se ponían en juego calificaciones y distinciones penitenciarias sobre los detenidos. Este era el caso, por ejemplo, de los presos trabajadores que, habiendo ya superado una selección penitenciaria y habilitados para circular por la unidad, tenían cierta facilidad para el acceso al área de sanidad y, como expresó uno de los presos “no tengo que andar renegando con el encargado” como otros detenidos (registro de campo de la Unidad 1, 2017).

Estas situaciones –más allá de que alcanzan a una proporción muy baja de la población detenida– ratifican la distribución diferencial de derechos como prerrogativas para algunas personas seleccionadas por el SPB de manera discrecional. Los argumentos que aluden a la autonomía de las personas detenidas en términos de demanda y de circulación, terminaban siendo contradichos por los/as propios/as operadores/as sanitarios/as que no podían desconocer las prácticas penitenciarias restrictivas:

- “Algunos tienen dificultad para llegar [a sanidad]. Entonces, una vez que viene nosotros le hacemos un papelito para que lo dejen salir porque a veces cuesta que lleguen. Depende los pabellones. Y supongo que debe depender de los encargados también eso. Eso pasa en todas las unidades, siempre. Hay unidades donde el tipo es imposible que llegue” (operador sanitario de la Unidad 1, 2017).
- ...Salud penitenciaria delegaba en los agentes penitenciarios la potestad de seleccionar qué personas detenidas en los pabellones accedían a algún contacto con operadores sanitarios. Un médico entrevistado reconoció que dependía del “vigilante [que] si quiere trae al que

demanda. El vigilante en el pabellón, cuando un interno le dice que le duele la muela, si tiene ganas lo baja y acá lo atendemos” (registro de campo de la Unidad 1, 2017).

- ...Las operadoras de sanidad terminaron reconociendo las trabas del SPB a la circulación y el acceso al sector, argumentando razones de seguridad: “A veces pasa que no tienen la libertad de moverse, por ahí están cortados los movimientos”. “Cuando yo digo que por ahí las chicas no vienen, [es porque] nos ha pasado que no las dejan salir”. “A nosotras mismas nos pasa mucho con lo de las prótesis. Si nosotras le decimos ‘vení mañana que te hacemos la siguiente prueba’ y ellas no vienen, nosotras nos damos cuenta que no las dejan salir. Porque con el tema de las prótesis ellas vienen. Hicimos un sello que diga ‘servicio de odontología’ como para darle un marco más de legalidad, para que ellas puedan acceder más fácil” (registro de campo de la Unidad 33, 2017).

De esta manera, los/as agentes sanitarios/as sostenían y validaban la falta de acceso al sector de sanidad. Como describió un detenido: “ellos saben que los encargados no te sacan” y así queda ilustrado en el siguiente caso:

- ...Se encuentra detenido en el sector de aislamiento del área de sanidad desde hace 15 días. Tuvo los primeros síntomas de TBC hace 1 mes y medio: fiebre, dolor corporal, cansancio, tos, pero no lo llevaban a sanidad. Los agentes penitenciarios le decían que para darle paso tenía que tener un turno (y para pedir un turno tenía que ir a sanidad). Cuando logró que le dieran paso ya llevaba dos semanas con los síntomas de TBC. Al llegar a sanidad lo metieron en la leonera del sector junto a 15 personas más, que esperaban atención médica por otras dolencias/enfermedades. Les dijo que tenía síntomas de TBC, que era peligroso que estuviera con todas esas personas. Entonces uno de los detenidos que trabaja en el área le recomendó que volviera a la tarde, que seguramente habría menos gente. Volvió al pabellón y regresó a sanidad a la tarde. Era un viernes. Lo atendió el médico de guardia, le dio ibuprofeno para la fiebre y le dijo: “si no te moriste en dos semanas [haciendo referencia al tiempo que llevaba con los síntomas], no te vas a morir en dos días. Volvó el lunes” (caso del RNCT, 2017).

Esta dinámica de delegación de la selección de presos/as que llega a sanidad,

lejos de ser una necesidad operativa, constituye un elemento central en la organización de la salud/enfermedad en las cárceles, colocando a la asistencia médica entre los beneficios que puede o no otorgar el SPB.

5.2 Abandono en los pabellones

En las cárceles bonaerenses, atravesar el filtro penitenciario para llegar a sanidad es la única forma de tener contacto con agentes sanitarios/as, dado que el personal de Salud Penitenciaria no recorre los sectores de alojamiento. La gran mayoría de los padecimientos y enfermedades (que a criterio penitenciario “no ameritan” un traslado a las unidades sanitarias) tiende a permanecer desatendida.

La falta de personal “para ir a buscar la patología” fue esgrimida por los/as operadores/as sanitarios/as entrevistados/as en las Unidades 1, 2 y 33 como excusa para no ofrecer asistencia en los pabellones.

- ...Los profesionales entrevistados reconocieron que la atención no se garantizaba al total de la población de la Unidad 1 ni de las demandas, pues sólo algunos de los casos lograban “llegar a sanidad”. Según el director de la unidad sanitaria, no tenían suficiente personal para “ir a buscar” a las personas que padecían problemas de salud, por lo que “el interno no llega”. Los detenidos entrevistados describieron el padecimiento de síntomas (tos, descenso de peso, desmayos) por varios meses en pabellones comunes sin lograr, a pesar de efectuar reclamos, acceder a la asistencia de su salud (registro de campo de la Unidad 1, 2017).
- ...La jefa de enfermería señaló como “imposible” que operadores de sanidad realizaran recorridos por los pabellones, argumentando falta de personal. Por su parte, el enfermero que trabajaba en el centro de monitoreo de enfermedades prevalentes refirió la importancia de efectuar control de foco cuando se detectaban casos de TBC en los pabellones pero que “por un asunto de personal no lo podés hacer” (registro de campo de la Unidad 2, 2017).
- ...Según las detenidas entrevistadas los profesionales médicos no cumplían los horarios mínimos, tenían horarios intercalados y no recorrían los pabellones. Hasta hacía 3 meses un pediatra ingresaba a los pabellones pero desde su renuncia nadie cubría esa tarea (registro de campo de la Unidad 33, 2017).

En un apartado anterior dimos cuenta de los tiempos durante los cuales se sostuvo la falta o deficiente asistencia de la salud para las personas entrevistadas por el RNCT durante 2017¹². Si consideramos entre los hechos registrados aquellos en los que las víctimas no habían logrado acceder siquiera a una primera consulta en el sector de sanidad (es decir, permanecían padeciendo dolencias y enfermedades en los pabellones), queda en evidencia el abandono al que son sometidas. En 166 hechos descriptos en los cuales las personas detenidas explicitaron este dato, encontramos que sufrían la completa desatención en promedio durante 1 año y 2 meses (tiempo que incluso se extendería porque era una situación sostenida al momento de la entrevista). La falta de asistencia médica para las víctimas entrevistadas en pabellones se distribuye de esta manera en relación a los tiempos de desatención:

Hechos descriptos de desatención de la salud según tiempo		
Tiempo	Cantidad	Porcentaje
Hasta 30 días	62	37,3
Entre 31 y 90 días	13	7,8
Entre 91 y 180 días	22	13,3
Entre 181 y 365 días	18	10,8
Más de 1 año	51	30,7
Total	166	100
Base: 166 hechos descriptos de desatención de la salud con dato.		
Fuente: 589 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2017.		

En 4 de cada 10 hechos la desatención se prolongaba por más de 6 meses, con casos extremos de 7, 8 y hasta 10 años consecutivos sin ningún tipo de contacto con profesionales de la salud. Así, las personas detenidas permanecían largos períodos de tiempo sin asistencia alguna. Esta situación impacta no sólo en los casos de nuevos síntomas, sino también en el seguimiento de tratamientos iniciados con anterioridad al encarcelamiento que no pueden realizarse en los pabellones de alojamiento habitual.

Los/as agentes sanitarios/as sólo están obligados/as normativamente a recorrer los pabellones de separación del área de convivencia (buzones); las referencias de algunos/as de los/as operadores/as al respecto pone en evidencia la prioridad que le asignan al cumplimiento burocrático en

12 Ver apartado 3: Oferta sanitaria en las cárceles bonaerenses.

detrimento de la asistencia de la salud.

- ...Los agentes entrevistados afirmaron que cuando había médico de guardia (lo cual no sucedía diariamente) recorría los buzones. Según el director de sanidad, éste era un requerimiento del Servicio Penitenciario: "seguridad nos pide que lo veamos para ver cómo está su estado general". Y destacó que por ello "hay que revisarlos". Sin embargo, ante la repregunta acerca del tipo de asistencia que implicaba esa revisión el director reconoció que los médicos podían no hacerla, sino simplemente preguntarles a los agentes del SPB cómo estaban los presos aislados y elaborar el informe. Se desligó de responsabilidades afirmando que esa práctica "es cosa tuya [del médico], que recorriste buzones. Si en buzones [el SPB] te pusieron un elefante y no te diste cuenta... Y, bueno, es tu responsabilidad". Finalmente explicaron que "se le firma a seguridad" un parte, sin elaborar ningún tipo de informe acerca de las condiciones de salud de las personas aisladas (registro de campo de la Unidad 1, 2017).

Las personas aisladas están especialmente desatendidas por las propias condiciones del encierro dentro del encierro, no obstante el abandono en los pabellones da cuenta del desprecio por la salud de los/as detenidos/as que, por otra parte, refuerza la delegación de la habilitación del acceso a sanidad en el personal penitenciario.

5.3 El disciplinamiento de la demanda de salud

Las personas detenidas deben generar formas significativas de demanda para lograr atravesar los obstáculos del SPB, salir de los pabellones y llegar a sanidad. Los reclamos individuales y colectivos son una estrategia que se registra con mayor frecuencia.

- ...Las detenidas coincidieron en que debían solicitar y reclamar insistentemente por atención médica tanto para ellas como para sus hijos/as. En el caso de la salud de los/as niños/as debían realizar reclamos colectivos para tratar de acelerar el acceso a sanidad. Por ejemplo, una detenida relató que comenzó su trabajo de parto en el pabellón y pidió que la sacaran a sanidad pero hasta que sus compañeras no empezaron a gritar y golpear cosas no la llevaron. Así lo describieron: "No te dan

paso para ningún lado, no te dejan salir. Para todo hay que reclamar". "Hay que explotar con la celadora para que te den paso". "Para que te lleven a sanidad tenés que gritar y hacer bondi". "Para que nos den bola tenemos que gritar, chaponear [golpear las puertas] porque mayormente estamos engomadas". "Hay una compañera que convulsiona y está en la celda, empieza a gritar cuando siente que va a convulsionar y avisa. Estamos engomadas y la escuchamos, entonces empezamos a golpear las chapas y a gritar para avisar y tardan 20 minutos, estando ahí. Se toman su tiempo para agarrar el teléfono y llamar" (registro de campo de la Unidad 33, 2017).

- ...Los detenidos en el pabellón debían realizar protestas colectivas ante una crisis (pico de presión, desvanecimiento, convulsiones) para conseguir que el SPB accediera a trasladarlos a sanidad (registro de campo de la Unidad 1, 2017).

Los reclamos son asociados por los/as operadores/as sanitarios/as con personas "complicadas", "conflictivas", "problemáticas", no obstante reconocen que es la única forma de flanquear al SPB, como señalaba un médico de la Unidad 1: "En la Unidad 9 había pabellones allá al fondo que teníamos unos problemas bárbaros, porque no los mandaban. Son presos que son tranquilos, porque el preso que es complicado [que reclama por su salud] en general viene. Pero el preso que es más tranquilo, que saben que no pasa nada, no le dan bola".

En casos extremos, las personas detenidas tienen que autolesionarse para llamar la atención del personal penitenciario y lograr el acceso a sanidad. En otras palabras, son forzados a provocarse un nuevo dolor para intentar resolver una dolencia previa. Así lo expresan algunos testimonios de los/as presos/as.

- ...Se encontraba alojado en la Unidad 36 y le salió un forúnculo en la rodilla, la cual se le hinchó. Pasó 20 días sin recibir ningún tipo de asistencia. Se tuvo que autolesionar para recibir atención médica (caso del RNCT, 2017).

- ...Desde hace más de 2 años tiene dos impactos de bala de plomo, uno en la columna y otro en una costilla. Esto le provoca dolores y no le están entregando los relajantes musculares y tranquilizantes prescritos: "Para que te presten atención te tenés que cortar. Hoy me corté en

el brazo porque quería que me llevaran a una audiencia. No me llevaron a la audiencia pero pude llegar a sanidad” (caso del RNCT, 2017).

Sin embargo, estas estrategias tienden a ser reprimidas por el Servicio Penitenciario mediante represalias, como se registró en las tres unidades relevadas en profundidad:

- ...La demanda de atención médica podía ser castigada por el SPB, lo cual forzaba a los detenidos a soportar mientras pudieran las dolencias para evitar represalias como agresiones físicas o traslados (registro de campo de la Unidad 1, 2017).
- ...En las entrevistas los detenidos manifestaron que no les proporcionaban elementos de curación ni medicamentos, tampoco había médicos que los asistieran. Relataron que cuando padecían dolores y efectuaban algún reclamo les daban “una plancha” [psicofármaco] y esto los perjudicaba porque quedaba registrado en sus legajos. Por eso muchos preferían no pedir asistencia médica si no era por alguna cuestión de gravedad (registro de campo de la Unidad 2, 2017).
- ...Los reclamos de asistencia médica por parte de las detenidas para ellas o para los/as niños/as eran sancionados con aislamiento en celda propia y baja en el puntaje de conducta (registro de campo de la Unidad 33, 2017).

Así, el acceso a la salud se ve todavía más restringido por el miedo que generan las posibles amenazas, sanciones, agresiones físicas y perjuicios en la progresividad de la pena que pueden traer aparejados los reclamos para salir de los pabellones a sanidad.

Este temor a represalias sumado al abandono por parte de los/as agentes sanitarios/as de las personas alojadas en los pabellones y a la obstaculización por parte del SPB del acceso a sanidad genera, en muchos casos, el desaliento de la demanda de atención de la salud:

- “Tengo epilepsia. No puedo pedir sanidad porque se enojan y te pegan. La otra vez vi a un chico que estaba acá y le pegaron” (caso del RNCT, 2017).
- ...Tuvo TBC desatendida durante mucho tiempo. Su prima fue al juzgado y los defensores presentaron un escrito. El juez ordenó atención inmediata y fue llevado al hospital. El médico de la unidad lo mandó a

llamar al consultorio y le preguntó por qué había hecho la denuncia si estaba atendido. Él por miedo a que lo trasladen le dijo que había sido un error de la prima (caso del RNCT, 2017).

- “Sanidad no pido porque no hay nadie, la mayoría de las veces no hay nadie” (caso del RNCT, 2017).

- “Si tenés suerte de que te lleven a Sanidad te atiende un psicólogo, un odontólogo o alguien vestido con guardapolvo” (caso del RNCT, 2017).

La desatención de la salud se sostiene también en el disciplinamiento de la demanda, que fuerza a las personas detenidas a convivir con el dolor ante la amenaza de peores consecuencias.

5.4 Intervención de la agencia judicial

La apelación a la intervención de la agencia judicial para acceder a sanidad constituye un último recurso para las personas detenidas: “Si llega una orden judicial ahí vienen y te buscan”. Cuando las personas detenidas logran que los/as jueces/zas soliciten su acceso a la salud, se registran situaciones de un único contacto con operadores/as sanitarios/as que no resuelve los problemas (al igual que en el caso de las recorridas por SAC, se realizan informes por meros compromisos burocráticos) o el llano incumplimiento de los requerimientos judiciales.

- ...Tiene una fractura enyesada y está alojado en sanidad de la Unidad 9. En la unidad lo vio un traumatólogo para responder un oficio del juzgado pero no le hizo ninguna revisión ni le dio medicación (caso del RNCT, 2017).

- ...Tiene sarcoidosis pulmonar, cálculos renales y osteoporosis. En diciembre de 2016 presentó un habeas corpus y el juez le autorizó atención en la Unidad 22. Lo llevaron para cumplir pero no lo atendió ningún médico (caso del RNCT, 2017).

- “Si presentás un habeas corpus al juzgado te ve una enfermera, te sacan una placa y le dicen al juzgado que te atendieron y te sacan de traslado” (caso del RNCT, 2017).

- ...El juzgado hace un año ordenó asistencia médica por un quiste en el ojo, sin embargo no recibió ninguna atención (caso del RNCT, 2017).

Lo que termina sucediendo es que estos requerimientos no tienen un correlato efectivo en el acceso a la salud porque los jueces y las juezas no realizan un seguimiento del cumplimiento de sus órdenes.

Esta situación fue confirmada por los/as operadores/as de la salud entrevistados/as en las Unidades 1 y 2.

- ...El director de sanidad dio cuenta de la intervención del poder judicial en el funcionamiento del área como entorpecedora para la asistencia médica, tanto en relación a la demanda de informes (que generaba un caudal de trabajo que identificaba como excesivo y no pertinente) como al requerimiento por parte de los jueces de internación de ciertas personas en sanidad (que señalaba como sin criterio médico) (registro de campo de la Unidad 1, 2017).
- ...Desde sanidad era el personal administrativo el que estaba a cargo de la respuesta a pedidos judiciales de informes. (...) El administrativo entrevistado manifestó molestia por los requerimientos judiciales, desestimándolos como “repetitivos” (cuando interpretaba que los presos demandaban recurrentemente asistencia médica “para irse de la unidad”) o como inabordables –“quieren que hagas magia”– por la falta de recursos para responderlos. “No hay médico. Eso entonces se te complica, no podés hacer nada. Y los juzgados no te entienden que no haya médico. Por ahí me llamó una chica [de un juzgado] ‘no es tema mío que no haya médico’. ‘Está bien, pero yo cómo hago para contestarte’. ‘No sé, no me importa, pero mañana quiero el informe acá’” (registro de campo de la Unidad 2, 2017).

Estos casos muestran la molestia que generan en los/as agentes sanitarios/as los requerimientos judiciales, que los/as obliga a modificar la dinámica establecida de delegación en el SPB. Pero además, se destaca que la intervención que resulta tiende –como señalamos previamente– meramente a garantizar la respuesta burocrática para estar “cubiertos/as”.

Por su parte –al igual que en relación a otras demandas– en muchos casos la agencia judicial se deslinda de responsabilidades sobre las condiciones de

detención de los presos y las presas, argumentando que las mismas dependen del SPB o que está fuera de su alcance modificarlas, incluso culpabilizando a los/as propios/as detenidos/as por sus padecimientos.

- ...Estaba en la Unidad 30 y por impactos de balas de goma tiene una fractura en la pierna. Le pusieron 4 clavos y le dijeron que lo tenían que operar. Lo tuvieron en sanidad una semana y lo llevaron a un pabellón común: "Me sacaron de sanidad porque me quisieron descartar". Después lo trasladaron a Sierra Chica donde estuvo 10 días en depósito. De ahí a sanidad de Urdampilleta: "Como no me podían hacer nada en el hospital de Bolívar [requiere atención de mayor complejidad] me volvieron a llevar a depósito en Sierra". Hizo una presentación de habeas corpus y el lunes fue al juzgado. Explicó que no podía estar en el campo porque no había elementos para asistirlo. Le dijeron que iban "a hacer lo posible" (caso del RNCT, 2017).
- ...Durante la detención policial le quebraron el húmero derecho y tibia y peroné derecha en una golpiza, con fracturas expuestas. Le indicaron una cirugía que nunca le hicieron. Hizo la denuncia a la fiscalía y a la defensoría y justificaron el accionar policial. Le dijeron "bueno, pero vos te escapaste"; "pero vos estabas huyendo". Subestimaron su situación de salud: "Me dijeron que no era tan grave si todavía podía caminar. Pero acá viene gente que se muere, eso es grave" (caso del RNCT, 2017).
- ...En particular en la Unidad 33 fue recurrente la referencia de las mujeres detenidas con problemas de salud propios y/o de sus hijos/as a la negativa de asistencia o de medidas alternativas a la cárcel por parte del poder judicial: "dicen que estoy bien atendida y mi hijo también" (registro de campo de la Unidad 33, 2017).

Las dificultades para lograr que intervenga la agencia judicial, y la falta de resultados cuando lo hace, genera que en la mayor parte de los casos las personas detenidas no recurran a ella. A través de la ficha del RNCT consultamos a las víctimas de falta o deficiente asistencia de la salud si habían comunicado o denunciado ante sus defensores/as o jueces/as este maltrato y un 64% (89 personas) respondió negativamente. Al indagar por qué no lo habían hecho surgen como respuestas más frecuentes el temor a represalias penitenciarias (traslados, agresiones físicas, perjuicios en sus causas) así como la indolencia, el abandono y el maltrato judicial (falta de

atención, descreimiento de la palabra de las víctimas, agresiones, falta de contacto).

- “Hay que cortarse o coserse la boca para que el juez te dé cabida” (caso del RNCT, 2017).
- “No tengo idea a quién tengo que denunciar esto. No conozco ni siquiera a mi defensor” (caso del RNCT, 2017).
- “Ya denuncié y no pasó nada. La cárcel no cambia” (caso del RNCT, 2017).
- “No quiero denunciar al SPB porque después lo pasás peor” (caso del RNCT, 2017).
- “Otra política que tiene este penal es que si vos les hacés muchas denuncias te sacan de traslado al campo. Yo les dije a los ayudantes de mi defensor que no hagan mucha denuncia ni les digan nada mal porque me van a sacar al campo para lavarse las manos. Y ahí ¿dónde lo voy a solucionar [al problema de salud]?” (caso del RNCT, 2017).

De esta manera, el eslabón judicial completa la cadena de obstáculos para el acceso a la salud en las cárceles bonaerenses y, como expresaba una detenida entrevistada: “acá es acostumbrarse al dolor porque nunca hacen nada para que se te pase”.



6. CONDICIONES DE DETENCIÓN EN LOS SECTORES DE SANIDAD

El alojamiento en los sectores de sanidad¹³ es resultado del proceso de selección penitenciaria que describimos previamente¹⁴: las personas que acceden a estos espacios no son todas las que requieren una asistencia médica especial ni tampoco necesariamente personas con padecimientos de salud. En términos de producción de espacios-tiempos carcelarios podemos ubicar a estos sectores entre los territorios que operan como premio dentro de las cárceles, gestionados discrecional y estratégicamente por el SPB en clave de beneficio¹⁵. Desde esta perspectiva analítica presentamos las particularidades que asumen las condiciones de detención en las unidades sanitarias, tanto en lo que refiere a la falta o deficiente asistencia de la salud como a su utilización en el marco del gobierno intramuros.

13 Referimos a “alojamiento” y no a “internación” por tres motivos vinculados entre sí: a) porque la noción de “internación” está asociada a ámbitos hospitalarios (o de la salud en general) y soslaya lo específicamente carcelario de las condiciones de detención en los espacios de sanidad; b) porque el encierro de detenidos y detenidas en dichos espacios no incluye ninguna de las prácticas médicas propias de la internación (reposo, asistencia de enfermería, disposición de equipamiento, alimentación especial, atención médica regular, etc.); c) porque las personas alojadas en sanidad atraviesan un proceso de selección penitenciario tal que no acceden todos/as los/as detenidos/as que requerirían una internación sanitaria ni tampoco se aloja allí exclusivamente a personas con padecimientos de salud.

14 Ver apartado 5: Acceso a la asistencia de la salud.

15 “[La] ubicación, reubicación y movimiento de los/as presos/as por los espacios carcelarios es un modo de gestión de la población encarcelada que tiene por principio la administración de las condiciones de vida como modo de premio o de castigo. La producción de condiciones degradantes se transforma así en un recurso estratégico del Servicio Penitenciario Bonaerense, que convierte derechos en ‘beneficios’, que luego son arbitraria e informalmente administrados por el personal penitenciario con fines de gobierno interno”. (Bouilly, M. R., Daroqui, A. y López, A. L. (2014). “Las condiciones de vida en la cárcel: producción de individuos degradados y de poblaciones sometidas como parte de las estrategias de gobierno penitenciario”. En: Daroqui, A. (coord.). *Castigar y gobernar. Hacia una sociología de la cárcel. La gobernabilidad penitenciaria bonaerense*. Buenos Aires: CPM-GESPyDH, pp. 229).

6.1 Organización de los sectores de sanidad

Los sectores de sanidad en las cárceles bonaerenses pueden cualificarse según dos dimensiones centrales: su capacidad de alojamiento y el uso que se le da a esas plazas¹⁶. Estos elementos definen en gran medida los tipos de organización de estos espacios, que en el caso de las tres cárceles relevadas en profundidad durante 2017 son muy disímiles entre sí: en la Unidad 33 las plazas en sanidad eran sólo cinco y se utilizaban para la separación del área de convivencia de detenidas sin problemas de salud; la Unidad 2 tenía una capacidad un poco mayor, de 8 a 12 plazas (según el informante) y alojaba especialmente a personas con TBC que eran población de esa cárcel; la Unidad 1 es la que tiene mayor cantidad de plazas en sanidad -33- y alojaba detenidos con diversas patologías procedentes de distintas unidades penales. Sobre esta base, presentamos a continuación un ejercicio tipológico que da cuenta de las particularidades de cada forma de organización de los espacios sanitarios.

6.1.1 Sanidad-buzones: Unidad 33

Las 5 plazas de sanidad de la Unidad 33 no eran utilizadas para el alojamiento de personas con problemas de salud sino para personas con “conflictos en los pabellones”. En el momento del trabajo de campo había dos detenidas allí. El régimen de vida para estas personas era de absoluto aislamiento, en pésimas condiciones materiales durante varias semanas.

La calidad de buzones del sector de sanidad fue reconocida expresamente por todas las personas entrevistadas (desde el director penitenciario de la cárcel hasta las operadoras de Salud Penitenciaria). Al respecto señalaron: “las dos que están ahí no pueden vivir en otro lado”; “están por resguardo, por problemas de convivencia”; “ahí viven como si fuera otro pabellón común”.

Según el director del SPB se las aislaba en estos espacios porque para las detenidas era “más cómodo que el SAC”, pero luego reconoció los motivos securitarios y de gestión de la población: “ya vienen con problemitas de conducta; si yo a éstas [las detenidas en sanidad] las llevo a poner en el SAC, cuando tenga alguna sancionada ahí, se potencian. Yo sé que metiéndolas allá

¹⁶ Como se ha señalado en los sucesivos informes anuales de la CPM, el cupo carcelario resulta de la mera contabilización de camas que se ubican, agregan y distribuyen discrecionalmente en los distintos sectores, sin atención a los derechos que se vulneran por esta situación: habitabilidad, acceso a servicios, educación y trabajo, etc.

[en SAC] busco problemas en la cárcel, entonces la opción es ésta". De esta manera, el Servicio Penitenciario disponía de esas plazas como espacios de aislamiento, que podían revestir calidad de castigo o de refugio según el caso.

Las operadoras de sanidad remarcaron como un problema no poder usar el espacio para el alojamiento con criterios médicos. Como ejemplo, describieron casos de gravedad que requerían cuidados especiales pero se encontraban en pabellones comunes. El más significativo es el de una detenida con diabetes que había llegado a generar un pie diabético, motivo por el cual se lo habían amputado en un hospital extramuros. Al día siguiente de la intervención la enviaron de vuelta a la unidad y la ingresaron a un pabellón común. Allí se le había producido una infección y debían por ello amputarle todavía más el miembro. Al respecto la médica a cargo de sanidad explicó:

- "Es una gran pelea que tenemos que esto nunca pudo cumplir la función de internación como debe ser. En definitiva yo puedo decir 'acá tienen que entrar con criterio médico' y cuando venís ya tenés los candados. Los abren ellos [el SPB], así que te los meten" (operadora sanitaria de la Unidad 33, 2017).

De esta manera, la sanidad-buzones constituye un espacio adicional para el aislamiento a disposición del Servicio Penitenciario, exclusivamente utilizado para el gobierno interno y sin ninguna organización sanitaria.

6.1.2 Sanidad vacía: Unidad

Según las autoridades penitenciarias de la Unidad 2 el sector de sanidad contaba con 4 plazas para detenidos que padecían TBC y otras 8 plazas para alojamiento general. Sin embargo, al entrevistar al personal de sanidad refirieron que la disponibilidad de plazas era menor: 2 de aislamiento (que al momento del trabajo de campo todavía estaban sin habilitar) y 6 generales. Las entrevistas con agentes penitenciarios y de sanidad nos permitieron reconocer que la ocupación de este espacio se disponía con criterios de necesidad antes que con una estipulación estricta de cupo (a modo de ejemplo, en el espacio de alojamiento general habían sido aisladas 10 personas con TBC a mediados de 2017).

Al consultar explícitamente a los/as operadores/as sanitarios/as entrevistados/as los motivos por los cuales los presos llegaban a ser alojados

en sanidad mencionaron una diversidad de patologías, no obstante los relatos acerca de la experiencia reciente aludían exclusivamente a casos de TBC. Una de las agentes de sanidad reconoció que el sector se utilizaba también para el alojamiento de detenidos refugiados: se aislaba a personas por definición del director o los jefes del SPB “hasta que le den el traslado a algún lugar que piden o porque hubo alguna complicación en el pabellón y no puede estar en ese pabellón y no hay lugar en otro”. En este sentido, el Servicio Penitenciario disponía de las plazas de sanidad –al igual que en la Unidad 33– para la gestión de la población, pero también se destinaban a personas con padecimientos de salud (cabe reiterar: aquellos casos que lograban atravesar los obstáculos para el acceso al sector).

Sin embargo, resultó llamativo que al momento del trabajo de campo había un solo detenido alojado en sanidad por TBC desde hacía aproximadamente un mes. En una cárcel con más de 1.500 detenidos, parte de un complejo penitenciario altamente poblado, la sub-ocupación de este espacio alerta sobre su (des)uso: la unidad sanitaria de Sierra Chica se construía como una sanidad vacía.

6.1.3 Sanidad multifacética: Unidad 1

El sector de sanidad de la Unidad 1 es, de los tres relevados, el más complejo por la diversidad de factores que componen su organización. En principio, contaba con cuatro pabellones de alojamiento (llamados eufemísticamente “salas”) distribuidos en dos plantas, de los cuales uno se encontraba inhabilitado judicialmente. Tampoco en este caso la cantidad de plazas de alojamiento era precisa, al punto de que el propio director de sanidad respondió que no sabía este dato “con exactitud”. El parte diario de la unidad informaba una capacidad de 33 camas en celdas individuales, de las cuales las ubicadas al ingreso de los pabellones se utilizaban para aplicar un régimen de encierro permanente.

Al momento del trabajo de campo figuraban en el parte diario 28 personas alojadas en sanidad, distribuidas en los pabellones habilitados; sin embargo, durante la recorrida por la unidad sanitaria se encontraron dos detenidos encerrados en el pabellón inhabilitado¹⁷. El personal entrevistado reconoció explícitamente que la distribución de las personas en los distintos sectores y celdas de sanidad la realizaba el SPB, es decir que su ubicación se efectuaba sin ningún criterio médico (excepto en el caso de las personas con TBC, a quienes se destinaba un pabellón específico). También el Servicio

¹⁷ El SPB había sacado de este sector a un tercer detenido previo al ingreso del equipo de relevamiento a sanidad.

Penitenciario determinaba el aislamiento por razones “de seguridad” en las celdas delanteras de los pabellones.

- ...El director de sanidad subrayó que el aislamiento no respondía a criterios médicos y pivotó entre responsabilizar exclusivamente al SPB por esa decisión y reconocer que “pedimos nosotros que seguridad lo haga”. La duración del aislamiento también la manejaba el personal de seguridad porque “saben más ellos que nosotros, yo no sé los conflictos”. Ejemplo de esto era el caso de un detenido entrevistado con parálisis corporal total que requería asistencia permanente y estaba aislado en sanidad en una celda muy reducida y sin baño adentro por indicación del SPB (registro de campo de la Unidad 1, 2017).

Una particularidad de esta unidad sanitaria respecto de las otras relevadas es que sólo 9 de las 28 personas alojadas allí era población de la Unidad 1: el resto procedía de comisarías, de hospitales extramuros y de otras unidades penales (sin límites de territorialidad, incluyendo personas que eran población de complejos del interior de la provincia). Teniendo en cuenta que la propia Unidad 1 encerraba 2.555 personas el día del trabajo de campo (de las cuales probablemente más de 9 padecieran problemas de salud que ameritaran asistencia permanente), se puede asumir que sanidad funcionaba de hecho como centro de alojamiento para todo el archipiélago carcelario bonaerense. En este caso, la selección penitenciaria de los presos que accedían a esta sanidad operaba al nivel del complejo completo de cárceles en vez de al interior de la propia Unidad 1. Así lo explicaron los operadores sanitarios entrevistados: “recibimos lo que nos piden que tienen que meter acá; lo que más recibo es lo que no pueden manejar en otro lado”, especialmente personas con TBC.

- “Al haber un hospital como el que tenemos acá [refiere al sector de sanidad] se deriva mucha gente con patología, estamos cerca de hospitales y demás. Y entonces todo lo que hay dando vueltas en la provincia que tiene problemas más o menos importantes que requieren de controles extramuros y demás, viene todo para acá” (operador sanitario de la Unidad 1, 2017).

La preeminencia de criterios penitenciarios por sobre los médicos para el alojamiento en esta unidad sanitaria se confirmó considerando que “si se llena sanidad nos manejamos con altas”, como explicó el director de sanidad. Abonando esta idea, entre los motivos de alojamiento en sanidad que figuraban en el parte diario resulta llamativa la proporción de personas en

observación (9 de 28) por largos períodos de tiempo¹⁸. El personal argumentó que los presos registrados como “observación” eran ingresos, pero los plazos de permanencia contradicen esta versión, por lo que también se pueden asumir motivos distintos a los sanitarios para su alojamiento en el área.

Por su parte, 5 de las personas alojadas en sanidad figuraban en el parte como “sin preventiva” (es decir, sin que se les hubiera dictado aún la prisión preventiva; 4 de ellas estaban entre las registradas en observación y una por VIH)¹⁹. Uno de los operadores entrevistados explicó que “no tienen ningún criterio de internación pero están internados porque vienen sin la preventiva”.

- ...El director de sanidad se mostró molesto ante esta situación: “estos tipos no pueden ir a un penal si no tienen preventiva. Están mal acá, no tendrían que estar acá. Ojo, no sé si tienen patología o no. En teoría no los pueden mandar a unidades penitenciarias, los tienen que mandar a una alcaidía”. Un preso entrevistado dio cuenta de ello: “tengo una hernia de disco. El médico no quería que me dejaran [alojado en sanidad]. Discutió con el del SPB porque estoy sin preventiva” (registro de campo de la Unidad 1, 2017).

En vista de la alta proporción de casos justificados en estas categorías imprecisas (“observación” y “sin preventiva”), pero de personas que en general sí padecían problemas de salud, la selectividad para el acceso a este espacio se expresa en la intersección de dos criterios: los sanitarios, aunque no por la gravedad como en otros casos (como ya señalamos, los detenidos suelen ser obligados a transitar en los pabellones comunes problemas como los que se registraron en sanidad de la Unidad 1²⁰), y los de gestión poblacional (condición procesal, resguardo de la integridad física, castigo). Es decir: en esta sanidad multifacética se encierran personas con enfermedades, pero que llegan al sector por motivos adicionales asociados al gobierno intra e inter carcelario.

6.2 Deficiencias en la asistencia de la salud de las personas alojadas en sanidad

La oferta sanitaria para las personas alojadas en los sectores de sanidad no

18 Por ejemplo, 3 de los detenidos en “observación” se encontraban en esta situación por más de 15 días, en un caso extremo por 2 meses y medio.

19 Dos de estas personas eran las ubicadas en el pabellón inhabilitado.

20 Ver apartado 5: Acceso a la asistencia de la salud.

varía demasiado respecto de la registrada para los detenidos y las detenidas que se encuentran en los pabellones de encierro habitual²¹. La diferencia se encuentra en que en este caso los/as operadores/as sanitarios/as no pueden argumentar que “no llegan” a conocer sus padecimientos por falta de personal: estos/as presos/as están allí específicamente para la atención de su salud. Cabe señalar los principales emergentes de la deficiente asistencia de las personas alojadas en sanidad registrados en las Unidades 1 de Olmos y 2 de Sierra Chica, y a partir de los testimonios de las víctimas de este tipo de tortura.

La carencia y la escasez son características centrales de la oferta sanitaria a las personas alojadas en sanidad. Los relatos de las personas detenidas destacan la precariedad y la falta de aparatología, de elementos para realizar curaciones y de medicación suficiente y apropiada. También es recurrente la referencia a la irregularidad en la asistencia médica y de enfermería: la ausencia de operadores/as, la atención superficial y mínima, la falta de tratamientos especializados o complejos.

- ...El acompañamiento de enfermería era deficiente y esporádico. Para cualquier dolor o malestar el enfermero se limitaba a entregarles ibuprofeno o algún relajante muscular, argumentando faltantes de insumos. (...) Uno de los médicos entrevistados reconoció que en el sector no se realizaba asistencia de enfermería. De igual manera, el médico a cargo de los pabellones de alojamiento general explicó que se ocupaba dos veces por semana de cada pabellón porque “ahora son muchos así que no alcanzo a verlos a todos” diariamente. (...) Los detenidos entrevistados coincidieron en que la asistencia recibida durante el alojamiento en sanidad era básica e insuficiente: “la revisión es mínima: te toman la presión y te ponen el aparatito en el dedo, nada más; me lo hacen cada 3 días, pero yo tengo dos operaciones de corazón y soy oxígeno-dependiente”; “acá te toman la presión y la temperatura nomás”. En los casos de personas que padecían TBC la atención sólo consistía en aislamiento y tratamiento medicamentoso, sin controles posteriores (lo que provocaba que se reiterara la TBC en algunos casos). El médico los atendía en una sala donde los pesaba y les entregaba la medicación para toda la semana (registro de campo de la Unidad 1, 2017).

- ...Tiene una fractura y está alojado en sanidad. No le hacen ningún tipo de control ni le cambiaron el yeso porque no tienen material para hacerle otro, por lo cual no sabe si se le están uniendo correctamente los huesos (caso del RNCT, 2017).

21 Ver apartado 3: Oferta sanitaria en las cárceles bonaerenses.

- ...Tiene tuberculosis en los huesos, le dijeron que le comió vértebras. Lo operaron en un hospital de San Martín hace un año y medio. Se complicó el cuadro, tiene un hueso salido y no lo querían recibir en sanidad porque no tenían las condiciones para atenderlo. Por ello lo alojaron en sanidad recién hace 3 semanas, pero no hay especialistas de columna. Hace unos días lo sacaron para una resonancia extramuros y no se la pudieron hacer porque le avisaron dos horas antes y no le dijeron que tenía que hacer ayuno (caso del RNCT, 2017).
- ...Hace 5 meses comenzó a sentir dolor estomacal, salió a sanidad, le hicieron una ecografía y le descubrieron piedras en la vesícula. Le dieron sólo una buscapina y lo reintegraron al pabellón. A los 15 días lo sacaron en mantas a sanidad nuevamente. Le dijeron que le iban a conseguir un turno para operarlo pero hasta el día de hoy no tuvo respuesta. “Vivo a base de buscapina que me dan mis compañeros porque yo no recibo visitas. Acá [en sanidad] me dicen que no tienen insumos” (caso del RNCT, 2017).
- ...Padece una hernia de disco que le provoca fuertes dolores. En la calle estaba realizando tratamiento y por los dolores le daban un calmante inyectable cada 8 horas. Ahora le dan de vez en cuando, solicita cuando no da más, generalmente a la noche cuando no puede dormir por lo duro del colchón (caso del RNCT, 2017).

En los sectores de sanidad se administran la carencia y la escasez de recursos materiales y humanos, con fuerte impacto en términos de deterioro de las condiciones de salud de las personas detenidas²². Pero estas falencias se combinan, además, con una alta cuota de desidia por parte de los/as operadores/as de sanidad que subestiman los padecimientos de los/as presos/as, asumen una actitud pasiva frente a ellos/as, no les prestan atención, no ingresan a los pabellones o las celdas de alojamiento de sanidad o no les brindan información.

- ...Si bien se encontraban alojados en sanidad los detenidos no reci-

22 La gestión penitenciaria de las poblaciones encarceladas produce un juego pendular entre la carencia (aquello de lo que “no hay nada”) y la escasez (aquello de lo que “hay, pero poco”) generando la degradación de las personas detenidas, su fijación a la precariedad, pero además revirtiendo sobre ellas mismas la conservación de un umbral de supervivencia en “competencia” por los recursos. (Bouilly, M. R., Daroqui, A. y López, A. L. (2014). “Las condiciones de vida en la cárcel: producción de individuos degradados y de poblaciones sometidas como parte de las estrategias de gobierno penitenciario”. En: Daroqui, A. (coord.). *Castigar y gobernar. Hacia una sociología de la cárcel. La gobernabilidad penitenciaria bonaerense*. Buenos Aires: CPM-GESPyDH, pp. 206).

bían asistencia médica de manera regular. Los profesionales no hacían recorridos ni controles periódicos. En caso de que alguien ingresara al pabellón era un enfermero que cada tres o cuatro días les tomaba la presión y la temperatura corporal. Los detenidos entrevistados coincidieron en que “los médicos no vienen nunca” y “los enfermeros a veces para hacer lo básico”. Los presos que padecían TBC señalaron que ellos mismos debían solicitar su chequeo, caso contrario recibían atención médica sólo una vez por semana. Por su parte, el médico a cargo de los sectores de alojamiento general reconoció él mismo que no ingresaba al pabellón sino que “en general los estoy sacando al consultorio” y para ello tenía que intervenir personal de seguridad: “los vigilantes me los sacan” (registro de campo de la Unidad 1, 2017).

- ...Estuvo tres semanas internado en el hospital [por un post-operatorio]. Volvieron a traerlo a sanidad, donde está aislado desde hace una semana. Todos los días debe pedir que le den permiso para ir a la enfermería a que le realicen curaciones en la herida que permanece abierta. Él tiene que explicarle al enfermero cómo hacerle las curaciones porque no están las indicaciones del médico (no sabe si el médico del hospital no dejó indicaciones, si se perdieron o si el enfermero no las busca). Las curaciones consisten en limpiarle con pervinox y después le pone azúcar y le cambia las gasas (caso del RNCT, 2017).

- ...Fue intervenido quirúrgicamente en su pierna derecha por una herida de bala. En sanidad no le realizan las curaciones diarias para limpiar la herida e impedir que se infecte, no le sacan puntos de sutura. El médico no entra al pabellón. Apenas puede movilizarse y no recibe ayuda, sólo de sus compañeros de pabellón (caso del RNCT, 2017).

- ...Hace 2 meses sufrió una herida de bala en la zona del estómago. Estuvo internado en un hospital extramuros e ingresó a sanidad hace 4 días. Está alojado en el lavadero del pabellón 2 de sanidad. Al ingresar el médico lo vio pero no le hizo ninguna revisión ni le dio medicación, sólo diclofenac. Tiene fuertes dolores en la boca, la lengua y los labios que le impiden comer bien. Pidió asistencia odontológica y no le dieron turno. Ayer estuvo horas esperando en enfermería a ser atendido pero no lo recibieron (caso del RNCT, 2017).

Se imponen la indolencia y el desprecio por la salud de las personas alojadas en los espacios sanitarios, abonando a su degradación física y subjetiva. En otras palabras, se reedita el abandono al que están sometidos/as en los pabellones; como señalaron los/as detenidos/as entrevistados/as: “me siento más tieso,

más duro”; “estoy peor que cuando entré”. Estas condiciones de alojamiento y asistencia en los sectores de sanidad ponen en tensión los eufemismos que los/as operadores/as sanitarios/as suelen utilizar, como “hospital” (para referir a la unidad sanitaria), “sala” (en vez de pabellón), “internación” (respecto de la situación de las personas allí alojadas) o “pacientes” (para hablar de los presos y las presas). Los espacios de sanidad son como un depósito de personas enfermas con acceso a limitadas prerrogativas para meramente “mantenerlas con vida”.

6.3 Malos tratos y torturas asociados al alojamiento en sanidad

A la deficiente asistencia de la salud de las personas alojadas en sanidad se suma otros malos tratos y torturas que incrementan exponencialmente los riesgos y padecimientos.

6.3.1 Malas condiciones materiales

Los sectores de sanidad en donde se alojan personas con problemas de salud presentan pésimas condiciones materiales, que no cumplen los mínimos estándares de asepsia y salubridad. A fin de dimensionar la grave situación a la que se somete a los detenidos y las detenidas, reproducimos en extenso los registros de observación de la cárcel de Olmos:

- ...Los pabellones de sanidad no registraban ninguna característica correspondiente a un espacio sanitario. Las condiciones eran similares a las de cualquier pabellón, no había ningún control de asepsia, higiene ni salubridad. Se observaba basura en diferentes rincones, malos olores, falta de higiene –no sólo básica, sino adecuada a la funcionalidad del espacio–: desinfección, limpieza especializada y con productos apropiados para el control de enfermedades y/o posibles focos prevenibles. Además, no existían protocolos establecidos sobre estas cuestiones propias del ámbito hospitalario, por las características especiales de alojamiento de personas con enfermedades.

El estado de los pisos, paredes y techos de los pabellones era de completo deterioro. Además carecían de luz natural y la luz artificial era escasa.

No contaban con calefacción ni con ventilación de ningún tipo. En los pabellones hacía frío y se percibía mucha humedad, lo cual no obedecía exclusivamente a cuestiones climáticas sino a la antigüedad de la construcción y a la falta de mantenimiento del edificio; en casi todas las paredes de las celdas se observaba presencia de hongos. Las personas debían colgar sus frazadas sobre las puertas-rejas de las celdas y en las ventanas para disminuir el ingreso de viento.

Dada la falta de mobiliario y de espacio las pertenencias de los presos estaban apiladas en el piso de las celdas, sometidas a la humedad, a los insectos (especialmente cucarachas) y a los roedores. Los sanitarios y las duchas se encontraban en mal estado. El acceso a duchas era irregular y desde hacía aproximadamente 15 días faltaba el agua caliente. Los detenidos manifestaron que debían calentar el agua en ollas: “nos lavamos como podemos”. Frecuentemente se tapaban las cloacas y rebalsaban. Ninguna de esas instalaciones estaba adaptada para el uso de personas con dificultades motrices. El SPB no proporcionaba insumos para la higiene personal. Las celdas delanteras de los pabellones, destinadas al aislamiento, carecían de inodoro, ducha y acceso al agua. Por ello los detenidos debían lograr que los encargados penitenciarios les abrieran las puertas y coordinar con los presos ubicados en las celdas traseras para poder bañarse y hacer sus necesidades.

La mayoría de las ventanas de las celdas tenía faltantes de vidrios y cuando estaban completas no en todos los casos abrían. Los colchones eran muy delgados y duros, lo que agravaba especialmente los padecimientos en casos de traumatismos y dolores físicos. La higiene del lugar estaba a cargo de los detenidos, a pesar de que varios de ellos no podían realizar esas tareas por su estado de salud. No les proporcionaban elementos ni utensilios de limpieza. Las conexiones eléctricas eran inseguras. Las personas que habían logrado ingresar un fuelle por parte de sus familiares lo habían tenido que instalar de manera precaria y riesgosa, enganchando cables a la única caja de electricidad (correspondiente a la iluminación) de la celda.

Las puertas de emergencia no podían abrirse desde dentro de los pabellones. Sólo en el pabellón IV se observó un matafuego con marbete violeta, pero la gaveta estaba sin tapa por lo que no tenía manguera ni pico, que manifestaron que se encontraba en la matera.

En el pabellón II un detenido dormía en el piso de la cocina por falta de

camas y en este pabellón y en el IV frecuentemente se alojaban hacinados de a dos presos por celda (uno con un colchón sobre el piso). En particular el pabellón I –inhabilitado judicialmente según el propio director de sanidad ‘porque las condiciones no daban mínimamente para la asistencia de un paciente’– no contaba con ninguna condición para el alojamiento de personas. En las dos celdas igualmente ocupadas por detenidos faltaba calefacción, no accedían a ducha, debían realizar sus necesidades fisiológicas en botellas o bolsas y, por indicación del propio SPB, tirarlas por la ventana hacia el patio (registro de campo de la Unidad 1, 2017).

En consonancia con esta descripción, los/as detenidos/as entrevistados/as durante 2017 por el RNCT destacaron las falencias materiales e infraestructurales de distintos sectores de sanidad en las cárceles bonaerenses. En particular, se registraron casos de personas durmiendo en el piso (en algunos casos incluso sin colchón) y en lugares no destinados al alojamiento (como lavaderos o cocinas). La suciedad de los espacios y los impedimentos para una higiene adecuada (falta de acceso a duchas y a sanitarios, falta de agua caliente, falta de elementos indispensables como jabón o pasta dental) también emergieron en los relatos de los presos y las presas. Y finalmente se relevó con frecuencia el padecimiento de inclemencias climáticas (fríos o calores intensos) y de condiciones como humedad o ingreso de lluvia que agravaban las temperaturas extremas.

- “Estuve durmiendo 6 meses en el piso y me dio tuberculosis [sumado al EPOC y un tumor por lo cual lo alojaron en sanidad]. Yo me hago traer los elementos para limpiar y desinfectar porque acá no te dan” (caso del RNCT, 2017).
- “Para poder dormir ponemos agua caliente en una botella y la usamos para calentarnos un poco la cama, como si fuese el ladrillo de antes” (caso del RNCT, 2017).
- ...La puerta de la celda se hincha con la humedad, cuesta abrirla. La celda es muy pequeña, sus pertenencias están por el piso porque no tiene mobiliario. Se llueve el techo, tiene filtraciones y el vidrio de la ventana está suelto, por lo que pasa mucho frío. “Sólo me puedo bañar cuando viene el guardia que es más amable y más flexible y me lleva al pabellón donde hay duchas” (caso del RNCT, 2017).

- ...La instalación eléctrica es insegura, los vidrios de las ventanas están rotos y las paredes deterioradas (hay un gran faltante de azulejos). No hay suficientes focos de luz, el colchón se encuentra en mal estado y no tiene almohada (caso del RNCT, 2017).
- ...Hace 3 días que están sin agua caliente. Hace 10 días tuvieron problemas con las cloacas, entraba muy mal olor por la ventana y hacía mucho frío en el pabellón (caso del RNCT, 2017).

Las malas condiciones materiales en cualquiera de los espacios carcelarios facilitan la propagación de enfermedades y la producción de dolencias. La particularidad de que esto se produzca en los sectores de sanidad es que la generación o agravamiento de los cuadros clínicos no constituyen un riesgo o una probabilidad sino una certeza.

6.3.2 Falta o deficiente alimentación

La alimentación adecuada es un elemento central en el tratamiento de diversos tipos de enfermedades. De allí la gravedad que reviste que las personas alojadas en sanidad no reciban dietas adecuadas a sus problemas de salud. Así lo describe el registro de campo de la Unidad 1:

- ...La comida en sanidad era escasa y de mala calidad. En ninguno de los casos recibían dietas acordes a sus padecimientos. En el pabellón de alojamiento para personas con TBC el SPB entregaba alimentos crudos que debían ser preparados por los propios detenidos. Para cada uno les proveían dos bifés de carne y un refuerzo de comida cocida (resultando igualmente una porción insuficiente, por ejemplo de pastel de papas). Por ello los presos dependían de lo que les proveía la familia o debían enviar esquelas a personas alojadas en otros pabellones de la unidad, colectivizando luego lo conseguido. En la celda donde estaba organizado el sector de cocina contaban con un fuelle precariamente conectado con cableado colgando. Sólo se observaron fideos en cantidad en dicho espacio de almacenamiento. El director de sanidad manifestó no tener intervención ni responsabilidad en lo relativo a la alimentación de las personas que “la comida la trae seguridad”. El personal médico “sólo prescribe e indica”. Explicó que para las personas alojadas en sanidad habían solicitado una dieta que “por lo menos en los papeles es la dieta

más completa” (sic). Por su parte, un agente administrativo afirmó que el agua no era potable, que él prefería no tomarla pero que los detenidos no tenían más opción que consumirla porque era la única bebida a la que tenían acceso (registro de campo de la Unidad 1, 2017).

La mala calidad, la insuficiente cantidad y la inadecuación de la comida a sus necesidades tratamentales también fueron descritas por personas detenidas en otras unidades sanitarias:

- “Necesito dieta especial por TBC pero no me atiende la nutricionista”. (Caso del RNCT, 2017).
- ...Tiene problemas pulmonares y perdió 20 kilos. No recibe dieta especial ni alimentos suficientes. Está aislado, por lo que tampoco puede recibir comida de los otros detenidos (caso del RNCT, 2017).
- ...Tiene una herida en el estómago y necesita comer comidas blandas que no le proveen. Por dolores en la boca se le dificulta masticar (caso del RNCT, 2017).
- “Tengo que comer sin sal porque tomo medicación para la presión, si me sube puedo sufrir otro ACV. Pero del hambre que tengo termino comiendo lo que me traen” (caso del RNCT, 2017).
- “La comida de acá de sanidad es incomible. Nos cocinamos nosotros” (caso del RNCT, 2017).
- La comida se entrega temprano y no tienen dónde refrigerarla. Es poca y a veces viene cruda (caso del RNCT, 2017).

Al igual que en los pabellones comunes, en sanidad las personas detenidas se ven forzadas a generar estrategias para alimentarse y reducir las complicaciones en su salud. La consecuencia de la provisión inadecuada de comida a personas con enfermedades es el debilitamiento general (que dificulta los procesos de curación), al tiempo que se agravan los padecimientos por los cuales han sido alojadas allí.

6.3.3 Aislamiento

El alojamiento en sanidad implica regímenes de encierro permanente, ya

sea que se trate de pabellones colectivos (sin posibilidad de salir de ese espacio) o de celdas individuales. Esto impacta en la salud de las personas detenidas por las consecuencias que el aislamiento genera en términos físicos (vinculados a la inmovilidad) y psicológicos. En los casos de presos/as en sanidad, el aislamiento también genera la falta de contacto con profesionales de la salud.

- ...Aislamiento y régimen de vida restrictivo: los detenidos ubicados en las celdas delanteras de los pabellones y en el pabellón I (inhabilitado) permanecían aislados en sus celdas las 24 horas. Las personas alojadas en las celdas traseras tenían las puertas abiertas pero estaban aisladas las 24 horas del día en el pabellón, debiendo permanecer en el pasillo de distribución. La imposibilidad de salir al patio o espacios de recreación donde hacer ejercicio y/o rehabilitación agravaba sus padecimientos. Las personas aisladas en sanidad tampoco accedían a educación ni trabajo. Como expresó un detenido: “acá comemos, cocinamos, limpiamos nosotros. Acá adentro no viene nadie. El guardia te busca y te lleva al consultorio. Nosotros estamos hace 2 meses acá, no nos sacan al patio. Nos podrían sacar a todos juntos así respiramos aire nuevo”. Al consultar con el director de sanidad los motivos del aislamiento sólo consideró como tal la situación de las personas encerradas en celda propia (las delanteras). Explicó que se aislaba por “seguridad, no por criterio médico” (registro de campo de la Unidad 1, 2017).

Las condiciones de salud colocan a las personas aisladas en sanidad en una situación de especial abandono:

- ...Durante su detención recibió una herida de bala en la pierna derecha. Fue operado y se encuentra con muchísima dificultad para moverse. Está aislado en sanidad, no recibe asistencia ni los medios para moverse, depende de la ayuda de sus compañeros. Pasa gran parte del día en su cama (caso del RNCT, 2017).
- ...Tiene un ACV con parálisis corporal total, requiere ayuda para todo y está aislado en una celda de sanidad muy reducida y sin baño adentro: “Muy feo todo, no me sacan al baño, me tengo que aguantar. Tampoco me puedo bañar. Estoy acá todo el día sin ayuda. Le pedí al médico que me pusiera en el pabellón con los otros detenidos y me dijo que eso

dependía de los encargados” (caso del RNCT, 2017).

- ...Se encuentra internado por cáncer de colon en aislamiento desde hace 5 meses. El médico no ingresa al pabellón, tiene que insistir para que lo saquen y lo atiendan (caso del RNCT, 2017).
- “Sólo puedo salir de la celda para ir al baño [no tiene baño en la celda] y tenés que renegar para que te saquen, porque si no quiere el encargado no te saca” (caso del RNCT, 2017).

La combinación de aislamiento en malas condiciones materiales y alimentarias es generalizada en los espacios sanitarios. Se suman malos tratos como la desvinculación familiar (en casos en que se prohíben explícitamente las visitas como condición del alojamiento en sanidad) y hechos individualizados de requisas vejatorias, robos de pertenencias y amenazas que se combinan con la desatención de la salud.

6.4 Lo carcelario en sanidad

Si bien, como venimos describiendo, la organización y las condiciones de alojamiento de los espacios sanitarios son esencialmente carcelarias, emergieron en el relevamiento realizado en profundidad dos elementos propios y recurrentes del gobierno penitenciario que adquieren una significación particular por producirse en estos sectores: la delegación de la gestión de los espacios en personas detenidas y la sistematicidad de las agresiones físicas con participación y/o connivencia del personal sanitario.

6.4.1 Delegación del gobierno interno de sanidad en personas detenidas

Se registró la presencia de personas detenidas designadas para trabajar en tareas de administración, limpieza e incluso en la seguridad y la atención de las personas alojadas en el sector. En la Unidad 1 de Olmos había tres detenidos ocupados: dos del fichero y uno de tareas administrativas en servicio social. En la Unidad 2 encontramos seis personas trabajando en sanidad: una realizaba tareas de cocina para el sector, dos detenidos estaban abocados a las historias clínicas y tres realizaban tareas de limpieza y de asistencia de las personas alojadas. En la Unidad 33 una detenida se ocupaba

de la limpieza del sector.

En las tres unidades analizadas en profundidad emergió que la selección de las personas detenidas a las que se les asignaban trabajos en las áreas sanitarias correspondía al Servicio Penitenciario y no al personal de Salud Penitenciaria. Lo que quedaba en manos del sector de sanidad era la posibilidad de rechazar a las personas elegidas en caso de disconformidad con alguna conducta.

- ...En la unidad sanitaria trabajaban tres detenidos. Según el director de sanidad eso “lo maneja seguridad” que los selecciona porque “conoce el comportamiento”, pero él podía intervenir si “no los quería” (registro de campo de la Unidad 1, 2017).
- ...Sobre el procedimiento de selección de presos trabajadores uno de los operadores sanitarios explicó que se iniciaba por requerimiento de sanidad cuando lo necesitaban, pero que quedaba a criterio del SPB a quién elegían. Según otra operadora entrevistada el criterio del SPB era la “buena conducta” y en sanidad podían desplazarlo de las tareas si no les generaba confianza: “si algo no te gusta lo bajás” (registro de campo de la Unidad 2, 2017).
- ...La selección de las personas que trabajaban en sanidad en la Unidad 33 la realizaba el SPB, según la médica a cargo, utilizando el criterio de la conducta. En caso de que los operadores sanitarios tuvieran “algún inconveniente” con la persona seleccionada podían rechazarla. La propia detenida que trabajaba como limpieza y las operadoras entrevistadas aludieron centralmente a la “confianza” como elemento necesario para que alguien trabajara allí. La detenida que trabajaba en el sector subrayó: “le agradezco a ellos que me tienen confianza porque cualquiera no entra” (registro de campo de la Unidad 33, 2017).

Una de las personas detenidas que trabajaba en una de las áreas de sanidad²³ reconoció que el SPB le había cobrado por acceder al trabajo:

- ...Inicialmente relató que había sido seleccionado para trabajar “por el comportamiento, por el respeto mutuo”, pero luego reconoció que había tenido que pagar: “para salir a laburar tuve que gastar plata, no salí a trabajar gratis” (registro de campo, 2017).

23 No se explicita en cuál para evitar exponer a la persona entrevistada.

Es que el acceso al trabajo en las cárceles bonaerenses constituye una mercancía, un beneficio que tiene como contraparte la explotación, la completa heteronomía y la subordinación:

- ... Tanto las operadoras sanitarias entrevistadas como la propia detenida que realizaba la limpieza identificaron el trabajo que realizaba con la posibilidad de “estar mejor” que encerrada en el pabellón. Una de las operadoras describió: “la pasa bien acá en realidad, antes que estar en el pabellón. Es un buen lugar, está tranquila”. También el contacto con operadores de la salud le permitía a la detenida acceder a elementos materiales básicos (como dentífrico) y medicación que le ‘conseguían’ los médicos y/o reclamaban especialmente desde farmacia para ella. El trabajo como beneficio y no como derecho tenía como contraparte la informalidad y la precariedad: la detenida no tenía horario fijo ni carnet y cobraba un peculio de 135 pesos cada 4 meses (registro de campo de la Unidad 33, 2017).
- ... Uno de los detenidos entrevistados explicó que disponía de carnet para trabajar en sanidad pero que era provisorio y que por ello no cobraba peculio. Valoraba trabajar en sanidad porque “acá el trato es otra cosa: tratás con gente de la calle, con gente que podés tener un diálogo” y accedía a condiciones diferenciales de vida: “si no estás todo el día adentro de la cajita. Acá [en sanidad] te tratan bien, con respeto, te invitan a comer a la noche, entonces salís un poco a la calle”. Si bien lo identificaba como un trabajo “muy esclavo” por la cantidad de horas que le exigían que trabajara, le permitía “mantenerse al margen” de las condiciones generales de la cárcel (registro de campo de la Unidad 2, 2017).

Las referencias de los/as operadores/as entrevistados/as sobre las personas detenidas trabajando en sanidad fueron coincidentes con las expresiones estigmatizantes relativas a su peligrosidad y sus dobles intenciones²⁴:

- ... El director de sanidad explicó que antes trabajaban detenidos también en enfermería, pero “lo corté porque no quería contacto físico” entre presos (registro de campo de la Unidad 1, 2017).
- “Vos tenés un turno. El detenido va y dice [al preso que trabaja en sanidad] ‘escuchame, andá y arrancá la hoja’. Ese turno desaparece. Y a las 48 horas llama el juzgado a ver cuándo tiene turno. Entonces

24 Ver apartado 4: Acerca de los agentes sanitario-carcelarios.

vamos a la historia clínica y el turno no está. El preso ya sabe, lo mandó a sacar. Tienen ellos la historia clínica. No corresponde eso. O 'andá y fijate el resultado', 'andá y mirá la historia clínica de fulanito de tal'. Y hay patologías que se pueden dar a conocer y hay otras que no, como un HIV. Todas esas cosas que son de manejo muy personal, privado" (operador sanitario de la Unidad 1, 2017).

- "La cárcel se presta para muchas idas y vueltas. El estar acá –si bien es un buen lugar para estar porque estás en contacto con otra gente, porque el tratamiento con los que están es otro que con los guardias de abajo– también se presta para que las pastillas corran, vayan, vengan. Entonces donde vos tenés la más mínima sospecha es lamentable pero hay que bajarlo. Esa persona no puede quedar acá" (operadora sanitaria de la Unidad 2, 2017).

- "En algunos casos esto [el acceso a la farmacia] es una tentación. Yo sé que ella [la limpieza] si necesita algo me lo pide, no me va a tocar nada" (operadora sanitaria de la Unidad 33, 2017).

Los/as operadores/as a cargo de las unidades sanitarias coincidieron en que el trabajo de personas detenidas "no corresponde, pero ayudan muchísimo". Así describió la dinámica un entrevistado:

- "Acá había uno internado que ahora se fue. Que yo quería que se fuera y ahora que se fue lo extraño. Claro, pero era un tipo que es rendoso, porque te lo tenías que bancar, un pesado total. Pero el tipo tenía un manejo de la sala que ahora que se fue digo 'la puta que lo parió'. Porque se hubiese quedado: yo me quedaba re-tranquilo. Claro, yo entraba a la sala y me sentaba ahí y yo sabía que estaba bien. Era medio jodido -dicen- el tipo. Pero yo tenía buena relación. Me sentaba en la sala y estaba tranquilo. Desde que se fue él ya no estoy tranquilo, no entré más. Viste que a veces esas cosas... Y él le manejaba la medicación al viejo [otro preso alojado en sanidad] y yo me quedaba tranquilo" (operador sanitario de la Unidad 1, 2017).

Al igual que en el caso de los limpieza de los pabellones de alojamiento habitual, el SPB y Salud Penitenciaria recurren a la delegación de la gestión interna y la seguridad de los sectores de sanidad en personas detenidas,

reproduciendo el sometimiento endógeno característico de la economía de gobierno penitenciaria.

6.4.2 Torturas físicas

Las agresiones físicas penitenciarias son una modalidad de tortura que, si bien es tan característica de lo carcelario como los demás tipos que releva el RNCT, es particularmente reconocida como tal por una pluralidad de actores de diversa procedencia y variados posicionamientos. Por ello, su producción en el marco de los sectores de sanidad y con participación de los/as operadores/as de Salud Penitenciaria resulta significativa para dar cuenta del gobierno penitenciario asociado a lo sanitario en las cárceles bonaerenses. En los registros surge la anuencia del personal respecto de la violencia física penitenciaria, habilitando, facilitando y permitiendo que se produzca en los sectores de sanidad y en su presencia.

- ...Estando muy dolorido en sanidad solicitaba calmantes y no le daban porque decían que no había insumos. Prendió fuego un trapo para reclamar y aparecieron en sanidad diez agentes del SPB con armas y lo mojaron con una manguera de presión (caso del RNCT, 2017).
- ...Para sacarle la línea de teléfono entre diez penitenciaros ingresaron a su celda, le dispararon y le dieron golpes de puño. Lo llevaron a sanidad, le hicieron sacar la ropa y estando desnudo le siguieron pegando allí con puños y patadas. Le dijeron: "si yo quiero te cojo, pero no se me para con un putín". Estaba tirado en el piso y le ponían el pie en la cabeza. El médico sólo le tomó el nombre y se fue (caso del RNCT, 2017).

En otros casos se registra participación directa de operadores/as de sanidad en las agresiones físicas, que se suman a las golpizas y/o culminan los actos de violencia inyectando calmantes a las víctimas.

- ...Después de golpearlo durante una requisa de pabellón lo llevaron a sanidad. Le arrancaron la ropa y quedó desnudo, lo tiraron al piso y le empezaron a pegar entre diez penitenciaros. El enfermero estaba al lado y no decía nada. Duró como 15 minutos la golpiza. Después el enfermero le puso una inyección. Por el efecto se dio cuenta de que fue una plancha porque se sintió debilitado (caso del RNCT, 2017).
- ...Después de una golpiza del SPB en su celda lo llevaron a sanidad y

ahí lo golpearon más, hasta el médico participó (caso del RNCT, 2017).

- ...Está con el cuerpo muy dolorido por una golpiza que le dieron agentes del SPB, varones y mujeres [la víctima es mujer]. En la golpiza fue llevada a sanidad y le dieron una inyección para dormirla (caso del RNCT, 2017).

En particular, resultan relevantes los registros de campo de la Unidad 2, donde históricamente se registra violencia física por parte de agentes de sanidad:

- ...El agente de sanidad explicó que él estaba en el escalafón general, con cargo de suboficial, pero asignado a tareas administrativas. Sin embargo, realizaba también tareas de seguridad: “hay veces que acompaño al enfermero. Si está solo y hay alguien [un preso] complicado, por ahí tenés que ir, no te queda otra”. Esto se puede vincular con las reiteradas referencias de los presos en Sierra Chica a la violencia física ejercida por personal de sanidad. Otra profesional entrevistada también aludió a este agente como seguridad: “porque es grandote”. Él mismo describió, replicando los discursos propiamente penitenciarios: “Me ha tocado [hacer tareas de seguridad]. Porque a veces no te da tiempo ni otra opción. Ha habido internos que han querido agredir a algún compañero y no me voy a poner a llamar por teléfono hasta que venga [el SPB], porque vos no sabés lo que puede pasar. [Hacés] lo que te sale en el momento. Intentás hablar para que deponga la actitud, hasta que lleguen de allá abajo” (registro de campo de la Unidad 2).

También con frecuencia el personal de sanidad opera encubriendo las torturas físicas evitando o falsificando los registros en las historias clínicas de las víctimas:

- “Me llevaron a sanidad y me golpearon en el piso. Todo adelante del médico, que ni me miró y dijo ‘no tiene nada’” (caso del RNCT, 2017).
- ...Después de una represión con balas de goma lo llevaron a control y le pegaron adelante del personal de sanidad. La doctora registró que las lesiones de bala de goma eran forúnculos y lo dejó arrodillado en calzoncillo en el pasillo durante una hora y media (caso del RNCT, 2017).
- ...En la Unidad 28 fue lesionado con un perdigón de bala de goma en la cara y no recibió atención médica. El jefe del penal le indicó al médico

que debía poner en la historia clínica que era una lesión de arma blanca (caso del RNCT, 2017).

Los/as operadores/as sanitarios/as entrevistados/as durante 2017 lo manifestaron explícitamente:

- ...Según la médica entrevistada, los traumatismos que se registraban en la unidad eran producto de accidentes (mencionó quemaduras con agua, heridas durante el trabajo en depósito) o de autolesiones. No consideró las lesiones provocadas por personal penitenciario hasta que se le preguntó específicamente al respecto y respondió que no había visto casos en la Unidad 33, que si había sucedido habían llegado “suestamente golpeadas” de otra cárcel. Sin embargo, describió un hecho en el que una detenida de la unidad había ingresado a sanidad “con una fractura expuesta de pierna y toda moreteada” pero se desligó de responsabilidades: “yo ahí no sabría decirte qué pasó” (registro de campo de la Unidad 33, 2017).
- ...La posición de los médicos ante lesiones era la de realizar un “manejo médico: la patología, el enfermo”. Explicaron que aunque sospecharan que las lesiones eran producto de torturas otra acción, “no nos corresponde, no somos médicos peritos, describimos las lesiones”. Reconocieron que “el mecanismo [por el cual se producen lesiones] uno lo sospecha, pero no puedo certificar”. Y se cubrieron alegando que aunque el detenido les dijera que había sido golpeado por el SPB no intervenían porque “cuando hay una lesión automáticamente participa el juzgado. El personal de seguridad pasa el informe al juzgado. Nosotros en eso no hacemos pericias, hacemos atención asistencial” (registro de campo de la Unidad 1, 2017).

Hasta las expresiones más descarnadas e indiscutibles de la violencia incluyen al personal de sanidad y se producen en los espacios formalmente destinados a la asistencia de la salud. La multidimensionalidad de la tortura se expresa aquí también ratificando su generalización, su sistematicidad y especialmente su papel central en la estrategia del gobierno intramuros. Y pone en perspectiva el carácter de premio de alojarse en sanidad, que se accede sólo atravesando la selectividad penitenciaria, y recupera la idea de que en las cárceles bonaerenses “siempre se puede estar peor”.



7. INTERVENCIÓN DEL SPB EN LA ASISTENCIA DE LA SALUD

El sistema de salud organizado para las personas encarceladas articula (de manera indisoluble, aunque con participaciones particulares) a los agentes penitenciarios (SPB) con los agentes de Salud Penitenciaria. La intervención del SPB en todo el proceso de salud-enfermedad compone –con aportes específicos y especializados– la (in)accesibilidad a los servicios de salud. En términos generales, los agentes penitenciarios operan como una suerte de porteros que habilitan o no –a discreción– el contacto de las personas detenidas con operadores/as sanitarios/as²⁵. Sin embargo, su accionar no se limita a esta función sino que el SPB también opera como organizador de la atención en función de la seguridad interna. El control y la vigilancia se extienden hasta los mismos consultorios médicos. En este sentido, es necesario problematizar el alcance y las formas en que se impone la prevalencia del orden penitenciario por sobre la atención de la salud de las personas detenidas en las cárceles provinciales.

7.1 Manejo de la medicación por parte del SPB

En las tres unidades en las que se hizo trabajo de campo surgió que el SPB manipulaba la medicación en distintos momentos del proceso: desde su recepción hasta el reparto a las personas detenidas.

- ...La medicación que proporcionaba la Dirección de Gestión de Salud Penitenciaria no llegaba a la unidad sino que debían retirarla. Según la médica a cargo de sanidad, desde que al personal sanitario le exigían el cumplimiento horario en la unidad era personal del SPB el que buscaba esa medicación (registro de campo de la Unidad 33, 2017).

²⁵ Ver apartado 5: Acceso a la asistencia de la salud.

Se registró que el SPB era el encargado de distribuir medicación a las personas que estaban en los pabellones de alojamiento habitual; los argumentos esgrimidos desde los equipos de sanidad fueron –nuevamente– la falta de recursos humanos de Salud Penitenciaria para recorrer los pabellones y realizar la entrega. Pero también, en última instancia, se reconocía la organización del reparto en función de la seguridad intramuros.

- ...Según la jefa de enfermería, 60 detenidos recibían medicación psiquiátrica y eran encargados del SPB quienes la entregaban en los pabellones (registro de campo de la Unidad 2, 2017).
- ...El enfermero entrevistado refirió que en los pabellones había 100 personas que recibían medicación psiquiátrica. Se entregaba en los propios pabellones: “para que no salgan los internos por un tema de seguridad. Tampoco vas a dejar salir a ciento y pico de internos a buscar medicación, que tenés un tema de seguridad, mucha gente”. Como los enfermeros no estaban teniendo tiempo para hacer el reparto de medicación, “se las lleva el encargado de piso y las reparte. Aparte siempre es preferible el encargado de piso porque es el que conoce la cara del interno. Vos no tenés una identificación del interno” (registro de campo de la Unidad 1, 2017).

Las personas detenidas no sólo dependían de la voluntad del SPB para recibir la medicación prescrita para su tratamiento sino que a veces los propios agentes penitenciarios suministraban medicamentos sin indicación o criterio médico:

- ...Está con insomnio. Le pidió medicamentos al SPB para dormir y le dieron diazepam sin prescripción médica (caso del RNCT, 2017).
- ...Solicitó ir a sanidad porque tenía dolor en la espalda y los huesos por una bala que tiene en la columna. El SPB le dijo que no había médico para verlo y le dio un ibuprofeno (caso del RNCT, 2017).
- ...Las detenidas relataron que en algunas ocasiones eran las encargadas del SPB quienes les acercaban la medicación, en ocasiones sin prescripción médica, por demanda propia (registro de campo de la Unidad 33, 2017).

Esto puede impactar negativamente en la salud de las personas, ya sea

por un suministro innecesario o incorrecto de una medicación como por la suspensión brusca del mismo.

La manipulación de la medicación por parte del SPB implica, entonces, una nueva mediación penitenciaria en el acceso a la salud, sostenida en el criterio de ordenamiento interno antes que sanitario. Pero también cabe señalar que esta situación genera la circulación de medicación, en particular de psicofármacos, que el Servicio Penitenciario utiliza como medio de intercambios, de cooptación y de disciplinamiento de las personas detenidas.²⁶

7.2 Uso de recursos sanitarios para la seguridad

Durante el trabajo de campo también se pudo observar la utilización por parte del SPB de recursos de índole sanitaria para seguridad. En primer lugar, como ya señalamos, las celdas de los sectores de sanidad se utilizan muchas veces para el encierro de personas detenidas sin problemas de salud²⁷. El SPB tiene la potestad de utilizar espacios de alojamiento en sanidad para refugio o para castigo de personas detenidas. Sin embargo, la utilización de recursos médicos para la organización penitenciaria intramuros no se limita al uso de plazas de los sectores sanitarios. En los registros de campo surgió, por ejemplo, la utilización de los equipos de rayos durante requisas, la demanda de medicación psiquiátrica para planchar a las personas detenidas o el uso de ambulancias/móviles para traslados no vinculados a necesidades sanitarias.

- ...El director del SPB explicó que utilizaban el equipo de rayos de la Unidad 8 en el caso de que el detector de metales sonara durante una requisita (registro de campo de la Unidad 33, 2017).
- “Vienen [del SPB] y me dicen: ‘porque está muy excitada, hay que plancharla’. Ese clásico que te dicen ‘hay que plancharla’. No, pará. Por ahí la sacás del contexto y yo me pongo a hablar y la mina lo que quiere es que le den el caloventor que se lo sacaron” (operadora sanitaria de la Unidad 33, 2017).
- ...La médica a cargo de sanidad señaló que “se complicaba mucho” hacer los movimientos al hospital porque “el mismo móvil que va al hos-

26 Como se señala desde el primer informe anual de la Comisión Provincial por la Memoria, la organización de la cárcel se sostiene en distintas formas de ilegalidad penitenciaria, entre las cuales se destacan la venta por dinero o el canje por servicios de distintos productos a los presos y las presas, como la medicación. Ver: *El sistema de la crueldad. Informe sobre corrupción, tortura y otras prácticas aberrantes en el Servicio Penitenciario Bonaerense. 2000-2004*. Comisión Provincial por la Memoria, Comité contra la Tortura, pp. 27.

27 Ver apartado 6: Condiciones de detención en los sectores de sanidad.

pital va a los comparendos, va a buscar cosas, provisiones, los tubos de oxígeno, o sea que con un vehículo hacen de todo” (registro de campo de la Unidad 33, 2017).

- “Los traslados los maneja la gente del Servicio. No tenemos nada [en sanidad]. La ambulancia pertenece al Servicio” (operador sanitario de la Unidad 2, 2017).

El Servicio Penitenciario usa recursos que deberían destinarse a la asistencia de la salud para fines de organización, de sometimiento o de aplicación de un mayor control sobre las personas detenidas.

7.3 Vigilancia en el sector de sanidad

Como mencionábamos, el SPB vigila y controla los espacios que se deben destinar para la atención de la salud en las cárceles bonaerenses, con prácticas organizadas en torno a lógicas securitarias; además de la habilitación de la salida de pabellones, el Servicio Penitenciario interviene en la gestión del ingreso a los sectores de sanidad. Y la circulación de las personas alojadas en sanidad también está mediada necesariamente por el Servicio, que es el único poseedor de las llaves de acceso a los distintos espacios y pabellones.

- “A veces ingreso [al pabellón de sanidad] y a veces los saco. Últimamente los saco. Para mí es más cómodo entrar. Me siento ahí, en media hora los veo a todos. Cuando los tengo que sacar dependo de la vigilancia, es un quilombo. Lo que pasa que ellos [el SPB] les abre la puerta y me los sacan hasta acá. Yo a veces entraba a las salas. Pero depende de la población que haya. Hay una [sala] que son muchos, mucho movimiento. Antes había gente que ya la conocía entonces iba, me sentaba ahí, yo no tengo problema” (operador sanitario de la Unidad 1, 2017).
- ...El sector de consultorios estaba comunicado directamente con una materia central de distribución, por lo que el ingreso y la salida implicaba atravesar esta vigilancia. En la parte administrativa y con celdas de alojamiento había entre dos y tres agentes penitenciarias de seguridad simultáneamente para el control de las detenidas allí encerradas (registro de campo de la Unidad 33, 2017).

La gestión de la seguridad en sanidad se desarrolla en connivencia con los agentes de salud; estos asumen al Servicio Penitenciario como veedor de su integridad física y habilitan y demandan su actuación.

-

“Trabajamos coordinados con la gente de seguridad, lo que es inherente a ellos, que ellos nos ayuden a nosotros. Lo mismo que cuando hay requisas, cuando hay muchos problemas la requisita la hacen ellos. Cada tanto tienen que requisar, se llenan de fierros éstos [los presos alojados en sanidad]. Cuando te querés acordar tienen un arsenal ahí adentro. Es más, cuando ves que ya toman mucha fuerza andá y requisá, porque deben tener...” (operador sanitario de la Unidad 1, 2017).

El argumento del pedido de intervención se basa en la creencia de que las personas detenidas son sujetos peligrosos, conflictivos y demandantes, como ya mencionamos en un apartado anterior²⁸.

La presencia del personal de seguridad no aparece en los relatos del personal de salud como un malestar o inconveniente, mientras que el déficit de agentes penitenciarios en el sector sí es visto como un eje problemático. En este sentido, en la Unidad 2 se destacó el reclamo de los/as operadores/as de sanidad de más personal penitenciario que se ocupara de la circulación de los detenidos (hacia y desde el sector), de abrir la reja de acceso y de permanecer apostado en el sector.

- ... Tanto el administrativo como la jefa de enfermería señalaron con malestar que en el sector no contaban con suficiente seguridad. Había un solo guardia hasta las 14 ó 15 hs. Según el administrativo necesitaban reforzar el personal del SPB porque “a veces se juntan muchos presos acá arriba y hemos tenido problemas” (registro de campo de la Unidad 2, 2017).

La articulación entre lo sanitario y lo penitenciario se expresa en la propia demanda del personal de sanidad de subordinar el acceso a la salud a la seguridad intramuros.

28 Ver apartado 4: Acerca de los agentes sanitario-carcelarios.

7.4 Participación del SPB durante la asistencia médica

La presencia de agentes del Servicio Penitenciario al momento de la atención médica aparece como una constante en los relatos de las personas detenidas entrevistadas y en los registros de campo. Tal como expresaba un operador sanitario de la Unidad 1, el personal del SPB se dedica a “observar” y su presencia en las consultas “en determinadas circunstancias se puede dar”.

- ...El médico reconoció que si el preso “es peligroso, si yo veo que mi integridad física está en riesgo” solicitaba la presencia de agentes penitenciarios durante la consulta. Al repreguntar cómo identificaban si un detenido era peligroso respondió que ante agresiones verbales “y después de la agresión verbal viene la física. Eso se da más que todo cuando tenés pacientes conflictivos y demandantes” (registro de campo de la Unidad 1, 2017).
- ...En relación a la presencia de agentes penitenciarios durante la asistencia, la médica a cargo de sanidad explicó: “como uno las conoce ya, vos sabés con cuál te podés quedar. Es más, yo le digo a veces [al SPB]: ‘no, andate que tenemos que hablar’. Y en general son respetuosas de eso” (registro de campo de la Unidad 33, 2017).
- ...Uno de los detenidos entrevistados indicó al equipo de inspecciones del CCT que padecía mucho dolor y fue acompañado a sanidad. Allí lo atendió un enfermero porque no había médico y un agente del SPB permaneció todo el tiempo en el consultorio. Durante la curación ingresó otro penitenciario (registro de campo de la Unidad 2, 2017).

Esta situación se registró también en los hospitales extramuros, donde a la presencia de los agentes del SPB durante las consultas se suma la mediación entre las personas detenidas y el personal sanitario, en algunos casos reforzado con la imposición de esposas de sujeción durante toda la internación.

- ...Las detenidas describieron que cuando eran llevadas a hospitales extramuros los agentes del SPB ingresaban con ellas al momento de la atención médica. Una detenida relató que durante su parto en el hospital el personal del SPB estaba presente en la sala. Después permaneció esposada (de un pie y una mano) mientras estuvo internada (registro de

campo de la Unidad 33, 2017).

- ...Un entrevistado refirió que había permanecido esposado de un pie y una mano durante todo el período de internación extramuros y con personal del SPB como custodia (registro de campo de la Unidad 1, 2017).
- “Tuve a mi bebé hace 3 meses. Para que me lleven al hospital mis compañeras tuvieron que reclamar. Me sacaron con esposas de la unidad y durante el parto había personal penitenciario presente” (caso del RNCT, 2017).
- ...La mediación entre los médicos del hospital y el detenido la realizó el guardia del SPB, quien entregó su historia clínica para que el médico hiciera el registro. “El guardia es el que te dice ‘te va a atender un traumatólogo’” (caso del RNCT, 2017).
- ...Estuvo tres semanas internado en el hospital [por un post-operatorio] y el médico le dijo al SPB que no iba a volver a arriesgarse a que se lo llevaran a la unidad si no podían garantizar mínimos cuidados. Permaneció esposado de un pie y una mano durante toda la internación, sólo lo soltaban cuando necesitaba ir al baño. El médico nunca intervino ante esa situación. La atención en el hospital siempre fue en presencia de agentes del SPB (caso del RNCT, 2017).

Estas condiciones generan una violación de la privacidad de las personas detenidas durante la asistencia médica, y una sobre-vulneración (en circunstancias de por sí delicadas) mediante el amedrentamiento y la vigilancia penitenciaria.

7.5 Traslados a asistencia extramuros

Finalmente, se registró la intervención del Servicio Penitenciario en los movimientos a los hospitales extramuros, ya sea ante una urgencia o por consultas pre-establecidas. En este último caso, son recurrentes las referencias al incumplimiento de los traslados por parte del SPB.

- “Se avisa a seguridad y seguridad es el que se encarga de trasladarlo hasta el turno. A veces seguridad no te lo traslada” (operador sanitario

de la Unidad 1, 2017).

- “Habitualmente se pierden los turnos porque no los llevan. Cuesta conseguir turno, cuando lo conseguís por ahí no lo llevan. También pasa que los llevás y no lo atienden. Son un montón de trabas en el medio” (operador sanitario de la Unidad 1, 2017).
- ...Los profesionales entrevistados subrayaron que el SPB era el encargado de realizar los traslados de los presos a turnos extramuros y que no los cumplimentaba. La disposición de traslado se solicitaba a la Dirección General de Asistencia y Tratamiento de La Plata, por lo que ni siquiera tenía intervención la dirección de la unidad para gestionarlo (registro de campo de la Unidad 2, 2017).

Las personas deben esperar durante largos períodos de tiempo para que se les otorgue un turno y el día pautado el personal penitenciario no lo cumple.

- ...Antes de su detención se estaba haciendo estudios porque tiene el corazón agrandado, diabetes, hipertensión. Estaba en proceso de ser operada. Además tiene una eventración abdominal, asma, várices y hematomas en distintas partes del cuerpo que no sabe por qué le aparecen. La semana pasada tenía turno a las 8 hs. con el médico, la llevaron a las 13 hs. y lo perdió. Todavía no se lo reprogramaron (caso del RNCT, 2017).
- ...El detenido está con fiebre, dolor en la espalda y malestar. Tuvo TBC en una detención anterior y tiene miedo de haberse vuelto a enfermar. En su ingreso a la unidad le hicieron una placa donde apareció una mancha pero no le dieron ningún tratamiento. Hace 15 días que el juzgado pidió que se le realicen estudios por TBC en hospital extramuros pero le dicen que no hay cupo para trasladarlo al hospital (caso del RNCT, 2017).

Por otro lado, también encontramos que cuando se efectivizan, los traslados se realizan en pésimas condiciones: las personas padecen golpes y malos tratos, todos agravantes para sus condiciones de salud.

- “Cuando te llevan en el camión te esposan al piso y además te esposan las manos con otros detenidos. Pedimos viajar en una forma decente, esto es una ambulancia. La otra vez hubo un choque y la mayoría se golpeó. El SPB te tumba y provoca. Tenía que ir al hospital y me desnudaron. Me querían hacer dar vuelta, darles la espalda desnudo y hacer

flexiones. Me negué y me apretaron mucho las esposas, me cortaba la circulación. Me las pusieron atrás, me criquearon y para aflojarme me pegaron un par de golpes en las costillas” (caso del RNCT, 2017).

- ...Tiene cáncer de colon y no lo trasladaron en comisión especial. Lo obligaron a viajar esposado, agachado, lo que le provocó mucho dolor (caso del RNCT, 2017).
- ...Del hospital donde le diagnosticaron cáncer lo llevaron a la Unidad 9. Ahí le sacaron los sueros y le dejaron de dar la medicación durante 4 días. Se descompensó y lo llevaron primero al Hospital San Martín y después a la Unidad 22. En todo ese traslado le cortaron la quimioterapia (caso del RNCT, 2017).
- “En la ambulancia iba esposado, acompañado por personal penitenciario y sin ningún personal médico. Me amenazaron y cuando subí me dieron cachetazos” (caso del RNCT, 2017).

Todo esto muestra cómo el Servicio obstruye el acceso a la atención de la salud: obstaculiza la atención en el hospital y agrava las situaciones de salud que presentan las personas detenidas durante los traslados.

La intervención del SPB en los procesos de asistencia sanitaria es central en la mercantilización de derechos convertidos en beneficios. La atención de la salud se inserta así entre los recursos dispuestos por la agencia penitenciaria para gestionar el ordenamiento interno de las cárceles, como parte intrínseca y articulada con la organización de sanidad.



8. UNIDAD 22 – HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS MIXTO

La Unidad 22, denominada Hospital General de Agudos Mixto, es el único centro de detención del archipiélago carcelario bonaerense formal y exclusivamente reservado a la asistencia de la salud. Fue inaugurada el 27 de noviembre del año 1991 y “destinada en su origen al diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades de comienzo brusco y/o evolución breve que no pudieran ser evacuadas por los servicios de sanidad del resto de las unidades carcelarias”²⁹. La responsabilidad institucional de esta cárcel es compartida por la Dirección de Salud Penitenciaria y el Servicio Penitenciario: la dirección y una subdirección médica correspondientes a la primera; las tres subdirecciones propias de las unidades penales (asistencia y tratamiento, seguridad y administración) correspondientes al segundo.

Al igual que las unidades sanitarias de las demás cárceles, la Unidad 22 fue objeto del proceso de sumarios al personal por incumplimiento horario³⁰. En particular, al momento del trabajo de campo –septiembre de 2017– se encontraba intervenida desde hacía dos meses por el Ministerio de Justicia, según el interventor para favorecer el diálogo entre el ejecutivo y la cárcel en el marco de un plan para “reactivar todo el servicio”.

8.1 Oferta sanitaria y organización de la unidad

Las autoridades de la cárcel informaron una capacidad de 60 plazas y una población de 46 detenidos varones³¹. En el parte diario, el detalle de la distribución de los presos arroja un total de 48:

29 <http://www.spb.gba.gov.ar/site/index.php/unidad-22-lisandro-olmos>. Consulta: 7-6-18.

30 Ver apartado 4: Acerca de los agentes sanitario-carcelarios.

31 Al mes de septiembre de 2017 la cárcel no tenía capacidad para alojar mujeres.

Detalle de pabellones y ocupación		
Piso	Pabellón	Ocupación
Planta baja	Pre/post operatorio	4
	Clínica médica	16
	Admisión	2
1° piso	Cirugía	11
2° piso	Infectología	15
Total		48
Fuente: parte diario correspondiente al 5 de septiembre de 2017.		

Según el interventor de la cárcel, la unidad contaba con un plantel de 30 médicos/as. Los espacios en uso y servicios vigentes, distribuidos por pabellones, eran los siguientes:

- Pre/post operatorio: este servicio fue inaugurado a principios del 2017 y se utilizaba para el alojamiento previo e inmediatamente posterior a la realización de una cirugía programada.
- Clínica médica: sector destinado para el alojamiento general. Este espacio disponía formalmente de personal sólo de lunes a jueves, con un total de 35 horas semanales cubiertas, según el detalle de horarios y servicios proporcionado por la unidad.
- Admisión: sector con dos celdas disponibles para el aislamiento.
- Cirugía: sector en el que se alojaban las personas detenidas luego de una intervención quirúrgica hasta su alta médica. Según el jefe de cirugía, este servicio estaba funcionando en “plena actividad” desde su reinauguración, a fines de 2016, por parte del ejecutivo provincial. El personal entrevistado coincidió en que la nueva administración había proporcionado el equipamiento y los insumos necesarios para reactivar las cirugías que estaban suspendidas. Sin embargo, al avanzar en la indagación quedó en evidencia que la “plena actividad” estaba lejos de cubrir las necesidades del sistema, tanto por la limitada capacidad operativa (según la documentación proporcionada sólo contaba con personal 3 horas diarias los lunes, miércoles, jueves y viernes) como por la imposibilidad de realizar intervenciones complejas. En particular, señalaron como falencias que

la unidad no contaba con terapia intermedia ni con equipo de laparoscopia, de resonancias ni tomógrafo.

Según refirieron las autoridades, el equipo de cirugía estaba realizando operaciones de hernias y quistes; además, destacaron una gestión en marcha de cierres de colostomía. El interventor del Ministerio de Justicia explicó la acción de “equipos itinerantes” propios de la Unidad 22 que iban a evaluar a los presos a sus unidades de origen para definir si estaban en condiciones de ser intervenidos. Cabe destacar que los argumentos que esgrimió para la realización de este operativo, lejos de criterios sanitarios, fueron problemas con los proveedores de bolsas de colostomías “que no te las mandan” y su costo “es un gasto terrible, se gastan 14, 15 millones de pesos en las bolsas”.

- Infectología: espacio para el alojamiento de personas que padecían enfermedades infecto-contagiosas.

El personal entrevistado subrayó déficit de espacio para recibir personas detenidas con enfermedades infectocontagiosas. En relación al personal, sólo estaban cubiertos los días lunes (13 horas) y miércoles (12 horas).

La capacidad limitada de alojamiento y operativa implicaba que los dos servicios especializados (infectología y cirugía) funcionaran como oferta excepcional para las personas detenidas.

- “El segundo piso está destinado a los internos de infectología, ese está completo. Tiene lugar para 15 y está lleno. Ese es a cama calentita, se va uno y recibimos otro. Si tuviéramos más lugar tendríamos más” (operador sanitario de la Unidad 22, 2017).
- “El radio que se hizo a todas las sanidades es que la prioridad de la consulta está acá. Para evitar la utilización del hospital público por cualquier cosa. Teniendo la capacidad de poder hacerlo acá. El tema es que cuando llega acá nosotros puede ser que digamos ‘sí, éste se puede operar acá’, pero ‘éste no se puede operar acá’. Si no se puede operar acá lo dejamos anotado en la historia para que lo trasladen a algún hospital extramuros. Eso es una gestión que hace la unidad de origen” (operador sanitario de la Unidad 22, 2017).

La gran mayoría de detenidos que padecía enfermedades infecto-contagiosas debía ser tratada por las unidades sanitarias de las cárceles comunes por falta de espacio. Y las cirugías se derivaban a hospitales extramuros en casos complejos.

8.2 Características de la población detenida

Según el parte diario correspondiente a septiembre de 2017, las personas detenidas en la Unidad 22 procedían de los siguientes lugares:

Cantidad de personas detenidas según lugar de procedencia	
Procedencia	Cantidad
Complejo Penitenciario Olmos	14
Complejo Penitenciario Florencio Varela	8
Complejo Penitenciario La Plata	7
Complejo Penitenciario Centro	5
Comisaría	3
Complejo Penitenciario Este	2
Complejo Penitenciario Conurbano Bonaerense Norte	2
Monitoreo electrónico	1
Complejo Penitenciario Sur	1
Complejo Penitenciario Magdalena	1
Complejo Penitenciario Conurbano Bonaerense Sur/Oeste	1
Total	45
Base: 45 personas detenidas con dato.	
Unidades: 1, 24, 9, 25, 30, 23, 2, 6, 10, 15, 18, 19, 21, 26, 27, 36, 39, 46.	
Fuente: parte diario correspondiente al 5 de septiembre de 2017.	

De la tabla anterior se desprende que 32 de los 45 detenidos para los que se disponía de dato acerca de su unidad de origen procedían del radio La Plata o del conurbano bonaerense, es decir, de cárceles cercanas a la Unidad 22. Sólo nueve presos habían sido trasladados desde unidades del interior de la provincia. En el caso del Complejo Olmos, resulta llamativo que 10 de las personas eran población de la Unidad 1 (que, como señalamos, es la cárcel con mayor capacidad de alojamiento en su propia unidad sanitaria). Por su parte, cuatro de los ocho detenidos procedentes del Complejo Varela se encontraban en la unidad por una operación de cierre de colostomía en el marco del operativo mencionado.

En lo que respecta a los tiempos de permanencia en la unidad se registra en el parte diario lo siguiente:

Cantidad de personas detenidas según tiempo en la unidad	
Días	Cantidad
Hasta 15 días	12
Entre 16 y 30 días	7
Entre 31 y 45 días	5
46 días y más	22
Total	46
Base: 46 personas detenidas.	
Fuente: parte diario correspondiente al 5 de septiembre de 2017.	

Como se observa, cerca de la mitad de las personas permanecía detenida en la cárcel desde hacía más de un mes y medio, aunque los tiempos de alojamiento variaban entre 5 días y un caso extremo de 10 años y tres meses.

En lo que respecta al diagnóstico consignado en el parte diario justificando el alojamiento en la Unidad 22 se desprende lo siguiente:

Cantidad de personas detenidas según diagnóstico	
Diagnóstico	Cantidad
TBC	13
Trabajador (sic)	10
Cierre colostomía	6
Traumatológicas	4
Rehabilitación	3
Tumoración	2
Hernia	1
Alta	1
Quemadura	1
Otro	5
Total	46
Base: 46 personas detenidas.	
Fuente: parte diario correspondiente al 5 de septiembre de 2017.	

El alojamiento de personas con diagnóstico de TBC era el más frecuente. Le siguen 10 detenidos registrados en el parte diario como “trabajadores”, lo cual supone que casi un cuarto de la población no se encontraba en la cárcel por motivos de salud sino de manera permanente. Esto se confirma si consideramos que el promedio de permanencia de estas personas en la unidad era de casi un año (324 días), mientras que para el resto no alcanzaba los 2 meses (49 días).

Los presos “trabajadores” se encontraban alojados en el pabellón de clínica médica y su designación estaba a cargo del Servicio Penitenciario argumentando, como en las demás cárceles, criterios de “comportamiento”.

- “Hay trabajadores, sí. Hay pacientes que han tenido tuberculosis y están en la fase de no contagio y en vez de terminarla en su unidad no regresan porque prefieren estar trabajando de limpieza o lo que sea. Algunos quedan” (operadora sanitaria de la Unidad 22, 2017).

La permanencia en la unidad, presentada como elección de las personas detenidas en vez de como una disposición securitaria, era mercantilizada como un beneficio en términos de mejora en las condiciones de detención respecto al regreso a la unidad de origen. Estos detenidos realizaban tareas de limpieza, de cocina y de mantenimiento de la unidad. En el sector de quirófano los operadores entrevistados subrayaron que se requería personal presente mientras los detenidos limpiaban porque “ahí hay cosas que pueden ser utilizadas para otra cosa. Entonces la idea es que no entren”.

8.3 Acceso a la Unidad 22

El acceso a esta cárcel se generaba –formalmente– a demanda de las unidades de origen de las personas detenidas:

- ...La jefa de Secretaría Médica expresó que para que se produjera un ingreso el personal médico de la unidad de procedencia “hace una evaluación médica, un informe médico donde pide una interconsulta para alguna patología en particular. Nosotros ahí, después de una interconsulta, se pide la cama, se pide la atención, depende, o una cirugía” (registro de campo de la Unidad 22, 2017).

Sin embargo, la oferta para esa demanda era interpretada de diferente manera por el personal de la Unidad 22 y los/as operadores/as sanitarios/as entrevistados/as en las Unidades 1 de Olmos y 2 de Sierra Chica. La posición en la Unidad 22 era que se otorgaban los turnos requeridos, pero las unidades de origen no los cumplimentaban. Sus registros confirman que una gran proporción de turnos no se concretaban. Así, para el mes de agosto de 2017 se desprende que de 1.136 turnos sólo se cumplimentaron 495, es decir, menos de la mitad. Al indagar sobre esta diferencia el personal de Secretaría Técnica expresó que algunas unidades “demandan mucho y vienen poco, no vienen a la interconsulta en comparación con lo que demandan”.

- “Mirá, yo te puedo asegurar que tenemos más de 10 turnos diarios de traumatología y más de 10 turnos diarios de cirugía. Y muchas veces piden el turno y no lo traen. Y vuelven a pedir y no lo traen y vuelven a pedir...” (operador sanitario de la Unidad 22, 2017).

Mientras el personal de la Unidad 22 responsabilizaba a las cárceles de origen por el incumplimiento de los turnos, los/as operadores/as entrevistados/as en las Unidades 1 y 2 sostenían que los mismos no se conseguían.

- ...Toda referencia a la Unidad 22 por parte de los profesionales médicos entrevistados fue hecha con disgusto. Explicaron que desde otras unidades del SPB derivaban detenidos a la Unidad 1 en vez de a la 22 porque esta última “no acepta [ingresos], cuando debería ser exactamente al revés”. Uno de los operadores llegó a decir que esa cárcel “es la niña bonita del Servicio”. Interpretaban que contaban con más recursos y más personal, no obstante trabajaban menos que en la Unidad 1. En tal sentido, señalaron que en Olmos había tantas personas alojadas en sanidad como en la Unidad 22, pero a eso se sumaba la demanda espontánea de una población de 2.500 detenidos (registro de campo de la Unidad 1, 2017).

La observación en la Unidad 22 mostró –como señalamos– que efectivamente su capacidad para el tratamiento de enfermedades infecto-contagiosas y la realización de cirugías era muy deficitaria en términos de plazas. Esto fue incluso reconocido por el personal entrevistado:

- “Se le hace el diagnóstico, se le da el tratamiento y vuelve a la unidad con el tratamiento. Por ahí hay demanda de camas, no tenemos de infectología, bueno: necesitan de hospitales de la calle. Se buscan en hospitales de la calle” (operadora sanitaria de la Unidad 22, 2017).

Pero además se destacaron las limitaciones en relación a la asistencia especializada o compleja.

- “[Contar] con la 22 es muy relativo. Ahora parece que la están como reactivando. Con el tema quirúrgico y demás. Pero me han contestado hace tres meses atrás o cuatro que no tenían la complejidad. Entonces no te lo aceptan, ¿viste? Entonces queda acá el paciente” (operador sanitario de la Unidad 1, 2017).
- ...Los detenidos alojados en sanidad coincidieron en que la Unidad 22 no los recibía: “tuve dos pre-infartos y diabetes, me llevaron a la 22 pero el mismo día me sacaron porque no tenían las condiciones adecuadas para atenderme”; “tengo que hacer kinesiología y rehabilitación [por una hemiplejía después de un ACV]; me llevaron tres veces a la 22 pero no me atendieron porque no había kinesiólogos” (registro de campo de la Unidad 1, 2017).

En todos los casos, los/as agentes sanitarios/as entrevistados/as subrayaron las dificultades para los traslados intercarcelarios como un obstáculo para el acceso.

- ...La bioquímica entrevistada subrayó la falta de turnos y el administrativo definió la relación con la Unidad 22 como “complicada”, porque cuando conseguían los turnos no se realizaba el traslado y los perdían. Calculó que “con suerte” se cumpliría sólo el 40 por ciento de los turnos. Por su parte, la jefa de enfermería describió: “pedimos hoy turno y te dan de acá a tres meses. De acá a tres meses tiene que salir el interno y por equis motivo del penal no lo sacan. Así que pierden el turno. Otros tres meses más. Eso sí nos vienen a cuestionar a nosotros, pero nosotros no tenemos nada que ver en eso. Por eso en la historia empezamos a poner que no va por equis motivo, por motivo del Servicio [Penitenciario], porque no es tema nuestro. El turno está pedido y estaba dado” (registro de campo de la Unidad 2, 2017).

La capacidad de 60 plazas para una población encarcelada en la provincia de decenas de miles de personas (de las cuales, además, una alta proporción se usaban como beneficio para el alojamiento de detenidos sin problemas de salud), la oferta restringida en términos de complejidad y el incumplimiento de traslados implicaban obstáculos persistentes en el acceso a la atención en la Unidad 22.

8.4 Deficiente asistencia de la salud

A las dificultades para el acceso a la asistencia en la Unidad 22 se agrega que los detenidos allí alojados manifestaron diversas falencias en la atención de su salud. Entre las descripciones se destacan las referencias a la entrega irregular o insuficiente de medicación, de alimentación acorde a sus padecimientos y la falta de curaciones, de servicio de enfermería y de tratamientos especializados.

- ...Tiene una fractura expuesta de tibia y peroné de la pierna izquierda y roces de proyectil en un testículo y el muslo. Estuvo 3 semanas en un hospital, lo operaron, le pusieron tutores y lo curaron de una infección en la herida. Cuando le dieron el alta lo llevaron a una comisaría y luego fue trasladado a la Unidad 22. Lo vio un médico, le indicó rayos y lo subieron al primer piso de clínica. Desde entonces, hace tres semanas, no tiene ningún tipo de atención. "Vino el traumatólogo pero no me revisó ni pidió ningún estudio. Sólo me dijo 'por vos acá no puedo hacer nada, hay que conseguir un turno donde te operen'. Sólo me dan ibuprofeno y cefalexina por la infección y el suero para que me limpie. Me duele mucho la cintura de estar acostado. Tenía turno en un hospital extramuro pero no me llevaron porque ya estoy en un hospital" (caso del RNCT, 2017).
- ...Tiene cáncer y hace 8 meses fue operado en el Hospital de Gonnet. Le extirparon un testículo pero tiene metástasis. Debía iniciar quimioterapia hace 6 meses y recién hace 5 días lo trajeron a la Unidad 22 y comenzó el tratamiento. Está preocupado porque no sabe cuándo llegará la medicación para la próxima sesión de quimio. Padece fuertes dolores y sólo le proveen ibuprofeno (caso del RNCT, 2017).
- ...Tuvo una fractura de fémur y peroné. Está hace un año con un tutor,

imposibilitado de moverse, acostado en una cama. Su familia le acercó las muletas para que pueda higienizarse solo. Tiene una infección en la pierna, ya tomó los medicamentos que le dieron pero la infección continúa. Se le ve el hueso, necesita una operación para que le implanten piel y ponerse prótesis en rodillas y tibia. En la Unidad 22 sólo le dan gasas y vendas, él se debe limpiar la herida. Fue operado en el hospital de Luján en febrero de 2016, estuvo dos meses en Campana donde no había traumatólogo ni insumos (pero quiere volver allí porque la familia está cerca y suple la falta de elementos para curarse y comer). Fue trasladado a la Unidad 22 porque solicitó atención extramuros y recién cuando el juzgado envió siete oficios autorizándolo realizaron el traslado (caso del RNCT, 2017).

Asimismo, como en las unidades sanitarias de las demás cárceles, las personas detenidas son víctimas de la desidia, la falta de información y el abandono.

- “En la Unidad 30 me pegaron y me dejaron mal porque pedía medicación por las convulsiones. Desde hace un año tengo una hemiplejía en el lado izquierdo y se me está gastando el hueso de la cadera. El neurólogo viene de otra unidad. No me están dejando medicación suficiente. Me agarran como unas electricidades, pido atención y no vienen. No entra nadie acá, a las 7 se va todo el mundo y no me ayuda nadie. La que me baña es mi mamá y hace un mes que no la veo” (caso del RNCT, 2017).
- ...Lleva 4 meses en la unidad, se encuentra siguiendo un tratamiento de TBC (actualmente en fase 2) y la infectóloga le indicó que aún le quedan 7 meses. El tratamiento que lleva se lo suministran de manera interrumpida, en el sentido de que algunos días le dan la medicación completa y otros días no. En esta unidad se ocupa del cuidado de las demás personas detenidas que están en el pabellón de infectología: los baña, cambia pañales y ayuda a comer. En el transcurso de 4 meses ha asistido a 6 personas que fallecieron por falta de tratamiento y medicación. Dice que esta es la principal problemática (caso del RNCT, 2017).
- “Tengo hemiplejía, no puedo mover el lado izquierdo. Soy totalmente dependiente de que me asistan, no tengo silla de ruedas, estoy postrado en una cama sin poder moverme y sin la ayuda de otra persona, estoy solo en la celda” (caso del RNCT, 2017).

Para las personas detenidas en la Unidad 22, estas condiciones generan altos niveles de incertidumbre pero también muestran que llegar a esta cárcel no implica diferencias sustanciales en el acceso a la salud que en cualquier otra unidad penal.

8.5 Otras torturas y malos tratos

Como en las cárceles comunes, a la falta o deficiente asistencia de la salud se adicionan otras violaciones de derechos, malos tratos y torturas:

- Intervención del Servicio Penitenciario: como en cualquier unidad penal, la salud se encontraba supeditada al orden y la seguridad. Los agentes penitenciarios controlaban el ingreso de los pabellones y vigilaban a los detenidos durante la circulación intramuros. También acompañaban a los enfermeros cuando entregaban la medicación.

- ...Un detenido entrevistado en el pabellón de infectología señaló que la médica ingresaba sola al pabellón pero “a veces está el encargado ahí nomás”. Refirió que los penitenciarios presenciaban las revisiones pero relativizó: “sí [están presentes], pero como mucho [la médica] te escucha los pulmones así nomás, sin desvestirme, nada”. Al consultarle si sabía para qué presenciaban las revisiones los penitenciarios respondió: “capaz que entran para chusmear” (registro de campo de la Unidad 22, 2017).

Los agentes penitenciarios también efectuaban requisas en el pabellón: “tranquilas, golpean los barrotes nomás, para ver si los cortaste”. No obstante, las requisas personales implicaban desnudo total con flexiones y las personas detenidas manifestaron que cada dos horas se realizaba un recuento, que continuaba con la misma frecuencia durante la noche por lo que se interrumpía el descanso constantemente.

- Aislamiento y régimen de vida restrictivo: los detenidos alojados en la Unidad 22 permanecían aislados las 24 horas en celda o en los pasillos de distribución de los pabellones. No había acceso al patio ni actividades recreativas, tampoco a educación o trabajo (en este último caso, con excepción de los presos alojados en la unidad como población permanente).

- ...El detenido había permanecido aislado 4 meses y medio en el segundo piso (infectología) y al momento de la entrevista estaba aislado

desde hacía un día en una celda de admisión. Lo habían bajado luego de darle el alta. No sabía durante cuánto tiempo permanecería aislado en admisión: “no me dijeron, es hasta que llegue el traslado. No sé si será pronto, no me dieron un día, nada. Sé que van a esperar primero que me conteste el juzgado. Así le hicieron a un pibe que estuvo ahí en el segundo piso”. Explicó que él había pedido el alta porque “ya no aguantaba más, es muy encerrado [el sector de infectología]. Como acá [como en admisión], pero ahora sé que ya que estoy acá me voy a la Unidad 2 o a otra unidad”. Al consultarle si había accedido a educación y/o trabajo durante el tiempo de internación refirió que no: “no te sacan ni a patio acá” (registro de campo de la Unidad 22, 2017).

- Malas condiciones materiales: en los pabellones se registraron problemas con la ventilación de los espacios, ventanas selladas, calefacción que no funcionaba o era precaria (con fuelle), que implicaba el padecimiento de fríos o calores intensos y humedad. La limpieza de los sectores la realizaban los mismos detenidos sin disponer de los elementos necesarios; tampoco cumplía con los niveles de asiduidad y asepsia que corresponden a un espacio sanitario. En algunos casos los inodoros se encontraban tapados y los detenidos no accedían a ducha o a agua caliente. Tampoco recibían elementos de higiene personal ni ropa de cama. Se observaron insectos en las celdas y los espacios comunes.
- ...Las ventanas no se abren, están soldadas y hace mucho calor. Tienen un fuelle para calentar agua. La letrina se rebalsa de agua (caso del RNCT, 2017).
- ...Está postrado en la cama con parálisis. “No puedo higienizarme por mí mismo y no me bañan”. La higiene de la celda es precaria, hay cucarachas en la ventana y telas de araña en el portaluz (caso del RNCT, 2017).
- ...En la celda de admisión no había calefacción, el baño (separado de la celda) no tenía luz artificial ni natural, el colchón era duro y estaba en condiciones deficientes, las pertenencias se encontraban en el piso porque el único mobiliario era una mesita pequeña (tipo mesa de luz), había mosquitas, humedad y muy mal olor. En el segundo piso (infectología) tampoco había calefacción: ‘acá [admisión] está más calentito que allá arriba [infectología]. Allá arriba había uno que le faltaba un vidrio y entraba un frío... Hasta la doctora cuando venía decía “qué frío que hace”. “Y vos que no estás todo el día acá’. Yo me

cagaba de frío”. La ropa de cama (mantas y sábanas) eran del detenido. La debía lavar él mismo en un tachito: “la tenés que lavar temprano y tratar de que se seque para la noche”. En ninguno de los sectores le habían proporcionado elementos para la higiene personal ni para la celda (registro de campo de la Unidad 22, 2017).

- Mala o deficiente alimentación: la mayoría de las personas entrevistadas manifestaron que la comida era “incomible”, de pésima calidad; quienes tenían indicada dieta especial no la recibían acorde a sus necesidades nutricionales o problemas alimenticios. Por otro lado, describieron que les entregaban carne pasada por cloro o lavandina porque estaba en mal estado. La mayoría debía recurrir a los alimentos ingresados por la familia.
- “Tengo cáncer. La carne viene lavada con lavandina porque se ve que está podrida. Dependo de la comida que trae mi familia pero viven a 700 kilómetros, no me pueden venir a visitar” (caso del RNCT, 2017).
- ...El detenido había padecido TBC y era portador de VIH. Además del encierro, el problema era la comida: sin sal, sin gusto, sin variedad. “Estamos mal de los pulmones, no del estómago. Estás comiendo casi 5 meses lo mismo”. La comida llegaba fría y sólo los presos que tenían fuelle (no era su caso) podían recalentarla. No permitían el ingreso de fideos, arroz ni pomodoro por parte de la visita. Estando alojado en el sector de infectología había padecido vómitos, no sabía si era por la comida o por la medicación (caso del RNCT, 2017).
- Impedimentos de vinculación familiar o social: las personas detenidas manifestaron dificultades para sostener contactos y recibir visitas. Esto traía aparejado problemas que agravaban sus condiciones de salud, ya que dependían de sus familias para recibir alimentos o medicación, y de “asistentes” o “enfermeros” para higienizarse en los casos de no ser auto-válidos.
- “Estoy esperando la condicional porque tengo un cáncer. Mi familia vive lejos y no me puede visitar. No puedo ver a mis hijos, tengo miedo de morirme lejos de mi familia. Dependo de ellos para que me gestionen el tratamiento afuera, para que me traigan mejor comida y la medicación” (caso del RNCT, 2017).
- “Tengo fractura de fémur y peroné y se me infectó. Pedí volver a la Unidad 21 porque mi familia está lejos de La Plata y acá no me

pueden traer lo que necesito para curarme ni medicación” (caso del RNCT, 2017).

Los malos tratos sumados a las dificultades para el acceso a la unidad, la subocupación y el alojamiento permanente de presos en calidad de refugio, la precariedad de la asistencia de la salud y la falta de servicios especializados ponen en tensión la definición formal de la cárcel como “hospital” y la insertan en el complejo de la falta o deficiente asistencia de la salud que caracteriza al archipiélago carcelario bonaerense.

A lo largo de este informe reconstruimos la forma en que se gestiona la salud y la enfermedad en las cárceles bonaerenses. La producción de padecimientos físicos y mentales por diversas torturas y su reproducción mediante la generalizada falta o deficiente asistencia alcanza a todas y cada una de las personas detenidas degradándolas y fijándolas a las condiciones de dolor.



9. REFLEXIONES FINALES

La salud penitenciaria se organiza como un eslabón esencialmente carcelario: la prevención y la intervención están supeditadas al orden y la seguridad intramuros. Así, se sitúa en lo multidimensional de la tortura, impactando conjunta y articuladamente con el resto de las violencias que se ejercen en las cárceles sobre los presos y las presas. Como expresamos, la salud mental y física –en última instancia la vida– de las personas detenidas es despreciada y la producción de sufrimiento se valoriza como medio de dominio y de subordinación.

Este estado de cosas es generado y garantizado por la actuación aceptada de los/as agentes penitenciarios/as, los/as sanitarios/as y los/as judiciales, que proponen (y defienden) como norma las pésimas condiciones sanitarias-carcelarias. Las intervenciones médicas más cotidianas y los tratamientos especializados y complejos forman parte del abanico de derechos que se convierten en beneficios en las cárceles bonaerenses, repartidas discrecional y estratégicamente con fines de gestión de las poblaciones encarceladas.

Esta distribución de la salud (mejor dicho, la regulación de los umbrales de enfermedad) se realiza en un marco de desidia, malos tratos y abandono que evidencia el cinismo de cualquier argumentación sanitaria: “hospital”, “internación”, “salas”, “pacientes”, incluso quizás “médicos”, son eufemismos que caen ante la observación más superficial de los sectores de sanidad, de la situación de las personas allí alojadas y de las prácticas de los/as operadores/as a su cargo. Para los detenidos y las detenidas sólo queda soportar la escasez y la carencia, la indolencia y la crueldad, auto-gestionar su supervivencia y “acostumbrarse al dolor”.

20 años

cpm

comisión provincial por la memoria

Calle 54 N° 487 | 1900 | La Plata | Buenos Aires

Tel.: + 54 221 4262900

secretaria@comisionporlamemoria.org

www.comisionporlamemoria.org