

El personal de enfermería en el espacio intracarcelario. Las prácticas de cuidado existentes y las potencialidades de la profesión en la vigilancia epidemiológica en las unidades carcelarias.

María Julia DI CARLO y María José Luzuriaga.

Cita:

María Julia DI CARLO y María José Luzuriaga (2019). *El personal de enfermería en el espacio intracarcelario. Las prácticas de cuidado existentes y las potencialidades de la profesión en la vigilancia epidemiológica en las unidades carcelarias. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-023/271>

Autoras/es

María José Luzuriaga¹, Ramón Álvarez², Julia Di Carlo³, Claudio Pandolfi⁴, María Irigoyen⁵, Gloria Scatassa⁶, Bianca Lopez Klein⁷, Gisel Fattore⁸, Ingrid Breier⁹, Ester Armand Ugón¹⁰, Mirta Secco¹¹.

¹UNLa /mariajoslu@hotmail.com

²UNLa /ralvarez3008@gmail.com

³UNQ /dicarlojulia@gmail.com

⁴UNLa /drpandolfi@yahoo.com.ar

⁵UBA /mirigoyen08@gmail.com

⁶UNLa /globahiana@yahoo.com.ar

⁷UNLa /lopezklein95@gmail.com

⁸UNLa /giselfattore@yahoo.com.ar

⁹UNLa /iebreier@hotmail.com

¹⁰UNLa/esterarmandugon8@gmail.com

¹¹UNLa/mirtaseco@hotmail.com

Eje 4 | MESA 52 | Sistema penal y Derechos Humanos.

PONENCIA 378

Título del proyecto: El personal de enfermería en el espacio intracarcelario. Las prácticas de cuidado existentes y las potencialidades de la profesión en la vigilancia epidemiológica en las unidades carcelarias¹.

Resumen

El presente proyecto se propone conocer el rol de enfermería en su trabajo con poblaciones vulnerables y/o en situación de encierro, con especial énfasis en lo referido a la vigilancia de la salud, la cual supera a la vigilancia epidemiológica tradicional en su control de enfermedades infectocontagiosas, para incluir problemas prevalentes de la población como son las enfermedades crónicas, los padecimientos mentales y las violencias, entre otros. El papel de la vigilancia en salud es muchas veces deslegitimado por los trabajadores de la salud, a quienes se les asigna fundamentalmente la atención del padecimiento. Este proyecto pretende dar cuenta de la importancia del registro y análisis de la información generada con la vigilancia para abordar los problemas sanitarios, desde una perspectiva de derecho a la salud y con el propósito de visibilizar su rol en el trabajo con personas en contexto de encierro. Entre los objetivos se busca conocer la formación y condiciones de trabajo del personal de enfermería de las prisiones haciendo hincapié en la identificación de las competencias y capacidades respecto a los conceptos globales que hacen a la epidemiología en general y a la vigilancia epidemiológica en particular.

¹ El presente trabajo es parte forma parte de un Proyecto Amílcar Herrera radicado en el Instituto de Justicia y Derechos Humanos de la Universidad Nacional de Lanús iniciado en el año 2018.

Palabras claves: personal de enfermería – servicio penitenciario – derechos humanos – vigilancia epidemiológica – derecho a la salud.

Introducción

Dentro de los equipos de salud que funcionan en las diferentes cárceles de Argentina, el personal de enfermería se constituye en un actor de presencia manifiesta y constante en los pabellones. Este transitar cotidiano, sumado a la intervención solicitada ante las necesidades existentes, los convierte en agentes portadores de un información valiosa, si bien no cuantificada y poco explorada en nuestro país. Además, la formación profesional del personal de enfermería resulta el vehículo idóneo para el registro de situaciones de alerta que pudieran complejizarse hasta volverse en verdaderos daños para la salud. Esta mirada atenta y profesionalizada es la que nos motiva a formular este proyecto de investigación cuyo objetivo principal es conocer el rol de la enfermería en el espacio carcelario, identificando sus saberes que no sólo se orientan hacia las prácticas de cuidado sino también hacia la práctica de la vigilancia epidemiológica. A partir de allí surgieron los siguientes objetivos específicos: 1) Describir el estado de la situación sanitaria de la población carcelaria; 2) Conocer las condiciones de trabajo del personal de enfermería en el Servicio Penitenciario Federal (SPF) haciendo hincapié en la identificación de las competencias y capacidades respecto a la epidemiología en general y a la vigilancia epidemiológica en particular; 3) Conocer las percepciones del personal de enfermería penitenciaria sobre sus prácticas y sobre los sujetos de atención en este contexto y 4) Conocer las percepciones de las personas privadas de su libertad respecto a la atención de la salud en general y del personal de enfermería en particular.

Para ello surgieron varias preguntas que guían el desarrollo de esta investigación:

¿Por qué estudiar la enfermería en cárceles y el rol del personal de enfermería en la vigilancia epidemiológica en estos contextos?

¿Existen particularidades de la práctica de la enfermería en los contextos de encierro?

¿Cómo influye el paradigma securitario en las prácticas de la enfermería?

¿Qué representaciones tienen los/as enfermeros/as sobre la población carcelaria y el acceso a la salud de la misma?

¿Cómo piensa el personal de enfermería al sujeto de atención en estos contextos?

¿Qué información sobre la salud de las personas presas tenemos disponible?

En la medida en que la cárcel puede ser considerada como una institución que afecta a la salud de la población que se encuentra allí alojada, ¿cómo debemos pensar a los presos/as? ¿son todos/as

pacientes? En este sentido, ¿por qué la relación enfermero/preso es 20 veces mayor a la población en general según datos del año 2012?

¿Qué tipo de prácticas predominan en la cárcel (prevención, promoción, asistencia)?

¿Es posible modificar las prácticas existentes del personal de enfermería en este tipo de instituciones?

En definitiva, ¿Cuáles son los mecanismos sociales que posibilitan la eficacia de la institución carcelaria? Eficacia en tanto es conocido su fracaso en términos de resocialización y, sin embargo, las estadísticas evidencian que está más presente que nunca en nuestra sociedad como respuesta al conflicto social.

Metodología

Para esta investigación fue adoptada una metodología de tipo cualitativa con el propósito de obtener una aproximación sobre el rol ejercido por el personal de enfermería en las cárceles federales de nuestro país. Para responder a los interrogantes mencionados, hemos realizado entrevistas en profundidad a enfermeros que se desempeñan en el SPF y a informantes clave que se desempeñan o han desempeñado funciones en el SPF como así también a personas vinculadas a organismos de DDHH encargados de controlar, informar y denunciar las condiciones de detención y violación de los derechos de las personas privadas de su libertad. Asimismo, si bien no se trata de un estudio de la población carcelaria, creemos que la voz de las personas presas es fundamental toda vez que se quiera dar cuenta de la vida intramuros y, en este sentido, hemos diseñado una encuesta con el objeto de relevar prácticas vinculadas al personal de enfermería como así también las valoraciones y percepciones que tienen las personas presas de estos actores. Consideramos que las representaciones y definiciones de una cierta situación inciden en la acción de las personas y que por este motivo las indagaciones sobre las percepciones de los sujetos que se encuentran de un lado y otro de las rejas debían estar presentes en este proyecto de investigación. Además, los datos obtenidos de las entrevistas y encuestas los relacionaremos con los datos de salud de la población carcelaria y del personal de enfermería solicitados al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. La combinación de las fuentes primarias y secundarias posibilita establecer una relación entre lo que las personas debieran hacer según las normas y leyes vigentes, lo que piensan, lo que dicen, lo que registran de sus actos y lo que finalmente hacen. A pesar que en ningún ámbito de trabajo se registran todas las acciones realizadas por los sujetos, en el espacio carcelario la falta de documentación de muchas prácticas, aun incumpliendo con varias normativas al respecto, exige un esfuerzo mayor en la obtención de los datos de este ámbito. Respecto al acceso a los enfermeros entrevistados hemos optado por la estrategia denominada “bola de nieve”: una vez que contactamos a la primera persona

entrevistada, la misma nos brindó el contacto de otras personas posibles a entrevistar y así sucesivamente hasta alcanzar a los siete enfermeros del SPF. Cabe mencionar que se trató de una ardua tarea lograr el contacto, generar la confianza necesaria y luego acceder a las personas que finalmente fueron entrevistadas. Varios contactos establecidos se fueron cancelando una vez llegado el momento de acordar la fecha y lugar de la entrevista arguyendo diferentes causas. Es decir, no sólo el acceso a la cárcel es difícil o imposible sino que hablar de ese ámbito, aún fuera del mismo y con el consentimiento informado donde se explicita que los datos publicados serán anónimos, generaba suspicacias que dificultaron o imposibilitaron el encuentro.

El acceso a la cárcel para encuestar a las personas presas, aún en caso de que hubiéramos solicitado y obtenido el permiso correspondiente, fue evaluado como no conveniente por el equipo interviniente en este proyecto ya que implicaría una exposición de la población penal que podría acarrear castigos o sanciones o, caso contrario, podría suceder que el servicio penitenciario eligiera a quienes deberíamos encuestar perdiendo de esta forma la posibilidad de captar las percepciones y valoraciones de la forma más fidedigna posible. En un principio se optó por solicitar colaboración a la Procuración Penitenciaria de la Nación (PPN) para ingresar junto a su equipo técnico dado que este organismo no necesita solicitar permiso para ingresar a las unidades carcelarias del SPF y los ámbitos donde entrevistan a los presos y presas están protegidos de la mirada y escucha del personal penitenciario. Si bien la recepción de la propuesta fue buena, el relevamiento sobre la situación de la salud ya lo habían realizado y esto impedía el trabajo conjunto en este aspecto en particular. Es por estos motivos que decidimos entrevistar a ex presos/as y para ello tomamos contacto con cooperativas de trabajo de liberados que estarían dispuestas a brindar sus testimonios. Si bien el límite principal de la adopción de esta estrategia es el de no ser actual, esto se ve compensado por el hecho de que las personas encuestadas tienen más libertad para hablar de su paso por el SPF, y de la situación de la salud en las cárceles federales en general y de las prácticas y valoraciones del personal de enfermería en particular. De los informes existentes sobre la situación de la salud de la población penal surge que no se ha modificado sustancialmente en el último tiempo, lo que nos lleva a privilegiar esta estrategia asumiendo el riesgo de que pueda ser considerada como desactualizada.

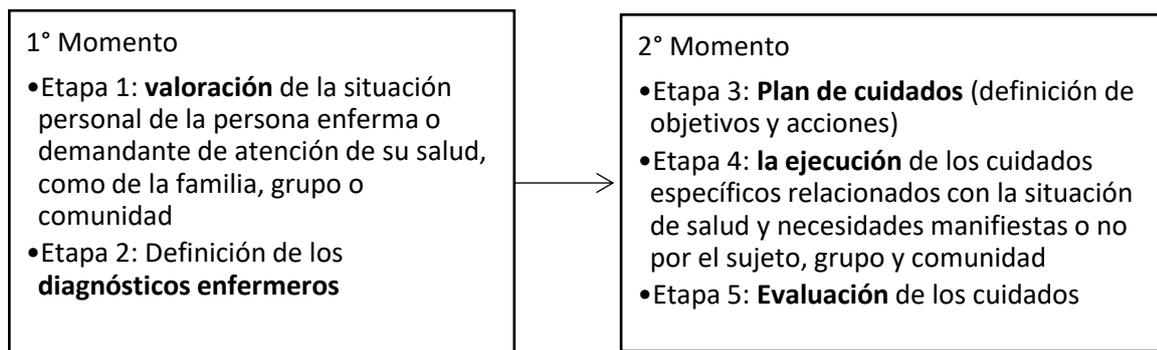
Enfermería y vigilancia epidemiológica

Los comienzos de la enfermería considerada en su nivel profesionalizado y en nuestro país, puede inscribirse en una modernidad tardía, ya que hacia mediados de 1880 se funda la primera Escuela de Enfermeras, dependiente del Círculo Médico Argentino, de la mano de la primera médica argentina,

Dra. Cecilia Grierson². Desde esta perspectiva, la raíz de la enfermería profesionalizada ha quedado inscripta dentro del universo médico, sugiriéndonos de este modo una cierta invisibilización del quehacer propio de la enfermería bajo el paraguas de la mirada médica que persiste en la actualidad (Biernat, Cerdá y Ramacciotti, 2015).

En lo que refiere a sus prácticas, la enfermería utiliza el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como herramienta de valoración y aplicación de los cuidados. Es una metodología de investigación-acción de la práctica profesional en el ámbito institucional, familiar y/o comunitario. El PAE se promueve en el ámbito académico en el proceso de enseñanza y aprendizaje con el objetivo de brindar cuidados enfermeros de manera integral y se aplica en el ámbito laboral para que estos sean de calidad, continuos y favorezcan la interdisciplina. Brindar cuidados integrales, continuos y de calidad implica, fundamentalmente, que se tengan en consideración tanto los aspectos biológicos, como psicológicos, sociales y culturales de los sujetos, familias y comunidades (Marriner-Tomey, Alligood, 1994).

Este proceso tiene dos momentos y 5 etapas:



Los diagnósticos enfermeros se caracterizan por identificar aquellos problemas o necesidades que pueden o no estar afectadas por la enfermedad o condición del sujeto. No tiene siempre relación con el diagnóstico médico y se enuncia estableciendo el problema relacionándolo con su etiología y manifestado a través de signos y o síntomas bio-psico sociales (NANDA, 2013)

El PAE posibilita visibilizar el cuidado enfermero entre pares y otros/as profesionales de la salud, promoviendo el trabajo en equipo y de esta manera brindar mejores cuidados enfermeros. Como vemos, este proceso incluye la vigilancia epidemiológica.

La vigilancia está asociada con personas y colectivos sobre los cuales se quiere o bien proteger sus objetos o bien patrullar sobre las cosas o entes que pudieran ser objetos intimidatorios; horizontes que pueden ser pensados desde una realidad concreta y manifiesta o desde una virtualidad, en general

² Disponible en <http://www.biblioteca.anm.edu.ar/grierson.htm>

simbólica aunque también amenazante³. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define en 1990 la vigilancia epidemiológica como

la comparación y la interpretación de información obtenida de programas ambientales y de monitoreo en salud, así como de otras fuentes adecuadas, con el fin de proteger la salud humana a través de la detección de cambios adversos en el estado de salud de las poblaciones, los cuales se pueden deber a factores ambientales peligrosos, todo ello con el fin de proporcionar la información necesaria para una intervención efectiva

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha promocionado guías para su implementación según dos grandes líneas, las destinadas a enfermedades transmisibles y las propuestas para no transmisibles. En este último caso, las recomendadas para confeccionar un sistema de vigilancia epidemiológica de violencias y lesiones⁴ aboga por la generación de un sistema que articule acciones de vigilancia con prevención y define objetivos para tal fin⁵.

Los tipos de sistemas de vigilancia se dividen entre los que registran los casos o eventos en comunidades cerradas, el de revisión de registros en general centralizado, los establecidos por encuestas periódicas para el seguimiento de determinantes considerados emergentes (por ejemplo, suicidios) y los del tipo centinela, que consiste en el registro de determinantes de enfermedad o lesiones desde algunas instituciones para señalar tendencias útiles con el fin de planificar acciones preventivas. Por último, desde fines del siglo XX, el Centro para el Control de Enfermedades de EEUU (CDC) ha modificado el concepto tradicional de vigilancia epidemiológica por el de vigilancia en salud, a partir de la dinámica que adquieren las enfermedades infecciosas en comunidades vulnerables⁶. Se define a la vigilancia en salud como

el seguimiento, recolección sistemática, análisis e interpretación de datos sobre eventos de salud o condiciones relacionadas, para ser utilizados en la planificación, implementación y evaluación de programas de salud pública, incluyendo como elementos básicos la disseminación de dicha información a los que necesitan conocerla, para lograr una acción de prevención y control más efectiva y dinámica en los diferentes niveles de control⁷

Un antecedente importante de estudios de salud a la población penitenciaria en nuestro país lo encontramos en el *Estudio de prevalencia de VIH, sífilis, hepatitis virales y tuberculosis en personas*

³ Ver Zulogg, S. The Age of Surveillance Capitalism. The Fight for a Human Future at the new Frontier of Power. Hachette Book Group, 2019.

⁴ Concha Eastam A, Villaveces A. Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones. OPS, 2001. Disponible en https://www.who.int/violence_injury_prevention/media/en/231.pdf

⁵ 1) producir información confiable y oportuna, 2) monitorear cambios 3) identificar patrones de violencia, 4) generar hipótesis de causalidad, 5) servir para la toma de decisiones, 6) evaluar programas e intervenciones y 7) impulsar la conformación de grupos de trabajo. En caso de violencia y lesiones en instituciones dependientes de la Justicia, el informe recomienda que el armado del sistema cuente con la participación de patólogos forenses, jueces, defensor del pueblo, procurador, y profesionales de las comisarías (y penitenciarias)⁵ y consejerías de familia.

⁶ Centres for Disease Control and Prevention. Drug-susceptible tuberculosis outbreak in a state correctional facility housing HIV-infected inmates – South Carolina, 1999–2000. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2000, 49:1041–1044

⁷ Salud de las Américas. Washington: OPS; 2011. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/vol1regional.html>

en contextos de encierro en unidades del Servicio Penitenciario Federal, planificado en el 2015 y llevado a cabo por el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2016. A diferencia de los datos de carácter fragmentado y basados en pequeñas muestras, este estudio constó de una muestra ponderada y estratificada de 2.277 personas alojadas en seis complejos penitenciarios del SPF. De los resultados de las pruebas de laboratorio surgió que la prevalencia de sífilis hallada en las mujeres es mucho más alta que en los varones (11,2% y 6,4%, respectivamente); que el 6,1% de los internos tuvo alguna vez contacto con el virus de la hepatitis B, pero no se hallaban en la etapa aguda, habiendo en la mayoría de los casos resuelto favorablemente la infección en el pasado; que la prevalencia de hepatitis C fue de 3,3% y la de VIH en la población alojada en las unidades del SPF fue de 2,7%, es decir, superior a la estimada para la población general que ronda el 0,4%. Respecto a la tuberculosis, frente a una tasa de la población general del país de 20 cada 100.000 personas, en las unidades del SPF se detectó una prevalencia de 29,6. De esta forma, este estudio sirve de línea de base para nuevas investigaciones y adquiere relevancia por su descripción de la prevalencia de estas enfermedades en la población del SPF de forma más confiable que los datos reportados por las distintas unidades penitenciarias. De todas formas, queda pendiente un análisis de los datos oficiales solicitados para conocer las estadísticas de salud disponibles y su relación con las prácticas institucionales en torno al derecho a la salud de la población penal. Un breve recorrido por la normativa vigente y por los informes producidos por los organismos de control constituye un primer acercamiento a nuestro tema de investigación.

Algunos apuntes en relación al derecho (esencial) a la salud de las personas privadas de libertad

Los Tratados internacionales de DDHH, la doctrina y jurisprudencia de los organismos del sistema internacional y el regional⁸ reconocen el derecho a la salud en general, así como el derecho específico aplicable a los casos de privación de la libertad. Respecto a esto último, no existe discusión teórica en relación a que la privación de la libertad sólo implica privación de la libertad y no la privación de otros derechos, en este caso el derecho a la salud, más allá de la mínima afectación producto de la privación de la libertad ambulatoria.

La reforma constitucional de 1994 incorporó el derecho a la salud de manera expresa, así como la obligación del Estado de garantizar su efectiva vigencia. Asimismo, el art. 75 inc. 22 otorga rango constitucional a los Tratados internacionales y Regionales de DDHH, constituyéndose en la fuente

⁸ Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, arts. VII y XI; en la Declaración Universal de Derechos Humanos, arts. 3, 8 y 25; en el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12; en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, arts. 6, 7 y 24; en la Convención Americana de Derechos Humanos, arts. 4 inc. 1, 5 incs. 1, 2, 19 y 25 y en la Convención sobre los derechos del Niño, arts. 3, 6, 23, 24 y 25.

externa de reconocimiento del derecho humano a la salud. De esta forma, el Estado ha quedado política y jurídicamente obligado a garantizar el contenido mínimo de los derechos económicos, sociales y culturales, y no puede escudarse en la falta de recursos disponibles para justificar su incumplimiento.

Esta certeza jurídica no es, nunca lo es, de por sí una garantía de efectividad, pero da un punto de anclaje sobre el cual iniciar cualquier tipo de discusión de política pública en la materia y habilita la denuncia de las prácticas instituidas y, de esa forma, se constituye en una vía más para poder contrastar, al menos desde el discurso, otras prácticas posibles.

Un breve relevamiento de los procesos judiciales sobre temas de salud demuestra que los criterios de protección y efectivización de derechos entre las acciones de amparo y las acciones de habeas corpus son diametralmente disimiles. En las primeras priman las medidas cautelares que efectivizan en forma rápida e inaudita la protección del derecho a la salud, en las segundas prima el proceso judicial burocrático donde solo se recaba la opinión de los actores de salud del propio sistema penitenciario y no se interponen medidas cautelares que efectivicen en forma rápida la atención requerida. En los procesos de habeas corpus sobre cuestiones de salud rara vez se requiere la opinión de profesionales de la salud ajenos al servicio penitenciario a pesar de que son la parte denunciada por el incumplimiento. Paradójicamente, en los procesos de amparo, por lo general, se resuelve sin escuchar la opinión de los profesionales de la salud de la prestadora denunciada.

Conceptualizaciones sobre el derecho a la salud y su (no) acceso en contextos de encierro.

Reconocido el derecho a la salud como derecho humano fundamental cabe avanzar en conceptualizar que se entiende o debe entenderse por salud.

El concepto de salud amplio según lo definió la OMS en 1948 es *“Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”*. Esto implica considerarla, no como un estado abstracto sino, como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas (Brena Sesma, 2004), donde se incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos como prerequisites esenciales para garantizarla.⁹ Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud que es primordial en la definición de la promoción de la salud.

La prevención de las enfermedades en el encierro se torna una cuestión esencial y estructural, sin perjuicio de lo cual no ha de dejar de ser esencial el tratamiento de las enfermedades, una vez que

⁹ Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra (1986).

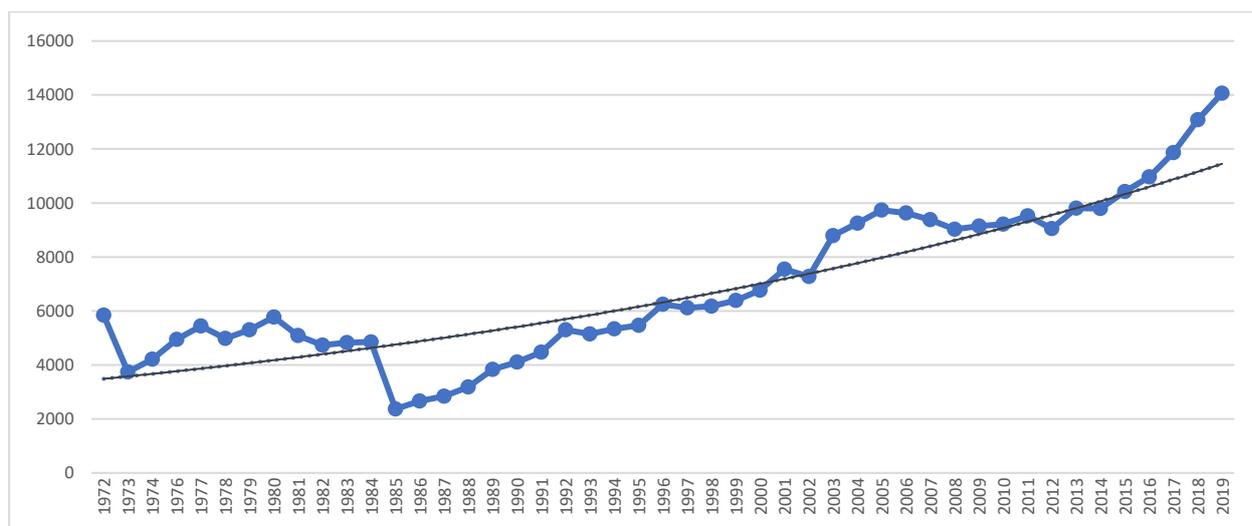
éstas se hacen presentes, en forma y condiciones que aseguren asistencia y servicios médicos adecuados. Cuando esta función se delega al poder penitenciario genera el hecho que para acceder a la atención médica, alimentación, condiciones dignas de alojamiento, visitas, trabajo, educación, etc, muchas de las personas privadas de libertad deban exponerse al castigo, que conlleva cualquier tipo de reclamo que cuestione la lógica penitenciaria, pero además la lógica del operador judicial que, en teoría, debería actuar para garantizar la efectiva vigencia del derecho reclamado. En este sentido, los informes de la PPN dan cuenta de lo aludido. En ellos se puede identificar una diversidad de factores que inciden negativamente en la salud integral de las personas que viven y trabajan en las cárceles, entre los cuales cabe mencionar las siguientes: Condiciones de sobrepoblación y hacinamiento, en muchos casos agravado por condiciones edilicias obsoletas y con alto grado de deterioro y falta de higiene, Frecuentes situaciones de violencia física y psicológica, tanto entre las personas privadas de libertad, como por parte del personal que trabaja en las cárceles, Adicciones, Alimentación deficiente, Prácticas sexuales desprotegidas y violencia sexual, Bajo acceso o disponibilidad a servicios de salud adecuados, Bajo nivel de información y acceso a recursos preventivos de ITS/VIH.

Por otra parte, el Registro Nacional de Casos de Tortura (RNCT) es una fuente de información valiosa ya que no solamente registra los casos denunciados penalmente sino también aquellos casos comunicados a las instituciones intervinientes¹⁰ en la confección de dicho registro. Esto es de suma importancia por la “cifra negra” existente de casos no denunciados que se silencian por temor a represalias por parte del servicio penitenciario. Coincidimos en que la tortura no es una práctica aislada en los establecimientos penitenciarios, sino que forma parte de las acciones propias del gobierno de la cárcel. En este sentido, toda vez que hablemos de tortura debemos mencionar que se trata de una práctica sistemática de control y castigo de la población penal alojada en las diferentes cárceles de nuestro país y que tiene consecuencias en quienes la padecen como en aquellas personas detenidas que son testigos involuntarios de las mismas. Además, se tipifica a la falta y/o deficiente asistencia a la salud y a la falta y/o deficiente alimentación como tipos de tortura, y las mismas se ubican en el segundo y quinto lugar respectivamente en el orden de casos de tortura registrados en el SPF y SPB. Respecto al personal de salud de este último, el informe refiere que *“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 constituye como una (más) de las torturas carcelarias”* (RNCT, 2017, p.327)

¹⁰ Procuración Penitenciaria de la Nación, Comisión Provincial por la Memoria y el Grupo de Estudios sobre Sistema Penal y Derechos Humanos del Instituto de Investigaciones Gino Germani (UBA)

Una muestra significativa que atenta al cumplimiento del derecho a la salud de la población lo constituye el significativo aumento de la misma y el consecuente crecimiento de la sobrepoblación y hacinamiento.

Gráfico 1. Evolución de la población penal en el SPF. Años 1972 - 2019¹¹



Fuente: Elaboración propia en base a los datos publicados por el SNEEP. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

Los enfermeros penitenciarios: prácticas y percepciones

Cuando analizamos la cuestión de la salud de las personas privadas de libertad resulta llamativo que la misma se encuentre dentro de la órbita del Ministerio de Justicia y no del Ministerio de Salud o secretaría estatal que cumpla dicha función. En este sentido, cabe preguntarse si es la condición de enfermeros/as la que define de forma predominante sus prácticas en las cárceles o, por el contrario, es su condición de penitenciarios lo que prima. Pero antes de intentar dar una respuesta a este interrogante pasemos a describir las prácticas concretas que manifestaron los enfermeros realizar en su trabajo cotidiano en las unidades penitenciarias.

De las entrevistas surge que la actividad principal realizada es la entrega de medicación a la población penal. Esta entrega se realiza de acuerdo a las indicaciones médicas plasmadas en la planilla utilizada para tal fin.

¹¹ Los datos del año 2019 corresponden al mes de mayo, último mes publicado.

“En la recorrida (por los pabellones) acudimos primero a la persona que está a cargo de la custodia de cada pabellón, del agente penitenciario que se lo conoce como celador. Nosotros nos dirigimos a él y él nos dice la cantidad de internos que hay en ese pabellón y nosotros le decimos quiénes tienen medicación diaria y él los anuncia y les llama y los saca afuera y nosotros le entregamos la medicación y el interno firma contra entrega. También se acercan internos que tienen alguna dolencia en particular y el celador nos dice “mirá, tengo un interno que está con dolores”. Entonces nosotros los sacamos y le hacemos una serie de preguntas para indagar la situación y en base a eso tratamos de resolverlo llevándolo de forma inmediata al área médica para que sea evaluado por el médico de guardia o de planta o vemos si no es urgente. Si es un dolor agudo de varios días habitualmente el interno saca una audiencia para recibir atención del odontólogo o del médico” (Santiago, enfermero de Marcos Paz).

Excepto en el caso de los pacientes psiquiátricos alojados en el dispositivo PRISMA, donde el personal de enfermería, además de entregar la medicación se asegura en el momento que la persona presa la ingiera delante de él. Por otra parte, surge claramente la figura del celador o agente penitenciario encargado de la custodia del pabellón como el interlocutor entre el personal de enfermería y los presos/as allí alojados. Como veremos más adelante, la salud se encuentra mediatizada por el personal de seguridad. Asimismo, cabe destacar el testimonio brindado por un ex enfermero del SPF quien relataba que en los casos de pabellones de alojamiento masivo, el enfermero se dirige principalmente al preso que detenta el poder en el pabellón. Es esta persona quien recibe la medicación de las personas allí alojadas.

“vos le entregás a González 40 sobres que, perdonen la expresión, es el poronga del pabellón y hablás con él y le decís que se la entregue a Pérez. Después lo que suceda de ahí en más...” (Jorge, ex enfermero de la cárcel de Devoto)

En segundo lugar, los entrevistados refirieron ser quienes primero acuden a brindar atención cuando hay una emergencia o heridos. Ellos son quienes realizan las curaciones y suturas y dan aviso al médico/a en caso de necesitar una intervención del mismo. En este sentido, el personal médico es presentado asumiendo una postura de pasividad que se interrumpe sólo en los casos que el personal de enfermería o el de seguridad lo considere necesario.

“El enfermero es el que realiza las primeras contenciones y curaciones. Hay dos médicos de guardia para todo el complejo, por eso el enfermero actúa en primera instancia. Han pasado casos que el médico te dice: “bueno, evalúamelo” y él te dice qué hacer por teléfono. Se hacen las suturas correspondientes y queda internado en el servicio penitenciario” (Martín, jefe de enfermería).

Por otra parte, interesa analizar estas prácticas inmersas en la tensión existente entre dos paradigmas que conviven en el ámbito carcelario. Por un lado, el paradigma securitario que tiene como objetivo principal la defensa y custodia de la sociedad y el paradigma de la reinserción, donde la salud es uno de los fines principales para la futura reinserción social de las personas presas (utilidad de la pena). Estos paradigmas se encuentran materializados en las prácticas de cuidado que competen tanto a los penitenciarios vinculados a las tareas de seguridad como al personal de enfermería. Uno de los

enfermeros lo manifestaba de la siguiente forma:

“estamos el sistema de salud y el sistema militar conviviendo juntos. Viene un jefe y te da una orden, uno que es penitenciario y no es de salud y esa es la dicotomía que tenemos. Experiencia propia: 2011, me llaman por teléfono y me dicen “hay que inyectar a un interno porque está excitado. Traeme las drogas que lo inyectamos”. Voy allá, me siento con mi jefe y me dice: “No, porque la ley dice, esto, esto y esto. Hay un protocolo de salud mental”. Y el otro: “Yo te estoy ordenando o te sanciono. Te pongo 30 días de arresto y sumario por no obedecerme” Y yo: “Perfecto, hágalo” En esa dicotomía estoy”. (Martín, jefe de enfermería).

No solamente se presenta este problema de la toma de decisiones del personal de enfermería frente a la disyuntiva descrita anteriormente sino también en las percepciones que estos tienen de las personas encarceladas. Todos utilizaron categorías estigmatizantes al momento de describir la población que requiere de su asistencia entre las que se destacan las siguientes: peligrosos, demandantes, ventajeros, manipuladores y mentirosos. Aun cuando en un principio en esta investigación no se buscó indagar específicamente sobre las percepciones y valoraciones, en el trabajo de campo surgió que se trata de una dimensión de análisis indispensable para comprender el rol que cumple el personal de enfermería en las cárceles federales. Si el preso/a es visto como otro peligroso y potencial enemigo difícilmente se le pueda garantizar el derecho a la salud que le corresponde por su condición de ser humano.

“Hay que estar muy atento y lúcido para trabajar con los internos porque ellos siempre están buscando algún fin y no miden las consecuencias. Estamos hablando de límites, de la integridad física de cada uno” (Martín, jefe de enfermería)

“nosotros siempre tenemos un dicho malo pero es real: el preso bueno es el preso muerto” (Jorge, ex enfermero de la cárcel de Devoto)

Por otra parte, uno de estos enfermeros manifestó como preocupación la dificultad que les implica ejercer su profesión sin estar condicionados por los prejuicios mencionados:

“Siempre le digo a mis chicos que ellos no están para juzgar sino para curar y cuidar. Son todos pacientes, y los que producen más rechazo es el abuso, mucho más que el homicida. Pero nosotros acá estamos para cuidar, aunque cuesta mucho”(Martín, jefe de enfermería).

La seguridad carcelaria se transforma en el eje que atraviesa toda la vida intra muros, dejando los derechos sometidos a la lógica penitenciaria que se construye sobre la dominación física y psicológica con el objetivo de destruir a la persona, aunque en teoría se pretende la resocialización de la misma. En palabras de Massimo Pavarini *“...la cárcel se radicaliza como respuesta extrema con una*

finalidad de incapacitación con respecto a aquellos frente a los que el sistema de control social “blando”, fundado sobre la integración, fracasa...” (1995, p.57)

En cuanto a la percepción sobre su rol en el SPF, la mayoría destaca la cercanía con la población carcelaria y la capacidad de reaccionar ante situaciones de emergencia o de posibles conflictos.

“La enfermería es lo que te hace funcionar sanidad, en el (ámbito) penitenciario y en el hospital (extramuros). Somos los que tenemos el mayor trabajo porque somos los que dispensamos los cuidados, conocemos a los pacientes. La enfermería en el penal hace algo parecido, es el que te lleva la medicación y con el tema de llevar la medicación también está haciendo el relevamiento de pabellón por pabellón, de interno por interno. Vos llegás y podés parar la bronca si el interno está pidiendo ser atendido por el médico. Ves si el cuadro es de gravedad o no, tirarle unos analgésicos si no es una cosa grave y volver y decirle al médico – que va estar a las 4 de la tarde atendiendo por demanda espontanea- “che boludo, fijate en el 2 5to, mirámelo a fulanito porque la cosa está re explotada y el tipo tiene un dolor que para mí no es nada pero por lo menos míralo para bajar el quilombo porque si no vas a tener un habeas corpus vos, yo y todos los demás. El enfermero es como un bombero. (Jorge, ex enfermero de la cárcel de Devoto).

Al hacer esta recorrida, al estar más a mano del interno, nos ven y nos consultan. Te da el contacto directo y más frecuente y tienen esta figura del enfermero como el que los va a socorrer. Esto también para el caso de los agentes porque cuando hay incidentes asistimos a todos. (Santiago, enfermero de Marcos Paz)

Los testimonios muestran que, no solo existe una amplia distancia entre el reconocimiento teórico y la efectiva vigencia del derecho a la salud intramuros, sino una amplia distancia entre el derecho reconocido, por los mismos actores, a las personas según estén a un lado o al otro del muro perimetral que separa a las “personas de bien” de los llamados “delincuentes”.

Algunas reflexiones

Los resultados alcanzados hasta el momento son producto de una investigación que aún se encuentra en curso y resulta necesario destacar que aún no contamos con los datos provenientes de la población carcelaria. En esta etapa sostenemos que visibilizar los discursos y prácticas existentes en este contexto nos plantea el desafío de encontrar mecanismos prácticos que permitan desarmar la lógica del castigo de forma tal que los derechos humanos vayan ganando espacio real y efectivo dentro del ámbito del encierro. En ese marco deberíamos centrar la situación en forma directa sobre el estado de salud de la persona en cuestión y en la responsabilidad profesional de los/as integrantes del equipo de salud, quienes son actores centrales por su condición de garantes de la atención de las personas a su cuidado. Creemos que separar al personal de la salud del estado penitenciario que reviste a los agentes que trabajan en el SPF constituye un paso fundamental e imprescindible para poder comenzar a reemplazar la lógica securitaria por una lógica de derechos. Parafraseando a Garland, de lo que se

trata es de ver el derecho a la salud en su concepción integral sacándolo fuera del ámbito de la penalidad y con ello de la lógica y el poder penitenciario.

Bibliografía

Adaszko D, Sotelo JA, Orlando M, Angeleri P. Estudio De Prevalencia De VIH, Sífilis, Hepatitis Virales y Tuberculosis En Personas En Contextos De Encierro En Unidades Del Servicio Penitenciario Federal, MINSAL, Buenos Aires, 2016.

Brena Sesma I. El Derecho Y La Salud. Temas A Reflexionar. UNAM, México DF, 2004.

Biernat C, Cerdá, JM, Ramacciotti KI (Coord) La Salud Pública y la Enfermería en la Argentina. Bernal. Universidad Nacional de Quilmes, 2015.

Centres for Disease Control and Prevention. Drug-susceptible tuberculosis outbreak in a state correctional facility housing HIV-infected inmates – South Carolina, 1999–2000. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2000, 49:1041–1044

Concha Eastam A, Villaveces A. Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones. OPS, 2001. Disponible en https://www.who.int/violence_injury_prevention/media/en/231.pdf

Marriner-Tomey, Alligood, Modelos y Teorías En Enfermería. East Carolina University, Carolina, 1994.

NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros Definiciones Y Clasificación 2015-2017. Heather Herdman & Shigemi Kamitsuru.

Pavarini, Massimo. «El Orden Carcelario. Apuntes Para Una Historia Material De La Pena». En El Derecho Penal Hoy. Homenaje Al Profesor David Baigún, Traducido Por Laura Martin, 567–596. Buenos Aires: Editores Del Puerto, 1995.

Procuración Penitenciaria de la Nación, Informe anual 2018.

Registro Nacional de Casos de Tortura y/o malos tratos, Informe anual 2017.

Salud de las Américas. Washington: OPS; 2011. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/vol1regional.html>

Sistema Nacional de Estadísticas de Ejecución Penal (SNEEP). Disponible en: <http://datos.jus.gob.ar/dataset/sneep>

Zulogg, S. The Age of Surveillance Capitalism. The Fight for a Human Future at the new Frontier of Power. Hachette Book Group, 2019.