

# Programa de salud en contextos de encierro

Estrategias de intervenciones sanitarias  
en los servicios penitenciarios de la República Argentina

2020



Ministerio de Salud  
Argentina

Argentina unida



<b>4</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>
<b>5</b>	<b>PROGRAMA DE SALUD EN CONTEXTOS DE ENCIERRO</b>
5	¿Quiénes somos y qué hacemos?
5	Objetivos
<b>6</b>	<b>SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD</b>
6	Algunos números: las personas privadas de libertad en Argentina
<b>12</b>	<b>SALUD Y ENCIERRO</b>
12	El sistema de salud dentro de las cárceles
13	La salud como derecho (también) para las personas privadas de la libertad
15	La salud y el encierro: particularidades de un contexto que nos convoca
<b>18</b>	<b>GESTIÓN</b>
18	Convenios marco de cooperación y asistencia
20	Principales acciones de gestión del PSCE
21	Fortalecimiento de los circuitos de atención intra-extramuros:
21	Gestiones para el ingreso de políticas públicas sanitarias
21	Elaboración de protocolos de atención de problemáticas de salud
22	Encuentros de gestión e intercambio con referentes nacionales y regionales
<b>23</b>	<b>ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO</b>
23	Articulaciones fuera y dentro del Ministerio
25	Experiencias de trabajo conjunto
25	Programa Interinstitucional por la integración social
25	Ministerio de Educación de la Nación
26	Mesa de trabajo intersectorial para el abordaje sociocomunitario de la problemática del suicidio
27	Campañas de vacunación

<b>29</b>	<b>CAPACITACIONES EN SALUD</b>
29	Objetivos y personas destinatarias
31	Temáticas
<b>33</b>	<b>PROMOTORES/AS DE SALUD Y FORMACIÓN CONTINUA</b>
34	Experiencias del curso
35	Formación Continua para Promotores/as
38	Enfoque pedagógico
<b>39</b>	<b>DIPLOMATURA EN SALUD EN CONTEXTOS DE ENCIERRO</b>
39	Fundamentos
40	Formalidades y requisitos
<b>42</b>	<b>LÍNEA DE COBRO REVERTIDO</b>
43	Objetivos
<b>49</b>	<b>ALGUNAS REFLEXIONES FINALES</b>
<b>50</b>	<b>Siglas</b>

## 1 INTRODUCCIÓN

Dada la existencia de un amplio marco normativo en nuestro país que reconoce que la privación de la libertad no debe implicar la supresión de ninguno de los derechos que no se encuentran afectados por la condena o por la ley (el derecho a la salud entre ellos), nos encontramos en lo cotidiano con que la cárcel configura múltiples barreras para su ejercicio efectivo, y es deber del Estado desarrollar políticas específicas para poder garantizarlos.

En este sentido, el Programa de Salud en Contextos de Encierro (en adelante, PSCE) del Ministerio de Salud de la Nación, en tanto parte representante del Estado, tiene la responsabilidad de planificar y ejecutar una parte de esas políticas tendientes a la mejora de la salud de las personas privadas de la libertad.

El presente documento recoge y sintetiza el trabajo que venimos realizando desde el PSCE en pos de estos objetivos desde el 2012, año en que dicho Programa fue creado por Resolución Ministerial N° 1009/12, contemplando en todo momento la complejidad que implica el abordaje integral de la salud en los contextos de encierro, con sus características y particularidades.

La división y orden de las secciones de esta publicación está pensada de acuerdo al objetivo y las líneas estratégicas que tiene el Programa y que delinean las principales acciones que se llevan adelante. Estas son las líneas de gestión, abordaje interdisciplinario, capacitaciones cortas en salud, cursos de formación de promotores y promotoras de salud, diplomatura en salud en contextos de encierro para los profesionales que trabajan en las unidades y la línea gratuita de cobro revertido.

4

## 2 PROGRAMA DE SALUD EN CONTEXTOS DE ENCIERRO

### ¿Quiénes somos y qué hacemos?

El PSCE nace en el año 2012 partiendo de la premisa de que las personas privadas de la libertad tienen restringido su derecho a la libre circulación pero conservan su derecho a la salud, el cual se encuentra reconocido como inalienable por diversas normativas nacionales e internacionales, y su cuidado es deber indelegable del Estado. Teniendo en cuenta las particularidades del encierro, desde el PSCE diseñamos estrategias de intervención para mejorar el acceso a la salud en constante articulación con los Servicios Penitenciarios Federal y provinciales, que son quienes tienen a su cargo en primera instancia el deber de cuidado de la salud de las personas privadas de la libertad, debiendo tomar las medidas necesarias para su prevención, tratamiento y rehabilitación.

### Objetivos

- El objetivo general del PSCE es mejorar la calidad en el acceso a la salud de las personas en contextos de encierro mediante el fortalecimiento de los sistemas sanitarios penitenciarios federales y provinciales de todo el país.

De éste se desprenden los siguientes objetivos específicos:

- Propiciar la implementación de políticas públicas diseñadas por el Ministerio de Salud de la Nación en las unidades penitenciarias y alcaldías del país.
- Fortalecer el armado de redes de atención de salud extramuros-intramuros.
- Desarrollar estrategias de promoción, prevención y adherencia al cuidado integral de la salud de las personas en contextos de encierro.
- Optimizar y monitorear la distribución de recursos e insumos de prevención.
- Promover el establecimiento de un sistema de información estratégica que incluya la vigilancia epidemiológica, el monitoreo, la evaluación de la calidad y del impacto del programa.

5

### 3 SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD

#### Algunos números: las personas privadas de libertad en Argentina

En nuestro país existe un sistema bipartito de administración penitenciaria. Por un lado, el Servicio Penitenciario Federal (SPF), dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación y por el otro, los sistemas penitenciarios provinciales que dependen de cada jurisdicción, ya sea del Ministerio de Justicia, Gobierno o Seguridad, según el caso.

Tanto el lugar de comisión del hecho delictivo, como su carácter (si es un delito “federal” u “ordinario”) determinan en qué unidad se aloja a la persona a la que se lo atribuye.

Actualmente, en la Argentina hay 307 unidades de detención. La jurisdicción que más unidades tiene es el Servicio Penitenciario de la Provincia de Buenos Aires (SPB) con 63, seguido por el Servicio Penitenciario Federal (SPF) con 33 unidades. Estas últimas están distribuidas en CABA, Buenos Aires, Jujuy, Salta, Formosa, Santiago del Estero, Chaco, Misiones, La Pampa, Mendoza, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Chubut. Las 211 unidades restantes se encuentran distribuidas entre todas las provincias, y dependen de los servicios penitenciarios de cada jurisdicción (SNEEP, 2019<sup>1</sup>).

En las Tablas 1 y 2, se detalla la distribución de las unidades penitenciarias en las distintas provincias del país, según su pertenencia a los Servicios Penitenciarios Provinciales o al Servicio Penitenciario Federal.

Tabla 1

Cantidad de Unidades Penitenciarias Provinciales*	
Provincia	Unidades Penitenciarias Provinciales
Buenos Aires	63
Catamarca	2
Chaco	9
Chubut	27
Córdoba	14
Corrientes	9
Entre Ríos	9
Formosa	6
Jujuy	6
La Pampa	30
La Rioja	1
Mendoza	16
Misiones	11
Neuquén	11
Río Negro	6
Salta	12
San Juan	1
San Luis	5
Santa Cruz	10
Santa Fe	10
Santiago del Estero	3
Tierra del Fuego	5
Tucumán	8
<b>TOTAL UNIDADES PROVINCIALES</b>	<b>274</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Estadística sobre Ejecución de la Pena (SNEEP), 2019.

\*Se incluyen aquí tanto las Unidades como los Complejos Penitenciarios, Alcaldías y comisarías en las que las personas privadas de la libertad transitan el régimen de progresividad de la pena.

Tabla 2

Cantidad de Unidades Penitenciarias Federales\*

Provincia	Unidades del Servicio Penitenciario Federal		
	Hombres	Mujeres	Mixta
Buenos Aires	8	2	2
Catamarca			
Chaco	2		
Chubut	2		
Corrientes			
Entre Ríos			
Formosa	1		
Jujuy	2		
La Pampa	3	1	
La Rioja			
Mendoza			1
Misiones	1		
Neuquén	1		
Río Negro	2		
Salta	1		2
San Juan			
San Luis			
Santa Cruz	1		
Santa Fe			
Santiago del Estero	1		
Tierra del Fuego			
Tucumán			
<b>TOTAL por provincia</b>	<b>25</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
<b>TOTAL SPF</b>	<b>33</b>		

Es importante aclarar que la fuente de información utilizada para relevar los datos plasmados en este documento, es el Sistema Nacional de Estadística sobre Ejecución de la Pena (SNEEP), del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, cuyo último informe disponible data de diciembre de 2019. Sabemos que hay organizaciones u organismos de control que cuentan con cifras más actualizadas, pero es una decisión metodológica para la realización de este documento el uso de los datos del SNEEP, ya que se trata del organismo que produce y publica la estadística oficial en materia penitenciaria.

Entonces, según el SNEEP: "... al 31 de diciembre de 2019, había en la República Argentina 100.634 personas privadas de libertad en unidades de detención. Si a esta población le sumamos las 8.771 personas privadas de libertad en dependencias policiales o de fuerzas de seguridad informadas por dichas instituciones, la cifra alcanza los 109.405. La provincia de Buenos Aires es la que más personas presas tiene en sus unidades de detención, alcanzando el 45% del total"<sup>2</sup> (SNEEP, 2019).

También al 31 de diciembre de 2019 había 4413 mujeres detenidas en unidades penitenciarias, produciéndose un aumento sólo del 1% en relación al año anterior, pero del 22,5% con respecto de 2017. En relación a las mujeres que viven con sus hijos, la cifra decreció un 7%, contabilizando ahora un total de 134 casos.

"En términos generales, la población penitenciaria tiene una destacada presencia de jóvenes, de varones, de nacionalidad argentina y con un bajo nivel de escolarización. El 95% de los detenidos al 31 de diciembre de 2019 eran varones, el 94% eran argentinos, el 66% tenía estudios primarios o inferiores al momento de ingresar al establecimiento, y el 58% tenía menos de 35 años de edad.

Fuente: Elaboración propia en base al Sistema Nacional de Estadística sobre Ejecución de la Pena (SNEEP), 2019 y Sitio web del Servicio Penitenciario Federal.

\* Se incluyen aquí tanto las Unidades como los Complejos Penitenciarios y Alcaidías.

<sup>2</sup> Estos datos no incluyen a las personas que no se encuentran en las unidades, como por ejemplo las que están bajo el monitoreo electrónico. En los dispositivos de monitoreo electrónico del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación se encuentran 1987 personas bajo este régimen; en la Provincia de Buenos Aires, 1922; y en prisión domiciliaria 756 (SNEEP, 2018).

Desde la década del 90, existe una tendencia creciente en la población penitenciaria. Más allá de algunos períodos de leves bajas o amesetamiento, como los años 2006 y 2007), cada año se registra un crecimiento en el total de personas privadas de libertad en unidades de detención. Durante el año 2019 hubo un incremento del 6% en relación al período anterior, pero del 75% en relación al año 2009 y del 145% en relación al año 2001 (SNEEP, 2019)".

Este incremento no tuvo su correlato en un aumento de la infraestructura edilicia, tal como se plasma en el Gráfico 1, que muestra una comparación entre la capacidad de alojamiento total y las personas que efectivamente se encuentran alojadas, pudiendo visualizar con claridad el estado de sobrepoblación carcelaria en algunas jurisdicciones del país.

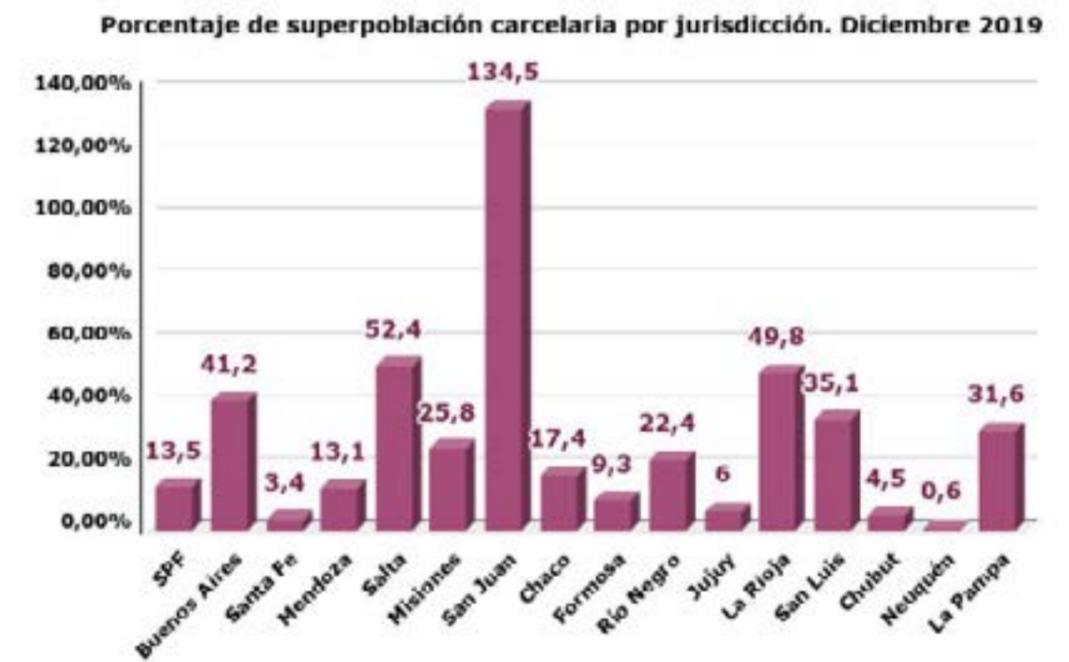
Gráfico 1



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Estadística sobre Ejecución de la Pena (SNEEP), 2019.

A partir de los datos mostrados en el gráfico anterior, se desprende la conclusión de que del total del país, únicamente 7 provincias cuentan con las suficientes plazas para alojar a su población privada de la libertad. Pero resulta, cuanto menos alarmante, que la gran mayoría de las jurisdicciones tenga elevados porcentajes de sobrepoblación, siendo San Juan (134,5%), Salta (52,4%), Buenos Aires (41,2%), La Rioja (49,8%) y San Luis (35,1%), en ese orden, las que encabezan la lista de provincias con cárceles superpobladas a niveles muy elevados, con todo lo que esto implica en el acceso y en el estado de salud de las personas privadas de la libertad, tal como veremos en los capítulos siguientes.

Gráfico 2



## 4 SALUD Y ENCIERRO

**El sistema de salud dentro de las cárceles**

Las estructuras y formas de organización de los sistemas sanitarios penitenciarios varían en cada unidad penitenciaria. En algunas se pueden encontrar sistemas más similares a los hospitales del medio libre y, en otros casos, a centros de salud.

Por ejemplo, el SPF cuenta con una Dirección de Sanidad y en algunos de sus Complejos Penitenciarios existen Hospitales Penitenciarios Centrales (H.P.C.) o Unidades Médicas Asistenciales (U.M.A.) que cuentan con profesionales, especialistas y recursos para dar respuesta al 1º nivel de atención y, en algunos casos, también para el 2º nivel. Allí pueden atenderse tanto personas alojadas en esas unidades, como también aquellas cuyas unidades federales son más pequeñas y no tienen profesionales de la especialidad médica requerida. En el resto de las unidades penitenciarias federales, hay equipos interdisciplinarios conformados por enfermeros/as, médicos/as, psicólogos/as, odontólogos/as, que sólo dan respuesta al 1º nivel, por lo que la derivación a los efectores del extramuro es para el 2º y 3º nivel de atención.

Los distintos servicios penitenciarios provinciales dependen de la estructura y organización en salud con que cuentan sus respectivas provincias. Algunas tienen complejos penitenciarios con recursos y especialidades médicas para dar respuesta a la demanda de asistencia del 1º y 2º nivel y otras sólo tienen enfermería 24 hs y derivación a hospitales del medio libre para la atención de todos los niveles. A su vez, hay servicios penitenciarios que se encuentran bajo la órbita de la policía provincial y su organización del sistema sanitario depende de la estructura con la que cuentan estos organismos.

**La salud como derecho (también) para las personas privadas de la libertad**

Como dijimos en la introducción, las personas privadas de la libertad conservan plenamente su derecho a la salud, deben ser tratadas humanamente, con respeto de su dignidad, tal como surge de nuestra Constitución Nacional (art. 18)<sup>3</sup> y de diversos tratados sobre Derechos Humanos con jerarquía constitucional (Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y Convención Americana sobre Derechos Humanos, entre otros).

La Ley de Ejecución Penal (Nº 24.660) dispone también en su artículo 2 que a las personas que están privadas de la libertad se les deben respetar todos los derechos que no les fueran restringidos por la condena o la ley. En el artículo 58 establece que *“el régimen penitenciario deberá asegurar y promover el bienestar psicofísico de los internos. Para ello se implementarán medidas de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud y se atenderán especialmente las condiciones ambientales e higiénicas de los establecimientos”*. En el artículo 143, consagra que el detenido tiene derecho a la salud: *“...deberá brindársele oportuna asistencia médica integral, no pudiendo ser interferida su accesibilidad a la consulta y a los tratamientos prescritos. Los estudios diagnósticos, tratamientos y medicamentos indicados, le serán suministrados sin cargo” (Ley 24.660, 1996)*<sup>4</sup>.

También debemos tener presente la Observación General nº 14 adoptada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el 22º período de sesiones (2000), que estableció:

*“3. El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas...” (CES-CR, 2000)*<sup>5</sup>.

*“11. El Comité interpreta el derecho a la salud... como un derecho inclusivo que no sólo abarca*

<sup>3</sup> Constitución Nacional. Artículo 18. Año 1853

<sup>4</sup> Ley Nº 24.660 de Ejecución Penal. Año 1996.

<sup>5</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Naciones Unidas. Observación Nº 14. Año 2000.

la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada...y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva..." (CESCR, 2000).

"34. En particular, los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos los presos o detenidos...a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer..." (CESCR, 2000).

En el mismo sentido, la Organización Mundial de la Salud ha definido que "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (Preámbulo de la Constitución de la OMS, 1948)<sup>6</sup>.

14

Esta perspectiva integral se fundamenta en una concepción de salud como proceso dinámico, que entiende al individuo en un contexto social y privilegia la idea de preservación de la salud por sobre la de curación. Se basa en los ideales de la salud colectiva, con enfoque de derechos y perspectiva de género. Concebir a la salud como Derecho impone garantizar la respuesta organizada del sistema de salud a las necesidades de las personas en forma efectiva y oportuna. Es así que todas las políticas que pretenden hacer de la cárcel un lugar más vivible y garantizar los derechos de las personas que se alojan y trabajan en contextos de encierro pueden considerarse acciones que apuntan a la salud. Desde esta mirada integral de la salud, desde el PSCE planificamos las acciones a desarrollar en conjunto con los servicios penitenciarios.

<sup>6</sup> Constitución de la Organización Mundial de la Nación. Preámbulo. Año 1948.

En esta misma sintonía, los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos (adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución n° 45/111 de 14/12/1990) en su punto 1 establecen que "todos los reclusos serán tratados con el respeto que merecen su dignidad y valor inherentes de seres humanos" y en su punto 2 que "los reclusos tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por su condición jurídica" (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1990)<sup>7</sup>.

Finalmente, las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos en su regla 26 establece que los médicos deberán hacer inspecciones regulares para informar y asesorar respecto a "a) cantidad, calidad, preparación y distribución de los alimentos; b) la higiene y el aseo de los establecimientos y de los reclusos...2) El Director deberá tener en cuenta los informes y consejos del médico y, en caso de conformidad, tomar inmediatamente las medidas necesarias para que se sigan dichas recomendaciones" (Consejo Económico y Social, 1977)<sup>8</sup>.

De este marco legal se desprende que la única restricción que tiene la persona privada de la libertad es la libre circulación. El resto de los derechos, como la salud, deben estar garantizados en cualquier unidad en la que se encuentre.

15

### La salud y el encierro: particularidades de un contexto que nos convoca

Los contextos de encierro, como venimos mencionando, tienen ciertas particularidades que nos impulsan a pensar estrategias específicas para garantizar el derecho a la salud de quienes allí se encuentran.

Teniendo siempre en cuenta la perspectiva integral de la salud, y entendiendo que el entorno de las personas favorece o perjudica la construcción de su salud, resulta claro que el contexto de encierro moldea tanto las condiciones de salud de las personas privadas de la libertad como su acceso a los servicios.

<sup>7</sup> Principios Básicos para el tratamiento a los reclusos. Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución N° 45/111. Año 1990.

<sup>8</sup> Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos. Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus Resoluciones 663C (XXIV) de 31/7/1957 y 2076 (LXII) de 13/5/1977.

Así, resulta adecuado partir del enfoque de los determinantes sociales de la salud, tanto para reconocer las situaciones complejas que condicionan el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado en cada individuo, como también un pilar fundamental para el diseño de estrategias que permitan acortar la brecha en el acceso a la salud.

Las personas privadas de la libertad presentan más factores de riesgo para desarrollar enfermedades que la población general. La mayor exposición afecta del mismo modo a los agentes penitenciarios. Pensar en términos de salud integral, implica necesariamente pensar a la comunidad. No se trata sólo de la salud de las personas privadas de la libertad sino también de sus familias, de los trabajadores/as penitenciarios/as y todas aquellas personas que transitan la cárcel.

Una particularidad de estos ámbitos tiene que ver con el equilibrio que deben encontrar los servicios penitenciarios dado que en el ejercicio de su función, se encuentran permanentemente sopesando la cuestión vinculada al derecho a la salud y la seguridad, de la que también deben ocuparse. En los establecimientos penitenciarios el acceso a los servicios de salud se ve obstaculizado además por otras barreras, relacionadas a los dispositivos de seguridad, las rejas, las dificultades en la articulación con efectores extramuros, entre otras.

En algunas unidades, el acceso al sector de sanidad está mediado por numerosas rejas y el paso por otros sectores y pabellones, lo que muchas veces puede demorar la asistencia de la persona. Esto significa que el acceso no depende sólo del equipo de salud que trabaja en la unidad sino también de la seguridad del penal; en tanto los recorridos de las personas detenidas pueden verse afectados por el paso de otros detenidos u otras actividades en las que no resulte conveniente el cruce entre ellos/as. Cada lugar al que la persona privada de la libertad se dirige está organizado detalladamente.

También es importante tener en cuenta que la sobrepoblación en las cárceles es una problemática que sin dudas afecta el acceso a la salud, no sólo en lo que respecta a la capacidad de atención de los servicios sanitarios de las unidades, sino también en relación a la solicitud de turnos en los hospitales extramuros (y sus respectivos traslados) cuando la complejidad de la demanda no puede ser solucionada por los equipos sanitarios intramuros.

En los últimos años se ha incrementado notablemente la tasa de sobrepoblación. Se impulsaron modificaciones legislativas como la Ley de flagrancia, que aumentó de manera desproporcionada el ingreso de personas por períodos de tiempo muy cortos y la reforma de la Ley de ejecución penal, que estableció que las personas que cometieron una amplia lista de delitos no pueden acceder a libertades anticipadas, desarticulando la lógica de la progresividad de la pena. Estas medidas no trajeron mejoras en cuanto a seguridad, y además se proyectaron sin provisiones de creación de nuevas plazas de alojamiento necesarias para su implementación. La sobrepoblación afecta profundamente muchos derechos, particularmente el derecho a la salud, y genera peores condiciones de trabajo para el personal penitenciario.

Por estos motivos, cada una de las acciones que planificamos desde el PSCE es consensuada con los servicios penitenciarios. Esto se debe no sólo a que son las instituciones que tienen a su cargo el deber del cuidado de las personas privadas de la libertad y su atención médica, sino también porque la planificación de cualquier actividad está supeditada a la cuestión de la seguridad.

Las estrategias aplicadas desde el Programa son pensadas específicamente para el encierro. En ellas no sólo trabajamos para garantizar el acceso a la salud sino también para generar herramientas que empoderen a las personas privadas de la libertad en el ejercicio de sus derechos. Y esto se logra, entre tantas otras cosas, con conocimiento y aprendizaje, individual y colectivo. Cuando desarrollamos acciones dentro de las unidades penitenciarias, logramos no sólo hacer partícipe a la persona privada de la libertad en su propio cuidado, sino también en el de sus vínculos cercanos, promoviendo también una mejora en el nivel de salud en la población general extendiendo prácticas saludables al resto de la comunidad.



5 GESTIÓN

**Convenios marco de cooperación y asistencia**

Como ya mencionamos, el objetivo principal del Programa de Salud en Contextos de Encierro (PSCE) es mejorar la calidad en el acceso a la salud de las personas en contextos de encierro mediante el fortalecimiento de los sistemas sanitarios penitenciarios federales y provinciales de todo el país. En pos de su cumplimiento, todas las acciones de gestión realizadas dentro de cada unidad son definidas en conjunto con los servicios penitenciarios que son quienes tienen a su cargo en primera instancia la salud de las personas privadas de la libertad. Esto significa que cada intervención se lleva a cabo de manera articulada con las autoridades penitenciarias y también con sus equipos sanitarios.

En el mismo sentido de buscar el cumplimiento de sus objetivos, el PSCE ha suscripto convenios marco de cooperación y asistencia con los Ministerios de Salud y de Justicia, Seguridad o Gobierno de cada jurisdicción, según el caso. A partir de la firma del convenio se planifican en conjunto con cada jurisdicción las acciones para mejorar el acceso a la salud de las personas privadas de la libertad.

En el año 2008 firmó el convenio el Servicio Penitenciario Federal (SPF), en el año 2009 las provincias de Buenos Aires, Mendoza, Salta y Tierra del Fuego. En 2011 las provincias de Chaco, Neuquén, Santiago del Estero y Tucumán. En 2014 las provincias de La Rioja, San Luis y Río Negro. Y en el año 2015 las provincias de Misiones, San Juan, Santa Cruz, Entre Ríos y Chubut.

En el Cuadro 1 se presenta un mapa de las provincias adheridas al convenio (en color celeste) y las que aún no lo han hecho (en color blanco).

Cuadro 1

Mapa de provincias conveniadas

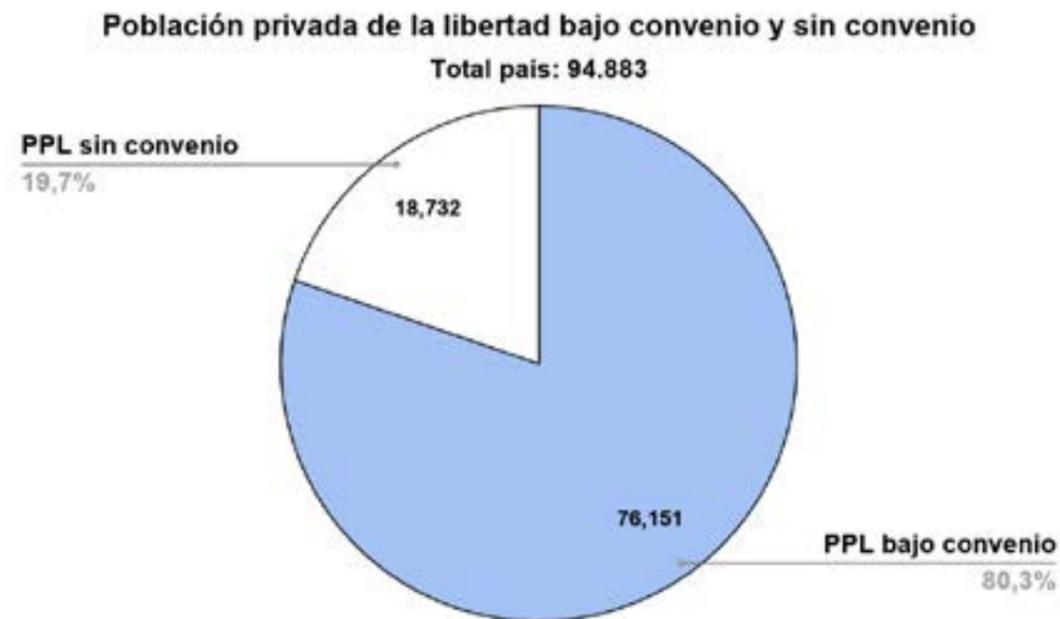


Fuente: elaboración propia en base a convenios firmados entre PSCE y provincias.

Asimismo, en el Gráfico 2 se muestra el porcentaje de personas privadas de la libertad que se encuentran bajo convenio y el porcentaje de las que no lo están.



Gráfico 3



Fuente: elaboración propia en base a convenios firmados entre el PSCE y provincias.

20

Además de los convenios y acuerdos con las provincias, existen jurisdicciones en las que los Ministerios de Salud locales han creado programas propios de Salud en Contextos de Encierro. Esto no sólo facilita el trabajo de articulación con el PSCE, sino que también (y especialmente) con los servicios penitenciarios de las provincias, lo que permite sostener las políticas de los Ministerios de Salud provinciales al interior de las unidades penitenciarias, y fortalecer la articulación entre el intra y extramuros, asegurando la presencia regular de las políticas públicas en materia sanitaria.

### Principales acciones de gestión del PSCE

Todas y cada una de las intervenciones que desde el PSCE desarrollamos son diseñadas y consensuadas con diversos actores, especialmente con los servicios penitenciarios; por lo tanto, la gestión atraviesa a todas las acciones que el programa lleva a cabo. La complejidad del contexto hace imposible que sea una tarea que se pueda llevar adelante desde un sólo programa o área. De todas maneras, podemos ejemplificar algunas de estas acciones prioritarias.

### Fortalecimiento de los circuitos de atención intra-extramuros:

Tal como explicamos en el capítulo “Salud y encierro”, en muchos casos se requiere el traslado a efectores extramuros para la atención de las personas privadas de la libertad cuyas unidades no cuentan con la complejidad necesaria para atender determinada patología. Cuanto menor es la complejidad del sistema sanitario penitenciario, más traslados se requieren.

Esto implica contar con circuitos aceitados de derivación y una logística armada en relación, especialmente, a la seguridad. Para todo esto es necesario llegar a acuerdos entre el sistema penitenciario y el sistema de salud público que garanticen la atención en tiempo y forma cuando así se requiera. Desde el PSCE impulsamos y participamos del armado de mesas de trabajo y gestión en las que los actores involucrados en dichos circuitos, piensen y ejecuten de forma conjunta las acciones necesarias que fortalezcan estos circuitos.

### Gestiones para el ingreso de políticas públicas sanitarias:

Desde el PSCE se llevan adelante las gestiones necesarias para el ingreso a las unidades tanto de insumos, como de Programas y Direcciones de Salud nacionales o provinciales para llevar a cabo acciones de promoción y prevención de la salud. A este respecto es importante tener presente que las personas privadas de la libertad deben ser tenidas en cuenta como población objetivo de las políticas sanitarias que los Ministerios de salud provinciales implementan dado que, por un lado, como dijimos, conservan su derecho a la salud y, por el otro, los servicios penitenciarios no resuelven la totalidad de las demandas sanitarias. En el capítulo de abordaje interdisciplinario se detallan las líneas de trabajo.

### Elaboración de protocolos de atención de problemáticas de salud:

Teniendo en cuenta las particularidades del encierro, se elaboran protocolos de atención y/o actuación con recomendaciones destinadas a los profesionales de salud de los servicios penitenciarios y a otros agentes no médicos, que sirven de refuerzo para el abordaje de las diversas situaciones que se presentan en ese contexto. En estos protocolos se prevén cuestiones

21

puntuales, como por ejemplo la adherencia al tratamiento cuando una persona recupera su libertad haciendo el nexo con el sistema de salud extramuros, que la historia clínica sea independiente de la criminológica, y otras particularidades propias del encierro.

#### **Encuentros de gestión e intercambio con referentes nacionales y regionales:**

Con la finalidad de compartir experiencias, establecer consensos y replicar buenas prácticas en salud penitenciaria, todos los años se realizan encuentros nacionales de referentes de salud en contextos de encierro a los que se suman encuentros regionales para abordar las temáticas propias de cada región.



## **6 ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO**

### **Articulaciones fuera y dentro del Ministerio**

Los componentes del contexto de encierro son tan diversos y complejos que requieren un abordaje interdisciplinario y la acción conjunta de diferentes actores institucionales.

El PSCE coordina las acciones que cada una de las Direcciones y Programas del Ministerio de Salud de la Nación realiza al interior de las unidades penitenciarias desde sus correspondientes temáticas. Dichas acciones abarcan desde capacitaciones, mesas de gestión y proyectos de investigación hasta ingreso de insumos médicos a los unidades penitenciarias.

Por otra parte, también es necesario el trabajo mancomunado tanto con otros ministerios nacionales y provinciales, como con diversos organismos institucionales para abordar la complejidad del encierro desde una mirada interdisciplinaria. La articulación interministerial, con instituciones académicas y con organizaciones civiles, viene fortaleciendo el trabajo en red para la implementación de estrategias de prevención, promoción y acceso a la salud dentro de la unidades penitenciarias.

Esta política interministerial es una de las líneas de trabajo que evita que los problemas sociales sean atendidos de manera fragmentada por parte del Estado y se lleva adelante de manera conjunta con los siguientes organismos, instituciones y organizaciones civiles:

1. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación:
  - Subsecretaría de Asuntos Penitenciarios
  - Dirección Nacional de Readaptación Social
  - Servicio Penitenciario Federal
  - Secretaría de Derechos Humanos



2. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación:
  - Secretaría Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF)
3. Ministerio de Educación de la Nación. A través de la Modalidad de Educación en Contextos de Encierro con los ministerios de las provincias.
1. Ministerio de Seguridad de la Nación
2. Sedronar (Secretaría de Políticas integrales sobre Drogas de la Nación Argentina)
3. UFEP (Unidad Fiscal de Ejecución Penal) dependiente del Ministerio Público Fiscal
4. Defensoría General de la Nación
5. Ministerios de Salud provinciales
6. Ministerios de Justicia/Seguridad/Gobierno provinciales
  - Servicios Penitenciarios provinciales
  - Secretarías de Derechos Humanos
  - Dirección General de Salud Penitenciaria de la Provincia de Buenos Aires
  - Patronatos de Liberados
7. Organismos de control y asociaciones de familiares:
  - ACIFAD (Asociación Civil de Familiares de Detenidos)
  - Procuración Penitenciaria de la Nación
  - Comité Nacional para la Prevención de la Tortura y sus componentes provinciales

## Experiencias de trabajo conjunto

### Programa Interinstitucional por la integración social

Este Programa fue implementado por la Unidad Fiscal de Ejecución Penal (UFEP) y representantes del Ministerio Público Fiscal, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos -particularmente el SPF y la Dirección Nacional de Readaptación Social-, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Salud, Ministerio de Cultura, Ministerio de Desarrollo Social y SEDRONAR, todos del ámbito nacional.

A través de este Programa Interministerial se pusieron en práctica las acciones de diversos programas y dispositivos en forma coordinada, mancomunada y eficaz, con el fin de dotar a las personas privadas de la libertad de todas las herramientas institucionales (educativas, de salud, laborales, etc.) necesarias para su posible inserción en la vida libre.

Esta experiencia se desarrolló entre los años 2015-2017. Se trabajó con un colectivo de jóvenes adultos identificado como de mayor vulnerabilidad entre la población privada de la libertad, del Complejo Federal de Jóvenes Adultos (CFJA), fortaleciendo al equipo de salud local para realizar el relevamiento de información sanitaria, la detección de problemas, la articulación con los efectores de salud extramuros y la construcción de estrategias de abordaje. El Programa se sostuvo durante dos años de manera semanal, participando de reuniones periódicas de seguimiento y evaluación de las actividades.

### Ministerio de Educación de la Nación

Desde el año 2013, el PSCE viene trabajando de manera conjunta con el Ministerio de Educación de la Nación, lo que en muchas unidades facilita el desarrollo de los Cursos de Formación de Promotores y Promotoras de Salud. En el Complejo Penitenciario Federal de CABA (De voto), el acompañamiento de la Modalidad de Educación en Contextos de Encierro del Ministerio de Educación de la Nación, permitió incorporar los cursos a la currícula regular de la escuela, logrando, por un lado, el compromiso en la asistencia Estrategias de intervenciones

sanitarias en los servicios penitenciarios de la República Argentina | 2020 de los estudiantes-promotores y, por otro, la obligatoriedad del Servicio Penitenciario Federal en asegurar la asistencia en las aulas. También en el marco de los Cursos de Formación Continua de Promotores/as, la articulación con la escuela permitió la realización de capacitaciones a cargo de los mismos estudiantes-promotores hacia otros compañeros estudiantes de la misma escuela.

### **Mesa de trabajo intersectorial para el abordaje sociocomunitario de la problemática del suicidio en población general con foco en adolescencias y juventudes**

Se trata de una mesa de trabajo intersectorial, interministerial e interdisciplinaria cuyo principal objetivo es trabajar la problemática del suicidio de manera conjunta y articulada en el territorio nacional. La creación de esta comisión se basa en el abordaje comunitario de la problemática del suicidio en el marco de los sistemas de protección integral de derechos.

De esta mesa de trabajo participan diversos actores institucionales:

1. Ministerio de Salud de la Nación:
  - Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.
  - Dirección de Adolescencias y Juventudes.
  - Dirección de Personas Adultas y Mayores.
  - Dirección de Estadística e Información en Salud, en calidad de experto del Sistema Estadístico de Salud (SES).
  - Programa de Salud en Contexto de Encierro.
2. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación:
  - SENNAF.
  - Dirección Nacional de Promoción y Protección Integral. Línea Promoción de la Autonomía Progresiva en la Adolescencia. Equipo Prevención Comunitaria del Suicidio en Adolescencia.
  - Dirección Nacional para Adolescentes Infractores a la Ley Penal.

3. Ministerio de Educación de la Nación:
  - Dirección de Derechos Humanos, Género y Educación Sexual Integral.
  - Modalidad de Educación en Contextos de Encierro (dependiente de la Subsecretaría de Gestión Educativa y Calidad).
4. Ministerio de Seguridad de la Nación:
  - Subsecretaría de Formación y Carrera.
  - Dirección Nacional de Estadística Criminal.
  - Dirección Nacional de Bienestar Policial.

### **Campañas de vacunación**

A partir del año 2015 se viene implementando la vacunación del adulto/a sano/a como estrategia de prevención en salud, aplicada también al contexto de encierro. De esta estrategia surgieron las campañas de vacunación para el personal penitenciario, con las que se busca favorecer el acceso a la salud de las/os trabajadoras/es de las unidades penitenciarias, mejorando su cobertura en inmunizaciones, completando o iniciando esquemas según el Calendario Nacional de Vacunación de la población adulta (doble viral, doble bacteriana, Hepatitis B y antigripal).

Esta actividad se realizó en conjunto con la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles y la Dirección de Abordaje Territorial. Se aplicaron vacunas a las personas que trabajan en el SPF, particularmente en las unidades penitenciarias y complejos ubicados en el Área Metropolitana de Bs. As. (CPF CABA -Devoto-, CPF I y IV -Ezeiza-, CPF II y CFJA-Marcos Paz-), y en otras provincias del país (Unidad 6 de Rawson, ex Unidad 9 de Neuquén, CPF V Senillosa y Unidad 14 de Esquel).

En algunos casos, la actividad se gestionó y llevó adelante a partir del propio recurso humano del PSCE; en otras oportunidades, fue a través del acompañamiento de la Dirección de Abordaje Territorial y también en articulación con los programas de inmunizaciones de los ministerios de salud provinciales.

Asimismo, esta campaña también se llevó a cabo en numerosas unidades del Servicio Penitenciario Bonaerense (SPB) en el marco de los operativos “El Estado en tu Barrio” los años 2018 y 2019. Se vacunó al personal penitenciario de la Unidad 1 Lisandro Olmos, Unidad 9 La Plata, Unidad 8 Los Hornos, Unidades 23 y 42 Florencio Varela, Unidad 43 González Catán, Unidades 46, 47 y 48 de San Martín, Unidad 39 Ituzaingó y Unidad 41 Campana.

La estrategia de inmunización está destinada principalmente al personal penitenciario dado que la situación del trabajo en contextos de encierro conlleva un riesgo epidemiológico mayor que en el medio libre. A su vez, desde el PSCE la consideramos como una oportunidad vincular con los agentes que favorece la accesibilidad y mejora la cobertura en inmunizaciones de esta población, muchas veces considerada población de riesgo.

En lo que respecta al ingreso de dosis de vacunas destinadas a las personas privadas de la libertad se gestiona desde el PSCE en conjunto con la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles y con los Ministerios de Salud de cada jurisdicción y son los servicios penitenciarios quienes realizan la aplicación a través de su personal de salud.



## 7 CAPACITACIONES EN SALUD

### Objetivos y personas destinatarias

El objetivo principal de esta línea de acción del PSCE es capacitar en temas específicos de salud en un corto período de tiempo, tanto a las personas privadas de la libertad como al personal del servicio penitenciario (agentes penitenciarios, profesionales de la salud, etc.).

La elección de la temática a trabajar puede responder a distintos criterios: ya sea por pedido de las unidades penitenciarias en base a alguna necesidad sanitaria, por sugerencia del grupo a la que va dirigida, para fortalecer conocimientos previos y/o sensibilizar sobre alguna temática relacionada a alguna fecha específica o de coyuntura, y/o para fortalecer el derecho a la salud. Como ya dijimos, en su mayoría estas capacitaciones se realizan en un corto plazo y las personas que las coordinan son parte del equipo del PSCE, muchas veces en articulación con otro programa especializado en la temática, organismo o efector.

Los objetivos específicos son:

- Generar una aproximación a nociones básicas sobre la temática elegida.
- Promover espacios de intercambio de saberes previos.
- Trabajar mitos y afirmaciones más frecuentes.
- Generar las condiciones para llevar a cabo acciones específicas vinculadas al contenido en cuestión (por ejemplo: campaña de vacunación).

En la Tabla 3 se presenta el total de personas capacitadas por año, discriminado entre personal penitenciario, personas privadas de la libertad o de personas liberadas:



Tabla 3

Personas capacitadas por año

Año	Personal del Servicio Penitenciario	Personas Privadas de la Libertad	Personas Liberadas	Total por año
2014	672	285	0	957
2015	1062	699	0	1761
2016	539	337	0	876
2017	464	579	98	1141
2018	546	312	0	858
2019	0	190	0	190
<b>Suma total</b>	<b>3283</b>	<b>2402</b>	<b>98</b>	<b>5783</b>

Fuente: Elaboración propia en base a registro de capacitaciones realizadas por el PSCE en el período 2014-2019.

En el período 2014-2019, desde el Programa hemos capacitado a 3.283 trabajadoras/es de los servicios penitenciarios, 2.402 personas privadas de la libertad y 98 personas liberadas, sumando un total de 5.783 personas capacitadas. En todos los casos, las capacitaciones se han realizado tanto en jurisdicciones provinciales como en la órbita federal.

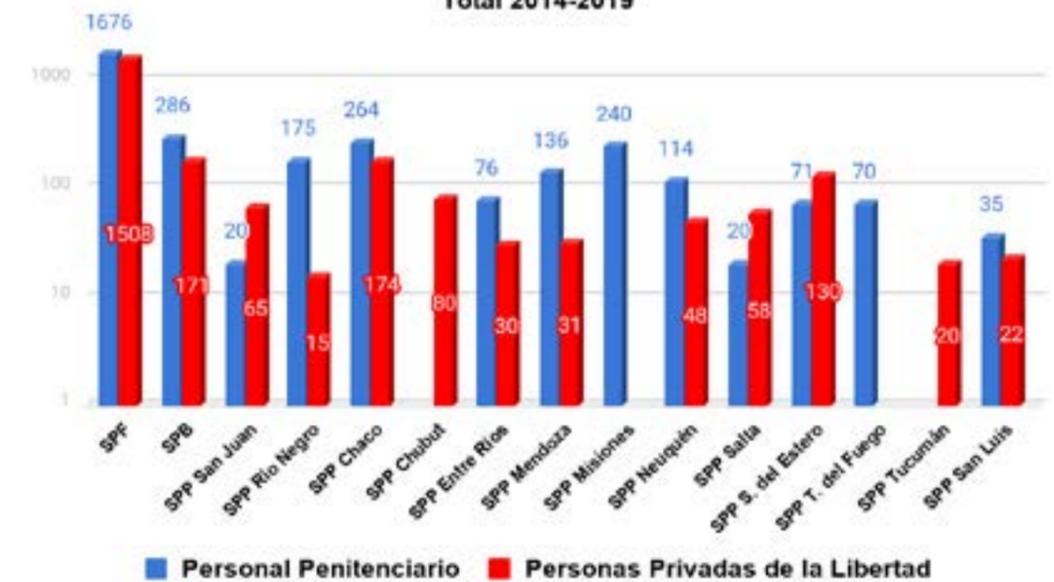
30

Por otra parte, en el Gráfico 3 se presentan las personas capacitadas, distinguidas entre personal penitenciario y personas privadas de la libertad, por provincia en la que se trabajó, durante el período 2014-2019.

Gráfico 3

Personas capacitadas por Servicio

Total 2014-2019



Fuente: Elaboración propia en base a registro de capacitaciones realizadas por el PSCE en el período 2014-2019.

31

Temáticas

Los temas que se abordan más frecuentemente en estas capacitaciones son:

- Salud integral: cursos cortos o seminarios, fundamentalmente orientados a brindar herramientas de prevención y promoción de la salud.
- Salud Sexual y Reproductiva: VIH, ITS (Infecciones de Transmisión Sexual), MAC (Métodos Anticonceptivos), Prevención de Cáncer de Cuello Uterino, Prevención y transmisión del Virus VPH, Cuerpo.
- Salud Mental y Consumo problemático

- TBC (Tuberculosis)
- RCP (Reanimación Cardiopulmonar) y Primeros Auxilios
- ECNT (Enfermedades crónicas no transmisibles): DBT (Diabetes) e HTA (Hipertensión arterial).
- Derecho a la Salud
- Salud Materno Infantil: Lactancia Materna, Colecho, Crianza, juego y narrativa, Desarrollo Infantil
- Salud Ambiental
- Salud Integral del Adolescente
- Control de Tabaco



## 8 PROMOTORES/AS DE SALUD Y FORMACIÓN CONTINUA

### Formación de Promotores/as Comunitarios/as en Salud

El curso de Formación de Promotores/as Comunitarios/as en Salud en contextos de encierro tiene como objetivo desarrollar procesos de enseñanza-aprendizaje que promuevan acciones comunitarias, generando instancias para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades al interior de los pabellones.

Promotor/a Comunitario/a en Salud es la persona de la comunidad que se forma para promover la participación y la organización popular, fomentar acciones en relación a los determinantes sociales de la salud y generar nuevos proyectos que respondan a las necesidades de la población, en articulación con los trabajadores/as del servicio penitenciario (tanto agentes penitenciarios/as como los integrantes del equipo de salud). Es decir, el/la Promotor/a Comunitario/a, es un nexo entre la población y el sistema de salud, es quien procura la inclusión de las características culturales de sus compañeros/as en la planificación y ejecución de proyectos, programas sanitarios, en los procesos de comunicación y acceso a la información en materia de prevención y promoción de la salud.

Algunas de las tareas del/la Promotor/a de salud en el contexto de encierro son: relevar en forma permanente el estado de salud de su pabellón, desarrollar y difundir actividades de promoción, prevención y protección de la salud (talleres, charlas, diseño de material gráfico, etc.), facilitar procesos de comunicación participativos favoreciendo la interacción y la decodificación de los mensajes del personal de salud y de la comunidad.

Desde el PSCE hemos formado un total de 1.219 personas de unidades penitenciarias de todo el país entre los años 2015 y 2019, de las cuales 1.113 se recibieron de promotores y promotoras de salud y 106 han realizado también el Curso de Formación Continua.



### Experiencias del curso

En los Complejos N° 1 y N° 3 de varones de Mendoza, la incorporación de los promotores de salud como actores fundamentales dentro del penal, ha tenido importantes resultados tanto en la accesibilidad como en la demanda a sanidad, ya que muchas veces colaboran en la detección de la demanda oculta. Entre sus acciones, han formado parte, junto con el equipo de laboratorio del penal, de la encuesta y la devolución de resultados de infecciones infectocontagiosas, han trabajado en las campañas de vacunación, participado de talleres y entregado la medicación a pacientes crónicos, entre otras tareas.

En la Provincia de Chaco, los promotores de salud recibidos replicaron el curso a sus compañeros del Complejo Penitenciario II de Roque Sáenz Peña, con un total de 60 cursantes por año aproximadamente. Además, dos promotores se encuentran reconocidos por Disposición N° 415/19 del Servicio Penitenciario en la cual se reconoce la figura del promotor de salud dentro del contexto de encierro para trabajar en capacitaciones a sus pares.

34 En el Complejo Penitenciario Federal de CABA (Devoto) contamos con el acompañamiento de la escuela<sup>9</sup> como actor fundamental en la continuidad y sostenimiento de los cursos. No sólo porque nos facilita el espacio físico y demás herramientas necesarias (aula, sillas, pizarra, tiza, etc.), sino también porque es un espacio amigable para las personas privadas de la libertad, lo que facilita enormemente la tarea pedagógica que llevamos a cabo desde el PSCE en esta instancia de formación. Allí, durante el año 2019, entre otras acciones, los promotores de salud organizaron y brindaron talleres de salud a compañeros de otros pabellones que estuvieran cursando en la escuela primaria del penal.

<sup>9</sup> La escuela del Complejo de CABA (y en realidad todas las escuelas de las cárceles del país, sean federales o provinciales) tiene sus directores/as y profesores/as que son "civiles", es decir, no pertenecen al servicio penitenciario ni se rigen por sus jerarquías, sino que funcionan como las escuelas del medio libre. La única particularidad es que tiene una parte administrativa que está coordinada por profesores/as del servicio penitenciario, que se encargan solamente de la gestión de los espacios y cuestiones que hacen a la organización interna de cada unidad.

En el CPF II de Marcos Paz (SPF) y en las unidades del Complejo de San Martín (SPB), si bien los promotores formados aún no son tomados en cuenta por su función de promotores por parte de las autoridades penitenciarias, han podido participar en el armado y ejecución de jornadas de salud y de vacunación tanto para el servicio penitenciario como para otros internos. También organizan charlas y son referentes de sus compañeros de pabellón en temas referentes a la salud.

Siempre que hay promotores/as comunitarios/as mejora exponencialmente la participación y el acceso a la salud por parte de la comunidad, se organiza mejor la demanda y disminuyen algunos factores de riesgo.

Por ello es fundamental no sólo la formación, sino la participación de los/as promotores/as una vez formados/as y su reconocimiento por parte de las autoridades penitenciarias.

Las experiencias en Chaco y Mendoza -y la necesidad de replicarlo en otras unidades del país- muestran que los promotores/as de salud son actores clave no sólo para conocer la situación de salud de sus compañeros/as de pabellón y así poder acercar a sanidad las demandas organizando las prioridades y urgencias, sino también para contener y orientarlos acerca de determinadas problemáticas de salud. Sin embargo, sabemos que la complejidad del sistema penitenciario hace que el camino del reconocimiento de los promotores sea algo sobre lo cual hay que seguir trabajando al interior de cada unidad.

### Formación Continua para Promotores/as

La Formación Continua es la instancia que le sigue al Curso de Formación de Promotores/as, y tiene el propósito de profundizar la articulación entre la teoría y la práctica sanitaria. Se sustenta en la idea según la cual los aprendizajes relevantes para el trabajo específico en el campo de la salud, se adquieren en el propio ámbito de trabajo y en la práctica cotidiana.

La educación de los promotores/as de salud es una construcción permanente en la que el trabajo es el eje del proceso de aprendizaje, colocando a los sujetos como actores reflexivos de la práctica y constructores de conocimiento y de alternativas de acción, en lugar de receptores.

Consiste en la realización de encuentros de actualización en temas relevantes en salud, seminarios, así como en el armado, reflexión y aplicación de los proyectos comunitarios en salud previamente requeridos para la aprobación del curso de Promotores/as Comunitarios/as en Salud. A su vez, fortalece las funciones de los/as promotores/as para que puedan ser referentes de salud en sus pabellones y así poder relevar la presencia de enfermedades crónicas, realizar su seguimiento, implementar ficheros cronológicos, dar información y articular con el sistema de salud penitenciario.

La puesta en marcha de estos proyectos y el trabajo real en terreno como promotores/as de salud, fomentando la prevención de enfermedades y la promoción de la salud en el resto de las personas privadas de la libertad, así como la articulación con el personal sanitario es de gran aporte para mejorar el acceso a la salud de quienes viven en contextos de encierro.

Todo proceso de formación continua requiere ser pensado, diseñado y operado a partir de un análisis estratégico y de la cultura institucional de los servicios donde se instala. Por este motivo, en todas las unidades penitenciarias se implementan diversas modalidades de este curso, que se diseñan y organizan en articulación con el Servicio Penitenciario, el área de Sanidad, y los/as Promotores/as de Salud para poder llevar adelante un proceso que resulte exitoso.

En el Cuadro 2, se detalla la cantidad de personas que se han capacitado como Promotores/as Comunitarios/as en Salud y cuántas de ellas han podido sumarse a los cursos de Formación Continua posteriores. Cabe destacar que estos últimos son fundamentalmente para quienes desean seguir profundizando sobre cuestiones de salud y que no han sido trasladados ni han recuperado su libertad.

Cuadro 2

Personas capacitadas por Unidad Penitenciaria/Servicio y tipo de curso. 2015- 2019

Unidad/Servicio	Curso de Formación Continua	Curso de Promotores/as de Salud	Total general
CFJA MARCOS PAZ (CRD) / SPF*		10	10
CPF* CABA / SPF	9	144	153
Complejo 3 MENDOZA / SPP*		31	31
Complejo 1 MENDOZA / SPP		25	25
Alcaidía Resistencia y Complejo II Saenz Peña CHACO / SPP		182	182
Unidad 7 CHACO / SPF		23	23
CPF I EZEIZA (CRD) / SPF		39	39
Unidad 31 EZEIZA (CFDM)* / SPF		13	13
CPF IV EZEIZA / SPF		63	63
CPF II MARCOS PAZ / SPF	35	164	199
Unidad 17 MISIONES / SPF		22	22
Unidad 11 NEUQUÉN / SPP		20	20
Unidad 9 NEUQUÉN / SPF	8	42	50
Unidad Penitenciaria de Villa Urquiza. TUCUMÁN / SPP		40	40
Unidad 4 Instituto de Rehabilitación Femenino "Santa Ester" de Banda del Río Salí. TUCUMÁN / SPP		20	20
Unidad 46 SAN MARTÍN / SPB*	12	99	111
Unidad 47 SAN MARTÍN / SPB	30	107	137
Alcaidía Mujeres Unidad 46 SAN MARTIN / SPB		20	20
Unidad 39 ITUZAINGÓ / SPB	12	15	27
Unidad 3 RIO NEGRO / SPP		34	34
<b>Total general</b>	<b>106</b>	<b>1113</b>	<b>1219</b>

Fuente: elaboración propia en base a registro de cursos dictados por el PSCE en el período 2015-2019.

\* CFJA (Complejo Federal de Jóvenes Adultos);  
CRD (Centro de Rehabilitación para Drogodependientes);  
CPF (Complejo Penitenciario Federal);  
CFDM (Complejo Federal de Detención de Mujeres);  
SPF (Servicio Penitenciario Federal);  
SPB (Servicio Penitenciario Bonaerense);  
SPP (Servicio Penitenciario Provincial);



### Enfoque pedagógico

La propuesta pedagógica de ambos cursos se basa en el desarrollo de las capacidades necesarias para el análisis y el abordaje integral de las problemáticas de salud en los penales, desde la perspectiva de la Educación Popular con enfoque de género y derechos como herramienta de construcción colectiva de la salud, concebida ésta como derecho humano y social universal. A su vez, esta estrategia promueve la participación comunitaria como punto de partida para el cumplimiento de sus objetivos. La Educación Popular es un proceso participativo en el que el aprendizaje y la conceptualización se basan en la experiencia previa de las personas y grupos participantes en estos procesos de formación.

El enfoque de género en salud apunta a reconocer y desnaturalizar las relaciones de poder entre los géneros, identificar que detrás de estas relaciones de poder hay una historia social y cultural que la suscita y problematizar los roles de cuidado asignados habitualmente a la mujer, para comprender el impacto que esto tiene en nuestra salud individual y comunitaria

38 Como metodología habitual, se utiliza el dispositivo de taller que busca la circulación de la palabra, el intercambio de ideas y la producción de nuevo conocimiento facilitando así la transformación de los sujetos en hacedores de su historia y transformadores de su medio y por lo tanto de su salud.

Esta propuesta comprende un desafío en los contextos de encierro ya que existen paradigmas culturales muy arraigados en la población, tanto en las personas privadas de la libertad como en los trabajadores y trabajadoras de los servicios penitenciarios que, muchas veces por la propia construcción de sus roles en ese contexto, se muestran reticentes en un primer momento a esta forma de trabajo. Sin embargo, una vez cruzada esa primera barrera, la tarea se vuelve amena y el espacio de taller se convierte en un ámbito seguro donde elaborar conocimiento y construir nuevos roles desde lo colectivo, horizontales y emancipatorios.

### 9 DIPLOMATURA EN SALUD EN CONTEXTOS DE ENCIERRO

#### Fundamentos

En 2014, a partir de un convenio tripartito suscripto entre el Ministerio de Salud de la Nación, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación y la Universidad Nacional de La Matanza, se creó la Diplomatura en Salud en Contextos de Encierro.

Esta iniciativa partió de la consideración de las necesidades de capacitación de los/as trabajadores/as de salud de los servicios penitenciarios, y en la concepción de que la salud en contextos de encierro y su atención integral, son un servicio público de deber indelegable y que como tal, tiene que estar garantizado por el Estado. Asimismo, se considera que ésta tiene una especificidad en cuanto a su conceptualización y a su praxis operatoria, que hace a la necesidad de formar un campo y cuerpo de conocimientos académicos particulares a esta materia. Para la creación de esta diplomatura se han tenido en cuenta diversos aspectos que hacen a la atención de la salud de las personas privadas de su libertad. Por un lado, que están expuestas a los mismos factores de riesgo para desarrollar enfermedades que aquellas que no lo están, pero a éstos se suman otros relacionados con el contexto de encierro.

Su plan de estudios refleja una revalorización del ámbito de trabajo penitenciario –en particular el trabajo en salud– como servicio público y, en ese marco, la concientización de sus agentes acerca del rol social que cumplen como trabajadores penitenciarios, desde la perspectiva bioética del trabajo en salud y el respeto de los derechos humanos.

En la Diplomatura se proporcionan herramientas de abordaje interdisciplinario que permiten relacionar la actividad académica con la práctica de los/las trabajadores/as de salud en contextos de encierro. En particular, se abordan aquellas que permiten detectar formas de violencia institucional arraigadas en el funcionamiento y en el cotidiano de las instituciones penitenciarias, y específicamente en el trabajo en salud, con el objetivo de orientar esfuerzos en erradicarla. A lo largo del proceso de formación, se pretende fomentar un análisis crítico y transformador y brindar un espacio de discusión y de compromiso ético.

En los años 2014 y 2015 se llevaron a cabo la primera y segunda cohorte de esta diplomatura, respectivamente, en las cuales se formaron profesionales provenientes de los distintos servicios penitenciarios a lo largo y ancho de todo el país.

La experiencia de la cohorte 2014 fue muy productiva, considerando el interés que se ha generado entre los profesionales de campo, el nivel de los debates y discusiones generados y los proyectos de intervención que han surgido de parte de los aspirantes al diploma como trabajos finales integradores. En esa oportunidad se convocó a profesionales del Servicio Penitenciario Federal, de los cuales 38 finalizaron la cursada.

Con el fin de centralizar esfuerzos, facilitar la cursada a personas residentes en zonas distantes, e incorporar a profesionales de servicios penitenciarios provinciales, en el año 2015 se realizó una diplomatura en modalidad semipresencial, con un total de 46 diplomados. Se llevaron a cabo tres encuentros presenciales: uno al inicio, otro al finalizar el primer cuatrimestre y otro al finalizar el curso. El resto de las actividades fueron a distancia, utilizando diversos recursos tecnológicos y audiovisuales, a través de plataformas virtuales.

Cabe destacar que entre los años 2015 y 2019, esta instancia formativa y de capacitación permanente se vio interrumpida, al igual que otras líneas de acción tendientes a la mejora de la salud de las personas privadas de la libertad.

### Formalidades y requisitos

La inscripción a la Diplomatura requiere que los/as aspirantes tengan título de grado de: médico/a, licenciado/a en enfermería, odontólogo/a, licenciado/a en psicología, licenciado/a en trabajo social, licenciado/a en farmacia, o títulos afines otorgado por universidades nacionales, provinciales o extranjeras debidamente reconocidas por autoridades competentes.

Todas las actividades de evaluación se planifican como instancias de aprendizaje.

Durante la cursada los/as participantes realizan evaluaciones finales de cada módulo, en las

que se trabaja la articulación de los contenidos trabajados con la práctica cotidiana. Deben realizar también un trabajo final integrado, grupal e interdisciplinario. En función de los contenidos trabajados durante la diplomatura se identificará un problema de la práctica laboral y se realiza una propuesta de abordaje del mismo, que se presenta en el último encuentro.

Durante la cursada, se trabajan los siguientes temas: Derechos Humanos, Epidemiología, Prevención y Promoción de la Salud, Bioética, Institución y Cultura carcelaria, Salud de los Trabajadores, Clínica Ampliada (Problemas de Rastreo Especial, Enfermedades Infectocontagiosas, Demanda Espontánea y Motivos de Consulta Frecuentes) Salud Mental y Gestión del Cuidado (Educación para la Salud, Atención Inicial de Urgencias, Farmacia y gestión de insumos).

## 10 LÍNEA DE COBRO REVERTIDO

### Funcionamiento

En el año 2014 comenzó a funcionar la línea directa por cobro revertido (19) 011-4379-9223 y 011-5365-8884 con el objetivo de facilitar la comunicación de las personas privadas de la libertad con el Programa de Salud en Contextos de Encierro, sin tener que abonar la llamada. La puesta en marcha de este servicio telefónico fue producto de la dificultad que encontraban estas personas para acceder a la línea telefónica confidencial y gratuita 0800-3333-444 del Ministerio de Salud de la Nación.

Esta línea de cobro revertido comunica directamente a las personas privadas de la libertad o sus familiares con el equipo del PSCE. La recepción de un llamado, implica primero la verificación de que la persona haya agotado los canales institucionales correspondientes para su solicitud o reclamo, es decir, que se haya solicitado formalmente la audiencia con el sector de sanidad de la unidad penitenciaria para su atención, o bien se haya dejado asentado el pedido de un estudio médico y/o de medicación, etc.

Si se agota esta instancia y la persona sigue sin recibir respuesta favorable, desde el PSCE se eleva el pedido a la Dirección de Sanidad del Servicio Penitenciario Federal (SPF) o a su equivalente provincial según corresponda, para que desde allí se gestione la atención o la resolución de la situación por la que se reclama. Los y las integrantes del equipo del PSCE somos quienes recibimos estos llamados y damos curso a la gestión que corresponda haciendo un seguimiento personalizado.

Más allá de la articulación institucional necesaria para la resolución del conflicto, también brinda un panorama de la situación sanitaria de cada unidad penitenciaria.

La línea de cobro revertido es una de las herramientas que permite cumplir con el objetivo principal del Programa que es mejorar la calidad en el acceso a la salud de las personas en contextos de encierro, en este caso a través de una comunicación telefónica directa con el organismo rector de las políticas sanitarias nacionales.

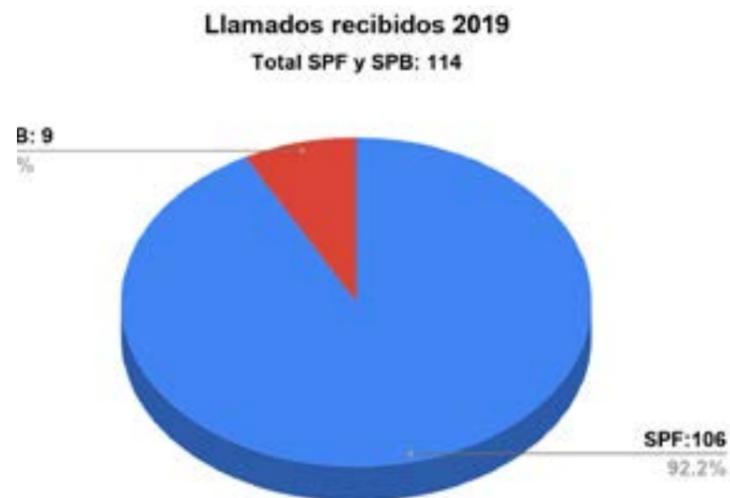
Esta herramienta, además de encauzar la articulación institucional necesaria para la resolución del conflicto, también brinda un panorama inicial de la situación sanitaria y de las barreras existentes en el acceso a los servicios de sanidad de cada unidad penitenciaria. Por otra parte, nos brinda información sobre las principales problemáticas de salud existentes, lo que nos permite evaluar las estrategias de intervención y gestión necesarias que respondan a ese diagnóstico inicial. En este sentido facilita:

- Trabajar el vínculo con Sanidad o con el servicio a partir de la información recibida, a saber: obstáculos en la atención, falta de medicación, o bien sobre las principales patologías que se desarrollan o se acentúan en el contexto de encierro.
- Conocer la perspectiva que tienen las personas privadas de la libertad sobre el proceso de salud-enfermedad-cuidado que están atravesando.
- Visibilizar las principales barreras en el acceso a la salud que tienen las personas privadas de su libertad.
- Articular con otros programas del Ministerio de Salud (Salud Sexual, VIH, Tuberculosis, Hepatitis, etc.) para iniciar el proceso de resolución de las problemáticas identificadas.

Para todo esto es necesario realizar un análisis periódico de los llamados que se reciben, a partir del cual se puede extraer la información que se presenta a continuación:

En el Gráfico 5 se presenta el total de llamados recibidos a la línea de cobro revertido en 2019, separados entre los correspondientes a unidades del SPF y del SPB (Servicio Penitenciario Bonaerense).

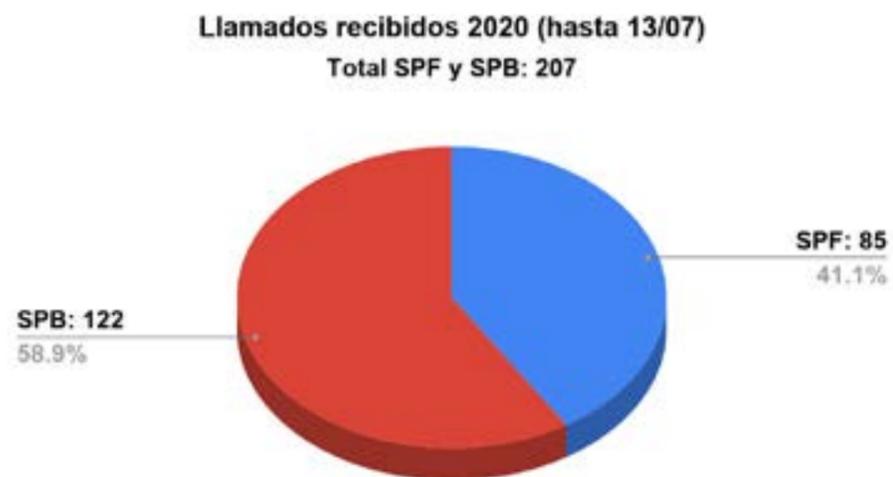
Gráfico 5



Fuente: elaboración propia en base a registro de llamados a la línea de cobro revertido durante 2019-2020.

A su vez, en el Gráfico 6 se presenta el total de llamados recibidos a la línea de cobro revertido durante el 2020 (hasta el 13/07 inclusive), separados entre los correspondientes a unidades del SPF y del SPB.

Gráfico 6



Fuente: elaboración propia en base a registro de llamados a la línea de cobro revertido durante 2019-2020.

Del total de llamados recibidos en 2019, el 92,2% fueron provenientes del SPF, mientras que sólo el 7,8% provinieron del SPB. Sin embargo, en 2020 se invierte notablemente la relación y vemos que del total de llamados recibidos hasta el 13/07/2020, un 41,1% fueron del SPF, mientras que un 58,9% provinieron del SPB.

Este crecimiento exponencial de los llamados del SPB puede tener su causa en un mayor acercamiento de los materiales de difusión del PSCE a la población privada de la libertad de las unidades penitenciarias de la Provincia de Buenos Aires, como así también a organizaciones de familiares y organismos de control, en el marco de la pandemia por COVID-19.

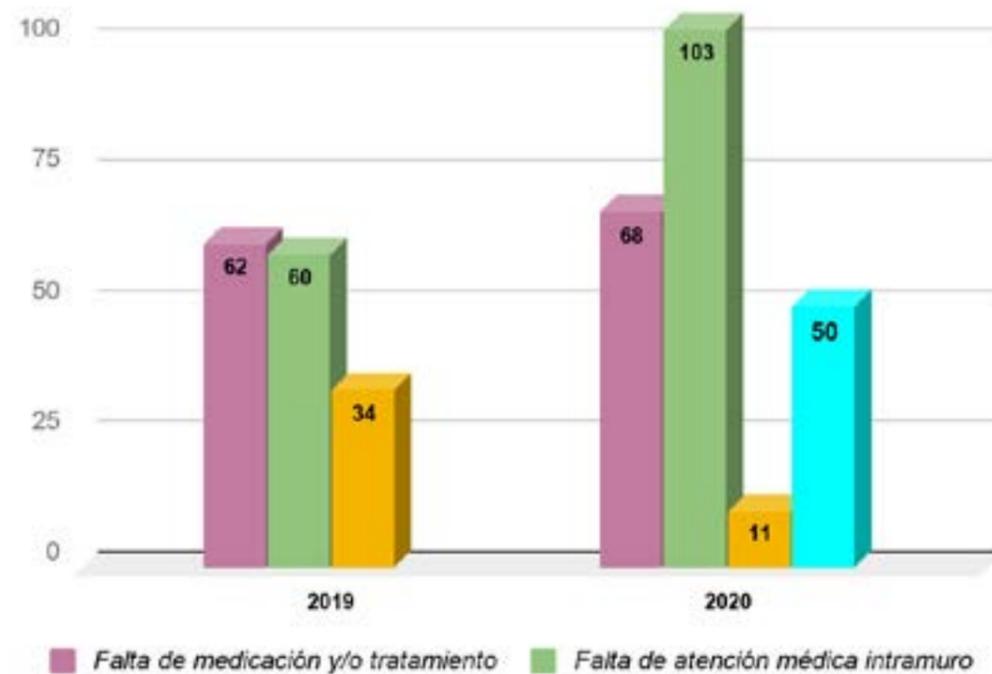
También en este contexto, el SPB habilitó el uso de teléfonos celulares para que las personas privadas de su libertad puedan tener contacto con sus familiares, dado que las visitas se encontraban restringidas para evitar o reducir contagios. Esto permitió una mayor circulación de la información institucional que incluye pautas de cuidado y la línea de cobro revertido para que puedan evacuar sus dudas.

Cabe destacar que en estos años no se han recibido llamados de unidades penitenciarias dependientes de las demás provincias por fuera de CABA y Buenos Aires (sí del interior del país pero dependientes del SPF, incluidas en el correspondiente porcentaje).

Asimismo, en el Gráfico 7 se distingue el total de los llamados, separados por año, y distribuidos entre los principales reclamos, a saber: Falta de Medicación y/o Tratamiento, Falta de Atención Médica Intramuros, Falta de Atención Extramuros por cirugías, estudios y/o tratamientos programados y COVID-19 (este último desde marzo 2020).

Gráfico 7

**Principales reclamos en los llamados**  
Total SPF y SPB por año (2019-13/07/2020)



Fuente: elaboración propia en base a registro de llamados a la línea de cobro revertido durante 2019-2020.

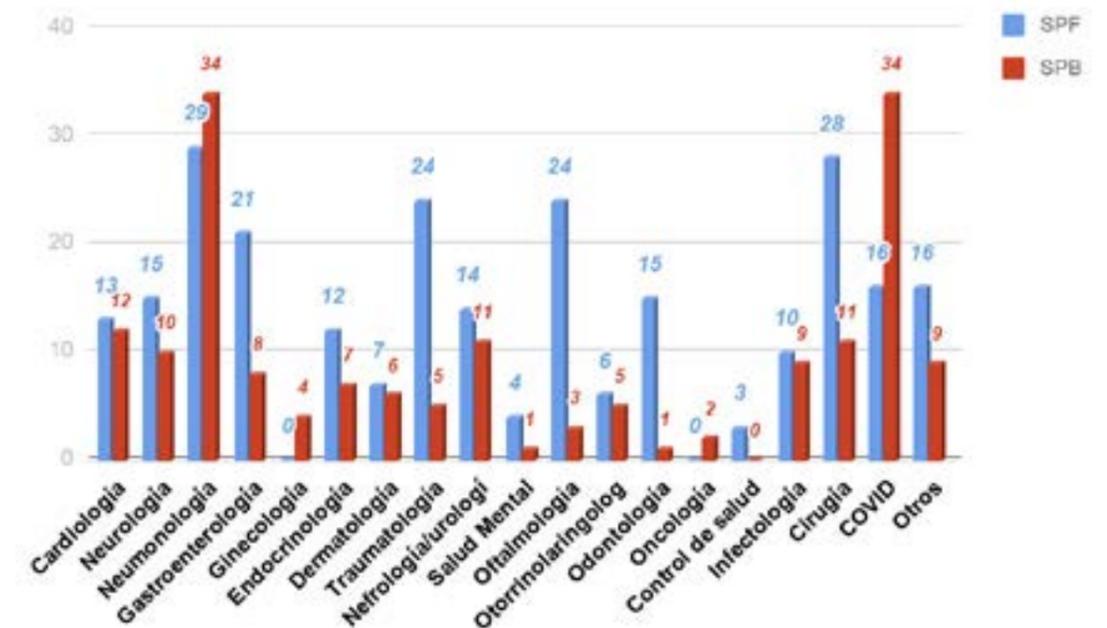
Por último, en el Gráfico 8 se presenta la cantidad de llamados por especialidad solicitada. Como en cada llamado habitualmente suele haber más de una consulta, cada uno de los motivos fue individualizado y contabilizado en la correspondiente columna, independientemente del diagnóstico final que se le otorgue en Sanidad y sin brindarle esta información a la persona que llama, ya que no es función de esta línea realizar ningún diagnóstico.

La división en determinadas especialidades está basada tanto en el síntoma expresado por el/la consultante como en criterios médicos, para organizar internamente los datos para su posterior análisis. De esta manera, se definieron las siguientes especialidades: Cardiología

(incluye hipertensión arterial); Neurología (incluye epilepsia, convulsiones, cefaleas, etc.); Neumonología (incluye tuberculosis, asma, epoc, etc.); Gastroenterología (diarreas, vómitos, gastritis crónica, etc.); Ginecología y obstetricia; Endocrinología (incluye diabetes, tiroides, etc.); Dermatología (incluye forúnculos, zarpullidos, etc.); Traumatología (incluye tratamientos de kinesiología); Nefrología y Urología; Salud Mental y Adicciones; Oftalmología; Otorrinolaringología; Odontología; Oncología; Control periódico de salud; Infectología (incluye VIH e ITS), Cirugía (incluye hernias, lesiones, úlceras); COVID-19 (ya sea por información de casos positivos, por solicitud de hisopado por síntomas y/o contacto estrecho, o por solicitud de elementos de higiene); Otros (incluye fiebre, dolores poco especificados, etc.).

Gráfico 8

**Cantidad de llamados según especialidad solicitada**  
SPF y SPB 2019-2020



Fuente: elaboración propia en base a registro de llamados a la línea de cobro revertido durante 2019-2020.



Como puede observarse, la mayoría de los llamados que se reciben son por reclamos relacionados con el acceso a los sectores de sanidad, la falta de entrega de medicación y/o tratamientos por enfermedades crónicas, de base o algunas contraídas dentro de los penales. En menor medida, pero también dentro de los reclamos preponderantes, se encuentra la falta de atención extramuros. En estos casos, las personas manifiestan tener registro en sus historias clínicas de operaciones, tratamientos o estudios solicitados por recomendación médica, para los cuales deben ser atendidos en hospitales extramuros dado que en el servicio de sanidad de la unidad penitenciaria en la que se alojan, no cuenta con la especialidad o tecnología requeridas.

En todos los casos, la línea de cobro revertido constituye una importante vía de comunicación entre el PSCE y las personas en contextos de encierro, lo que permite el fortalecimiento del vínculo institucional, la elaboración articulada de estrategias de trabajo y el diseño e implementación de estrategias de intervención que respondan a las demandas relevadas.

Como mencionamos anteriormente, los números telefónicos están mayormente difundidos entre las personas que están en unidades del SPB y el SPF. Será un desafío llegar con esta herramienta a las unidades de las demás provincias del país que han suscripto el convenio marco para poder afianzar la articulación con las direcciones de sanidad provinciales y los Servicio Penitenciarios de todo el país.

48



## 11 ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

Pensar la salud desde su integralidad es ya un tema complejo de por sí, teniendo en cuenta la multiplicidad de fenómenos, concepciones y personas que la atraviesan. No hay una salud única e inamovible. Hay muchas saludes, en plural, casi como tantas personas existen. Ahora bien, pensar la salud en contextos de encierro le agrega otra complejidad más: el encierro determina el marco en el cual todas las demás cosas suceden. La escuela, el trabajo, el encuentro con un otro, dormir, comer, todo lo que pasa en el encierro está milimétricamente calculado y regulado. Y la salud no escapa a esta lógica organizada.

Es en este contexto y en este tipo de instituciones totales<sup>1</sup> en las que es necesario encontrar una forma particular de construir salud. No sólo porque es un derecho de las personas y una obligación del Estado sino porque es algo que nos atraviesa a todas las personas a lo largo de nuestras vidas, estemos donde estemos, vivamos donde vivamos. En el contexto de encierro, con más o menos espacios o recursos, la salud de las personas que allí viven y trabajan, debe ser abordada de la misma manera que en el medio libre.

Así, además de la estrategia de cada unidad o cada quien para atender este derecho universal, hay una responsabilidad de todos los niveles y todos los sectores. La salud en el encierro es responsabilidad, en primera instancia, del sector sanidad de los servicios penitenciarios. Pero no son los únicos actores que deben velar por este derecho: lo son también las instituciones sanitarias y ministerios municipales, provinciales y nacionales; los que trabajamos en los contextos de encierro.

Porque la salud en el encierro es una problemática tan compleja que, para abordarla en su totalidad, corresponde que las partes involucradas trabajen en red de forma permanente, tanto al interior de las unidades como con el medio libre. Para esto son necesarias las leyes que otorgan derechos y también la política pública que las implementa.

49



<sup>10</sup> Este término lo tomamos de Goffman, "Instituciones". Ed. Amorrortu. Año 1972

Son necesarios todos los niveles de atención en los territorios para poder aceptar la logística que requiere la atención de las personas privadas de la libertad en los servicios penitenciarios. Es necesario el trabajo en las unidades penitenciarias para que la dualidad seguridad-salud no sea un binomio excluyente de uno por sobre otro.

La complejidad en el encierro nos convoca a pensar estrategias que puedan dar respuesta a la integralidad de la salud. Es necesario repensar formas de atención y cuidado y también a nosotros/as mismos/as como trabajadores/as de la salud. Porque la salud es un derecho de todos y todas.



## Siglas

CFDM: Centro Federal de Detención de Mujeres  
CFJA: Complejo Federal de Jóvenes Adultos  
CPF: Complejo Penitenciario Federal  
CRD: Centro de Rehabilitación para Drogodependientes  
DBT: Diabetes  
ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles  
HPC: Hospital Penitenciario Central  
HTA: Hipertensión Arterial  
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual  
MAC: Métodos Anticonceptivos  
OMS: Organización Mundial de la Salud  
PSCE: Programa de Salud en Contextos de Encierro  
RCP: Reanimación Cardiopulmonar  
SNEEP: Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena  
SPB: Servicio Penitenciario Bonaerense  
SPF: Servicio Penitenciario Federal  
SPP: Servicio Penitenciario Provincial  
TBC: Tuberculosis  
UMA: Unidad Médica Asistencial  
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana  
VPH: Virus del Papiloma Humano



# Programa de salud en contextos de encierro

Estrategias de intervenciones sanitarias  
en los servicios penitenciarios de la República Argentina

2020



Ministerio de Salud  
Argentina



Argentina unida