



**Documento sobre armonización de  
políticas legislativas  
en los sistemas penitenciarios de  
ARGENTINA, BRASIL y URUGUAY sobre  
VIH/SIDA**

**MARTÍN E. VÁZQUEZ ACUÑA**

## ÍNDICE

### Contenido

PRIMERA PARTE: INTRODUCCIÓN	4
ACLARACION	4
PREFACIO	6
A.- ESPACIO CARCELARIO y VIOLENCIA	6
B.- EL DERECHO A LA SALUD	8
B.1.- LA SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD	8
B.2 INDEPENDENCIA FUNCIONAL DEL PERSONAL DE SALUD	10
B.3 RELACION MEDICO-PACIENTE, CONSENTIMIENTO INFORMADO y CONFIDENCIALIDAD	11
B. 4. LA INVESTIGACION MEDICA	13
B.5 EL VIH y LA TUBERCULOSIS EN LAS CÁRCELES	13
B.6. MUJERES PRISIONIZADAS	17
B.7 NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES PRIVADOS DE SU LIBERTAD	22
B.8 DIVERSIDAD SEXUAL	26
C. PRESENTACIÓN	30
D. OBJETIVO	31
E. ACTIVIDADES	32
F. PRODUCTOS	32
G. METODOLOGIA DE TRABAJO	32
H. VISITAS	33
H.1. ARGENTINA	33
H.2. BRASIL	34
H.3. URUGUAY	35
A. MARCO	37
B. CARCELES Y SALUD. NORMATIVA CONSTITUCIONAL	38
B.1 HUMANIDAD DE LAS PENAS y DIGNIDAD DE LAS PERSONAS	38
B.2 IGUALDAD ANTE LA LEY	38
B.3 DERECHO A LA SALUD	39
C. CARCELES Y SALUD. CONVENCIONES INTERNACIONALES	41
C.1 MARCO NORMATIVO REFERENCIAL	48
C.2 OBSERVACIONES	50
C.3 RECOMENDACIONES	53
D. NORMATIVA SOBRE VIH/SIDA	55
D.1 OBSERVACIÓN	58
D.2 RECOMENDACIÓN	58
E. CARCELES, VIH Y EL DERECHO A LA SALUD. LEGISLACION DE EJECUCION PENAL	58
E.1 RESPONSABILIDAD DE BRINDAR ASISTENCIA MEDICA	58
E.2 ARRESTO DOMICILIARIO POR ENFERMEDAD	61
F. ORGANISMOS DE LOS CUALES DEPENDEN LAS UNIDADES PENITENCIARIAS	64
F.1 OBSERVACIONES	65
F.2 RECOMENDACIÓN	66
G. ORGANISMOS DE CONTROL	66
G.1 ORGANISMOS GUBERNAMENTALES DE CONTROL	66
G.2 CONTROL JUDICIAL	68
G.3 OBSERVACIONES	69

G.4 RECOMENDACIÓN	69
H. LA SALUD DE LA POBLACION PRIVADA DE LA LIBERTAD	69
H.1 ORGANISMOS ENCARGADOS DE LA ATENCION DE LA SALUD	69
H.2 INTERVENCIONES CONJUNTAS	75
H.3 PROTOCOLOS	80
I. PRINCIPIOS ETICOS MEDICOS	82
I.1 AUTONOMIA DE LA VOLUNTAD	82
I.2 CONFIDENCIALIDAD	86
I.3 HISTORIA CLINICA	87
J. SEXUALIDAD	90
J.1 SANCIONES	90
J.2 PRESERVATIVOS	92
J.3 VISITAS INTIMAS	93
K. SOBREPoblación	95
K.1 OBSERVACIONES	97
K.2 RECOMENDACIONES	98
CUADROS	99
ALGUNOS DATOS EPIDEMIOLOGICOS DEL VIH EN EL MEDIO LIBRE	100

# PRIMERA PARTE: INTRODUCCIÓN

## ACLARACION

Oportunamente fui convocado por los Jefes de los Programas de VIH/SIDA del MERCOSUR para indagar sobre los instrumentos legales vigentes en los respectivos países relacionados con la temática VIH/SIDA, cárceles y Derechos Humanos.

En tal inteligencia se consideró que el trabajo encomendado tenía como meta, respetando la soberanía de cada uno de los países, la armonización de las normativas vigentes en dichas materias.

La necesidad de armonizar las legislaciones está recogida en el artículo 1° del Tratado de Asunción que enuncia el *“compromiso de los Estados Partes de armonizar sus legislaciones en las áreas pertinentes, para lograr el fortalecimiento del proceso de integración”*, y ha sido ratificado por el Protocolo de Ouro Preto en cuanto establece en su art. 25 que *“la Comisión Parlamentaria Conjunta...coadyuvará en la armonización de legislaciones, tal como lo requiere el avance del proceso de integración”*, y en su art. 42 que *“las normas emanadas de los órganos del Mercosur previstos en el Artículo 2 de este Protocolo tendrán carácter obligatorio y cuando sea necesario deberán ser incorporadas a los ordenamientos jurídicos nacionales mediante los procedimientos previstos por la legislación de cada país”*.

En el proceso de integración en el que se encuentra embarcado el MERCOSUR la consideración de las distintas legislaciones resulta un imperativo, ya que de ellas surgen determinadas condiciones y características que directa o indirectamente van a incidir sobre las distintas relaciones que se generan entre los Estados-partes de este proceso integrador. Uno de los instrumentos para alcanzar la integración a nivel legal es la armonización legislativa que, como resulta sabido, no constituye un fin en sí misma, sino que es uno de los medios con los que a nivel jurídico se cuenta para atenuar las disparidades legislativas entre los Estados.

Este trabajo, que dicho sea de paso no se trataba de una mera recopilación de Convenciones y Tratados, leyes, decretos, resoluciones y otras normas jurídicas, tenía como objeto resaltar las incompatibilidades existentes entre los cuerpos normativos nacionales y las Convenciones y Tratados en materias de Derechos Humanos, apuntar la necesidad de acomodar las legislaciones al Bloque Convencional en la búsqueda que las personas privadas de su libertad

en el MERCOSUR tengan garantizado un piso mínimo y homogéneo en materia de garantías que hacen a su dignidad.

Ahora bien, al no poder recabar la información necesaria para realizar este documento de armonización legislativa, por razones ajenas a mi voluntad, ya que no se pudo hacer el relevamiento de dos de los integrantes del MERCOSUR (la República Bolivariana de Venezuela y la República del Paraguay), el mismo debe adecuarse a un estudio comparado de la legislaciones vigentes de la República Federativa de Brasil, la República Argentina y la República Oriental del Uruguay relacionadas con las materias ya indicadas y su impacto en el ámbito carcelarios.

Sin perjuicio de ello se espera que este trabajo resulte útil y que sirva de base para un documento consolidado que posibilite en un futuro limar las diferencias legislativas entre los países del MERCOSUR.

Martín Vázquez Acuña

Buenos Aires, 9 de noviembre de 2014.

## **PREFACIO**

La circunstancia que una persona esté privada de su libertad no implica la supresión de los derechos y garantías que hacen a la dignidad de las personas, la que se encuentra garantizada por los Pactos y Convenciones de Derechos Humanos. Esta circunstancia obliga a los Estados, como garantes, a promover los derechos de las personas en encierro, como el derecho a la vida, a la integridad física, a la dignidad, al acceso a la salud y a otros que hacen de soporte de estos derechos.

Toda intervención en cárceles debe tener en consideración el ámbito donde se realiza, principalmente las carencias de todo tipo que tienen estas instituciones y la violencia intramural.

De allí que los garantes de la prisiones deben promover acciones integrales, en las que se articule la política criminal, derechos humanos, políticas penitenciarias de inclusión, género, salud, laboral y justicia penal. De adverso cualquier intervención que tenga como eje únicamente lo sanitario estará destinada al fracaso, con todo lo que ello conlleva.

## **A.- ESPACIO CARCELARIO y VIOLENCIA**

En el espacio carcelario la violencia es estructural, constituye este ámbito un circuito donde la violencia se potencia, es un lugar que refleja la violencia que hay en nuestra sociedad y principalmente en el grupo poblacional seleccionado por el sistema penal.

Se tiende a visualizar la violencia en las cárceles sólo como la utilización de la fuerza física o mecánica contra una persona privada de su libertad, proviniendo de un miembro del servicio penitenciario o entre pares, con la consecuente producción de daños físicos o psíquicos a la víctima.

Sin embargo, el concepto de violencia supone además toda acción, omisión y/o situación estructural que afecte la dignidad de la personas privadas de su libertad, como por ejemplo una situación de hacinamiento, deficientes condiciones de vida y habitabilidad en la prisiones,

infraestructuras deficientes, obsoletas o inadecuadas, ausencia de respuestas asistenciales a las patologías que los internos padecen, una deficitaria política de inclusión, entre otros.

Está claro que el hacinamiento carcelario genera violencia y que es responsabilidad del Estado evitarla (Informe sobre el uso de la prisión preventiva en las Américas-CIDH 2014).

El hacinamiento impacta gravemente en la dignidad de las personas privadas de su libertad pues torna insalubre el espacio que les toca vivir, cercena o limita seriamente el acceso a los derechos más fundamentales, a la asistencia sanitaria, alimentación degustable y con las calorías necesarias para llevar una vida saludable. A su vez, imposibilita implementar una política penitenciaria racional en materia de inclusión pues solamente algunos pocos podrán hacer valer su derecho a acceder a una educación, a realizar tareas culturales y laborales y a practicar actividades deportivas. También el contacto familiar se ve limitado en atención a la falta de espacio para ello, tornándose las víctimas “íntimas” casi ilusorias, provocando que se lleven cabo en sitios inadecuados y sin poder adoptar los internos y sus parejas las medidas de prevención necesarias.

El hacinamiento básicamente es motivado por el uso excesivo de la prisión preventiva, el incremento de la penas que se viene impulsando por un política de “seguridad” y “mano dura” como una herramienta para disminuir el índice delictivo -lo que impide la excarcelación-, el mantenimiento en encierro a las personas condenadas por un período más prolongado, y esencialmente, por la selección del sistema criminal de una población económica y socialmente vulnerada que va en aumento conforme a la situación económica de la región.

Tanto la Comisión Interamericana de Derechos Humanos como la Corte Interamericana han reflejado, en sus dictámenes, el efecto adverso del hacinamiento en los derechos de los detenidos, como luego se analizará en detalle.

En este sentido se ha afirmado que las condiciones ilegales de hacinamiento y de vida en la prisión aumentaban las posibilidades de violencia (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, caso “Carandirú c/Brasil”). Por su parte, se sostuvo que *“en vez de ser rehabilitados en el instituto para una reinserción satisfactoria en la sociedad, los internos fueron sometidos a sufrimientos diarios y por lo tanto a un proceso negativo y vicioso, el cual en parte, explica el alto índice de reincidencia de los mismos”* (Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso “Instituto de Reeducción del Menor c/Paraguay”).

Asimismo, dicho Tribunal Interamericano señaló en el caso citado más arriba que *“quien sea detenido tiene derecho a vivir en condiciones de detención compatibles con su dignidad personal y el Estado debe garantizarle el derecho a la vida y a la integridad personal, y que es el Estado el que se encuentra en una posición especial de garante, toda vez que las autoridades penitenciarias ejercen un fuerte control o dominio sobre las personas que se encuentran sujetas a*

*su custodia. De este modo, se produce una relación e interacción especial de sujeción entre la persona privada de libertad y el Estado, caracterizada por la particular intensidad con que el Estado puede regular sus derechos y obligaciones y por las circunstancias propias del encierro, en donde al recluso se le impide satisfacer por cuenta propia una serie de necesidades básicas que son esenciales para el desarrollo de una vida digna”.*

## **B.- EL DERECHO A LA SALUD**

### **B.1.- LA SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD**

Las distintas encuestas e informes nos dan cuenta que uno de los principales reclamos de la población carcelaria resulta ser la ausencia o deficiente respuesta de una asistencia sanitaria integral por parte de los responsables.

Al respecto, el *“Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas”*, elaborado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en diciembre de 2011 establece que *“575...la CIDH recomienda:...Abordar el acceso a la salud en los centros de privación de libertad desde la base, como una cuestión de salud pública. Para ello se sugiere que se coordinen esfuerzos que promuevan las relaciones entre los distintos ministerios involucrados en la salud de personas privadas de libertad de manera que se establezcan prioridades comunes encaminadas a proteger y promover el acceso a la salud por parte de todas las personas que se encuentran privadas de libertad”.*

Por su parte en el informe sobre la Argentina elaborado por el Subcomité para la Prevención de la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, con motivo de la visita realizada entre el 18 y el 27 de abril de 2012, se señala que *“48. En el SPT se observó con preocupación la insuficiencia de los servicios médicos en los servicios penitenciarios federal y provincial...”* En la visita al Brasil entre el 19 y el 30 de septiembre de 2011 se informó que *“36. El Subcomité considera que la situación de la asistencia sanitaria en la mayoría de los centros visitados es sumamente preocupante. Entre los motivos generales de preocupación figuran la falta de recursos financieros, materiales y humanos y la subordinación de los servicios sanitarios a los servicios de seguridad”.* Por su parte, en la visita a Uruguay entre el 4 y el 8 de julio de 2011 la Relatoría sobre los Derechos de las Personas Privadas de la Libertad de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sostuvo que *“25. En su visita al COMCAR el Relator*

*constató que las condiciones edilicias, sanitarias y de higiene de los módulos 1, 2 y 4 son absolutamente inadecuadas”*

El derecho a la salud en las unidades carcelarias constituye, como contrapartida, la obligación del Estado no sólo de proteger la ausencia de enfermedad sino que debe tender al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Ello conlleva, en un espacio de encierro, que la persona privada de su libertad tiene derecho a la salud al igual que el resto de la comunidad (principio de equivalencia e integración).

El hecho que una persona se encuentre presa no le quita su calidad de paciente. Al respecto, cabe tener en cuenta que la Observación General nº 14 adoptada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el 22º período de sesiones (2000) estableció que *“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...”*

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 deben ser suministrados sin cargo (Corte Interamericana de Derechos Humanos: Medidas Cautelares en el caso de las “Penitenciarias de Mendoza”, aún vigentes; caso “García Asto y Ramírez Rojas c/ Perú”).

Asimismo, la persona privada de su libertad podrá requerir, a su exclusivo cargo, la atención de profesionales privados y la autoridad penitenciaria deberá dar curso al pedido, excepto que por razones debidamente fundadas aconseje limitar este derecho; toda divergencia será resuelta por el juez de ejecución o juez competente.

Por lo tanto, la persona privada de la libertad tiene derecho a:

- a) ser atendido extramuros en alguna institución pública y/o privada (a su cargo, o de la obra social y/o empresa prepaga si tuviera cobertura);
- b) ser asistido por profesionales especializados en la materia en el propio espacio carcelario (a su cargo, o de la obra social y/o prepaga o gratuitamente según sea el caso) y
- c) gratuitamente en una institución privada a cargo del Estado cuando los servicios penitenciarios no pudieran asistirlo, ni tampoco los dispositivos públicos de atención de la comunidad.

Finalmente, no puede dejar de señalarse que los profesionales médicos tienen la obligación, además de atender a los pacientes, de realizar inspecciones y formular asesoramiento al director del establecimiento carcelario respecto a:

- a) la cantidad y preparación y distribución de los alimentos;
- b) la higiene de los establecimientos y reclusos;
- c) las condiciones sanitarias, la calefacción, el alumbrado y la ventilación del establecimiento;
- d) la calidad y el aseo de las ropas y las camas de los reclusos;
- e) la observancia de la reglamentación relacionada con la práctica de la educación física y deportiva cuando ésta sea realizada por personal no especializado (Regla 26 de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos).

## **B.2 INDEPENDENCIA FUNCIONAL DEL PERSONAL DE SALUD**

En las cárceles el personal asistencial tiene la obligación ético-jurídica no sólo de garantizar el acceso a la salud, sino también de proteger la dignidad y la integridad física de las personas privadas de su libertad.

Por ello, existe la necesidad de reforzar la independencia funcional del personal asistencial, teniendo en consideración que los servicios penitenciarios, según sus cartas orgánicas, son fuerzas de seguridad, es decir, cuentan con un perfil militarizado que tienen como objetivo prioritario la custodia y “rehabilitación” de los detenidos.

En el espacio carcelario se originan múltiples cuestiones éticas en lo que concierne a la actividad asistencial. El personal sanitario de una prisión puede entrar a menudo en conflicto con las consideraciones de la dirección y seguridad de la prisión. Ello puede dar lugar a difíciles cuestiones y decisiones éticas. Con el fin de garantizar su independencia en los asuntos de asistencia sanitaria se considera importante que dicho personal sea alineado tan estrechamente como sea posible con el servicio de asistencia sanitaria de la comunidad en general.

Cualquiera sea el puesto bajo el cual el médico lleva a cabo su actividad, sus decisiones clínicas deben adoptarse tan sólo con criterios médicos y no de seguridad. Por ejemplo, en lo que se refiere a los traslados a los dispositivos asistenciales en la comunidad, el director de la unidad penitenciaria puede impedir o demorar la derivación de un detenido argumentando razones de seguridad, cuando debe prevalecer el derecho a la integridad física y psíquica.

Cuando la ética y la ley están en contradicción pueden plantearse situaciones conflictivas. Pueden darse circunstancias en las que el deber ético obligue al profesional de la salud a no obedecer a una determinada ley, como por ejemplo, una obligación legal de revelar información médica confidencial acerca de un paciente. En esos casos, el profesional de la salud deberá negarse a cumplir una ley o un reglamento si ello implica exponer a sus pacientes a un grave peligro (Protocolo de Estambul).

Se advierte una incompatibilidad ética cuando el profesional que asiste a la persona privada de su libertad, integra a su vez los gabinetes criminológicos. Se afirma ello por cuanto el paciente se entrega en cuerpo y alma al profesional, tomando conociendo éste último de una serie de datos personales, en el marco de esta relación, que en modo alguno pueden ser conocidos por otros funcionarios penitenciarios.

Los profesionales de la salud tienen una doble obligación: a) una obligación principal ante su paciente, la de promover los mejores intereses de esa persona, y b) una obligación general ante la sociedad, la de prevenir violaciones de los derechos humanos. Ello conlleva a que efectivamente estén obligados a denunciar las torturas o tratos inhumanos a los que pueden verse sometidas las personas privadas de su libertad, debiendo contar con su consentimiento, y además balancear ambos valores (Protocolo de Estambul).

### **B.3 RELACION MEDICO-PACIENTE, CONSENTIMIENTO INFORMADO y CONFIDENCIALIDAD**

#### **B.3.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Las personas privadas de su libertad, al igual que cualquier otro paciente, tienen derecho a informarse, a decidir si van a someterse a un tratamiento o rechazarlo (principio de autonomía), a que se garantice la confidencialidad del acto asistencial y a que se respete su intimidad.

La libertad de consentimiento y el respeto a la confidencialidad son derechos fundamentales del individuo, también son esenciales para el ambiente de confianza que es parte necesaria de la relación entre el médico y el paciente, concretamente en las prisiones, en las que un preso generalmente no puede elegir libremente a su médico.

Todo tratamiento deberá contar con la autorización del paciente. Salvo que mediare grave peligro para la salud de la población carcelaria o se presente una situación de emergencia con grave peligro para la salud o vida del paciente y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de su representante.

En algunas legislaciones se requiere la autorización del juez competente para que la persona privada de su libertad sea sometida a una intervención quirúrgica de gravedad o cuando pudiera estar en peligro su integridad física.

Como se podrá advertir, en el último supuesto se vulnera el principio de autonomía, pues no se advierte porqué el juez competente debe dar su venia para que una persona asuma

someterse a una operación quirúrgica, aunque corra riesgo su vida pues, no se trata de una persona incapaz, en cuyo caso deberá el representante legal o el familiar suplir su consentimiento.

### **B.3.2 DERECHO A LA INTIMIDAD Y A LA CONFIDENCIALIDAD**

Asimismo, debe asegurarse la intimidad de las personas privadas de su libertad durante la asistencia profesional. Todos los exámenes médicos de los presos deberán llevarse a cabo fuera de la vista de los funcionarios de la prisión, además los presos deberán ser examinados en forma individual y no en grupos.

El secreto médico deberá ser observado en las prisiones de la misma forma que en la comunidad. Los profesionales que asisten a un paciente tienen la obligación de guardar la debida reserva de los datos obtenidos en el curso de la entrevista médica y/o asentados en la historia clínica.

### **B.3.3 HISTORIAS CLINICAS**

El médico es responsable de la custodia de las historias clínicas. La obligación de confidencialidad es vulnerada cuando se dispone que una copia de la historia clínica deba integrar la historia criminológica.

La historia clínica le pertenece al detenido y no al médico ni al servicio penitenciario (Principio 26 del Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión) y por lo tanto tiene libre acceso a dicho registro.

En la historia clínica quedará asentado:

- 1) la fecha de inicio de su confección;
- 2) datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
- 3) datos identificatorios del personal interviniente y su especialidad;
- 4) registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;
- 5) antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;
- 6) todo acto médico realizado o indicado sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda la actividad inherente (integridad y unicidad).

Toda esta información solamente puede ser revelada a terceros con autorización del paciente y/o representante legal.

## **B. 4. LA INVESTIGACION MÉDICA**

La investigación médica debe estar sujeta a normas éticas que sirvan para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones como la reclusa en prisiones son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas.

Ninguna persona detenida será sometida, ni siquiera con su consentimiento, a experimentos médicos o científicos que puedan ser perjudiciales para su salud (Principio 22 del Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión).

En virtud del principio ético de respeto de la autonomía de la voluntad, está prohibido someter a los internos a investigaciones o tratamientos médicos o científicos de carácter experimental y sólo se autoriza mediando solicitud del interno, en enfermedades incurables y siempre que las investigaciones o tratamientos experimentales sean avalados por la autoridad sanitaria correspondiente y se oriente a lograr una mejora en su salud.

## **B.5 EL VIH y LA TUBERCULOSIS EN LAS CÁRCELES**

### **B.5.1 APROXIMACIÓN A LA TEMÁTICA**

Existe relativamente poca información sobre la prevalencia de VIH/SIDA en las poblaciones que se encuentran en las prisiones debido a que los análisis para detectar el virus no se llevan a cabo en forma periódica y protocolizada. A partir de la información disponible se observa que los reclusos de la región presentan una prevalencia de VIH/SIDA considerablemente más elevada que en el resto de la población.

Desafortunadamente, es igualmente cierto que los programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo asociados al VIH/SIDA no se encuentran en un nivel de desarrollo y ejecución adecuados para responder al problema del VIH/SIDA en las cárceles.

En su 52º período de sesiones, en virtud de la resolución 1996/43 del 19 de abril de 1996, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos pidió al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, entre otra cosas, que continuara sus esfuerzos, en

colaboración con ONUSIDA, las organizaciones no-gubernamentales y grupos de personas viviendo con VIH o enfermos de SIDA, a fin de elaborar directrices para la promoción y protección del respeto de los derechos humanos.

La Sexta Directriz revisada ofrece orientación política pertinente y actualizada basada en el estado actual de la legislación internacional. Se apoya en las siguientes premisas básicas:

- \* El acceso al tratamiento relacionado con el VIH/SIDA es fundamental para hacer efectivo el derecho a la salud;
- \* La prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo son una secuencia continua;
- \* El acceso a la medicación es un elemento del tratamiento, la atención y el apoyo integrales;
- \* La garantía del acceso sostenible a la medicación exige la acción de múltiples frentes;

Existen determinadas variables imprescindibles para que en la práctica las acciones que se lleven a cabo sean efectivas. Las mismas deben tener en cuenta aspectos múltiples como:

- a. Violencia institucional.
- b. Responsabilidad asistencial.
- c. Sobrepoblación.
- d. Determinantes de la salud: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y sistemas de asistencia.
- e. Procesos inherentes a la prisionización.
- f. Estructuras edilicias de las prisiones.
- g. Logística.
- h. Educación.
- i. Mecanismos de control.
- j. Alimentación.

### **B.5.2 ESTRUCTURAS EDILICIAS DE LAS PRISIONES**

Un tema a tener en cuenta en relación a la accesibilidad a los servicios de salud intramuros es la estructura edilicia. Cuánto más rejas existan entre la celda y el servicio de sanidad, más posibilidad de inaccesibilidad existirá, en la mayor parte de los casos, para la persona privada de la libertad.

No sólo el desconocimiento de las patologías por parte del personal penitenciario conlleva que el mismo funcione como obstáculo, sino también la falta de recursos humanos. La estructura edilicia en forma de panóptico con pisos imposibilita en la mayor parte de las veces mucho más que las estructuras horizontales, por poseer menor cantidad de sitios enrejados por donde atravesar para ser atendido.

### **B.5.3 SOBREPoblación**

Más allá de lo mencionado anteriormente respecto de las consecuencias del hacinamiento, debemos destacar aquí que la sobrepoblación no sólo actúa como determinante para la falta de atención médica, debido a las muchas veces escaso personal médico, sino también para el traslado hacia los espacios sanitarios.

Es importante destacar que influye considerablemente la falta de medidas de bioseguridad en ambientes sobrepoblados, coadyuvando a la propagación de, por ejemplo, la tuberculosis, al no poseer ventilación, ni espacio necesario entre una persona y otra. Sumado a esto, también repercute en la imposibilidad de realizar un tratamiento directamente observado o el sostenimiento de la adherencia al tratamiento antirretroviral por falta de medicación.

### **B.5.4 LOGÍSTICA**

Tanto la logística de distribución de insumos de prevención, como de medicación, sumado a la falta de notificación obligatoria, produce también la falta de adherencia a los tratamientos de estas patologías.

En el marco de los procesos asegurativos, en muchos casos no es permitido que las personas privadas de la libertad sean trasladadas con su medicación para un mes de tratamiento.

Los servicios penitenciarios que centralizan la medicación y los insumos de prevención en un depósito y desde ahí lo distribuyen a las unidades, en muchos casos poseen fallas que producen que dicha medicación no llegue en tiempo y forma a manos de quienes deben tomarla.

En casos de Estados o Provincias que cuenten con diversas unidades penitenciarias distanciadas entre sí y con escasos recursos humanos, la misma no llega a ser distribuida por falta de móviles, utilización de los mismos para otros motivos, etc.

### **B.5.5 EDUCACIÓN**

La educación es un pilar fundamental en los contextos de encierro, tanto en actualizaciones para los profesionales, en prevención para el personal de seguridad, como en consejería para los internos.

Es imprescindible la consejería pre y post test y la toma de conciencia cuando se realizan los exámenes de vih, como así también las charlas a la hora de comenzar un tratamiento que durará toda la vida.

En este sentido, es importante que las áreas de sanidad y educación participen en estos procesos articuladamente para fortalecerse gestionando conjuntamente, no sólo para brindar la información necesaria, sino para disminuir el estigma y la discriminación dentro de los espacios comunes de las personas privadas de la libertad.

#### **B.5.6 MECANISMOS DE CONTROL**

Es sabido que en algunas unidades penitenciarias, el aislamiento, los traslados y la prohibición de salir de sus celdas, son utilizados como mecanismos de control, sin la supervisión de los profesionales de la salud. Esto en muchos casos produce que no sólo estén privados del derecho a la libre circulación, sino del derecho básico a la salud.

Teniendo en cuenta que la prevalencia tanto de VIH/SIDA como de tuberculosis es mayor en los contextos de encierro que en el medio libre, es importante tener en cuenta todos los factores que hacen a la accesibilidad de las personas detenidas a la información, a los insumos de prevención y al tratamiento, por el alto grado de vulnerabilidad de esta población, con mayor presencia y organización que en el medio libre, dado que las personas no poseen la libertad de elección de una mejor atención.

#### **B.5.7 CONTROL DE LA PROPAGACIÓN CONTRA LA TUBERCULOSIS EN CONTEXTOS DE ENCIERRO**

La Organización Panamericana de la Salud, en referencia a la propagación de la Tuberculosis en contextos de encierro, ha elaborado una guía para el control de la misma, cuyas metas 2006-2015 proponen las siguientes acciones:

- Detección de casos mediante pruebas bacteriológicas con garantía de calidad.
- Tratamiento estándar, con supervisión y apoyo al paciente.
- Sistema eficaz de suministro y gestión de los medicamentos.
- Sistema de vigilancia y evaluación, y medición del impacto.
- Hacer frente a la TB/VIH, la TB-MDR y otros retos a través de actividades de colaboración contra la coinfección TB/VIH, que incluyan prevención y control de la TB-MDR, así como actividades dirigidas a personas privadas de libertad, refugiados y otros grupos en situaciones de alto riesgo.
- Contribuir a fortalecer los sistemas de salud.

- Colaborar con otros programas de atención de salud y servicios generales; fortalecer la capacidad de respuesta para lograr ofertar una atención más equitativa.
- Atención Integrada de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (AITER o PAL, por sus siglas en inglés) que busca brindar atención temprana a pacientes con síntomas respiratorios, afectados o no con TB; movilizar los recursos humanos y financieros necesarios para la ejecución y la evaluación de impacto, y compartir y aplicar los logros en materia de control de la tuberculosis.
- Involucrar a todos los proveedores de salud ya sean públicos, no gubernamentales o privados, introducir actividades de colaboración entre todos los sectores a través de las alianzas público—público o público—privado para asegurar el cumplimiento de los estándares internacionales de atención a la tuberculosis y enfatizar en los proveedores de los grupos de población más pobres y vulnerables.
- Empoderar a los afectados con tuberculosis y a las comunidades.
- Aumentar la participación de los afectados y de la comunidad en la atención de la tuberculosis; posicionarla en la agenda pública y política a través de acciones de abogacía; y generar demanda de atención de calidad con acciones de comunicación y movilización social.
- Hacer posible y promover la investigación.
- Promover la investigación operativa en los programas nacionales de TB para mejorar su desempeño, y también a nivel mundial para elaborar medicamentos, vacunas y medios de diagnósticos nuevos.

## **B.6. MUJERES PRISIONIZADAS**

La población femenina ha aumentado en forma exponencial en los últimos tiempos debido principalmente a su intervención en la cadena de narcotráfico, como “mulitas”. A su vez, provienen de sectores socio-económicamente deprimidos, lo que las hace visibles a la selección del sistema de control penal.

Los sistemas penitenciarios (tanto desde el aspecto normativo como en lo referido a su organización) no se encuentran preparados para albergar el género femenino y a sus hijos pues la cárcel tradicionalmente reviste el perfil de “hombre” y tanto su infraestructura como su personal de custodia y sanitario resultan inidóneos para dar una respuesta integral a las demandas de las reclusas.

Las mujeres representan en promedio el 6.5% de las personas privadas de su libertad. Este bajo porcentaje trae como consecuencia la invisibilidad de su problemática en el

funcionamiento de los sistemas penitenciarios, los que tienden a organizarse sobre la base de las necesidades de los reclusos varones.

Asimismo, cabe hacer notar que la discriminación que existe extramuros se reproduce y se acentúa al interior de las prisiones, lo que constituyen un modelo de encierro androcéntrico. Así tenemos por ejemplo que a las mujeres se les sigue impartiendo cursos y enseñanzas que la tradición ha entendido propios de su género, los que no confieren independencia ni posibilidades de real inserción laboral (corte y confección, bordado, cocina, manualidades etc.).

Particular atención merecen:

a) Las lesbianas: Estas mujeres son discriminadas y marginadas en los centros de detención y en la mayoría de los países no tienen derecho a la visita íntima. A propósito de este punto cabe recordar que la Comisión Interamericana de Derechos Humanos declaró admisible un caso del derecho de una presa a tener una visita íntima con su compañera (caso 11656, CIDH c/ Colombia).

b) Las extranjeras: Estas mujeres tienen demandas especiales derivadas de la falta de contacto con su pareja, sus hijos y sus familias. Además, su idioma dificulta la sociabilización con el personal de custodia y asistencial y con sus pares.

Teniendo en consideración las necesidades especiales de las mujeres y sus hijos que se encuentran privadas de libertad, se dictaron el 21 de diciembre de 2010 las “Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes” (Reglas de Bangkok), que vinieron a completar el paraguas normativo vigente en materia penitenciaria y previeron lo siguiente:

**a. Reconocimiento Médico**

El reconocimiento médico de la reclusa comprenderá un examen exhaustivo a fin de determinar sus necesidades básicas de atención de salud, así como determinar:

- a) La presencia de enfermedades de transmisión sexual o de transmisión sanguínea y, en función de los factores de riesgo, se podrá ofrecer también a las reclusas que se sometan a la prueba del VIH, impartándose orientación previa y posterior;
- b) Las necesidades de atención de salud mental, incluidos el trastorno postraumático del estrés y el riesgo de suicidio o de lesiones autoinfligidas;
- c) El historial de salud reproductiva de la reclusa, incluidos un posible embarazo en curso y los embarazos anteriores, los partos y todos los aspectos conexos;
- d) La presencia de problemas de toxicomanía; e) Abuso sexual y otras formas de violencia que se hayan sufrido antes del ingreso.(reglas 6)

**b. Abuso sexual**

En caso de determinarse que la reclusa ha sufrido abuso sexual u otra forma de violencia antes de su reclusión o durante ella, se le informará de su derecho a recurrir ante las autoridades judiciales. Se le informará exhaustivamente de los procedimientos correspondientes y sus etapas. Si la reclusa decide entablar acciones judiciales, se notificará de ello al personal correspondiente y se remitirá de inmediato el caso a la autoridad competente para que lo investigue. Las autoridades penitenciarias ayudarán a la mujer a obtener asistencia jurídica. Decida o no la mujer entablar acciones judiciales, las autoridades penitenciarias se esforzarán por brindarle acceso inmediato a apoyo psicológico u orientación especializados. Se elaborarán medidas concretas para evitar todo tipo de represalias contra quien prepare los informes correspondientes o entable acciones judiciales.(regla 7)

**c. Secreto profesional y confidencialidad**

En todo momento se respetará el derecho de las reclusas a la confidencialidad de su historial médico, incluido expresamente el derecho a que no se divulgue información a ese respecto y a no someterse a reconocimiento en relación con su historial de salud reproductiva (regla 8)

**d. Reconocimiento y atención de los niños que acompañan a sus madres**

Si la reclusa está acompañada por un niño, se deberá someter también a este a reconocimiento médico, que realizará de preferencia un pediatra, a fin de determinar sus necesidades médicas y el tratamiento, si procede. Se brindará atención médica adecuada, y como mínimo equivalente a la que se presta en la comunidad (regla 9)

**e. Atención de salud orientada expresamente a la mujer.**

Se brindarán a las reclusas servicios de atención de salud orientados expresamente a la mujer y como mínimo equivalentes a los que se prestan en la comunidad.

Si una reclusa pide que la examine o la trate una médica o enfermera, se accederá a esa petición en la medida de lo posible, excepto en las situaciones que requieran intervención médica urgente. Si pese a lo solicitado por la reclusa, el reconocimiento es realizado por un médico, deberá estar presente un miembro del personal penitenciario femenino (regla 10)

**f. Derecho a la dignidad e intimidad**

1. Durante el reconocimiento médico deberá estar presente únicamente personal médico, a menos que el doctor considere que existen circunstancias extraordinarias o que pida la presencia de un miembro del personal penitenciario por razones de seguridad, o si la reclusa solicita expresamente esa presencia, como se indica en la regla 10, párrafo 2, supra.

2. Si durante el reconocimiento médico se requiere la presencia de personal penitenciario no médico, dicho personal deberá ser femenino, y el reconocimiento se realizará de manera tal

que se proteja la intimidad y la dignidad de la reclusa y se mantenga la confidencialidad del procedimiento (regla 11)

**g. Atención de salud mental**

Se pondrán a disposición de las reclusas con necesidades de atención de salud mental, en prisión o en un entorno no carcelario, programas amplios de atención de salud y rehabilitación individualizados, que tengan en consideración las cuestiones de género y estén habilitados para el tratamiento de los traumas (regla12)

Se deberá sensibilizar al personal penitenciario sobre los posibles momentos de especial angustia para las mujeres, a fin de que pueda reaccionar correctamente ante su situación y prestarles el apoyo correspondiente (regla 13)

**h. Prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH**

Al preparar respuestas ante el VIH/SIDA en las instituciones penitenciarias, los programas y servicios deberán orientarse a las necesidades propias de las mujeres, incluida la prevención de la transmisión de madre a hijo. En ese contexto, las autoridades penitenciarias deberán alentar y apoyar la elaboración de iniciativas sobre la prevención, el tratamiento y la atención del VIH, como la educación por homólogos (regla 14).

**i. Programas de tratamiento del uso indebido de drogas**

Los servicios penitenciarios de salud deberán suministrar o facilitar programas de tratamiento especializado del uso indebido de drogas para las mujeres, teniendo en cuenta su posible victimización anterior, las necesidades especiales de las mujeres embarazadas y las mujeres con niños y la diversidad de sus tradiciones culturales (regla 15)

**j. Prevención del suicidio y las lesiones autoinfligidas**

La elaboración y aplicación de estrategias, en consulta con los servicios de atención de salud mental y de asistencia social, para prevenir el suicidio y las lesiones autoinfligidas entre las reclusas y la prestación de apoyo adecuado, especializado y centrado en sus necesidades a las mujeres en situación de riesgo deberán formar parte de una política amplia de atención de salud mental en los centros de reclusión para mujeres (regla16)

**k. Servicios de atención preventiva de salud**

Las reclusas recibirán educación e información sobre las medidas de atención preventiva de salud, inclusive en relación con el VIH y las enfermedades de transmisión sexual y de transmisión sanguínea, así como sobre los problemas de salud propios de la mujer (regla 17)

**l. Principio de universalidad y equivalencia**

Las reclusas tendrán el mismo acceso que las mujeres de su edad no privadas de libertad a intervenciones de atención preventiva de la salud, pertinentes a su género, como pruebas de

Papanicolau y exámenes para la detección de cáncer de mama y otros tipos de cáncer que afecten a la mujer (regla 18)

#### **m. El día después**

Tras su puesta en libertad, se prestará apoyo suplementario a las mujeres que requieran ayuda psicológica, médica, jurídica y práctica, en cooperación con los servicios comunitarios, a fin de asegurar que su reinserción social tenga éxito (regla 47)

#### **n. Reclusas embarazadas, lactantes y con hijos en la cárcel**

1. Las reclusas embarazadas o lactantes recibirán asesoramiento sobre su salud y dieta en el marco de un programa que elaborará y supervisará un profesional de la salud. Se suministrará gratuitamente a las embarazadas, los bebés, los niños y las madres lactantes alimentación suficiente y puntual, en un entorno sano en que exista la posibilidad de realizar ejercicios físicos habituales.

2. No se impedirá que las reclusas amamenten a sus hijos, a menos que existan razones sanitarias concretas para ello.

3. En los programas de tratamiento se tendrán en cuenta las necesidades médicas y de alimentación de las reclusas que hayan dado a luz recientemente y cuyos bebés no se encuentren con ellas en la prisión (regla 48)

#### **ñ. La permanencia de los niños en la cárcel.**

1. Toda decisión de permitir que los niños permanezcan con sus madres en la cárcel se basará en el interés superior del niño. Los niños que se encuentren en la cárcel con sus madres nunca serán tratados como reclusos (regla 49)

Se brindará a las reclusas cuyos hijos se encuentren con ellas el máximo de posibilidades de dedicar su tiempo a ellos (reglas 50)

Los niños que vivan con sus madres en la cárcel dispondrán de servicios permanentes de atención de salud, y su desarrollo será supervisado por especialistas, en colaboración con los servicios de salud de la comunidad.

2. En la medida de lo posible, el entorno previsto para la crianza de esos niños será el mismo que el de los niños que no viven en centros penitenciarios (regla 51)

#### **o. La separación y los intereses superiores de los niños**

1. Las decisiones respecto del momento en que se debe separar a un hijo de su madre se adoptarán en función del caso y teniendo presente el interés superior del niño con arreglo a la legislación nacional pertinente.

2. Toda decisión de retirar al niño de la prisión debe adoptarse con delicadeza, únicamente tras comprobarse que se han adoptado disposiciones alternativas para su cuidado y, en el caso de las reclusas extranjeras, en consulta con los funcionarios consulares.

3. En caso de que se separe a los niños de sus madres y sean puestos al cuidado de familiares o de otras personas u otros servicios para su cuidado, se brindará a las reclusas el máximo posible de posibilidades y servicios para reunirse con sus hijos, cuando ello redunde en el interés superior de estos y sin afectar el orden público (regla 52).

## **B.7 NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES PRIVADOS DE SU LIBERTAD**

### **B.7.1 DERECHOS Y GARANTÍAS**

Según se desprende del art. 11.b de las “Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad” se entiende por privación de libertad *“toda forma de detención o encarcelamiento, así como el internamiento en un establecimiento público o privado del que no se permite salir al menor por su propia voluntad, por orden de cualquier autoridad administrativa, u otra autoridad pública”*.

Cuando los privados de su libertad son niños, niñas y/o adolescentes, el Estado tiene una mayor responsabilidad de garantizar su seguridad y vida, debido a su especial condición de vulnerabilidad y a las necesidades especiales de esta franja de la población.

Ahora bien, la medida privativa de libertad debe ser aplicada como último recurso, por el período mínimo necesario y solamente en casos excepcionales (art. 19.1 de las “Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores”, conocidas como “Reglas desde Beijing”).

Una vez determinada la aplicación de la medida privativa de libertad, ésta debe ajustarse a los parámetros establecidos en la legislación interna. En este sentido, son aplicables tanto los preceptos que derivan de las respectivas constituciones nacionales, como así también de todos los instrumentos internacionales.

Es decir, la privación de la libertad debe efectuarse en condiciones y circunstancias que garanticen el respeto de los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes. En relación al tema bajo análisis, cabe destacar particularmente la obligatoriedad de garantizar el derecho a la vida, a la salud, a la educación, a expresar su opinión y que la misma sea tenida en cuenta, a estar informado y a la no discriminación.

Por su parte la “Convención Iberoamericana de derechos de los Jóvenes (2005), de aplicación a los jóvenes comprendidos entre los 15 y los 24 años de edad que residan en Iberoamérica, y sin perjuicio de lo dispuesto en la “Convención Internacional sobre los Derechos del Niño”, prevé en su art.25.

1) Los Estados Partes reconocen el derecho de los jóvenes a una salud integral y de calidad.

2) Este derecho incluye la atención primaria gratuita, la educación preventiva, la nutrición, la atención y cuidado especializado de la salud juvenil, la promoción de la salud sexual y reproductiva, la investigación de los problemas de salud que se presentan en la edad juvenil, la información y prevención contra el alcoholismo, el tabaquismo y el uso indebido de drogas.

3) Tienen igualmente derecho a la confidencialidad y al respeto personal de los de los servicios de salud, en particular, en lo relativo a su salud sexual y reproductiva.

4) Los Estados partes velarán por la plena efectividad de este derecho adoptando y aplicando políticas y programas de salud integral, específicamente orientados a la prevención de enfermedades, promoción de la salud y estilos de vida saludables entre los jóvenes. Se potenciarán las políticas de erradicación del tráfico y consumo de drogas nocivas para la salud.

### **B.7.2 DERECHO A LA SALUD DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES PRIVADOS DE SU LIBERTAD**

Además de los derechos antes referidos, para todos los niños/as en general, existen disposiciones específicas en función del derecho a la salud en menores privados de su libertad:

- Los menores de edad confinados en establecimientos penitenciarios recibirán los cuidados, la protección y toda la asistencia necesaria —social, educacional, profesional, médica y física- que puedan requerir debido a su edad, sexo y personalidad y en interés de su desarrollo sano (“Reglas de Beijing”, art. 26.2).

- Deben recibir atención médica adecuada, tanto preventiva como correctiva. En lo posible, la atención médica deberá prestarse por conducto de los servicios e instalaciones sanitarios apropiados de la comunidad en que esté situado el centro de detención, a fin de evitar que se estigmatice al menor y de promover su dignidad personal y su integración en la comunidad (Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad, art. 49).

- Todo centro de detención de personas menores de edad deberá tener acceso inmediato a instalaciones y servicios médicos adecuados que guarden relación con el número y las necesidades de sus residentes, así como personal capacitado en atención sanitaria preventiva y en tratamiento de urgencias médicas (Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad, art. 51).

- Estos centros deben organizar programas de prevención del uso indebido de drogas y de rehabilitación administrados por personal calificado. Estos programas deberán adaptarse a la edad, al sexo y otras circunstancias de los sujetos interesados, deberán ofrecerse servicios de desintoxicación dotados de personal calificado (Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad, art. 54).

- Sólo se admite la administración de medicamentos para un tratamiento necesario o por razones médicas y, cuando se pueda, después de obtener el consentimiento del menor debidamente informado. En particular, no se deben administrar para obtener información o confesión, ni como sanción o medio de reprimir al individuo (Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad, art. 55).

### **B.7.3 LA PROBLEMÁTICA DEL VIH/SIDA**

La epidemia afecta la vida cotidiana de los menores de edad y agudiza la victimización y la marginación de los niños, en particular de los que viven en circunstancias especialmente difíciles. Esta situación convoca e impone el deber de todos los Estados a ocuparse, y ha merecido la preocupación del Comité de los Derechos Niño, el cual en el año 2003 ha dictado la Observación General N°3 "El VIH/SIDA y los derechos del Niño".

Allí estableció que:

- Los derechos de los niños, niñas y adolescentes deben ser protegidos independientemente de *"la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición"*. Esto debe incluir la condición de seropositivo.

- El derecho a expresar sus opiniones y a que las mismas sean tomadas en cuenta, se encuentra reconocido en el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño, en cualquier asunto que puede afectarlo, teniendo en consideración su edad y madurez.

El principio de la participación se aplica también al test del VIH/SIDA. Tienen el derecho a recibir la información necesaria y, en la medida de su capacidad (autonomía), decidir sobre su necesidad. En este punto debe considerarse que las legislaciones nacionales sobre VIH/SIDA no contemplan una edad mínima a partir de la cual una persona puede efectivamente solicitar y acceder a la prueba de detección de manera autónoma, sin necesidad de contar con la autorización de un tercero para la realización de la práctica. De ahí que se reitera que los profesionales de la salud deban evaluar la capacidad de autonomía de los niños, niñas y adolescentes.

La experiencia demuestra que son múltiples los obstáculos que impiden desarrollar una labor eficaz de prevención y atención en materia de VIH/SIDA. Negar la existencia de un problema, de prácticas y actitudes culturales, entre ellas los tabúes y el estigma, la pobreza y la actitud paternalista con los niños, no son más que algunos de los obstáculos con que tropieza la

decisión necesaria, por parte de las agencias estatales para la implementación de programas, máxime en lugares de encierro.

En este sentido, el Comité de los Derechos del Niño hace hincapié en que la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo son aspectos que se fortalecen entre sí y que son partes inseparables de toda acción eficaz contra el VIH/SIDA.

Los Estados deben garantizar la existencia y fácil acceso a los bienes, servicios e información adecuados para prevenir y tratar las ETS, incluido el VIH/SIDA. Con este fin, el Comité de los Derechos del Niño insta a los Estados Partes, signatarios de la Convención sobre los Derechos del Niño a:

a) elaborar programas de prevención efectiva, entre ellos medidas encaminadas a cambiar las actitudes culturales sobre las necesidades de los adolescentes en materia de concepción y de prevención de estas infecciones y abordar tabúes culturales y de otra índole que rodean la sexualidad de los adolescentes;

b) adoptar normas legislativas para luchar contra las prácticas que o bien aumentan el riesgo de infección de los adolescentes o contribuyen a la marginalización de los adolescentes que tienen ya una ETS, con inclusión del VIH;

c) adoptar medidas para eliminar todos los obstáculos que impiden el acceso de los adolescentes a la información y a las medidas preventivas, como los preservativos y la adopción de precauciones (Comité de los Derechos del Niño, Observación General n° 4, *“La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño”*, 2003).

El Comité también sostuvo que:

\* La vulnerabilidad de los niños al VIH/SIDA debida a factores políticos, económicos, sociales, culturales y de otra índole determina la probabilidad de que se vean privados de ayuda para hacer frente a los efectos del VIH/SIDA en sus familias y comunidades, estén expuestos al riesgo de infección, sean objeto de investigaciones inapropiadas o se vean privados del acceso al tratamiento, a la atención médica y la ayuda cuando se produce la infección.

\* La vulnerabilidad al VIH/SIDA es máxima para los niños que viven en campamentos de refugiados y de desplazados internos, los que cumplen penas privativas de libertad, y los reclusos en instituciones, así como para los que padecen una pobreza extrema o viven en situaciones de conflicto armado, los niños soldados, los niños explotados económica y sexualmente y los niños discapacitados, los migrantes, los pertenecientes a minorías, los indígenas y los niños de la calle. (Comité de los Derechos del Niño, Observación General n° 3).

## **B.8 DIVERSIDAD SEXUAL**

### **B.8.1 DEFINICIONES ÚTILES<sup>1</sup>**

#### **SEXO**

Características biológicas (genéticas, endócrinas y anatómicas) empleadas para agrupar a los seres humanos como miembros ya sea de una población masculina o femenina. Si bien estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes, en la práctica son utilizados para establecer una diferenciación de los humanos dentro de un sistema binario polarizado.

Por lo general, se hace una distinción entre características sexuales primarias, es decir, los órganos reproductores de un individuo, y las características sexuales secundarias, es decir, otros rasgos físicos no genitales que diferencian a los machos de las hembras.

#### **SEXUALIDAD**

La sexualidad es un aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, funciones y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se vivencian o expresan siempre. La sexualidad recibe la influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, así como religiosos y espirituales (OMS, 2002).

#### **SEXO ASIGNADO AL NACIMIENTO (O SEXO NATAL)**

Por lo general, el sexo se asigna al nacer como hombre o mujer, basado en la apariencia de los genitales externos. Cuando los genitales externos son ambiguos, otros componentes del sexo (genitales internos, sexo cromosómico y hormonal) se consideran con el fin de asignar el

---

1

Las definiciones que siguen a continuación pertenecen al libro “Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo integral de personas trans y sus comunidades en América y el Caribe”.

sexo (Grumbach, Hughes y Conte, 2003; McLaughlin y Danahoe, 2004; Money y Ehrhardt, Vilain, 2000).

Para la mayor parte de las personas, la identidad y expresión de género son consistentes con su sexo asignado al nacer; para los individuos transexuales, transgénero, y con no conformidad de género, la identidad o la expresión de género es diferente del sexo asignado al nacer (Coleman, 2001, p 97).

### **ESTADOS O CONDICIONES DE INTERSEXO**

En ciertos contextos se les denomina también “Trastornos del desarrollo sexual” (TDS). Condiciones congénitas en las que el desarrollo del sexo cromosómico o anatómico es atípico. Algunas personas objetan intensamente la etiqueta “trastorno” y consideran estas condiciones como una cuestión de diversidad (Diamond, 2009), prefiriendo denominarlas con los términos intersexo o intersexualidad. (Coleman, 2001, p 95).

### **IDENTIDADES DE GÉNERO(S)**

La percepción de una persona de ser hombre, mujer, o alguna alternativa de género o combinación de géneros. La identidad de género de una persona puede o no corresponder con su sexo asignado al nacer.

### **EXPRESIONES DE GÉNERO(S)**

Maneras en que una persona comunica su identidad de género a través de su apariencia física (incluidos el atuendo, los estilos de cabello y el uso de cosméticos), los gestos, modos de hablar y patrones de comportamiento en la interacción con los demás.

### **PAPEL (TAMBIÉN LLAMADO ROL) DE GÉNERO**

Conjunto de normas sociales y de comportamiento, y las expectativas relacionadas con las diferentes categorías de identidades sexuales y de género en una determinada cultura y periodo histórico. El comportamiento de una persona puede ser diferente del rol de género tradicionalmente asociado con su sexo asignado al nacimiento o su identidad de género, así como trascender por completo del sistema de roles de género culturalmente establecido.

### **IDENTIDAD SEXUAL**

La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un

concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales.

Comprende las características físicas, la identidad de género, la expresión de género y la orientación sexual. La identidad sexual abarca una constelación de posibilidades, por ejemplo: mujer trans homosexual, hombre cis (es decir, no-trans) heterosexual, hombre trans heterosexual, etc.

### **ORIENTACIÓN SEXUAL**

La capacidad de una persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual, y de establecer relaciones íntimas y sexuales con individuos de un género diferente al propio (heterosexual), del mismo género (homosexual), con más de un género (bisexual), o con independencia del género (pansexual). La orientación sexual representa una característica personal que es independiente de la identidad y de la expresión de género. Por lo tanto, la identidad o expresión de género de una persona no permite hacer inferencias con respecto a la orientación sexual de la misma.

### **TRANS**

Adjetivo utilizado como un término general para referirse a personas cuya identidad y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con su sexo asignado al nacer.

### **TRANSGÉNERO (TRANSGÉNERA)**

Adjetivo para describir un grupo diverso de personas cuyas identidades de género difieren en diversos grados del sexo que se les asignó al nacer. El término a veces se contrasta con “transexual”. En este caso, “transgénero” se refiere a las personas que no han alterado o que no desean cambiar los caracteres sexuales primarios con que nacieron.

### **TRANSEXUAL**

Adjetivo (aplicado a menudo por la profesión médica) para describir a las personas que buscan cambiar o que han cambiado sus caracteres sexuales primarios y/o las características sexuales secundarias a través de intervenciones médicas (hormonas y/o cirugía) para feminizar o masculinizarse.

### **TRAVESTI**

En algunos países de Latinoamérica, es utilizado para referirse a las personas asignadas como hombres al nacer que no escatiman esfuerzos para feminizar su cuerpo y su apariencia, y prefieren utilizar pronombres femeninos, sin necesariamente considerarse como mujeres o desear cambiar sus caracteres sexuales primarios natales a través de una cirugía genital.

### **TRAVESTIDO O TRAVESTIDA**

Término usado para referirse a personas que usan prendas de ropa y que adoptan otras formas de expresiones de género culturalmente asociados con el otro sexo. La utilización de prendas asociadas con el otro sexo puede ser la etapa inicial de la transición, sin embargo, no todas las personas que se travisten viven con angustia y sufrimiento por causa de su sexo asignado al nacimiento. Muchas personas periódicamente utilizan ropa o adoptan expresiones de género asociadas con el otro sexo como parte de representaciones o espectáculos en tanto que su identidad de género corresponde con su sexo asignado al nacer.

### **B.8.2 CARACTERIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA**

Por muchos motivos, la epidemia del VIH-sida puso en evidencia que la sociedad en la que vivimos es infinitamente más compleja de lo que creemos en general. En las últimas décadas llegaron a los medios masivos de comunicación realidades y noticias que antes sólo eran conocidas por sectores particulares.

En el terreno específico de la salud, lidiar con esta infección obligó a un importante número de científicos sociales y del campo de la biomedicina a mejorar la comprensión sobre la sexualidad, como requisito indispensable para llevar adelante políticas, programas y prácticas preventivas y asistenciales que pudieran detener y/o responder a los efectos de la epidemia. En este contexto las personas travestis, transexuales y transgénero (trans) cobraron una nueva visibilidad.

El travestismo fue históricamente considerado un delito comprendido dentro de las denominadas desviaciones sexuales (con la homosexualidad y la pedofilia) y, por lo tanto, criminalizado. No se lo caracterizaba en forma específica y se lo confundía con la homosexualidad y el transexualismo, todas conductas definidas como antisociales, antinaturales y vinculadas al delito.

Hace más de treinta años (1974) que la homosexualidad dejó de ser considerada una patología en los estándares internacionales (DSM III y actual DSM IV).

"Pecado", "vicio", "delito", "perversión", "patología"; con estos estigmas a cuestas llega la trans hoy a la consulta. Desde el momento en que entra en la sala de espera es muy posible que las miradas se vuelvan hacia ella, incluidas las de los profesionales que la atiendan. La trans sabe

que despierta curiosidad, que sale de lo usual, que rompe con las reglas a las que la mayoría adscribe y esto la coloca en un lugar de mucha exposición.

El tema de diversidad sexual en los sistemas penitenciarios requiere una investigación profunda, por ser un área extremadamente compleja desde el punto de vista social como político, en relación directa con un enfoque de derechos humanos (de reconocimiento, goce y disfrute).

Además, muchos centros penitenciarios tienen una concepción netamente sanitaria y no de derechos humanos, como por ejemplo el manejo de problemas relacionados con derechos sexuales y reproductivos, todos los derechos relacionados con la sexualidad “no permitida”, referida ésta a las relaciones diferentes a las heterosexuales, no son considerados por las autoridades penitenciarias.

En algunos sistemas penitenciarios no se abordan situaciones propias de las masculinidades y feminidades hegemónicas, que dificultan la vida en las prisiones. Tampoco se trabaja con la población transgénero, homosexuales, hombres que tienen sexo con hombres, ni los trabajadores sexuales en la prisión.

Los derechos humanos de las personas que pertenecen a la diversidad sexual suelen ser violentados a lo largo de las diferentes etapas de sus vidas, en diferentes espacios y por diferentes instancias tanto públicas como privadas: el hogar, la escuela, el colegio, la comunidad, el trabajo, la iglesia, otros espacios de socialización y el Estado a través de sus instituciones, entre estas el Sistema de Administración de Justicia.

Es de trascendental importancia la debida incorporación del impacto y las dimensiones que adquiere la homofobia social en los centros de privación de libertad. Ésta, sin duda, debe condicionar y otorgar un carácter particular a los diferentes tipos de violencia por lo general ejercidas al interior de los mismos: la que ejerce el Sistema de Administración de Justicia; la ejercida por el personal penitenciario y la ejercida por las propias personas privadas de libertad entre sí.

Diversas denuncias realizadas por organizaciones no gubernamentales, así como por organismos internacionales de derechos humanos y medios de comunicación, indican que las personas que pertenecen a la diversidad sexual son sometidas frecuentemente a una serie de violaciones a sus derechos, que incluyen la violencia sexual, física y psicológica.

## **C. PRESENTACIÓN**

En el año 2010, el Comité de Coordinación de Salud del MERCOSUR define la necesidad de incluir la discusión sobre los temas de armonización de políticas sobre el tratamiento del VIH/SIDA en los sistemas penitenciarios de los países de los países integrantes.

Uno de los temas destacados por el Comité fue la importancia de tener una posición como un equipo regional de los países para estudiar la situación en relación a las ITS, el VIH/SIDA para los reclusos.

En diciembre de 2011, la Comisión Intergubernamental de Expertos sobre el VIH/SIDA del MERCOSUR (CIVIH) tras la decisión del Comité de Coordinación, celebró una reunión extraordinaria en Foz do Iguazu/Brasil, específicamente en el tema del VIH/SIDA en el Sistema Penitenciario.

Esta Reunión Extraordinaria de la CIVIH se estructuró como un taller en el que los países identificaron temas de los proyectos de integración regional a partir de la presentación y discusión de la situación interna en lo que se refiere al tema.

El objetivo de un proyecto regional es contribuir al fortalecimiento y la armonización de las políticas nacionales, incluidas las cuestiones relativas a las fronteras. Debido a su tema, el taller aseguró la participación de otras áreas de la salud, técnicos de los Ministerios de Justicia e Interior y representantes de organismos de cooperación para el mandato en el tema (UNODC, la OMS y ONUSIDA).

Los problemas identificados por los países frente a las actividades con la población reclusa, de los profesionales del sistema penitenciario, y los planes y políticas para garantizar el acceso universal a la promoción de la salud, diagnóstico, prevención y tratamiento de las ITS, el VIH/SIDA, la sífilis, la hepatitis y la tuberculosis en el sistema penitenciario.

La necesidad de realizar investigaciones judiciales, jurídicas y éticas se identificó como una prioridad para los países del MERCOSUR en temas como los derechos humanos, la educación, la salud, el VIH/SIDA, Hepatitis Viral, ETS, tuberculosis y atención social en los sistemas penitenciarios de Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay.

Ello se incluye en el Proyecto MERCOSUR sobre el VIH/SIDA en el Sistema Penitenciario de la CIVIH y su objetivo es mejorar las políticas de los países en cuanto al acceso universal a la promoción de la salud, el diagnóstico, la prevención y tratamiento del VIH/SIDA, la sífilis, hepatitis viral y la tuberculosis en el sistema penal.

#### **D. OBJETIVO**

Contratar a un consultor para realizar una consulta de los regímenes legales y jurídicos en los países miembros del MERCOSUR - Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay y Venezuela - en los temas de ITS, VIH/SIDA en el sistema penitenciario, incluidos los aspectos relacionados con la educación en derechos humanos, la salud, la hepatitis, la tuberculosis y la atención social. Este

trabajo apoyará el diálogo de estos países en la ampliación de las respuestas nacionales y regionales sobre la cuestión del VIH/SIDA en el sistema penitenciario.

## **E. ACTIVIDADES**

1. Desarrollar investigaciones que tienen como objetivo aumentar el conocimiento sobre los regímenes legales y jurídicos que existen en los países del MERCOSUR sobre los temas principales de la consultoría contratada.

2. Presentación de un informe descriptivo y analítico sobre los regímenes legales y jurídicos existentes en los países del MERCOSUR sobre los temas principales de la consultoría contratada. Esto será utilizado como un recurso para los debates celebrados por el CIVIH y como referencia para los proyectos de cooperación.

3. Elaborar un documento de referencia para apoyar el desarrollo de capacidades de los agentes de salud y los agentes penitenciarios sobre los temas principales de la consultoría contratada.

## **F. PRODUCTOS**

Producto 1 - La recolección de datos y el documento que contenga el régimen legal y jurídico descriptivo y analítico de los países miembros del MERCOSUR, que pueden proporcionar una perspectiva socio-histórica de los temas.

Producto 2 - Documento Final presentado ante la CIVIH / MERCOSUR en una reunión técnica, que contenga los aportes recibidos y validados por los responsables de los programas nacionales de ITS, VIH / SIDA, Hepatitis Viral, la tuberculosis y otros programas de correlación de cada uno de los países del MERCOSUR.

## **G. METODOLOGIA DE TRABAJO**

a) Se efectuó un análisis de la legislación comparada de cada país perteneciente al Mercosur, principalmente para remarcar diferencias entre las distintas leyes y a su vez cuando una norma interna conculca los principios generales en materia de derechos humanos contemplados en convenciones o pactos internacionales.

b) En cada país visitado se relevó:

- \* Normas Constitucionales, Convenciones y Pactos internacionales referidos al Sistema Penitenciario y el derecho a la Salud.
- \* Leyes Internas (sentido amplio) sobre servicios penitenciarios referidos a la asistencia y prevención en materia sanitaria y en especial referido al HIV/SIDA, Hepatitis, TB , y Adicciones a las drogas.
- \* Leyes de Salud que son de aplicación en los espacios de encierro. Protocolos de atención.
- \* Leyes referidas a la relación médico-paciente (principio de autonomía, confidencialidad etc.), disposiciones, resoluciones especiales vinculadas a cada una de patologías mencionadas incluido TB.
- \* Legislaciones carcelarias relacionadas con visitas íntimas, alojamiento y convivencia, alimentación especial etc.
- \* Vigencia de todas las normas mencionadas anteriormente en el espacio carcelario.

## **H. VISITAS**

### **H.1. ARGENTINA**

El 12 de septiembre por la mañana se llevó a cabo una reunión en el Ministerio de Trabajo, Justicia y Gobierno de la Provincia de Mendoza. De la misma participó la Subsecretaria de Justicia, Dra. Romina Ronda, un Juez de Ejecución Penal, Dr. Sebastián Sarmiento, el Procurador Penitenciario, y el Director de Derechos Humanos de la Corte de Mendoza, y representantes del Programa de Salud en Contextos de Encierro, el Dr. Carlos Falistocco y el Lic. Juan Sotelo de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de Nación. Los temas tratados fueron: salud mental y contextos de encierro, medidas de seguridad, protocolos de atención, sobrepoblación.

Por la tarde se concretó una reunión en la Dirección del Servicio Penitenciario Provincial con la Subdirectora Dra. Milagros Noli. Los temas tratados fueron: logística de distribución de insumos de prevención en materia de VIH/sida, espacios para visitas íntimas, protocolos de ingreso, recursos humanos profesionales y cursos de formación para el personal penitenciario. Luego, se sumaron a la reunión los jefes de seguridad y los responsables de sanidad de las

unidades y complejos penitenciarios. Los temas tratados fueron: La distribución de psicofármacos acorde a si corresponde por la patología bajo tratamiento directamente observado, mujeres con niños en prisión y prisión domiciliaria.

El día 13 de septiembre por la mañana en el Instituto de Formación Penitenciaria se llevó a cabo un Taller de Bioética, con la presencia del Director de Sida del Ministerio de Salud de Nación y Provincial, Directores de Unidades, representantes del Ministerio de Justicia y equipos de salud de las unidades.

Por la tarde se realizó una recorrida en el Complejo San Felipe, pabellones y área de salud.

El 20 de septiembre de 2013 se concretó la visita al establecimiento de Marcos Paz, Complejo Federal N° 2, recorriendo la unidad y manteniendo contacto con directivos, profesionales médicos y detenidos, concretándose luego una entrevista con el Sr. Jefe del Servicio Penitenciario Federal, Dr. Alejandro Marambio.

## **H.2. BRASIL**

Entre los días 11 al 15 de marzo del 2013 se llevó a cabo la visita en la República Federativa de Brasil.

El día 11 de marzo por la mañana se mantuvo una reunión en el Ministerio de Salud, con el Coordinador Nacional de Salud en el Mercosur, Alexsandro Dias, el Director del Departamento de DST, VIH y HV, Dirceu Greco y el Director del Departamento de Acciones Especializadas en Salud, Darío Pasche.

Luego, en el mismo Ministerio, hasta las 18:00hs. Se desarrolló una mesa sobre Estrategias de Políticas Nacionales de Salud relativas a DST, VIH, e HV para personas privadas de la libertad, con integrantes del Equipo ACI, Ellen Zita, Gil Casimiro, Lilian Pitaluga y Ana Mónica Melo (DHRV/DDAHV/AVS), Marcelo Freitas y Juliana Uesono (CQV/DDAHV/SVS), Gerson Fernando y Alessandro Cunha (VIP/DDAHV/SVS), Graziela Macedo (ASJUR/DDAHV/SVS) y Marden Filho y Francisco Job (Sispe/Dapes/SVS).

El día 12 de marzo, con la intervención de la Secretaría de Justicia, Derechos Humanos y Ciudadanía del Distrito Federal y la Secretaría de Salud, se visitó el Centro de Detención Provisoria de Papuda, con el Director del mismo, Nivaldo Oliveira da Silva.

Por la tarde se organizó una reunión sobre Estrategias de Política Nacional de Salud para personas privadas de la libertad en el Ministerio de Justicia con Mara Fregapani Barreto, Ana María Braga, Augusto Eduardo de Souza Rossini y Luis Fabricio Vieira Neto.

El día 13 de Marzo por la mañana se visitó y reunió con las autoridades de la ONG Asociación de Familiares (Conselho da Comunidade).

Por la tarde se trabajó sobre Estrategias de las Agencias en apoyo a las Políticas Nacionales del Mercosur en Salud sobre VIH para personas privadas de la libertad con: Pamela Bermúdez, Opas, OMS, Nara Santos y Marina Caixeta, UNODC y Adele Benzaken, ONUSIDA.

El día 14 de Marzo se mantuvo una reunión en la Secretaría de Justicia y Ciudadanía del Estado de Ceará sobre Estrategias de Políticas Estaduales relativas a DST, HIV y HV para personas privadas de la libertad, con Mariano Lobo, perteneciente a la Secretaría de Justicia y Ciudadanía del Estado de Ceará, Arruda Bastos, Secretario de Salud del Estado de Ceará, Paulo Dentis, Secretario Ejecutivo de Sejus, Augusto Cámara, Secretario Adjunto de Sejus, José Terceiro de Paiva, Supervisor del Núcleo de Salud de Sejus, Francisco Pereira de Alencar, ex coordinador de Sejus, integrantes del equipo de DTS/HIV de Nusau/Sejus, Jueces de Ejecución Penal y Consejeros del Consejo Penitenciario. Por la tarde visitaron el Hospital Penal Otavio Lobo y el Instituto Penal Profesor Olavo Oliveira II (IPPOII).

El día 15 de Marzo se visitó la Casa de Privación Provisoria de la Libertad, Profesor Clodoaldo Pinto II (PPLII) y el Penal Femenino Desembargadora Auri Mora Costa (IPF). Por la tarde se mantuvo una reunión sobre consultas técnicas con el Gabinete de la Secretaría de Justicia del Estado de Ceará.

### **H.3. URUGUAY**

El día 14 de mayo por la mañana se trabajó en el Instituto Nacional de Rehabilitación con el Soc. Gustavo Belarra, -Instituto Nacional de Rehabilitación, la Dra. Eva Miguez – SIRPA-INAU, la Proc. Patricia Peralta – Patronato Nacional de Encarcelados y Liberados, el Lic. José Luis Priore - Ministerio de Salud Pública. Los temas abordados fueron: Política Penitenciaria Nacional, Políticas de Privación de Libertad de Menores Infractores, Reinserción Social para las PPL, Situación Actual del Sistema Penitenciario.

A las 11:30hs. se reunieron en JND Presidencia de la República, con el Lic. José Luis Priore trabajando el tema de Acciones de la Junta Nacional de Drogas en PPL.

A las 14:00hs. se reunieron en el despacho del Subsecretario del Ministerio de Salud Pública con el Dr. Leonel Briozzo - Subsecretario del Ministerio de Salud Pública, la Dra. Ana Noble – Departamento de Planificación Estratégica en Salud, la Dra. Leticia Rieppi – Coordinadora del Área de Salud Sexual y Reproductiva y la Dra. Susana Cabrera – Programa Nacional de ITS/VIH-SIDA. Luego en el mismo Ministerio se reunió con el Dr. Sergio Araújo – Área Legal del PN ITS/VIH-SIDA, la Dra. Marlene Sica – Dirección General de Salud, la Dra.

Susana Cabrera - Programa Nacional de ITS/VIH-SIDA, y la Soc. María Luz Osimani – Unidad de Gestión-Proyecto Fondo Mundial, el tema tratado fue Política Nacional de Salud en ITS/VIH-SIDA para PPL.

El día 15 de Mayo por la mañana se organizó una reunión en el Ministerio de Salud Pública con la Dra. Laura Matonte – Sanidad Policial, el Lic. Diego Lapeyre – División Salud de INAU, el Dr. Roberto Feher – Médico del Comisionado Parlamentario y el Dr. Jorge Rodríguez – Lucha Antituberculosa, tratando el tema Implementación de Servicios de Salud en PPL.

A las 14:00hs., en el Ministerio de Salud Pública con la Soc. Macarena Duarte – Ministerio de Desarrollo Social, la Dra. Eva Miguez – Área Educación de SIRPA-INAU, el Maestro Ignacio Lucas – Coordinador de Cultura – INR y el Lic. Gustavo Caraballo –Centro de Formación Penitenciaria-INR, el tema tratado fue Política Educativa y de Reinserción Social para PPL. A las 17:00hs., en el Instituto Médico Forense con la Dra. Mónica Etcheverry- Directora de dicho Instituto, tratando el tema Papel de la Suprema Corte de Justicia en PPL.

El día 16 de Mayo se trabajó en el Ministerio de Salud Pública con la Dra. Ariela Peralta – Instituto Nacional de DDHH y Defensoría del Pueblo, tratando el tema DDHH en el Uruguay, su incidencia en la Salud de las PPL- Instituciones Estatales. Luego se visitó la Sala de Internación de ASSE para privados de libertad del Hospital Saint Bois.

Por la tarde se reunieron en el Ministerio de Salud Pública con la Soc. Ana Juanche – SERPAJ, la Soc. María Salgado – IELSUR, la Ant. Serrana Mesa-Mesa de Mujeres Privadas de la libertad y Marcelo Cervantes – Centro Virchow - ANII.

El día 17 de Mayo por la mañana se reunieron en el Ministerio de Salud Pública con el Dr. Álvaro Garcé – Comisionado Parlamentario, donde trataron el tema DDHH en el Uruguay y su incidencia en la Salud de las PPL – Instituciones Estatales, luego en el mismo Ministerio se realizó una reunión con representantes de Agencias estando presentes el Dr. Mario González – OPS/OMS, el Soc. Juan José Meré – UNFPA y la Lic. Carola Lew – ONDUC, tratando el tema Agencias Internacionales en apoyo de las políticas nacionales y de Salud en materia de ITS/VIH-SIDA y coinfecciones.

Por la tarde se realizó una visita de campo a la Unidad de internación para personas privadas de libertad menores, varones y mujeres, que comprende dos centros.

El día 18 de Mayo por la mañana se realizó una visita de campo a la Unidad de internación para personas privadas de la libertad, adultos varones – Establecimiento Punta de Rieles.

## A. MARCO

El **Tratado de Asunción**, establece en su artículo 1 que “*Los Estados Partes deciden constituir un Mercado Común, que deber estar conformado al 31 de diciembre de 1994, el que se denominará ‘Mercado Común del Sur’ (MERCOSUR). Este Mercado Común implica (...) el compromiso de los Estados Partes de armonizar sus legislaciones en las áreas pertinentes, para lograr el fortalecimiento del proceso de integración*”.

Asimismo, mediante **Acuerdo nº 2/02 de Reunión de Ministros de Salud** además de crearse una Comisión Intergubernamental para promover una Política Integrada de lucha contra la epidemia de VIH/SIDA, se propuso como objetivos de dicha iniciativa, entre otros:

\* *Optimizar esfuerzos para el desarrollo de acciones articuladas entre instancias gubernamentales nacionales, ONG´s y Organismos Internacionales.*

\* *Promover y establecer estrategias para la realización de intercambios de experiencias, informaciones y tecnologías.*

\* *Promover el desarrollo de instrumentos comunes de gestión y de fortalecimiento de los Programas Nacionales.*

Por otra parte, a través del **Acuerdo 05/12 de Reunión de Ministros de Salud**, (15/11/12) se dispuso:

- *Garantizar el derecho a la salud de calidad a las personas privadas de la libertad...considerando las poblaciones especialmente vulnerables, con perspectiva de inclusión de los enfermos mentales y drogodependientes.*

- *Promover la articulación entre los Ministerios de Justicia y/o Interior y Salud para impulsar el fortalecimiento y acciones con vistas al acceso al diagnóstico con asesoramiento, promoción, prevención y tratamiento del VIH/sida en las prisiones.*

- *Considerar la perspectiva de género, con vistas a la promoción de la salud sexual y salud reproductiva de hombres y mujeres en todas las acciones de las políticas penitenciarias.*

- *Considerar los aspectos de derechos humanos, dentro de los contenidos de la formación de Agentes Penitenciarios y de Salud dentro de las prisiones con vistas a reducir el estigma y la discriminación frente al VIH/Sida, ETS y coinfecciones, orientación sexual e identidad de género.*

## **B. CARCELES Y SALUD. NORMATIVA CONSTITUCIONAL**

### **B.1 HUMANIDAD DE LAS PENAS y DIGNIDAD DE LAS PERSONAS**

**Argentina, art.18.** “...Quedan abolidos para siempre la pena de muerte por causas políticas, toda especie de tormento y los azotes. Las cárceles de la Nación serán sanas y limpias, para seguridad y no para castigo de los reos detenidos en ellas, y toda medida que a pretexto de precaución conduzca a mortificarlos más allá de lo que aquélla exija, hará responsable al juez que la autorice”.

**Brasil, art. 5.** “Nadie será sometido a tortura ni a trato inhumano o degradante ... No habrá penas de muerte, salvo en caso de guerra declarada en los términos del art. 84, XIX; de carácter perpetuo; de trabajos forzados; de destierro; crueles; La pena será cumplida en establecimientos distintos, de acuerdo con la naturaleza del delito, la edad y el sexo del penado; Está asegurado a los presos el respeto a la integridad física y moral; Se garantizarán las condiciones para que las condenadas puedan permanecer con sus hijos durante el período de lactancia; ...”

**Uruguay, art. 26.** “A nadie se le aplicará la pena de muerte. En ningún caso se permitirá que las cárceles sirvan para mortificar, y sí sólo para asegurar a los procesados y penados, persiguiendo su reeducación, la aptitud para el trabajo y la profilaxis del delito”.

### **B.2 IGUALDAD ANTE LA LEY**

**Argentina, art. 6:** “La Nación Argentina no admite prerrogativas de sangre, ni de nacimiento: no hay en ella fueros personales ni títulos de nobleza. Todos sus habitantes son iguales ante la ley, y admisibles en los empleos sin otra condición que la idoneidad. La igualdad es la base del impuesto y de las cargas públicas”.

**Brasil, art. 5.** “Todos son iguales ante la ley, sin distinción de cualquier naturaleza, garantizándose a los brasileños y a los extranjeros residentes en el País la inviolabilidad del derecho a la vida, a la libertad, a la igualdad, a la seguridad y a la prioridad...”

**Uruguay, art. 8.** “Todas las personas son iguales ante la ley no reconociéndose otra distinción entre ellas sino la de los talentos o las virtudes”.

## **B.3 DERECHO A LA SALUD**

### **ARGENTINA**

La salud se encontraba dentro de los derechos implícitos (art. 33) hasta la reforma del año 1994 que le dio jerarquía constitucional e integró a dicho bloque a los Tratados sobre Derechos Humanos, en los cuales se prevé ese derecho (art. 75 inc. 22 CN). Se trata de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948); el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966); el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966); la Convención sobre los Derechos del Niño (1990); la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979); la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (1984); la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948); la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969); y la Convención Interamericana para prevenir y sancionar la Tortura (1985).

### **BRASIL**

**Art. 6.** *“Son derechos sociales la educación, la salud, el trabajo, el descanso, la seguridad, la previsión social, la proyección de la maternidad”.*

Además de declararse el derecho a la salud, se hace referencia incluso a cómo se debe organizar el sistema de salud (SUS).

**Art. 23.** *“Es competencia común de la Unión, de los Estados, de Distrito Federal y de los Municipios: ...Cuidar de la salud y asistencia pública, de la protección y garantías de las personas portadoras de deficiencias; ...”*

**Art. 196.** *“La salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que tiendan a la reducción del riesgo de enfermedad y de otros riesgos y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación”.*

**Art. 197.** *“Son de relevancia pública las acciones y servicios de salud correspondiendo al poder público disponer, en los términos de la ley, sobre su regulación, fiscalización y control, debiendo ejecutarse directamente o a través de terceros y, también, por persona física o jurídica de derecho privado”.*

**Art. 198.** *“Las acciones y los servicios públicos de salud integran una red regionalizada y jerarquizada y constituyen un sistema único, organizado de acuerdo con las siguientes directrices: Descentralización, con dirección en cada esfera de gobierno;*

*Atención integral, con prioridad para las actividades preventivas, sin perjuicio de los servicios asistenciales;*

*Participación de la comunidad.*

*Párrafo único. El sistema único de salud será financiado, en los términos del artículo 195, con recursos del presupuesto de la Seguridad Social, de la Unión, de los Estados, del Distrito Federal y de los Municipios, además de otras fuentes”.*

**Art. 200.** *“Al sistema único de salud le corresponde, además de otras atribuciones, en los términos de la ley:*

*Controlar y fiscalizar procedimientos, productos y sustancias de interés para la salud y participación en la producción de medicamentos, equipamientos, inmunobiológicos, hemoderivados y otros insumos;*

*Ejecutar las acciones de vigilancia sanitaria y epidemiológica, así como las de la salud del trabajador;*

*Ordenar la formación de recursos humanos en el área de salud;*

*Participar en la formulación de la política y de la ejecución de las acciones de saneamiento básico;*

*Incrementar en su área de actuación y desarrollo científico y tecnológico;*

*Fiscalizar e inspeccionar alimentos, incluyendo el control de su valor nutritivo, así como bebidas y aguas para consumo humano;*

*Participar en el control y fiscalización de la producción, transporte, guarda y uso de sustancias y productos psicoactivos, tóxicos y radiactivos;*

*Colaborar en la protección del medio ambiente, incluyendo el de trabajo”.*

## **URUGUAY**

**Art. 44.** *“El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”.*

## **C. CARCELES Y SALUD. CONVENCIONES INTERNACIONALES**

**ARGENTINA, BRASIL y URUGUAY** adhirieron a los siguientes Tratados Internacionales que establecen obligaciones de respeto de los derechos fundamentales de las personas privadas de la libertad.

- **Declaración Universal de Derechos Humanos (1948):**

**Artículo 5**

*Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.*

**Artículo 25**

*1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.*

*2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.*

- **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966):**

**Artículo 7**

*Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos.*

**Artículo 10**

*1. Toda persona privada de libertad será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.*

*2. a) Los procesados estarán separados de los condenados, salvo en circunstancias excepcionales, y serán sometidos a un tratamiento distinto, adecuado a su condición de personas no condenadas;*

*b) Los menores procesados estarán separados de los adultos y deberán ser llevados ante los tribunales de justicia con la mayor celeridad posible para su enjuiciamiento.*

*3. El régimen penitenciario consistirá en un tratamiento cuya finalidad esencial será la reforma y la readaptación social de los penados. Los menores delincuentes estarán separados de los adultos y serán sometidos a un tratamiento adecuado a su edad y condición jurídica.*

- **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966):**

**Artículo 12**

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Cabe destacar la **Observación General nº 14 adoptada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** en el 22º período de sesiones (2000) donde se 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...”

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

“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...Asimismo, los Estados deben abstenerse de limitar el acceso a los anticonceptivos u otros medios de mantener la salud sexual y genésica, censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente la información al respecto...”

- **Convención sobre los Derechos del Niño (1990):**

**Artículo 1**

*Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.*

**Artículo 24**

*1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.*

*2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:*

*a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;*

*b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;*

*c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;*

*d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;*

**Artículo 37**

*Los Estados Partes velarán porque:*

*a) Ningún niño sea sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. No se impondrá la pena capital ni la de prisión perpetua sin posibilidad de excarcelación por delitos cometidos por menores de 18 años de edad;*

*b) Ningún niño sea privado de su libertad ilegal o arbitrariamente. La detención, el encarcelamiento o la prisión de un niño se llevarán a cabo de conformidad con la ley y se utilizará tan sólo como medida de último recurso y durante el período más breve que proceda;*

*c) Todo niño privado de libertad sea tratado con la humanidad y el respeto que merece la dignidad inherente a la persona humana, y de manera que se tengan en cuenta las necesidades de las personas de su edad. En particular, todo niño privado de libertad estará separado de los adultos, a menos que ello se considere contrario al interés superior del niño, y tendrá derecho a mantener*

contacto con su familia por medio de correspondencia y de visitas, salvo en circunstancias excepcionales;

d) Todo niño privado de su libertad tendrá derecho a un pronto acceso a la asistencia jurídica y otra asistencia adecuada, así como derecho a impugnar la legalidad de la privación de su libertad ante un tribunal u otra autoridad competente, independiente e imparcial y a una pronta decisión sobre dicha acción.

#### **Artículo 39**

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño.

#### **Artículo 40**

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño de quien se alegue que ha infringido las leyes penales o a quien se acuse o declare culpable de haber infringido esas leyes a ser tratado de manera acorde con el fomento de su sentido de la dignidad y el valor, que fortalezca el respeto del niño por los derechos humanos y las libertades fundamentales de terceros y en la que se tengan en cuenta la edad del niño y la importancia de promover la reintegración del niño y de que éste asuma una función constructiva en la sociedad.

...

- **Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979):**

#### **Artículo 4**

1. La adopción por los Estados Partes de medidas especiales de carácter temporal encaminadas a acelerar la igualdad de facto entre el hombre y la mujer no se considerará discriminación en la forma definida en la presente Convención, pero de ningún modo entrañará, como consecuencia, el mantenimiento de normas desiguales o separadas; estas medidas cesarán cuando se hayan alcanzado los objetivos de igualdad de oportunidad y trato.

2. La adopción por los Estados Partes de medidas especiales, incluso las contenidas en la presente Convención, encaminadas a proteger la maternidad no se considerará discriminatoria.

#### **Artículo 12**

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad

*entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.*

*2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.*

- **Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984):**

#### **Artículo 1**

*1. A los efectos de la presente Convención, se entenderá por el término "tortura" todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas.*

*2. El presente artículo se entenderá sin perjuicio de cualquier instrumento internacional o legislación nacional que contenga o pueda contener disposiciones de mayor alcance.*

#### **Artículo 10**

*1. Todo Estado Parte velará por que se incluyan una educación y una información completas sobre la prohibición de la tortura en la formación profesional del personal encargado de la aplicación de la ley, sea éste civil o militar, del personal médico, de los funcionarios públicos y otras personas que puedan participar en la custodia, el interrogatorio o el tratamiento de cualquier persona sometida a cualquier forma de arresto, detención o prisión.*

*2. Todo Estado Parte incluirá esta prohibición en las normas o instrucciones que se publiquen en relación con los deberes y funciones de esas personas.*

- **Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948):**

#### **Artículo XI.**

*Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.*

### **Artículo XXV.**

*Nadie puede ser privado de su libertad sino en los casos y según las formas establecidas por leyes preexistentes.*

*Nadie puede ser detenido por incumplimiento de obligaciones de carácter netamente civil.*

*Todo individuo que haya sido privado de su libertad tiene derecho a que el juez verifique sin demora la legalidad de la medida y a ser juzgado sin dilación injustificada, o, de lo contrario, a ser puesto en libertad. Tiene derecho también a un tratamiento humano durante la privación de su libertad.*

### **Artículo XXVI.**

*Se presume que todo acusado es inocente, hasta que se pruebe que es culpable.*

*Toda persona acusada de delito tiene derecho a ser oída en forma imparcial y pública, a ser juzgada por tribunales anteriormente establecidos de acuerdo con leyes preexistentes y a que no se le imponga penas crueles, infamantes o inusitadas*

- **Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969):**

#### **Artículo 5. Derecho a la Integridad Personal**

- 1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.*
- 2. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.*
- 3. La pena no puede trascender de la persona del delincuente.*
- 4. Los procesados deben estar separados de los condenados, salvo en circunstancias excepcionales, y serán sometidos a un tratamiento adecuado a su condición de personas no condenadas.*
- 5. Cuando los menores puedan ser procesados, deben ser separados de los adultos y llevados ante tribunales especializados, con la mayor celeridad posible, para su tratamiento.*
- 6. Las penas privativas de la libertad tendrán como finalidad esencial la reforma y la readaptación social de los condenados.*

#### **Artículo 19. Derechos del Niño**

*Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado.*

- **Protocolo Facultativo De San Salvador:**

**Artículo 10 Derecho a la Salud**

1. *Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.*
2. *Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:*
  - a. *la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;*
  - b. *la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;*
  - c. *la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;*
  - d. *la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;*
  - e. *la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y*
  - f. *la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.*

**Artículo 16 Derecho de la Niñez**

*Todo niño sea cual fuere su filiación tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado. Todo niño tiene el derecho a crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres; salvo circunstancias excepcionales, reconocidas judicialmente, el niño de corta edad no debe ser separado de su madre. Todo niño tiene derecho a la educación gratuita y obligatoria, al menos en su fase elemental, y a continuar su formación en niveles más elevados del sistema educativo.*

- **Convención Interamericana para prevenir y sancionar la Tortura (1985):**

**Artículo 2**

*Para los efectos de la presente Convención se entenderá por tortura todo acto realizado intencionalmente por el cual se inflijan a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. Se entenderá también como tortura la aplicación*

*sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica.*

*No estarán comprendidos en el concepto de tortura las penas o sufrimientos físicos o mentales que sean únicamente consecuencia de medidas legales o inherentes a éstas, siempre que no incluyan la realización de los actos o la aplicación de los métodos a que se refiere el presente artículo.*

### **Artículo 3**

*Serán responsables del delito de tortura:*

*a. los empleados o funcionarios públicos que actuando en ese carácter ordenen, instiguen, induzcan a su comisión, lo cometan directamente o que, pudiendo impedirlo, no lo hagan.*

*b. las personas que a instigación de los funcionarios o empleados públicos a que se refiere el inciso a. ordenen, instiguen o induzcan a su comisión, lo cometan directamente o sean cómplices.*

### **Artículo 4**

*El hecho de haber actuado bajo órdenes superiores no eximirá de la responsabilidad penal correspondiente.*

### **Artículo 5**

*No se invocará ni admitirá como justificación del delito de tortura la existencia de circunstancias tales como estado de guerra, amenaza de guerra, estado de sitio o de emergencia, conmoción o conflicto interior, suspensión de garantías constitucionales, la inestabilidad política interna u otras emergencias o calamidades públicas.*

*Ni la peligrosidad del detenido o penado, ni la inseguridad del establecimiento carcelario o penitenciario pueden justificar la tortura.*

### **Artículo 7**

*Los Estados partes tomarán medidas para que, en el adiestramiento de agentes de la policía y de otros funcionarios públicos responsables de la custodia de las personas privadas de su libertad, provisional o definitivamente, en los interrogatorios, detenciones o arrestos, se ponga especial énfasis en la prohibición del empleo de la tortura.*

*Igualmente, los Estados partes tomarán medidas similares para evitar otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.*

## **C.1 MARCO NORMATIVO REFERENCIAL**

Por otro lado, resultan marco normativo para los tres países las siguientes Reglas y Principios, en cuya adopción han participado:

- **Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos** (adoptadas en 1955 por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente y aprobadas por el Consejo Económico y Social en 1957 y 1977);
- **Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión** (adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 43/173 de 19 de diciembre de 1988);
- **Principios básicos para el tratamiento de los reclusos** (adoptados y proclamados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 45/111 del 14 de diciembre de 1990);
- **Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok)** (adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 65/229 del 21 de diciembre de 2010)
- **Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad** (adoptadas por la Asamblea General en su Resolución 45/113 del 14 de diciembre de 1990);
- **Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de su Libertad en las Américas** (aprobados por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su 131 período ordinario de sesiones celebrado en marzo de 2008);
- **Principios de ética médica aplicables al personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes** (adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 37/194 del 18 de diciembre de 1982);

- **Principios relativos a la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes** (adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 55/89 del 4 de diciembre de 2000);
- **Manual para la Investigación y Documentación eficaces de la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes** (Protocolo de Estambul, adoptado por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en 2000);
- **Declaración sobre Protección de Todas las Personas contra la Tortura y otros tratos Inhumanos o Degradantes** (Adoptada por la Asamblea General en su resolución 3452 en 1975);
- **Principios relativos a la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos inhumanos o degradantes** (Adoptados por la Asamblea General en su resolución 55/89 en 2000).-

Asumiendo las obligaciones previstas en el marco normativo internacional, la Corte Interamericana estableció que *“toda persona privada de libertad tiene derecho a vivir en condiciones de detención compatibles con su dignidad personal y el Estado debe garantizarle el derecho a la vida y a la integridad personal. En consecuencia, el Estado, como responsable de los establecimiento de detención, es el garante de estos derechos de los detenidos”*<sup>2</sup>.

## C.2 OBSERVACIONES

\* Tanto la normativa convencional, como la constitucional y las leyes vigentes en cada uno de los países relevados, garantizan acabadamente los derechos que dan soporte a la dignidad las personas privadas de su libertad, entre ellos el acceso a la salud.

\* En el monitoreo efectuado, contacto con las agencias estatales, organismos no gubernamentales y con familiares de detenidos se pudo constatar que en la gran mayoría de las jurisdicciones penitenciarias la respuesta sanitaria en las prisiones resulta deficitaria,

---

<sup>2</sup> Corte I.D.H., Caso Neira Alegría y otros vs. Perú. Sentencia de 19 de enero de 1995. Serie C No. 20, párr. 60.

vulnerándose de ese modo el derecho a la salud de las personas privadas de su libertad, derecho al que están obligados a garantizar los Estados. Entre los mayores reclamos de parte de las personas en encierro y sus familiares, luego de la mora judicial y el maltrato institucional, se encuentra la ausencia de una respuesta asistencial por parte de los profesionales de la salud.

\* Se informó el escaso compromiso de los servicios médicos no solamente en relación a garantizar la asistencia integral y oportuna de las personas privadas de su libertad, sino también en la de asegurar que la vida de los prisioneros sea digna en los espacios carcelarios, de modo tal que el encierro no se traduzca en un trato inhumano. Basta recorrer los distintos módulos, pabellones, celdas comunes, celdas de castigo u otros espacios de detención para verificar que efectivamente son insalubres, por no satisfacer mínimamente las exigencias de higiene, particularmente en cuanto que la población convive hacinada, en celdas que no guardan la superficie mínima para el alojamiento de las personas privadas de su libertad (6 o 7 metros cuadrados por detenido), carecen de la ventilación, la iluminación y la calefacción necesaria, de camas individuales y en varias de ellas, de las instalaciones sanitarias para que los internos puedan realizar sus necesidades fisiológicas en modo oportuno y en forma aseada (al no contar con sanitarios en las celdas, en alguna de las prisiones visitadas los internos se ven obligados a efectuar sus necesidades en recipientes). A su vez las instalaciones para bañarse y ducharse en los distintos establecimientos muchas de ellas carecen de agua caliente y a los presos no se les suministran los elementos básicos de aseo, los cuales deben ser facilitados por sus familiares. También se observó que en algunos módulos o pabellones carecen de un espacio propio para que las personas privadas de su libertad puedan realizar ejercicio, practicar algún deporte (indispensable por el grupo etario detenido) o simplemente caminar. Finalmente en las mayorías de las prisiones los alimentos suministrados resultan magros, tanto en calidad como en cantidad y no resultan degustables. A su vez carecen de las calorías necesarias que requiere una alimentación saludable por lo que las personas privadas de su libertad se ven obligados a completar su dieta con los alimentos que les suministran sus familiares.

\* Se informó de que las personas privadas de su libertad para que puedan ser atendidas por el servicio médico dependen en muchas de las oportunidades de la voluntad de sus custodios, pues los médicos y sus auxiliares, aun en caso de urgencia, no ingresan a los módulos, pabellones y celdas; las personas privadas de su libertad encuentran serias dificultades para lograr una atención asistencial en tiempo oportuno por parte del servicio médico, la geografía carcelaria constituye un obstáculo más al derecho a la salud, pabellones y celdas con candados, con su correspondientes custodios, agrandan la distancia entre el lugar de confinamiento y la enfermería y/o hospital.

\* Se tomó conocimiento que quienes padecen problemas de salud diagnosticados no reciben atención médica periódica durante el encierro carcelario, afectando de ese modo seriamente su salud, sufriendo un agravamiento de los síntomas y su malestar frente a la desatención médica de los problemas de salud diagnosticados, ordinariamente tratables en ámbito libre, dentro de la cárcel se constituyen en problemas severos para quienes los padecen poniendo en riesgo su condición física.

\* Se informó que en alguna de las prisiones no se efectuaba sistemáticamente el reconocimiento médico de ingreso a toda la población y no se reiteraba durante la permanencia de los detenidos en las prisiones, lo que impediría que efectivamente muchas patologías no se agudicen.

\* Se informó una falta de coordinación entre los servicios penitenciarios con los efectores de la comunidad, lo que apareja que los internos sean atendidos tardíamente o que pierdan sus turnos en los hospitales públicos o privados, y lo que es peor, el turno para una intervención quirúrgica. En muchas de las oportunidades ello se debe a que las penitenciarías carecen de los vehículos de transporte necesarios para trasladar las personas privadas de su libertad a los efectores de la comunidad.

\* Se informó que los establecimientos asistenciales de la comunidad son renuentes a brindar asistencia a las personas privadas de su libertad, aduciendo razones de seguridad o de tranquilidad de los otros pacientes y/o personal de los nosocomios.

\* Se informó que los servicios médicos convocados para desarrollar su tarea profesional en los establecimientos carcelarios no asumen un compromiso pleno, y muchas veces se rehúsan a concurrir a las prisiones a brindar atención a los presos.

\* Se informó que constituye una práctica reiterada que a las personas privadas de su libertad que egresan a la comunidad no se les lleva a cabo el correspondiente seguimiento que requiere su padecimiento, y no se les asigna el establecimiento al que deben concurrir. Por su parte tampoco se les hace entrega de una copia de su historia clínica, ni los medicamentos necesarios, hasta que el egresado pueda contactar un establecimiento hospitalario. Lo mismo sucede cuando las personas privadas de su libertad son trasladadas a otras unidades penitenciarias, lo que conlleva un inadecuado seguimiento de dichos pacientes.

\* Se verificó que la relación profesional de la salud y persona privada de la libertad resulta ser inadecuada, siendo que muchas de las veces los dispensarios o enfermerías son atendidas por enfermeros. Durante la noche y los fines de semana en la mayoría de las unidades visitadas los médicos están de guardia pasiva.

\* Los distintos estudios llevados a cabo en materia de drogas en las cárceles arrojan como resultados una alta prevalencia en el consumo de sustancias psicoactivas, sin que se brinden

dentro de las instituciones un abanico de intervenciones efectivas que aseguren en el espacio carcelario, aunque sea reducir su dependencia. Es dable señalar que la oferta asistencial se concreta básicamente en un solo tipo o modalidad de tratamiento, el de la comunidad terapéutica, que solo puede abarcar una porción muy limitada de la población carcelaria con problemas de consumo de drogas.

\* Se verificó que las intervenciones en materia de prevención de enfermedades son limitadas, y no se constató el involucramiento de las personas privadas de su libertad en dichas actividades.

\* Resulta importante destacar que una porción importante de la población se encuentra detenida en comisarías o recintos policiales, espacios donde el derecho a la salud resulta inexistente.

### **C.3 RECOMENDACIONES**

\* Siendo la salud penitenciaria una política de Estado, son los Ministerios de Salud Pública (tanto Federal como Provincial, Estadual y/o Municipal) quienes deben asegurar la atención sanitaria de las personas privadas de su libertad. Ello conlleva que el personal de salud de las prisiones debe ser designado por las agencias de salud y debe encontrarse bajo su órbita y su función debe atenerse a brindar la mejor respuesta asistencial que pueda brindársele a los internos; deben suministrar los recursos materiales y humanos e insumos (medicamentos) necesarios para brindar una respuesta integral. La asunción por parte del Ministerio de Salud Pública de dicha responsabilidad hará posible en plenitud que se cumpla con los principios de equivalencia e inclusión, pues la atención que debe brindar debe ser equivalente a la que se da en la comunidad y además proceder al seguimiento de las personas privadas de su libertad que egresan al medio libre, en coordinación con las agencias de Trabajo, Educación, Bienestar Social, etc.

\* Instrumentar medidas legislativas tendientes reducir la superpoblación y su consecuente hacinamiento, a fin que los responsables de justicia y salud atiendan las necesidades básicas de las personas privadas de su libertad. Entre ellas la instrumentación de medidas alternativas a la prisión (probation, libertades condicionales, libertades anticipadas, libertades asistidas, penas en suspenso, etc.); la utilización de la institución de la prisión preventiva únicamente para los casos en que sea necesario, e instrumentar un régimen de cupo.

\* Destinar los recursos para que las condiciones de detención de las cárceles de sus países se ajusten a las *“Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos”*; para ello además de realizar una auditoria nacional de las condiciones materiales de las instalaciones

penitenciarias, deben adoptar una política de construcción de nuevas penitenciarias con instalaciones respetuosas de la dignidad humana y en el mientras tanto, su renovación y remodelación a fin de posibilitar un espacio saludable.

\* Velar para que los profesionales de la salud examinen a la totalidad de los presos tan pronto sea posible después de su ingreso y periódicamente durante su permanencia en prisión, a fin de posibilitar que en tiempo oportuno se traten las enfermedades crónicas graves, adicciones o lesiones graves.

\* Instruir a los servicios médicos en que deben realizar inspecciones regulares de los lugares de encierro, que informen y asesoren respecto de la cantidad, calidad, preparación y distribución de los alimentos, la higiene y el aseo de los establecimientos y de los reclusos; las condiciones sanitarias, la calefacción, el alumbrado y la ventilación del establecimiento; la calidad y el aseo de las ropas y de la cama de los reclusos; la observancia de las reglas relativas a la educación física y deportiva, cuando esta sea organizada por un personal no especializado. A su vez que deben dar cuenta al sistema judicial de los tratos inhumanos o torturas que constaten. En este sentido se recomienda realizar talleres de Bioética y Derechos Humanos con el personal asistencial.

\* Involucrar a las personas privadas de su libertad en el sistema de salud intramural, principalmente como promotores. Y como sucede en algunos países de la región asignarle premios que posibiliten la progresión a otras etapas del régimen penitenciario.

\* Brindar a las mujeres privadas de su libertad una respuesta asistencial orientada especialmente a la mujer considerando su condición. Lo propio con los niños encerrados con sus madres.

\* Corresponde a los Ministerios de Justicia y de Salud Pública y la Agencia con competencia en materia de Drogas la implementación y articulación de un plan que permita asegurar la salud y protección de las personas con uso problemático de drogas privadas de su libertad, así como la oferta de diferentes modelos de intervención de eficacia comprobada sobre la base de la diversidad, los varios contextos que se presentan, las problemáticas, las características de la adicción y la singularidad de las personas,

\* Promulgar leyes que limiten el tiempo de detención en una comisaría o recinto policial, por el plazo necesario para ser trasladado al Tribunal interviniente (menos de 24 hs), lográndose de ese modo que las personas imputadas de un delito dejen de estar bajo la custodia de las fuerzas de seguridad.

\* Normativizar la entrega de psicofármacos mediante el desarrollo e implementación de un protocolo que incluya prescripciones, destinatarios, modos de entrega precisos y reporte efectos

secundarios. Al mismo tiempo, el Ministerio de Justicia reafirmar la prohibición que personal no autorizado dispense y suministre medicación.

## **D. NORMATIVA SOBRE VIH/SIDA**

### **ARGENTINA**

La Ley Nacional de Sida, con aplicación en todo el país, declara en su artículo 1º que resulta de interés nacional la lucha contra el SIDA, entendiéndose por tal la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población.

Por su parte, en el art. 2 se establece que *“Las disposiciones de la presente ley y de las normas complementarias que se establezcan, se interpretarán teniendo presente que en ningún caso pueda: a) Afectar la dignidad de la persona; b) Producir cualquier efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación; c) Exceder el marco de las excepciones legales taxativas al secreto médico que siempre se interpretarán en forma respectiva; d) Incursionar en el ámbito de la privacidad de cualquier habitante de la Nación Argentina; e) Individualizar a las personas a través de fichas, registros o almacenamiento de datos, los cuales, a tales efectos, deberán llevarse en forma codificada.”*

En el art. 4 se establece que *“las autoridades sanitarias deberán:*

- a) Desarrollar programas destinados al cumplimiento de las acciones descriptas en el artículo 1, gestionando los recursos para su financiación y ejecución;*
- b) Promover la capacitación de recursos humanos y propender al desarrollo de actividades de investigación, coordinando sus actividades con otros organismos públicos y privados, nacionales, provinciales o municipales e internacionales;*
- c) Aplicar métodos que aseguren la efectividad de los requisitos de máxima calidad y seguridad;*
- d) Cumplir con el sistema de información que se establezca;*
- e) Promover la concentración de acuerdos internacionales para la formulación y desarrollo de programas comunes relacionados con los fines de esta ley;*
- f) El Poder Ejecutivo arbitrará medidas para llevar a conocimiento de la población las características del SIDA, las posibles causas o medios de transmisión y contagio, las medidas aconsejables de prevención y los tratamientos adecuados para su curación, en forma tal que se evite la difusión inescrupulosa de noticias interesadas.”*

El art. 8 refiere que *“los profesionales que detecten el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o posean presunción fundada de que un individuo es portador, deberán informarles sobre el carácter infectocontagioso del mismo, los medios y formas de transmitirlo y su derecho a recibir asistencia adecuada”*.

A su vez, el decreto reglamentario de la mencionada ley es el nº 1.244/91. El art. 2 dispone que *“Inciso c).- Los profesionales médicos, así como toda persona que por su ocupación tome conocimiento de que una persona se encuentra infectada por el virus HIV, o se halle enferma de SIDA, tienen prohibido revelar dicha información y no pueden ser obligados a suministrarla, salvo en las siguientes circunstancias:*

- 1. A la persona infectada o enferma, o a su representante, si se tratara de un incapaz.*
- 2. A otro profesional médico, cuando sea necesario para el cuidado o tratamiento de una persona infectada o enferma.*
- 3. A los entes del Sistema Nacional de Sangre creado por el artículo 18 de la Ley Nº 22.990, mencionados en los incisos s), b), c), d), e), f), h) e i), del citado artículo, así como a los organismos comprendidos en el artículo 7mo., de la Ley Nº 21.541.*
- 4. Al Director de la Institución Hospitalaria, en su caso al Director de su servicio de Hemoterapia, con relación a personas infectadas o enfermas que sean asistidas en ellos, cuando resulte necesario para dicha asistencia.*
- 5. A los Jueces en virtud de auto judicial dictado por el Juez en causas criminales o en las que se ventilen asuntos de familia.*
- 6. A los establecimientos mencionados en el artículo 11, inciso b) de la Ley de Adopción, Nº 19.134. Esta información sólo podrá ser transmitida a los padres sustitutos, guardadores o futuros adoptantes.*
- 7. Bajo responsabilidad del médico a quien o quienes deban tener esa información para evitar un mal mayor”*.

En el art. 6 se establece que *“el profesional médico tratante determinará las medidas de diagnóstico a que deberá someterse el paciente, previo consentimiento de éste. Le asegurará la confidencialidad y, previa confirmación de los resultados, lo asesorará debidamente. De ello se dejará constancia en el formulario que a ese efecto aprobará el Ministerio de Salud y Acción Social, observándose el procedimiento señalado en el artículo 8º.”*

## **BRASIL**

La técnica legislativa elegida por el Brasil para proteger los derechos y garantías de las personas con VIH ha sido la de promulgar un conjunto de leyes, tanto federales como estatales y/o resoluciones a nivel ministerial y/o disposiciones legales a nivel municipal. Veamos algunas de ellas:

- Ley N° 7670/88. Mediante la misma se asegura el derecho a la licencia para el tratamiento de la salud y la liberación de los fondos de la seguridad social.
- Ley N° 7713/88. Exime a las personas que viven con el VIH del Impuesto a la Renta sobre los valores de la jubilación o retiro.
- Ley N° 8742/93. Garantiza un sueldo mínimo mensual para personas que viven con el VIH.
- Ordenanza Interministerial N° 796 /92. Prohíbe la discriminación contra los niños con VIH en las escuelas.
- Ordenanza Interministerial N° 869 /92. Prohíbe la prueba del VIH a los empleados federales: examen de admisión, periódicos y para el despido.
- Ley N° 9313/96. Garantiza la distribución gratuita y universal de antirretrovirales.
- Ley N° 11.199/02. Prohíbe la discriminación a las personas que viven con el VIH.
- Ley Complementaria N° 10.409. Presenta y define la Ley de Reducción de Daños como una estrategia de salud pública.
- Decreto N° 4.229 (2002). Establece las líneas de acción y objetivos del Programa Nacional de Derechos Humanos (creado por decreto n° 1.904 del año 1996). En materia de VIH: apoyar la participación de las personas viviendo con VIH y organizaciones en la formulación e implementación de políticas y programas para prevención y promoción; incentivar campañas de información; ampliar el acceso a los tratamientos y la reducción de costos; etc.
- Resolución del Consejo Federal de Medicina n° 1665/2003. En su art. 4º establece que está prohibida la realización compulsiva del test de VIH. En el art. 10º dispone que el secreto profesional debe ser rigurosamente respetado en relación a los pacientes portados del virus del SIDA, salvo en los casos determinados por ley, por justa causa o por autorización del paciente.
- Asimismo, algunos Estados han sancionado leyes estatales que prohíben la discriminación hacia las personas que viven con VIH. Por ejemplo: Espírito Santo , Goiás , Minas Gerais , Paraná , Rio de Janeiro , Sao Paulo

## **URUGUAY**

Hasta el día en que se terminó el presente informe no se ha promulgado una ley de Sida. Se ha conformado una comisión multidisciplinaria que actualmente, y según fue informado en la

visita a dicho país, está trabajando en un proyecto de ley abarcativo de todos los derechos que le asisten a las personas que viven con VIH. La misma está integrada por representantes de la comisión de salud del parlamento, representantes de organismos internacionales (UNFPA), sociedad civil y el Programa Nacional de ITS-VIH/Sida del Ministerio de Salud Pública.

Es dable mencionar que se creó la Comisión Nacional de Lucha contra el Sida, que está integrada por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y Cultura, el Ministerio del Interior, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Ministerio de Defensa Nacional, la Suprema Corte de Justicia y la Universidad de la República entre otros actores.

Dentro de sus cometidos y competencias se encuentra:

- a) Proponer y coordinar las acciones a desarrollar por las distintas instituciones dentro de su área de competencia.
- b) Elaborar un plan nacional de lucha contra VIH/SIDA para su ejecución por las autoridades competentes.
- c) Constituirse en el Consejo Consultivo de Coordinación, presentación de propuestas e incidencia en las Políticas Públicas elaboradas y aprobadas por el MSP, respecto al VIH/SIDA en el marco del acceso universal a la atención integral, trabajando en términos de prevención, asistencia y apoyo a las personas que viven con VIH/SIDA.

## **D.1 OBSERVACIÓN**

\* La técnica legislativa elegida por cada país debe tender a garantizar el acceso a la salud de las personas de la comunidad y principalmente de las personas privadas de su libertad. En nada modifica si cada país cuenta con una ley nacional de Sida o son varios los instrumentos legales en la materia. La importancia reside en los derechos que respalda.

## **D.2 RECOMENDACIÓN**

\* Toda legislación vigente debe servir de paraguas para garantizar a la población no solamente al acceso a la salud, sino también al respeto a los derechos humanos que hacen a su dignidad.

## **E. CARCELES, VIH Y EL DERECHO A LA SALUD. LEGISLACION DE EJECUCION PENAL**

### **E.1 RESPONSABILIDAD DE BRINDAR ASISTENCIA MEDICA**

#### **ARGENTINA**

La ley de ejecución penal<sup>3</sup> en su art. 2 prevé expresamente que a las personas que están privadas de la libertad se les deben respetar todos los derechos que no le fueran restringidos por la condena o la ley.

En el artículo 58 dispone 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, establece que el interno 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. Mientras que en el art. 144 se estipula que al ingreso o reingreso del interno a un establecimiento, deberá ser examinado por un profesional médico. Este dejará constancia en la historia clínica de su estado clínico, así como de las lesiones o signos de malos tratos y de los síndromes etílicos o de ingesta de drogas, estupefacientes o cualquier otra sustancia tóxica susceptible de producir dependencia física o psíquica, si los presentara. Detectadas las anomalías aludidas, el médico deberá comunicarlas inmediatamente al director del establecimiento.

## **BRASIL**

En el art. 3 de la ley de ejecución penal<sup>4</sup> también se prevé expresamente que a las personas que están privadas de la libertad se les deben respetar todos los derechos que no le fueran restringidos por la condena o la ley.

En el art. 14 se establece que la asistencia en salud de carácter preventivo y curativo comprenderá la atención médica, farmacéutica y odontológica. Cuando el establecimiento penal no esté en condiciones de ofrecer la asistencia médica, ésta será prestada en otro lugar, con autorización del director de la unidad. Se asegurará el acompañamiento a la mujer, principalmente a la embarazada y pos parto, extensivo al recién nacido.

## **URUGUAY**

La ley de ejecución penal<sup>5</sup> estipula en su art. 21 que la persona privada de la libertad será examinada periódicamente por el servicio sanitario de cada establecimiento y en forma continuada cuando presente lesiones de cualquier clase, así como cuando se sospeche o se observe alguna enfermedad física o mental. Además, en casos razonablemente fundados podrá solicitar que lo examine su propio facultativo, en consulta con el profesional del servicio sanitario del establecimiento de reclusión.

---

<sup>3</sup> Ley n° 24.660, sancionada en 1996.

<sup>4</sup> Ley n° 7210, sancionada en 1984.

<sup>5</sup> Ley n° 14470, sancionada en 1975.

Finalmente, cabe aclarar que en las tres legislaciones se contempla que las personas detenidas podrán contratar a un médico privado de su confianza. En la ley de Brasil en el art. 43, en la argentina en el art. 148 y en la uruguayana en el art. 21.

### **E.1.1 OBSERVACIONES**

\* En las prisiones la prevalencia del VIH se estima más alta que la de la comunidad, aunque no pueda determinarse por falta de una información precisa, en razón de que no se ofrecen como práctica sistemática las pruebas serológicas ni al ingreso de los detenidos ni durante su permanencia, a lo que se agrega que existe una rápida rotación de la población carcelaria, ingresos y egresos. Se presume ello por cuanto la población carcelaria corresponde a los sectores vulnerables (usuarios de drogas, trabajadoras sexuales y personas que nunca han tenido contacto con la agencia de salud con serias dificultades de acceder a la información relativa a la prevención).

\* Si bien conforme a la legislación vigente en la materia la agencia estatal debe dar respuesta en materia de información, prevención y tratamiento del VIH, al igual que las otras patologías, para ser eficaz debe tener en cuenta la superpoblación, la violencia institucional y principalmente establecer estrategias en materia de logística y educación.

\* De la información disponible se desprende que no se ofrece de modo sistemático y continuo a los detenidos a su ingreso y durante su permanencia en prisión, pruebas diagnósticas a efectuarse con su consentimiento y realizadas por un profesional respetando el principio de privacidad y confidencialidad.

\* Las campañas de información sobre prevención y transmisión del virus VIH son limitadas y esporádicas.

\* Se verificó que en algunas prisiones, cuando el resultado del test resulta negativo, no se devuelve dicha información al interno que se sometió al análisis, con la angustia que ello produce.

\* Se constató que los insumos de prevención no son de fácil acceso a los detenidos (llámese preservativos, geles, etc), distribuyéndose mayormente en los sectores de enfermería y hospitales, y en los sectores de visitas "íntimas", sin que los demás internos de la población tengan a su disposición dichos elementos de barrera.

\* Se informó serios problemas de logística para la distribución de los insumos y medicamentos aunque los mismos son provistos mayormente por los Ministerios de Salud Pública; ello por cuanto los servicios penitenciarios suelen centralizar en depósitos y/u oficinas alejados de las prisiones, siendo que muchas de las veces se producen serias demoras en su distribución, con las implicancias de salud que ello conlleva.

\* Se ha podido corroborar que en los casos de traslado o egreso de los detenidos a prisiones o a la comunidad solamente se les entrega la medicación por un tiempo determinado, y no se le entrega copia de su historia clínica.

### **E.1.2 RECOMENDACIONES**

\* Asegurar que se proporcione la atención de salud necesaria a los detenidos, gratuitamente y sin discriminación. En este contexto: las medidas de prevención del VIH, las pruebas voluntarias de detección del virus, con asesoramiento previo y acompañamiento posterior.

\* Integrar la cuestión de la salud en las estructuras sanitarias más amplias de la comunidad y asignar la responsabilidad de la gestión y la prestación de los servicios sanitarios a los mismos ministerios, departamentos y organismos responsables de los servicios de la salud de la población en general. En la transición debe existir una colaboración y cooperación conjunta entre los servicios de salud de las cárceles y los servicios de salud de la comunidad.

\* Deben coordinarse con los servicios sanitarios de la comunidad y las agencias de inclusión para garantizar la continuidad de la atención de las personas privadas de su libertad que egresen de la prisión.

\* En materia de prevención debe asegurarse que el contenido y los mensajes de material didáctico en VIH sea adecuado y pertinente a las realidades penitenciarias y que ese material atienda y se ajuste a las diferencias de género, edad, cultura, orientación sexual e identidad de género y alfabetización.

## **E.2 ARRESTO DOMICILIARIO POR ENFERMEDAD**

### **ARGENTINA**

El art. 32 de la ley de ejecución penal establece que *“el Juez de ejecución, o juez competente, podrá disponer el cumplimiento de la pena impuesta en detención domiciliaria:*

- *Al interno enfermo cuando la privación de la libertad en el establecimiento carcelario le impida recuperarse o tratar adecuadamente su dolencia y no correspondiere su alojamiento en un establecimiento hospitalario;*
- *Al interno que padezca una enfermedad incurable en periodo terminal;*
- *Al interno discapacitado cuando la privación de la libertad en el establecimiento carcelario es inadecuada por su condición implicándole un trato indigno, inhumano o cruel;*
- *Al interno mayor de setenta (70) años;*

- *A la mujer embarazada;*
- *A la madre de un niño menor de cinco (5) años o de una persona con discapacidad, a su cargo”*

El art. 33 de la mencionada ley menciona que *“la detención domiciliaria debe ser dispuesta por el juez de ejecución o competente. En los supuestos a), b) y c) del artículo 32, la decisión deberá fundarse en informes médicos, psicológico y social. El juez, cuando lo estime conveniente, podrá disponer la supervisión de la medida a cargo de un patronato de liberados o de un servicio social calificado, de no existir aquél. En ningún caso, la persona estará a cargo de organismos policiales o de seguridad...El interno podrá proponer peritos especialistas a su cargo, que estarán facultados para presentar su propio informe. Al implementar la concesión de la prisión domiciliaria se exigirá un dispositivo electrónico de control, el cual sólo podrá ser dispensado por decisión judicial, previo informe de los órganos de control y del equipo interdisciplinario del juzgado de ejecución”.*

El art. 34 establece que *“el juez de ejecución o juez competente revocará la detención domiciliaria cuando el condenado quebrantare injustificadamente la obligación de permanecer en el domicilio fijado o cuando los resultados de la supervisión efectuada así lo aconsejaren”*

## **BRASIL**

La ley de ejecución penal establece en su artículo 117 que podrán acceder al arresto domiciliar los condenados mayores de setenta años, quienes tengan una enfermedad grave, quienes tengan un hijo menor o con discapacidad física o mental y las embarazadas.

## **URUGUAY**

La ley de “Humanización del sistema carcelario”<sup>6</sup> modificó algunos artículos del Código Procesal Penal. El art. 131 de dicho cuerpo normativo, ahora estipula que *“Si se presumiera que el imputado en el momento de cometer el delito, el procesado, o el penado durante el cumplimiento de su condena, se encontraren en alguno de los estados previstos por el artículo 30 del Código Penal, podrá disponerse su internación en un establecimiento especial, previo dictamen pericial. Si se tratare de enfermedad grave o de circunstancias especiales que hicieran evidentemente perjudicial para el imputado su internación inmediata en prisión, o la continuidad de la privación de libertad en el centro de reclusión en que se encuentre, el Juez podrá, previo los peritajes que estime pertinentes, disponer la prisión domiciliaria u otras medidas asegurativas. Igual criterio se adoptará respecto de la situación de la mujer cuando se encuentre en los últimos tres meses de estado de gravidez, así como durante los tres primeros meses de lactancia*

---

<sup>6</sup> Ley n° 17897, sancionada en 2005.

materna. En tal caso, el Juez requerirá previamente informe pericial del Instituto Técnico Forense acerca de la conveniencia o necesidad respecto de la adopción de la medida. La persona procesada o penada respecto de quien se haya dispuesto la prisión domiciliaria, únicamente podrá abandonar su domicilio para efectuar controles médicos pertinentes a su estado y condición. El incumplimiento de dicha disposición implicará la revocación inmediata del beneficio. Habiendo cesado cualquiera de las hipótesis contempladas en el presente artículo, el procesado o penado en su caso, deberá reintegrarse al establecimiento de detención donde cumplía la medida cautelar o la condena”.

Por su parte, el art. 127 establece que “El Juez podrá disponer la prisión domiciliaria de personas procesadas o condenadas mayores de setenta años, cuando ello no involucre riesgos, considerando especialmente las circunstancias del delito cometido. Esta última disposición no será aplicable a los procesados y condenados que hayan cometido los siguientes delitos:

- 1) El delito de homicidio cuando concurren las circunstancias agravantes previstas en los artículos 311 y 312 del Código Penal.
- 2) El delito de violación
- 3) Los delitos previstos en el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional”.

### **E.2.1 OBSERVACIONES**

\* Básicamente las legislaciones de los tres países autorizan a otorgar la prisión domiciliaria cuando la persona privada de su libertad padece una enfermedad grave, o que la misma se encuentre en estado terminal e irreversible o que el encierro o las circunstancias especiales de la cárcel agraven la patología del detenido.

\* Es difícil precisar conceptualmente cuando una patología es terminal e irreversible, pues dicha noción resulta imprecisa, difícil de determinar para el profesional y mucho más para los jueces que deben conceder el beneficio, especialmente para los enfermos de sida.

\* La experiencia nos indica que un número importante de las personas privadas de su libertad a los cuales se le otorga el derecho de arresto domiciliario por razones de enfermedad carecen de una vivienda, y muchas veces constituye un factor limitativo para que el interno logre dicho beneficio.

### **E.2.2 RECOMENDACIONES**

\* Una futura ley debería prescribir como único supuesto para el otorgamiento de arresto domiciliario que “el espacio carcelario pueda agravar la enfermedad que padece la persona privada de su libertad poniendo en peligro su integridad física”, sin ningún tipo de limitación de orden penal.

\* El Ministerio de Justicia en los casos de las personas privadas de su libertad a quienes se le ha concedido el derecho de arresto domiciliario y no cuenten con vivienda, debe hacerse cargo de su alojamiento en una residencia digna.

\* Los servicios médicos de la comunidad deben brindar una atención integral a quienes se encuentren bajo arresto domiciliario, de la misma manera las agencias de inclusión.

## **F. ORGANISMOS DE LOS CUALES DEPENDEN LAS UNIDADES PENITENCIARIAS**

Previo al análisis de cada país es preciso hacer una aclaración. Tanto Argentina como Brasil, a diferencia de Uruguay, son países federales.

Es por ello que los Estados o Provincias conservan todo el poder que no le han delegado al Estado Nacional. A partir de la autonomía que conservan, regulan su orden institucional, político, administrativo, económico.

Se encuentra incluida allí la organización del sistema penitenciario local, así como la normativa que estipula los procedimientos penales.

En este sentido, existen en ambos países, unidades penitenciarias que dependen del Estado Nacional (federales) y otras que dependen de cada Provincia o Estado.

### **ARGENTINA**

El Servicio Penitenciario Federal tiene 41 unidades penitenciarias y alcaldías a lo largo de todo el territorio argentino. Gran parte en el área metropolitana (Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires) y el resto de las unidades en las provincias de Jujuy, Salta, Formosa, Santiago del Estero, Chaco, Misiones, Neuquén, Chubut, Santa Cruz, Río Negro y La Pampa. Depende del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

El resto de las unidades penitenciarias dependen de los Ministerios de Justicia o Gobierno locales, como es el caso de Mendoza, provincia que fue visitada con motivo del presente documento.

Incluso hay algunas provincias en las que dependen de la Policía, como en Neuquén o Chubut, por ejemplo.

### **BRASIL**

Son cuatro las penitenciarias federales. Mossoró en RN, Catanduvás en PR, Porto Velho en RO y Campo Grande en MS, con un total de 832 plazas.

Este Sistema Penitenciario Federal depende directamente del Departamento Penitenciario del Ministerio de Justicia.

Por otro lado, hay en Brasil 2664 unidades penitenciarias que dependen de las gobernaciones de los 27 estados federales y del distrito federal.

## **URUGUAY**

En la actualidad, la autoridad carcelaria a nivel nacional es el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), que se encuentra en la estructura del Ministerio del Interior.

Este instituto<sup>7</sup> tiene como objetivo unificar el sistema penitenciario a nivel nacional. Sus cometidos son la organización y gestión de las diferentes instituciones penitenciarias establecidas o a establecerse en el país, que se encuentren bajo su jurisdicción; la rehabilitación de los procesados y los penados y la administración de las medidas sustitutivas a la privación de libertad.

Anteriormente, algunos centros carcelarios dependían de la Dirección Nacional de Cárceles, Penitenciarias y Centros de Reclusión.

Las unidades del interior del país dependen aún de las Jefaturas de Policía locales de los respectivos departamentos donde están ubicadas<sup>8</sup>.

El traspaso a la órbita de INR se está llevando a cabo paulatinamente. En diciembre de 2012 el 83% de las unidades de detención depende del INR, mientras que el 17% de las policías departamentales.

### **F.1 OBSERVACIONES**

\* En los países visitados, las unidades penitenciarias, en atención a su organización política (Federal) u organización administrativa, son responsabilidad de las agencias federales o provinciales de la jurisdicción o de la policía departamental.

\* En el caso de Uruguay porque algunas dependen del INR y otras de las policías departamentales. En el caso de Argentina y Brasil porque, al ser países federales, cada Provincia o Estado tiene su propio servicio penitenciario, además del federal que depende del Estado Nacional. Esto implica diferencias en la administración y recursos de los mismos, que inciden en la población privada de la libertad.

\* Por otro lado, los centros de detención que dependen de las policía locales, no cuentan con profesionales especializados, capacitados en la temática, además de carecer de lugares adecuados para que las personas que se encuentran allí detenidas puedan ejercer sus derechos al acceso a la educación, trabajo, salud, visitas íntimas, etc.

---

<sup>7</sup> Creado por ley n° 18.719 en diciembre de 2010.

<sup>8</sup> Ver punto 9 del Anexo al Comunicado de Prensa 76/11 sobre las Observaciones Preliminares de la Visita de la Relatoría sobre los Derechos de las Personas Privadas de Libertad a Uruguay, 25 de julio de 2011.

## **F.2 RECOMENDACIÓN**

\* *“Es fundamental que los Estados establezcan sistemas de administración penitenciaria autónomos, gestionados por personal y administradores penitenciarios profesionales e independientes de la policía. Sin embargo, la sola existencia de estas instituciones no es suficiente, es necesario que el personal penitenciario existente sea suficiente para cubrir la demanda laboral de los distintos centros penitenciarios”* (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “Informe sobre los Derechos Humanos de las Personas Privadas de Libertad en las Américas”, elaborado en diciembre de 2011, .196).

## **G. ORGANISMOS DE CONTROL**

### **G.1 ORGANISMOS GUBERNAMENTALES DE CONTROL**

#### **ARGENTINA**

El órgano responsable de controlar que no se agraven las condiciones de detención es la Procuración Penitenciaria<sup>9</sup>.

Depende del Poder Legislativo y su objetivo general es el de proteger los derechos humanos de las personas privadas de su libertad por cualquier motivo en jurisdicción federal.

Asimismo, en el ámbito de la Procuración General de la Nación, se creó en marzo de 2013 la Procuraduría contra la Violencia Institucional (PROCUVIN), una adecuación institucional para el impulso de las acciones penales y la orientación de las investigaciones y juzgamiento de los delitos consumados mediante violencia institucional, que tienen como víctimas principalmente a personas en estado de vulnerabilidad.

Dentro de las funciones de ambos organismos se encuentra:

Recibir denuncias;

Disponer la realización de investigaciones preliminares respecto de hechos que importen la violación de derechos humanos con el fin de requerir la instrucción del sumario;

---

<sup>9</sup> Creada por ley n° 25875 en enero de 2004.

Disponer la realización de inspecciones en todos aquellos establecimientos en los cuales permanezcan personas privadas de su libertad a fin de controlar las condiciones de encierro, e instar acciones de protección y resguardo de su integridad;

Disponer las acciones interinstitucionales necesarias para la prevención, la investigación y el juzgamiento de los casos que configuren violaciones a los derechos humanos y/o delitos relacionados con la violencia institucional, con organismos públicos y organizaciones civiles vinculadas a la temática.

Por otra parte en 2014 se constituyó el “Sistema de Coordinación y Seguimiento del Control Judicial y Unidades Carcelarias”, que se encuentra integrado por la Comisión de Ejecución Penal de la Cámara Federal de Casación Penal, subcomisión compuesta por jueces de Tribunales Orales y magistrados de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional, Jueces de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional Federal, Jueces Nacionales de Ejecución Penal, representantes de la Procuración General de la Nación - Procuraduría contra la Violencia Institucional-, la Defensoría General de la Nación, la Procuración Penitenciaria de la Nación, y en carácter de miembros consultivos el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y el Colegio Público de Abogados de la Capital Federal. El sistema tiene como objetivo fundamental instar y desarrollar actividades orientadas a asegurar la vigencia concreta de los derechos humanos de las personas privadas de su libertad (arts. 5.1, CADH y 10.1 de T.I.D.C y P; “Principios Básicos de Tratamiento de Reclusos” punto 5, Naciones Unidas) destacando el valor de la persona –que no pierde en su detención la protección de la Constitución Nacional y las Leyes- como objeto de tutela.

## **BRASIL**

Con similares objetivos y potestades a los de la Procuración Penitenciaria, en Brasil funciona el Consejo Nacional de Política Criminal y Penitenciaria, dependiente del Ministerio de Justicia<sup>10</sup>.

Dentro de sus funciones, ya sea en el ámbito federal o estadual, se encuentra:

- Proponer directrices de política criminal como de prevención del delito, administración de justicia y ejecución de las penas y medidas de seguridad;
- Evaluación periódica del sistema penal para su adecuación a las necesidades del país;
- Elaboración de programa penitenciario de formación y perfeccionamiento;
- Establecer reglas sobre arquitectura y construcción de establecimientos penales;

---

<sup>10</sup> Creado mediante la ley de ejecución penal n° 7210 en julio de 1984 (ver arts. 62 y sgs).

- Inspeccionar y fiscalizar los establecimientos penales, proponiendo a las autoridades las medidas que considere correspondan.

## **URUGUAY**

El organismo estatal encargado de controlar las condiciones de detención es el Comisionado Parlamentario<sup>11</sup>.

Tiene como objetivo principal asesorar al Poder Legislativo en su función de control del cumplimiento de la normativa constitucional, legal o reglamentaria vigente, y de los convenios internacionales ratificados por la República, referidos a la situación de las personas privadas de libertad en virtud de proceso judicial.

Se encuentra encargado de la supervisión de la actividad de los organismos encargados de la administración de los establecimientos carcelarios y de la reinserción social del recluso o liberado.

Es por ello que puede solicitar información a las autoridades carcelarias respecto a las condiciones de vida de los reclusos y, en particular, de las medidas adoptadas que puedan afectar sus derechos, formular recomendaciones a las autoridades carcelarias para que se modifiquen o dejen sin efecto medidas adoptadas o se incorporen otras que tiendan al cumplimiento de las normas constitucionales y legales vigentes, recibir denuncias sobre violaciones de los derechos de los reclusos, de acuerdo con el procedimiento que se establece, realizar inspecciones de carácter general a los establecimientos carcelarios, debiendo anunciar su visita a la autoridad correspondiente con no menos de veinticuatro horas de anticipación (cuando se trate de verificar una denuncia concreta podrá realizar una inspección, a ese solo efecto, sin previo aviso), interponer los recursos de "habeas corpus" o amparo, etc.

## **G.2 CONTROL JUDICIAL**

En el caso de **BRASIL, ARGENTINA** y, recientemente **URUGUAY**, son los jueces de ejecución, sin perjuicio de los magistrados con competencia penal que están obligados constitucionalmente a resguardar la integridad física de los detenidos, los encargados de controlar el cumplimiento de la pena y que el mismo no sea llevado a cabo de una manera que afecte otro derecho que no sea exclusivamente el de la libertad de circulación, y son órganos de revisión de las sanciones disciplinarias impuestas por los servicios penitenciarios.

---

<sup>11</sup> Creado por ley n° 17.684 en agosto de 2003.

### **G.3 OBSERVACIONES**

\* Se ha podido comprobar que no obstante haberse instalado legislativamente organismos de control, ya sea gubernamental o judicial, lo cierto es que en algunas de las jurisdicciones penitenciarias las deficiencias en materia de asistencia se mantienen.

\* En este sentido es necesario la coordinación de los organismos de controles gubernamentales y judiciales a fin de que las inspecciones puedan ser llevadas a cabo de modo permanente y en la totalidad de las instalaciones penitenciarias.

### **G.4 RECOMENDACIÓN**

\* Se entiende como una buena práctica que los organismos de control acudan a las prisiones acompañados de profesionales de la salud externos a los servicios médicos penitenciarios, al igual que de otros profesionales como nutricionistas, bioquímicos, etc., a fin de que se pueda verificar la debida atención sanitaria, y otras cuestiones como la alimentación que se suministra a las personas privadas de su libertad.

## **H. LA SALUD DE LA POBLACION PRIVADA DE LA LIBERTAD**

### **H.1 ORGANISMOS ENCARGADOS DE LA ATENCION DE LA SALUD**

#### **ARGENTINA**

En las unidades penitenciarias federales de todo el país, la atención en salud de las personas detenidas se encuentra a cargo del Servicio Penitenciario Federal (Dirección de Sanidad), con excepción de la atención en salud mental, la que se encuentra bajo la órbita del “Programa Interministerial de Salud Mental Argentino” (PRISMA), dependiente del Ministerio de Salud y de Justicia y Derechos Humanos<sup>12</sup>.

El PRISMA dispone de diversos dispositivos (Evaluación, Tratamiento, Egreso) los cuales están a cargo de equipos de salud dependientes de ambas carteras.

El dispositivo de Egreso está destinado a aquellas personas que provienen de los Dispositivos de Tratamiento del Programa PRISMA y que logran su libertad. Se trata de un

---

<sup>12</sup> Creado por Resolución Conjunta n° 1075/11 y 1128/11 del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y el Ministerio de Salud el 27/7/2011.

dispositivo sanitario abierto, ajeno al sistema penal y que tiene como su objetivo principal garantizar la inclusión social exitosa de la persona que egresa.

Se encuentra a cargo del Ministerio de Salud, en su calidad de autoridad de aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental<sup>13</sup> la designación de los profesionales que integrarán los equipos interdisciplinarios; la responsabilidad sobre los tratamientos que se apliquen a los internos pacientes y las capacitaciones previstas para el personal profesional y no profesional en materia de salud mental.

En los servicios penitenciarios provinciales, la atención de la salud de las personas privadas de la libertad está a cargo de los mismos, con excepción de la Provincia de Buenos Aires, como luego se analizará.

Los Ministerios de Salud si bien no intervienen en forma directa en la atención de las personas privadas de su libertad, es de su competencia establecer los protocolos de atención, promover las actividades de promoción y prevención que deben desarrollarse al interior de las unidades y coordinar con los efectores de la comunidad.

En el caso de la Provincia de Buenos Aires, la atención de la salud de las personas privadas de la libertad está a cargo de la Dirección General de Salud Penitenciaria<sup>14</sup> y no del Servicio Penitenciario, con la intención de alcanzar independencia del equipo de salud respecto del Servicio Penitenciario Bonaerense. Sin embargo, no depende del Ministerio de Salud, sino del Ministerio de Justicia.

Entre los fundamentos se estableció que *“una estructura organizativa independiente, basada en la autonomía de criterio y la ética médica, que garantice una atención sanitaria cualificada y suficiente para satisfacer las necesidades de la población penitenciaria, como así también que verifique la salud del personal desde su ingreso y durante su desempeño laboral; Que la implementación de esta medida tiene por objeto poner en funcionamiento políticas sanitarias acordes a los requerimientos de la población carcelaria, brindando respuestas efectivas, reales y posibles, conforme los lineamientos que prescriben los organismos internacionales”*

Está conformada a su vez por las Direcciones de Gestión y Control de Calidad de la Salud, de Medicina Laboral, de Medicina Asistencial y Promoción de la Salud, de Salud Mental y Adicciones, dependiendo de éstas los Departamentos de Control de Calidad Integral de la Salud, de Procesamiento y Análisis de la Información y Bioestadística, de Farmacias e Insumos Médicos, de Calidad Nutricional, de Ingresos, Exámenes Periódicos Psicofísicos y Juntas Médicas, de Higiene y Medicina Laboral, de Medicina General y Prevención de la Salud, de Enfermedades Prevalentes e Infectocontagiosas, de Cirugía General, de Adicciones, de Psiquiatría-Psicología.

---

<sup>13</sup> Ley n° 26657 del 25 de noviembre de 2010.

<sup>14</sup> Creada por decreto n° 950 de mayo de 2005.

De esta forma se suprimió la Dirección de Sanidad dependiente del Servicio Penitenciario Bonaerense. Cabe destacar que la Dirección General de Salud Penitenciaria depende de la Subsecretaría de Política Penitenciaria y Readaptación Social. Es decir, se mantiene dentro de la estructura del Ministerio de Justicia y con la misma dependencia política que el Servicio Penitenciario<sup>15</sup>.

## **BRASIL**

El Plan Nacional de Salud en el Sistema Penitenciario elaborado en el año 2003 (PNSSP), que más abajo se detallará, promueve el traspaso progresivo de las responsabilidades sanitarias desde la administración de justicia de los estados federales al ámbito de la salud de los gobiernos de los estados y de los municipios brasileños, que es la forma en la que se organiza el Sistema Único de Salud de Brasil (SUS).

El SUS<sup>16</sup> está constituido por el conjunto de acciones en salud prestadas por órganos e instituciones públicas federales, estatales y municipales.

Los principios que rigen el SUS son, entre otros:

- 1.- Universalidad de acceso a los servicios de salud en todos los niveles de asistencia,
- 2.- Integralidad de la asistencia, entendida como un conjunto articulado y continuo de acciones y servicios preventivos y curativos, individuales y colectivos, en todos los niveles de complejidad del sistema,
- 3.- Respeto de autonomía de las personas en defensa de su integridad física y moral
- 4.- Igualdad en la asistencia,
- 5.- Derecho a la información de las pacientes sobre su salud,
- 6.- Participación de la comunidad,
- 7.- Descentralización. Establece el art. 8 que las acciones y servicios de salud se organizarán en forma regionalizada y jerarquizada en niveles de complejidad creciente.

Se organiza en niveles de competencias:

Los municipios son los entes federales que gestionan la ejecución de todas las acciones de salud en la atención básica (contratan los equipos médicos y multiprofesionales, mantienen las infraestructuras arquitectónicas, compran insumos y gestionan las prioridades de la atención básica).

---

<sup>15</sup> El informe sobre la visita a la Argentina del Subcomité para la prevención de la tortura y otros tratos o pena crueles, inhumanos o degradantes, 18 al 27 de abril de 2012, establece que *“53...a pesar de que se ha avanzado hacia la independencia del servicio médico mediante su separación del Servicio Penitenciario, aún sigue estando bajo la órbita del Ministerio de Justicia y Seguridad y trabaja en estrecha relación con el propio servicio penitenciario. Ello parece limitar la capacidad de independencia de los profesionales en ciencias de la salud para registrar posibles señales de tortura y malos tratos en los internos que están llamados a examinar”*

<sup>16</sup> Instaurado por ley n° 8080 del 19 de septiembre de 1990.

Los estados se ocupan principalmente del diseño y gestión de las redes de atención (de la atención hospitalaria y especializada de segundo nivel).

El gobierno central se ocupa del diseño estratégico y de la cofinanciación de las grandes redes temáticas (salud mental, salud de la mujer, de la persona discapacitada, etc.).

Todos tienen competencias en el monitoreo y evaluación del sistema. Existe control externo comunitario con poder deliberativo.

La Resolución Interministerial nº 1777 de los Ministerios de Salud y Justicia<sup>17</sup> establece el Plan Nacional de Salud en el Sistema Penitenciario (PNSSP), destinado a proveer atención integral en salud a las personas privadas de la libertad en unidades penitenciarias masculinas, femeninas y psiquiátricas. Es un conjunto de principios, metas y acciones mínimas que establece un incentivo financiero para los servicios penitenciarios que lo garanticen y, de esta manera, funcionen de manera análoga al SUS. Todos los estados de la federación (27) adhirieron al Plan.

Se establecen como prioridades para el logro de esa finalidad:

- 1.- Reforma y equipamiento de las unidades penitenciarias teniendo en cuenta la estructura de servicios de atención de nivel básico,
- 2.- Organización de un sistema de información de salud,
- 3.- Implementación de acciones de promoción de salud, especialmente en alimentación, actividades físicas, etc.
- 4.- Implementación de medidas de protección específica, como vacunación contra hepatitis, gripe,
- 5.- Implementación de acciones de prevención de tuberculosis, diabetes, hipertensión, hepatitis, VIH/sida,
- 6.- Distribución de preservativos e insumos para reducción de daños asociados al uso de drogas,
- 7.- Elaboración de redes de atención, a través de referencias.

Para poder adherir al Plan, el equipo debe tener como mínimo: un médico, un odontólogo, una enfermera, un psicólogo, un auxiliar de enfermería y un técnico de higiene bucal. Además, el área física de salud de la unidad penitenciaria tiene que seguir las mismas reglas del Ministerio de Salud para Unidades Básicas de Salud de la comunidad. Dichos profesionales tendrán una carga horaria de 20 horas semanales

Cada equipo será el responsable de atender 500 personas. En el caso de unidades con menos de 100 personas, la atención estará a cargo de la Secretaría Municipal de Salud, respetando la composición mencionada, y con una carga horaria mínima de 4 horas semanales. Cuando tienen más de 100 internos tienen equipos propios.

Algunos estados fueron más allá de solamente adaptar sus equipos y realmente los transformaron en equipos SUS (Rio Grande do Sul, Rondonia y Distrito Federal). Otros estados

---

<sup>17</sup> Dictada el 9 de septiembre de 2003.

tienen sistemas mixtos, con equipos bajo gestión de los municipios y otros (unidades grandes ubicadas en municipios pequeños) gestionados por el estado; eso ocurre, por ejemplo, en Bahía o Mato grosso do sul.

Actualmente hay cerca de 250 equipos calificados en todo el país, con una cobertura de cerca de 38% de las PPL. Dichos equipos son contratados, en este momento, mayormente por los estados federados mediante servicios conformados en el ámbito de la justicia y no en el ámbito de la salud.

Sin embargo, teniendo en cuenta que el SUS indica que solamente los municipios contratan los equipos multidisciplinarios que ofrecen atención básica en todo el país, se prevé la misma conformación para los equipos de salud en prisiones.

EL PNSSP establece distintas líneas de acción, como por ejemplo:

- 1.- Control de la TBC (búsqueda de casos, notificación, carga en sistema, tratamiento, etc.),
- 2.- Control de hipertensión y diabetes (adopción de hábitos saludables, estrés, sedentarismo, alcoholismo, etc.),
- 3.- Dermatología – lepra (búsqueda activa de casos),
- 4.- Salud bucal,
- 5.- Salud de la mujer (control de cáncer cérvico-uterino, de mama, etc.),
- 6.- Salud mental,
- 7.- Agentes promotores de salud (las personas privadas de la libertad podrán trabajar como agentes promotores de salud, con el acuerdo de la Dirección de la unidad y el equipo de salud, actuando con la supervisión del equipo. Se propondrá al Juez de ejecución el beneficio de la reducción de pena),
- 8.- Elaboración de protocolos de asistencia, derivación, y la organización y control de un sistema de información,
- 9.- Elaboración de planes de capacitación,

También se establecen los requisitos arquitectónicos mínimos para las unidades de hasta 500 personas, como por ejemplo, el espacio que debe ocupar el consultorio, qué debe tener, qué debe tener el laboratorio, la ventilación que debe haber, iluminación, equipamiento (mesas, instrumentos, etc.).

Para recibir financiación del Ministerio de Justicia para la construcción de unidades penitenciarias, los planes tienen que estar de acuerdo con la resolución 9 del CNPCP. La misma (2006) establece que las revisiones a las visitas se deben hacer por detectores de metales, equipos de rayos x, etc. Las revisiones manuales se harán sólo en casos excepcionales, preservando la honra y dignidad en lugar reservado, por agente del mismo sexo.

Las financiaciones de los bancos gubernamentales no exigen esta adecuación.

Las partidas financieras se envían al Estado que firma la adhesión al Plan Nacional de Salud en el Sistema Penitenciario, en algunos casos los reciben los municipios y los gestionan ellos mismos, y en otros se ocupan los estados.

El monto financiero se adecua al número de personas privadas de libertad. Según art. 4, el financiamiento de las acciones en salud en el sistema penitenciario es compartido entre los órganos gestores de salud y de justicia.

Se crea un incentivo para la atención de la salud en el sistema penitenciario (financiado en un 70% por el Ministerio de Salud y el 30% por el Ministerio de Justicia), el cual se suspende si las unidades penitenciarias no envían la información correspondiente.

## URUGUAY

En 2008 y a partir de un acuerdo entre los Ministerios de Salud Pública y del Interior se determinó que se iba a implementar en forma gradual y progresiva, la atención de la salud de las personas privadas de libertad, por parte de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), dependiente del Ministerio de Salud Pública.

Se inició un programa piloto en el Complejo Carcelario de Santiago Vázquez (COMCAR), a cargo de un equipo asistencial de ASSE que cubría la guardia médica del establecimiento.

En 2009 se inició la organización y planificación por parte de ASSE, del Programa de Sistema de Atención Integral de las Personas Privadas de Libertad, con el objeto de crear el primer nivel de atención en salud más allá de la cobertura de la emergencia implementada desde 2008.

Todo nivel de asistencia superior (niveles 2 y 3) requiere el traslado a Hospitales del Ministerio de Salud Pública- ASSE, sala penitenciaria del ASSE -MSP (Hospital Saint Bois, servicio contratado). La sala penitenciaria es la única dependencia de ASSE a nivel nacional que funciona como referencia para pacientes varones que están privados de la libertad de todo el país. Este servicio fue creado hace 11 años. Desde ese entonces se encuentra situada en el ala izquierda de dicho centro contando con 12 camas en Sala General y 4 Boxes de aislamiento con 2 camas c/u que ofrece cobertura a pacientes provenientes de COMCAR, Penal de Libertad, La Tablada, Cárcenes del Interior, y Centros Asistenciales de Montevideo y departamentales.

El Sistema de Atención Integral de las Personas Privadas de Libertad (SAI-PPL), tiene como misión *“ser el servicio que brinde a las personas privadas de libertad, usuarias de ASSE., las necesarias acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación para la atención de su salud”* y como visión *“ser un servicio de excelencia que garantice a las personas privadas de libertad, una atención integral de salud, de calidad adecuada; en un entorno de respeto a sus Derechos Humanos, que contribuya a su reinserción social en las mejores condiciones posibles”*.

Posteriormente se expandió la cobertura de salud de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) a varios de los centros metropolitanos. Actualmente ASSE ha absorbido la atención de salud en COMCAR, Libertad, CNR, El Molino, Punta de Rieles y Canelones.

A partir de 2008 aumentó la proporción de atención de ASSE respecto del Ministerio del Interior. En 2008 ASSE se ocupaba de menos del 25% y en julio de 2012 del 92%.

En Cárceles Departamentales el servicio es dispar, ninguna cuenta con médicos especialmente asignados para la atención de los detenidos, siendo generalmente el médico de la Sanidad Policial (policías) que realizan policlínicas en las cárceles y derivan a los hospitales públicos de cada departamento, con los servicios que ellos puedan brindar.

Existen por lo tanto 3 tipos de servicios en este momento en los centros de privación de libertad. El estatal público (ASSE), uno dependiente de sanidad policial y los que se encuentra bajo la órbita de las jefaturas de policía locales, siendo la atención en salud y los servicios muy distinta dado que son servicios independientes entre sí.

La compra de medicamentos también varía de acuerdo a los efectores: la mayoría los provee ASSE y otros de las dependencias policiales.

### **H.1.1 OBSERVACIÓN**

\* Es destacable que en los países visitados hayan comenzado un proceso normativo e institucional tendientes a que las agencias de salud vayan asumiendo integralmente la salubridad de las personas privadas de su libertad. No obstante ello, se advierte que en algunas jurisdicciones la atención de la salud se sigue manteniendo en manos de los servicios médicos penitenciarios y policiales.

### **H.1.2 RECOMENDACIÓN**

\* La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en el *“Informe sobre los Derechos Humanos de las Personas Privadas de Libertad en las Américas”* elaborado en diciembre de 2011, ha señalado que: *“561. Además, y como salvaguardia contra la tortura y los malos tratos físicos o mentales a los prisioneros, es fundamental que los profesionales de la salud que brinden atención médica a personas bajo custodia del Estado ejerzan sus funciones con la debida autonomía e independencia, libres de cualquier forma de injerencia, coacción o intimidación por parte de otras autoridades...”*

## **H.2 INTERVENCIONES CONJUNTAS**

### **ARGENTINA**

En cuanto a las acciones y políticas que lleva a cabo el Ministerio de Salud de Nación y sus pares locales al interior de las unidades penitenciarias tanto federales como provinciales, debemos destacar que el 29 de julio de 2008 se firmó el Convenio Marco de Cooperación y Asistencia “*Justicia con Salud, Salud para Incluir*” entre los Ministerios de Justicia y Derechos Humanos y Salud de la Nación, junto con la Comisión Coordinadora de Políticas Públicas dependiente de Jefatura de Gabinete de la Nación, a fin de implementar las políticas sanitarias en el ámbito de los establecimientos penitenciarios del Servicio Penitenciario Federal así como referenciar a las personas que egresen en libertad con los centros sanitarios para continuar su tratamiento.

El 29 de diciembre de 2009, el Convenio fue adoptado por los gobiernos de las provincias de Buenos Aires, Mendoza, Salta y Tierra del Fuego, y el 12 de mayo de 2011, por los gobernadores de Neuquén, Santiago del Estero, Chaco y Tucumán, sumándose las provincias de La Rioja, San Luis y Chubut en lo que va del corriente año.

El 4 de julio de 2012<sup>18</sup> se creó en la esfera del Ministerio de Salud de la Nación, el Programa de Salud en Contextos de Encierro, cuyo objetivo general 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 y el armado de redes de atención extramuros-intramuros.

En enero de 2013 los Ministerios de Justicia y Derechos Humanos y Salud de la Nación aprobaron el “Plan Estratégico de Salud Integral en el Servicio Penitenciario Federal 2012-2015”<sup>19</sup>.

El objetivo general del mismo es consolidar un sistema de atención de la enfermedad y cuidado de la salud que incluya a las personas privadas de la libertad y que continúe asistiéndolas al egresar de los establecimientos penitenciarios.

Para ello se prevén una serie de objetivos específicos y acciones, entre las que se destacan:

- Generar sistemas de promoción de la salud en las unidades penitenciarias. Para ello es necesaria la capacitación constante en la temática para las personas privadas de la libertad.
- Armado de redes con los centros de salud extramuros no sólo para la atención de las personas privadas de la libertad, sino para cuando egresan de los centros de detención.
- Personas detenidas capacitadas como promotores de salud
- Elaboración de un manual de cuidado de la salud,

---

<sup>18</sup> Mediante Resolución 1009/12 del Ministerio de Salud.

<sup>19</sup> Resolución Conjunta n° 10/2013 y 77/2013 del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y el Ministerio de Salud.

- Cursos de capacitación y actualización a cargo del Ministerio de Salud de los profesionales del SPF
- Capacitación en salud para el personal penitenciario y para las personas detenidas.
- Creación de un sistema de información en salud y un sistema de monitoreo de medicamentos.

Incluye además, las Pautas de diagnóstico, atención y tratamiento que fueran elaboradas por diversos Programas y Direcciones del Ministerio de Salud, para su aplicación en las unidades del SPF, que luego se describirán.

Los programas y direcciones que intervinieron son:

Programa de Salud en Contextos

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia

Dirección de Sida y ETS

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Programa de Prevención de Cáncer Cervicouterino

Dirección Nacional de Salud Mental

Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Además, gran parte de los medicamentos son entregados por el Programa Remediar + Redes del Ministerio de Salud.

En suma, al igual que el PNSSP de Brasil, el “Plan Estratégico de Salud Integral en el Servicio Penitenciario Federal 2012-2015” establece líneas de acción basadas en atención integral en salud a las personas privadas de la libertad. También se plantea como objetivo el establecimiento de sistemas de información y el armado de redes de derivación. De la misma manera, acciones de promoción de salud y la elaboración de planes de capacitación.

Cabe resaltar que por iniciativa de los Ministerios de Salud Pública y de Justicia y de Derechos Humanos se ha implementado en el ámbito de la Universidad Nacional de la Matanza un curso de posgrado sobre Salud Penitenciaria.

El Plan Integral de Argentina, a diferencia del de Brasil, contiene las pautas de salud mencionadas y no prevé un incentivo financiero para quienes cumplan con el Plan. Tampoco se establece el mínimo de profesionales que debe tener el equipo de salud ni los requisitos arquitectónicos para adherir al Plan (laboratorios, salas de atención, etc.)

## **BRASIL**

Como se expuso anteriormente, el Plan Nacional de Salud en el Sistema Penitenciario (PNSSP), está destinado a proveer atención integral en salud a las personas privadas de la

libertad en unidades penitenciarias masculinas, femeninas y psiquiátricas. Es un conjunto de principios, metas y acciones mínimas que establece un incentivo financiero para los servicios penitenciarios que lo garanticen y, de esta manera, funcionen de manera análoga al SUS. Todos los estados de la federación (27) adhirieron al Plan.

EL PNSSP establece distintas líneas de acción, como por ejemplo:

- 1.- Control de la TBC (búsqueda de casos, notificación, carga en sistema, tratamiento, etc.),
- 2.- Control de hipertensión y diabetes (adopción de hábitos saludables, estrés, sedentarismo, alcoholismo, etc.),
- 3.- Dermatología – lepra (búsqueda activa de casos),
- 4.- Salud bucal,
- 5.- Salud de la mujer (control de cáncer cérvico-uterino, de mama, etc.),
- 6.- Salud mental,
- 7.- Agentes promotores de salud (las personas privadas de la libertad podrán trabajar como agentes promotores de salud, con el acuerdo de la Dirección de la unidad y el equipo de salud, actuando con la supervisión del equipo. Se propondrá al Juez de ejecución el beneficio de la reducción de pena),
- 8.- Elaboración de protocolos de asistencia, derivación, y la organización y control de un sistema de información,
- 9.- Elaboración de planes de capacitación,

El Ministerio de Salud garantizará a cada equipo la provisión regular de kit de medicamentos básicos.

Tanto la Resolución nº 485 del Ministerio de Salud (1995) como la Resolución Interministerial nº 2035 de los Ministerios de Salud y Justicia (2001) son antecedentes del PNSSP.

La primera crea Comités de asesoramiento en VIH para el sistema penitenciario, con el fin de articular las políticas, movilizandose sectores gubernamentales y de la sociedad civil.

La última crea una Comisión Interministerial para definir estrategias para salud en el sistema penitenciario.

En suma, en el marco del PNSSP se desarrollan actividades en conjunto por parte de los Ministerios de Salud con las unidades penitenciarias.

## **URUGUAY**

El 14 de febrero de 2000 se firmó un convenio entre el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio del Interior con el fin de instaurar el “Sistema de Asistencia Médica Integral del Recluso portador VIH+” con las mismas características a la brindada al resto de la población VIH del país,

en la cual coparticipan y coordinan acciones los profesionales médicos designados al efecto, las oficinas administrativas y de control determinadas por los respectivos organismos.

A partir del mismo, ambos ministerios coordinaron acciones en conjunto para la atención de esta población, aportando recursos humanos y técnicos. Por ejemplo, el Ministerio de Salud Pública aportó dos profesionales médicos en carácter permanente que actúan conjuntamente con los profesionales designados por el Ministerio del Interior, para la evaluación clínica y paraclínica de cada uno de los detenidos con VIH y su atención durante el período en que permanezcan en el COMCAR. El Ministerio de Salud Pública suministra la medicación para el tratamiento antirretroviral específico (TARV) que es controlado en su administración y posología por los profesionales del M.S.P. y del Ministerio del Interior. Los profesionales médicos del Ministerio del Interior realizan el control de la “toma observada” de dichos medicamentos por las personas privadas de la libertad.

Según fue informado, el Ministerio de Salud desarrolla actividades en las unidades penitenciarias. Por ejemplo, el Programa Nacional de Control de la TBC planificó actividades en las unidades para reducir la morbilidad y mortalidad por TB, reducir y detener la transmisión de la infección tuberculosa. Aplicando las mismas normas de prevención, diagnóstico y tratamiento que en la población general. Plantearon un mejor acceso del programa a las unidades departamentales que a las nacionales. El Programa de TBC hace el control de contactos en los establecimientos

### **H.2.1 OBSERVACIONES**

\* Resulta importante que los Ministerios de Salud y Justicia lleven a cabo acciones en forma conjunta, aportando insumos, elaborando protocolos, capacitando al personal, etc.

\* Más allá que en algunos casos la atención de la salud se encuentra en cabeza de los servicios penitenciarios, la salud de la población privada de la libertad es responsabilidad, en última instancia, de los Ministerios de Salud de cada Estado o Provincia-Estado y/o Departamentos, donde se encuentre la unidad penitenciaria.

### **H.2.2 RECOMENDACIÓN**

\* La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en el “Informe sobre los Derechos Humanos de las Personas Privadas de Libertad en las Américas” elaborado en diciembre de 2011, ha manifestado que: *“575. Con respecto al cumplimiento por parte del Estado de su deber de proveer atención médica a las personas privadas de libertad, la CIDH recomienda: ...4. Abordar el acceso a la salud en los centros de privación de libertad desde la base, como una cuestión de salud pública. Para ello se sugiere que se coordinen esfuerzos que promuevan las relaciones*

*entre los distintos ministerios involucrados en la salud de personas privadas de libertad de manera que se establezcan prioridades comunes encaminadas a proteger y promover el acceso a la salud por parte de todas las personas que se encuentran privadas de libertad”.*

### **H.3 PROTOCOLOS**

#### **ARGENTINA**

El Ministerio de Salud de la Nación, a través del Programa de Salud en Contextos de Encierro, ha elaborado Pautas de Acceso a la Salud (Protocolos). Las mismas no tratan sobre la medicación que se le tiene que dar al interno o las normativas de tratamientos, sino que se refieren a procesos de atención, ya sea cuánto tiempo tiene que transcurrir para que una persona acceda a sanidad a partir del momento de pedir la audiencia, qué acciones se deben tomar al ingreso, en la permanencia en la unidad y al egreso. Asimismo, por ejemplo, se establece que al egreso el interno debe ser liberado junto a su historia clínica y un turno en un hospital extramuros y la medicación para un mes si es que su patología lo requiere. También se estipula que debe haber preservativos accesibles para toda la población privada de la libertad, independientemente de las visitas conyugales, entre otras cuestiones.

Contienen las líneas estratégicas de cada Dirección y Programa que deberán implementarse en el interior de las unidades penitenciarias, unificando de esta forma los criterios de atención establecidos desde el Ministerio de Salud de la Nación. Fueron diseñadas desde la perspectiva de derecho de acceso a la salud desde cada Dirección o Programa participante y delinean las propuestas de acción para los hombres y mujeres mayores de dieciocho años que se encuentran privados de la libertad así como también para los niños y niñas alojados con sus madres en todas las unidades penitenciarias del país.

El Servicio Penitenciario Federal y los Servicios Provinciales de Mendoza y Chaco han adherido a las mismas, mientras que otras provincias se encuentran en tratativas para poder hacerlo.

#### **BRASIL**

El PNSSP establece distintas líneas de acción, como por ejemplo:

- 1.- Control de la TBC (búsqueda de casos, notificación, carga en sistema, tratamiento, etc.),
- 2.- Control de hipertensión y diabetes (adopción de hábitos saludables, estrés, sedentarismo, alcoholismo, etc.),

- 3.- Dermatología – lepra (búsqueda activa de casos),
  - 4.- Salud bucal,
  - 5.- Salud de la mujer (control de cáncer cérvico-uterino, de mama, etc.),
  - 6.- Salud mental,
  - 7.- Agentes promotores de salud (las personas privadas de la libertad podrán trabajar como agentes promotores de salud, con el acuerdo de la Dirección de la unidad y el equipo de salud, actuando con la supervisión del equipo. Se propondrá al Juez de ejecución el beneficio de la reducción de pena),
  - 8.- Elaboración de protocolos de asistencia, derivación, y la organización y control de un sistema de información,
  - 9.- Elaboración de planes de capacitación,
- Etc.

Cabe destacar que según fue informado, además del Ministerio de Salud, algunos Estados han elaborado sus protocolos de atención.

## **URUGUAY**

Al día de la fecha no se han elaborado protocolos de atención por parte de la cartera sanitaria. Sin embargo, según la información recibida, el 29 de junio de 2012 se elevó solicitud a la DIGESA (Dirección General de la Salud) para armar un comité técnico para elaborar protocolos de atención en salud integral, salud mental, bucal, drogas, nutrición, salud sexual, sida. Aún no se ha integrado dicho comité.

### **H.3.1 OBSERVACIONES**

\* La elaboración de protocolos por parte de los Ministerios de Salud, a implementarse al interior de las unidades penitenciarias, es necesaria para unificar los criterios de atención, promoción y prevención, establecidos por las carteras sanitarias.

\* Permiten sentar las bases del acceso a la salud de los hombres y mujeres de manera equivalente en todas las unidades penitenciarias (tanto federales como provinciales).

### **H.3.2 RECOMENDACIÓN**

\* Es indispensable que los servicios de salud de las prisiones articulen permanentemente con los Ministerios de Justicia, Desarrollo Social, Trabajo, etc. a fin de que sea homogénea la atención, tanto en las cárceles como en el resto de la comunidad, y se promueva la inclusión de las personas privadas de su libertad. Claro que para ello es fundamental que la atención sanitaria

esté a cargo del Ministerio de Salud o que, al menos, se encuentre en permanente articulación con los Ministerios de Justicia o de quien dependan los Servicios Penitenciarios.

## **I. PRINCIPIOS ETICOS MEDICOS**

Previo al análisis de la legislación vigente en cada país, es importante tener en cuenta que los principios éticos médicos fueron adoptados por el MERCOSUR mediante Resolución nº 58/01 del Grupo Mercado Común<sup>20</sup>.

En la misma se dispuso *“Aprobar los ‘Principios Éticos Médicos del MERCOSUR’, que figuran en el Anexo y forman parte de la presente Resolución”*.

Dichos principios, entre otros, son:

*\* El médico debe tener absoluto respeto por la vida humana en beneficio del paciente, sin embargo debe tener en cuenta la existencia de otros principios morales, autonomía y justicia, fundamentales en la interacción de su trabajo con el enfermo, los familiares y la sociedad.*

*\* Es derecho del paciente decidir libremente sobre la ejecución de las prácticas diagnósticas o terapéuticas, siéndole asegurados todos los recursos de las ciencias médicas donde se le atienda, sin discriminación de ninguna naturaleza.*

*\* Esta vedado al médico emplear experimentalmente cualquier tipo de terapia no liberada para uso en el país, sin autorización de los organismos competentes y sin el consentimiento expresado del paciente o de su responsable legal.*

### **I.1 AUTONOMIA DE LA VOLUNTAD**

#### **ARGENTINA**

La Ley de Derechos del Paciente<sup>21</sup> establece en su art. 2º que *“constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes...e) Autonomía de la Voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad”*.

#### **BRASIL**

---

<sup>20</sup> Dictada el 5 de diciembre de 2001.

<sup>21</sup> Ley nº 26.529, sancionada el 21 de octubre de 2009.

El principio de autonomía de la voluntad se encuentra estipulado en las leyes y normativas federales, del SUS y de los colegios profesionales.

El SUS está constituido por el conjunto de acciones en salud prestadas por órganos e instituciones públicas federales, estatales y municipales.

Los principios que rigen el SUS son, entre otros:

- 1.- Universalidad de acceso a los servicios de salud en todos los niveles de asistencia,
- 2.- Integralidad de la asistencia, entendida como un conjunto articulado y continuo de acciones y servicios preventivos y curativos, individuales y colectivos, en todos los niveles de complejidad del sistema,
- 3.- Respeto de autonomía de las personas en defensa de su integridad física y moral,
- 4.- Igualdad en la asistencia,
- 5.- Derecho a la información de las pacientes sobre su salud,
- 6.- Participación de la comunidad,
- 7.- Descentralización. Establece el art. 8 que las acciones y servicios de salud se organizarán en forma regionalizada y jerarquizada en niveles de complejidad creciente.

## URUGUAY

El decreto nº 258/992 sobre conducta médica y consentimiento informado<sup>22</sup> establece, entre otras cuestiones que:

*“Artículo 5º.- El médico debe informar adecuadamente al enfermo respecto a cuanto este le consulte, con veracidad y objetividad atendiendo a las circunstancias del caso. Al respecto, procurará obtener el ‘libre consentimiento informado’ del enfermo o sus representantes legales antes de realizar las acciones médicas necesarias, teniendo en cuenta que no pueden emitir consentimiento válido los menores de 21 años de edad (Artículo 280 del Código Civil) y demás incapaces, salvo las excepciones legalmente previstas”.*

*“Artículo 36.- El paciente tiene derecho a recibir información completa sobre el diagnóstico de su enfermedad, el tratamiento y el pronóstico, expuesta de modo sencillo, inteligible y procurando no alterar el equilibrio psico - social del mismo”.*

*“Artículo 37.- El paciente tiene derecho a recibir toda la información necesaria para autorizar con conocimiento de causa, cualquier tratamiento o procedimiento que le practiquen. En dicha información se deben mencionar los posibles riesgos y beneficios del procedimiento o tratamiento propuesto, salvo en los casos de emergencia con riesgo vital inmediato”.*

---

<sup>22</sup> Sancionado el 9 de junio de 1992.

*“Artículo 38.- El paciente tiene derecho a negarse a recibir tratamiento y a que se le expliquen las consecuencias de esta negativa para su salud, sin perjuicio de las medidas que corresponda adoptar frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra”.*

En igual sentido, mediante ley nº 18.211<sup>23</sup> se estableció el Sistema Nacional Integrado de Salud. Según el art. 3, los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud son:

- A) La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
- B) La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.
- C) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.
- D) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- E) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.
- F) La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.
- G) El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.
- H) La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.
- I) La participación social de trabajadores y usuarios.
- J) La solidaridad en el financiamiento general.
- K) La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.
- L) La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Asimismo, a partir de la ley nº 18.335<sup>24</sup> se establecieron los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud. Se establece que:

*“Artículo 11.-Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento. El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud. Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la historia clínica. En la atención de enfermos psiquiátricos se aplicarán los criterios dispuestos en la*

---

<sup>23</sup> Sancionada el 5 de diciembre de 2007.

<sup>24</sup> Dictada el 15 de agosto de 2008.

Ley Nº 9.581, de 8 de agosto de 1936, y las reglamentaciones que en materia de atención a la salud mental dicte el Ministerio de Salud Pública”.

*“Artículo 18.- Todo paciente tiene derecho a conocer todo lo relativo a su enfermedad. ...B) Conocer en forma clara y periódica la evolución de su enfermedad que deberá ser hecha por escrito si así lo solicitase el paciente; así como el derecho a ser informado de otros recursos de acción médica no disponibles en la institución pública o privada donde se realiza la atención de salud. En situaciones excepcionales y con el único objetivo del interés del paciente con consentimiento de los familiares se podrá establecer restricciones al derecho de conocer el curso de la enfermedad o cuando el paciente lo haya expresado previamente (derecho a no saber). Este derecho a no saber puede ser relevado cuando, a juicio del médico, la falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad”.*

### **I.1.1 OBSERVACIONES**

\* El respeto de la voluntad del paciente en el espacio carcelario se encuentra relajado toda vez que a los detenidos no se les requiere su autorización en todos los actos médicos relacionados con su cuerpo, y muchos menos se les informa debidamente sobre el tratamiento a seguir en caso de que padezcan alguna enfermedad.

\* El consentimiento brindado por los internos debe quedar asentado en las historias clínicas cuando se trate de diagnósticos, cirugías y otros actos invasivos, y especialmente en relación los pacientes con VIH. Se ha podido verificar que no siempre se deja en las historias clínicas asentado la conformidad del paciente para el acto médico.

\* La voluntad de aceptar o no un acto médico sobre su cuerpo no puede ser suplida por la voluntad del juez a cargo, como lo establecen algunas leyes de ejecución.

\* La información brindada por los profesionales médicos debe ser clara y precisa para que la persona privada de su libertad pueda dar su consentimiento libremente, de otro modo como la realidad nos indica pasa a ser un consentimiento presunto.

\* Solamente puede prescindirse del consentimiento de las personas privadas de su libertad cuando se encuentren en un estado que no puedan brindar su anuencia, o medien circunstancias excepcionales de salud pública.

### **I.1.2 RECOMENDACIÓN**

\* La elaboración de protocolos en materia de la relación médico-paciente, principalmente en cuanto a los principios éticos a los que debe sujetarse el profesional son de vital importancia para evitar que se conculque el principio de autonomía.

## **I.2 CONFIDENCIALIDAD**

### **ARGENTINA**

En cuanto al principio de confidencialidad se encuentra previsto en la Ley de Derechos del Paciente, en su art. 2º inc. D, al referir que *“el paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente”*.

Asimismo, en el art. 4º se establece que *“la información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras personas con autorización del paciente”*.

También está previsto en el decreto reglamentario nº 12.44/91 de la Ley Nacional de SIDA, nº 23.789, en cuyo Anexo I, art. 2, inc. c) se establece que *“los profesionales médicos, así como toda persona que por su ocupación tome conocimiento de que una persona se encuentra infectada por el virus HIV, o se halle enferma de SIDA, tienen prohibido revelar dicha información y no pueden ser obligados a suministrarla...”*. Además, el art. 6º refiere que *“el profesional médico tratante determinará las medidas de diagnóstico a que deberá someterse el paciente, previo consentimiento de éste. Le asegurará la confidencialidad y, previa confirmación de los resultados, lo asesorará debidamente”*.

### **BRASIL**

Al igual que el principio de autonomía de la voluntad, el principio de confidencialidad se encuentra estipulado en las leyes y normativas federales, del SUS y de los colegios profesionales.

Como se mencionó anteriormente, el SUS se instauró por ley 8080 sancionada en 1990 y está constituido por el conjunto de acciones en salud prestadas por órganos e instituciones públicas federales, estatales y municipales.

### **URUGUAY**

El decreto nº 258/992 sobre conducta médica y consentimiento informado establece que: *“Artículo 40.- El paciente tiene derecho a que se respete su intimidad mientras permanezca en el hospital y se trate confidencialmente toda la información y los documentos relativos al estado de su salud”*.

#### **I.2.1 OBSERVACIONES**

\* Los exámenes médicos deben ser llevados a cabo en la intimidad y las personas privadas de su libertad deben ser revisadas en forma individual.

\* Los datos sensibles obtenidos en la consulta médica, vida sexual, ideas religiosas deben ser mantenidos en la estricta confidencialidad por parte del servicio asistencial.

\* Los profesionales de la salud que asistan a un paciente tienen la obligación de guardar debida reserva de los datos obtenidos de su patología en el curso de la entrevista médica, al igual que los asentados en las historias clínicas. De ahí que a los médicos penitenciarios y sus auxiliares le está vedado poner en conocimiento de cualquier información obtenida durante la entrevista con el paciente a personal ajeno al servicio médico tratante, llámese custodio y/o personal administrativo.

\* Solamente están autorizados a conocer dichos datos, además del paciente y sus familiares, el personal sanitario que ejerza funciones de planificación, inspección y evaluación de la actividad profesional, y el director del establecimiento penitenciario a quien le corresponde autorizar los traslados a los efectores del afuera.

\* Se viola el secreto profesional no sólo cuando los profesionales de la salud y sus auxiliares revelan los datos obtenidos durante la atención del detenido, sino también cuando lo hacen aquellos funcionarios que por razones de su trabajo deban conocer los padecimientos que sufren las personas privadas de su libertad.

\* A su vez se viola el secreto profesional cuando en el legajo criminológico se introduce la historia clínica del detenido, porque son distintas las funciones que le corresponden a cada uno de los profesionales.

### **I.2.2 RECOMENDACIÓN**

\* Adoptar las medidas necesarias para que los datos de salud sean resguardados, aunque no deja de advertirse la seria dificultad que ello conlleva en atención a que la prisión es un espacio de convivencia permanente de presos, custodios y personal de asistencia de salud.

## **I.3 HISTORIA CLINICA**

### **ARGENTINA**

La Ley de Derechos del Paciente regula lo relativo a la historia clínica. Se establece en su art. 12 que se entiende por historia clínica *“el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud”*.

En el art. 13 se establece que *“el contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su*

*integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad. La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma”.*

A su vez, el art. 14 menciona que *“el paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia”.*

Mientras que en el art. 15 se establece la información que se debe asentar allí como ser:

- a) La fecha de inicio de su confección;
- b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
- c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
- d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;
- e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;
- f) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas....”

El art. 18 establece que *“la historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquélla, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. A los depositarios les son extensivas y aplicables las disposiciones que en materia contractual se establecen en el Libro II, Sección III, del Título XV del Código Civil, "Del depósito", y normas concordantes. La obligación impuesta en el párrafo precedente debe regir durante el plazo mínimo de DIEZ (10) años de prescripción liberatoria de la responsabilidad contractual. Dicho plazo se computa desde la última actuación registrada en la historia clínica y vencido el mismo, el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación”.*

## BRASIL

El expediente médico del paciente (en cualquier medio de almacenamiento) es de propiedad de la institución en la que recibe asistencia, ya sea una unidad de salud, ya sea una consulta privada, a quien recae el deber de custodia de los documentos. Por lo tanto, al paciente le pertenecen los datos contenidos en el mismo, que pueden ser revelados solamente con su permiso o el de sus padres, o si existe una obligación legal o *justa causa*, y únicamente en su beneficio.

Estos datos deben ser accesibles, de manera que, cuando sea solicitado por él o por su representante legal, permita el suministro de copias certificadas de la información relevante para el paciente.

El reglamento nacional para prontuario electrónico obedece a toda la legislación de carácter archivístico del país:

La validez legal de los documentos electrónicos como prueba legal se garantiza conforme a lo dispuesto en los artículos 104, 212, 221, 225 y 421 del Código Civil y los artículos 131, 154, 244, 332 y 383 del Código de Procedimiento Civil.

El Decreto N° 3.587<sup>25</sup> establece las normas para Infraestructura de Claves Públicas para el Poder Ejecutivo Federal - ICP-Gov.

La Medida Provisoria N° 2200<sup>26</sup> estableció las Infraestructuras de claves públicas Brasileiras - ICP-Brasil y otorgó plena validez legal a los documentos públicos y privados siempre que tengan un certificado (arts. 1 y 10), y el Decreto N° 3.872<sup>27</sup> establece el Comité Directivo de la Infraestructura de Clave Pública brasileña - CG ICP-Brasil, su Secretaría Ejecutiva y el Comité Ejecutivo Técnico.

## URUGUAY

La historia clínica se encuentra regulada en la ley n° 18.335, donde se expone que es derecho de los pacientes: *“Art. 18 inc. D) Que se lleve una historia clínica completa, escrita o electrónica, donde figure la evolución de su estado de salud desde el nacimiento hasta la muerte. La historia clínica constituye un conjunto de documentos, no sujetos a alteración ni destrucción, salvo lo establecido en la normativa vigente. El paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y a obtener una copia de la misma a sus expensas, y en caso de indigencia le será proporcionada al paciente en forma gratuita...La historia clínica es de propiedad del paciente, será reservada y sólo podrán acceder a la misma los responsables de la atención médica y el personal*

---

<sup>25</sup> Dictado el 5 de septiembre de 2000.

<sup>26</sup> Dispuesta el 24 de agosto de 2001.

<sup>27</sup> Del 18 de julio de 2001.

*administrativo vinculado con éstos, el paciente o en su caso la familia y el Ministerio de Salud Pública cuando lo considere pertinente”.*

### **I.3.1 OBSERVACIONES**

\* Se ha podido verificar en reiteradas oportunidades, déficit en los modos de registro de las intervenciones de los profesionales de salud, vulnerándose de ese modo los principios de integridad y unicidad, lo que imposibilita realizar controles efectivos de las asistencias sanitarias.

\* A su vez los servicios médicos penitenciarios no comprenden que las historias clínicas y sus datos son propiedad a las personas privadas de su libertad y que éstos deben tener libre acceso a su contenido. En este sentido es un derecho de la persona privada de su libertad, requerir a copia de su historia clínica para los fines que estime corresponder.

\* En muchas oportunidades cuando la persona privada de su libertad es trasladada a otras unidades o efectores de la comunidad no es acompañada por su historia clínica con las implicancias que ello conlleva.

\* Respecto a las historias clínicas informatizadas debe adoptarse las medidas tendientes a preservar su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad de los datos contenidos en las mismas.

### **I.3.2 RECOMENDACIONES**

\* Corresponde exigir a los profesionales de la salud de las prisiones que toda atención brindada a las personas privadas de su libertad sean registradas en las historias clínicas.

\* Los registros que dan cuenta de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes deben ser claros y precisos.

\* Se debe implementar un sistema de control sobre las historias clínicas a fin de comprobar que las mismas se llevan en legal forma y que se compadecen con las atenciones brindadas por los servicios médicos.

## **J. SEXUALIDAD**

### **J.1 SANCIONES**

#### **ARGENTINA**

El art. 17 inc. Z) del Reglamento para los Internos establece que *“son infracciones medias...intentar o mantener relaciones sexuales no autorizadas”*. De esta manera, se sancionan las relaciones sexuales mantenidas fuera del espacio de las visitas *“íntimas”*.

## **BRASIL**

Las relaciones sexuales consentidas entre personas privadas de la libertad, fuera del espacio de visitas “íntimas”, no están previstas como actos que ameriten una sanción por parte del servicio penitenciario, siempre y cuando no se afecte el pudor de terceros.

## **URUGUAY**

Al igual que en Brasil, las relaciones sexuales fuera del espacio de visitas “íntimas”, tampoco están previstas como actos prohibidos, siempre y cuando no se afecte el pudor de terceros.

### **J.1.1 OBSERVACIONES**

\* El contacto sexual en las prisiones se materializa de modo formal e informal. Formal, cuando la relación sexual se lleva a cabo en el marco del régimen de las visitas “íntimas”, que está reglamentada e impone una serie de condiciones para acceder a ese derecho. Informal cuando la relación sexual se concreta, ya sea entre personas privadas de la libertad o con quienes los visitan, a espaldas o con la “complicidad” de los agentes penitenciarios, en un espacio no autorizado.

\* Las relaciones sexuales mantenidas fuera del régimen permitido no deben llevar aparejada una sanción administrativa, salvo que ofenda el pudor de terceros.

\* Como se explicó anteriormente, todas las leyes de ejecución establecen el derecho a la salud de la población privada de la libertad. Ello surge del art. 14 de la ley de Brasil, del art. 21 de la ley uruguaya y de los arts. 58, 143 y 144 de la ley argentina. La sexualidad como derecho de las personas no debe ser restringida por su detención.

\* Una prohibición en este sentido desconoce que se trata de una realidad que no dejará de existir, por el contrario, si no están sancionadas estas relaciones se podrá dotar de mayores cuidados a las relaciones sexuales consentidas que se llevan a cabo en una unidad penitenciaria, con el acceso al preservativo, por ejemplo.

### **J.1.2 RECOMENDACIONES**

\* Debe abrogarse del cuerpo de normas disciplinarias cualquier tipo de sanción a la personas privadas de su libertad que mantengan relaciones sexuales “informales”, y cualquier restricción que se imponga a la visita. A su vez deben implementarse estrategias a fin habilitar que toda la población tenga acceso este derecho.

\* Los servicios penitenciarios deben colocar “dispensers” o cajas con preservativos en los lugares de circulación de la población penal para que estén accesibles a todas las personas privadas de la libertad, independientemente que tengan autorización o no de visitas “íntimas”.

## **J.2 PRESERVATIVOS**

En los tres países, se pudo observar que los preservativos, salvo excepciones, sólo están accesibles en el sector de sanidad y en los espacios previstos para las visitas “íntimas”, o a demanda de la población detenida.

En cuanto a la distribución, en **ARGENTINA** son entregados por la Dirección de Sida del Ministerio de Salud de la Nación a cada ministerio local y de allí a los servicios penitenciarios provinciales. En el caso del Servicio Penitenciario Federal se centraliza la entrega en la farmacia del mismo (DAMS) y de allí a cada unidad.

En **BRASIL** tanto el Ministerio de Salud Federal como los estados y municipios compran preservativos, mientras que la distribución la hace el equipo de salud de las unidades.

En **URUGUAY** existe una normativa del Ministerio de Salud Pública que establece que los efectores de salud deben entregar hasta 5 preservativos por persona por mes. En el caso de los efectores públicos de forma gratuita y los efectores privados a través de un ticket prestacional de valor mínimo. En este marco, en diciembre de 2012 el Ministerio de Salud Pública entregó al servicio de salud estatal de cárceles un millón de preservativos para que fueran distribuidos entre las personas privadas de la libertad de todo el país (número calculado para 6 meses). Si bien los mismos fueron distribuidos a todas las unidades de privación de libertad del país, no han sido entregados de forma uniforme en todas, según fuera informado.

### **J.2.1 OBSERVACIÓN**

\* Se pudo verificar que los preservativos y otros métodos de barrera no están accesibles a la totalidad de la población, aún cuando se sabe que muchas relaciones sexuales se llevan a cabo fuera del régimen de visitas “íntimas”. Por lo tanto, es necesario que los preservativos estén accesibles a toda la población, tanto en los pabellones, como en los espacios de circulación, en las áreas de trabajo, estudio, etc.

### **J.2.2 RECOMENDACIONES**

\* En la Observación General nº 14 adoptada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el 22º período de sesiones (2000) se estableció:

*“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...Asimismo, los Estados deben abstenerse de limitar el acceso a los anticonceptivos u otro medios de mantener la salud sexual y genésica, censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente la información al respecto...”*

\* Es necesario que los Ministerios de Salud garanticen la entrega de preservativos en cantidad suficiente o aún superior al número de personas privadas de su libertad; pero es indispensable que luego el personal penitenciario o los equipos de salud de las unidades los hagan accesibles a la población (pabellones, áreas de educación, trabajo, espacios de circulación). Es decir, no deben dejarlos tan sólo en los sectores de sanidad o, exclusivamente, para quienes acceden a las visitas “íntimas”. De lo contrario, se impide acceder a un método de prevención a la población penitenciaria violando la normativa antes citada.

### **J.3 VISITAS INTIMAS**

Los requisitos para el acceso a las visitas íntimas en los tres países son básicamente los mismos, especialmente en lo que se refiere a que medie una relación estable entre la persona privada de su libertad y su visita.

#### **ARGENTINA**

En el Reglamento de Comunicaciones de los Internos (arts. 52 y ss) se prevé expresamente que cada 6 meses se requerirá:

- Informe del Servicio Médico sobre el estado de salud psicofísica de la persona detenida y si padece de alguna enfermedad infectocontagiosa, el que será puesto en su conocimiento.
- Informe sobre el estado de salud psicofísica del visitante y si padece de alguna enfermedad infectocontagiosa, el que será entregado al Servicio Médico del establecimiento.
- El resultado de los informes de ambos no obstarán la concesión de las visitas pero, previo a los informes, la persona privada de la libertad y el visitante serán notificados que deberán prestar su consentimiento para que el resultado de los mismos sea puesto en conocimiento de la otra parte. Si no mediare oposición, el médico del establecimiento, bajo constancia, pondrá en conocimiento de ambos dichos informes. En caso de negativa a prestar el consentimiento, esa circunstancia también se pondrá en conocimiento de la otra parte. Finalmente, en el caso de

visitas entre personas privadas de la libertad rigen los mismos requisitos, según lo que surge del art. 75 (informes médicos, etc.), sin embargo, en el caso de los informes se establece que no deben padecer ninguna enfermedad infectocontagiosa (art. 76).

- Asimismo, en el caso de las visitas entre personas privadas de la libertad, se establece que no deben padecer ninguna enfermedad infectocontagiosa para acceder a las mismas.

## **BRASIL y URUGUAY**

Según fue informado, no está regulada la exigencia de exámenes de VIH para poder acceder a las visitas íntimas, aunque en la práctica depende de cada establecimiento penitenciario.

### **J.3.1 OBSERVACIONES**

\* La obligatoriedad para la realización de los estudios médicos para poder acceder a las visitas “íntimas” implica desconocer el principio de autonomía, según el cual se reconoce al paciente como persona dotada de razón para entender y voluntad para decidir, pudiendo aceptar o rechazar un tratamiento.

\* La comunicación del resultado del estudio médico a la otra parte o la puesta en conocimiento de que la misma no presta su consentimiento para revelar dicha información conculca el principio de confidencialidad.

\* De imponerse como rutina el testeo de la persona privada de su libertad y su visita supone vulnerar el principio de igualdad, pues no se exige en el medio libre estudios médicos previos y mucho menos que los resultados sean puestos en conocimiento de la otra parte

\* Cualquier normativa que obligue a las personas privadas de la libertad que quieran tener relaciones sexuales que no padezcan ninguna enfermedad de transmisión sexual, implica una discriminación, ya que conlleva un diverso tratamiento en cuanto al acceso a un derecho. Es decir, se prohíbe el acceso a la visita “íntima” a un determinado grupo, en este caso las personas que, por ejemplo, viven con VIH.

\* Tampoco se puede exigir un vínculo previo ya que la franja etaria mayormente seleccionada por el sistema penal se encuentra entre los 18 y 25 años, grupo que difícilmente al ingresar a un establecimiento penitenciario mantenga una relación estable con una pareja, por lo que dicho requisito constituye un obstáculo engorroso para acceder al derecho a la visita “íntima”.

### **J.3.2 RECOMENDACIONES**

\* Implementar talleres destinados a las personas privadas de su libertad y a las visitas, para que en forma clara se les explique las formas de transmisión de las ETS, el modo de

prevenir las, y la posible asistencia en caso que se produzca un accidente durante la relación sexual. Los encargados de brindar estos talleres deben ser especialistas en la materia o personal de salud instruido en la temática.

\* En atención a que asiste a la población penal el derecho a una sexualidad plena y respetuosa, debe garantizarse el acceso a la sexualidad sin condiciones, salvo el resguardo del decoro de terceros.

\* Debe respetarse ante todo la intimidad de las personas detenidas y de sus visitantes; el acceso a la sexualidad es una decisión de su propio ámbito privado y sólo encuentra un límite en los derechos de otras personas. No solamente debe protegerse la libertad de elección de las personas detenidas, sino también resguardar en el marco de la visita la intimidad de cada visitante. Por ello, es exigible a la autoridad responsable que adopte aquellas medidas necesarias para promover que la visita “íntima” sea llevada a cabo en un marco de privacidad y en un espacio adecuado para el encuentro íntimo, con los elementos de barrera a su disposición, evitando en la medida de lo posible toda actividad intrusiva respecto del visitante, como por ejemplo el registro de sus partes pudendas.

## K. SOBREPoblación

País y año	Población en Prisión	Tasas cada 100.000 hab.
Estados Unidos(31-12-2011)	2.239.751	716
Cuba (mayo 2012)	57.337	510
Federación Rusa (1-6-2013)	688.600	481
Irán (25-12-2012)	217.000	284
Uruguay (30-4-2012)	9.560	282
Brasil (diciembre 2012)	548.003	274
Chile (30-4-2013)	47.327	270
Colombia (30-4-2013)	117.015	243
Israel (31-12-2012)	17.279	223
Polonia (30-5-2013)	84.893	220
México (31-1-2013)	242.754	209
Perú (diciembre 2012)	61.390	202
Venezuela (2012)	48.262	161

Rep. Checa (31-5-2013)	16.179	154
Argentina (31-12-2011)	62.263	151
España (24-5-2013)	69.081	149
Ecuador (dic.2012 estimación)	21.000	149
Nicaragua (2012)	8.846	148
China (2012)	1.640.000	121
Paraguay(2012, estimación)	7.700	115
Italia (31-5-2013)	65.886	108
Francia (1-6-2013)	67.977	102
Países Bajos (30-9-2012)	13.749	82
Alemania (30-11-2012)	65.889	80
Suecia (1-10-2012)	6.364	67
Japón (31-8-2012)	68.285	54
India (31-12-2011)	372.296	30

## **ARGENTINA**

Según información del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (SISTEMA NACIONAL DE ESTADÍSTICAS SOBRE EJECUCIÓN DE LA PENA, Informe Anual 2012) en 2012 había cupos para 60.240 y 62.263 personas detenidas. (55% en Prisión Preventiva).

El Subcomité para la Prevención de la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, elaboró un informe sobre la visita a la Argentina del 18 al 27 de abril de 2012, del cual se desprende que *“44. Un importante porcentaje de los internos en los centros penitenciarios se encuentra en prisión preventiva...45. Autoridades provinciales y federales reconocieron la persistencia de una práctica excesiva de la prisión preventiva y serias deficiencias del procedimiento penal para tramitar los casos en legal tiempo y forma”*.

## **BRASIL**

En la actualidad cuenta con 548.003 detenidos (37% en prisión preventiva) según informe del Departamento de Monitoreo Fiscalización del Consejo Nacional de Justicia.

Según el Subcomité para la Prevención de la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes *“casi todas las instalaciones visitadas acogían un número de reclusos que superaba su capacidad máxima”*<sup>28</sup>

## URUGUAY

El sistema penitenciario dispone a la fecha de un total de 7.879 plazas y hay 9.560 detenidos (65% en prisión preventiva).

Según la Relatoría de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de 2011, *“la sobrepoblación de los establecimientos de privación de libertad es uno de los problemas más graves que enfrenta actualmente el sistema carcelario uruguayo”*<sup>29</sup>

Agregando que *“otro punto de gran preocupación de la Relatoría es el uso generalizado de la prisión preventiva y por periodos de tiempo que muchas veces exceden de un plazo razonable...se observó que existe una práctica constante y sistemática de hacer uso de la prisión preventiva de forma automática, lo que naturalmente repercute en los niveles de encarcelamiento”*<sup>30</sup>

### K.1 OBSERVACIONES

\* Como puede verse en los tres países hay sobrepoblación, situación que atenta de manera directa contra el acceso a la salud de la población privada de la libertad.

\* La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en el “Informe sobre los Derechos Humanos de las Personas Privadas de Libertad en las Américas” elaborado en diciembre de 2011, ha manifestado que:

*“281. Así, en función de lo observado en el ejercicio de sus distintas funciones la CIDH ha constatado que la violencia carcelaria es producida fundamentalmente por los siguientes factores:...y (g) el hacinamiento, las condiciones precarias de detención y la falta de servicios*

---

<sup>28</sup> Ver Informe sobre la visita al Brasil del Subcomité para la Prevención de la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes”, 19 al30 de septiembre de 2011.

<sup>29</sup> Ver punto 18 del Anexo al Comunicado de Prensa 76/11 sobre las Observaciones Preliminares de la Visita de la Relatoría sobre los Derechos de las Personas Privadas de Libertad a Uruguay, 25 de julio de 2011.

<sup>30</sup> Ver punto 38 del Anexo al Comunicado de Prensa 76/11 sobre las Observaciones Preliminares de la Visita de la Relatoría sobre los Derechos de las Personas Privadas de Libertad a Uruguay, 25 de julio de 2011.

*básicos esenciales para la vida de los presos, lo que exacerba las tensiones entre los internos y provoca una lucha del más fuerte por los espacios y recursos disponibles”*

*“447. Como se ha visto en el presente informe, si bien la mayoría de los Estados enfrentan desafíos muy similares en el respeto y garantía de los derechos humanos de las personas privadas de la libertad...actualmente el problema más grave que afecta a la absoluta mayoría de los países de la región es el hacinamiento”*

*“451. La CIDH observa que el hacinamiento es la consecuencia previsible de los siguientes factores fundamentales: (a) la falta de infraestructura adecuada para alojar a la creciente población penitenciaria; (b) la implementación de políticas represivas de control social que plantean la privación de la libertad como respuesta fundamental a las necesidades de seguridad ciudadana...; (c) el uso excesivo de la detención preventiva y de la privación de libertad como sanción penal; y (d) la falta de una respuesta rápida y efectiva por parte de los sistemas judiciales para tramitar, tanto las causas penales, como todas aquellas incidencias propias del proceso de ejecución de la pena”*

*“455. El hacinamiento de personas privadas de libertad genera fricciones constantes entre los reclusos e incrementa los niveles de violencia en las cárceles; dificulta que éstos dispongan de un mínimo de privacidad; reduce los espacios de acceso a las duchas, baños, el patio, etc.; facilita la propagación de enfermedades; crea un ambiente en el que las condiciones de salubridad, sanitarias y de higiene son deplorables; constituye un factor de riesgo de incendios y otras situaciones de emergencia; e impide el acceso a las –generalmente escasas- oportunidades de estudio y trabajo, constituyendo una verdadera barrera para el cumplimiento de los fines de la pena privativa de la libertad”*

*“456. Esta situación genera serios problemas en la gestión de los establecimientos penitenciarios, afectando, por ejemplo, la prestación de los servicios médicos y el ejercicio de los esquemas de seguridad de la cárcel...”*

*“460. El hacinamiento de personas privadas de libertad puede llegar a constituir en sí mismo una forma de trato cruel, inhumano y degradante, violatoria del derecho a la integridad personal y de otros derechos humanos reconocidos internacionalmente. En definitiva, esta situación constituye una grave deficiencia estructural que trastoca por completo el cumplimiento de la finalidad esencial que la Convención Americana le atribuye a las penas privativas de libertad: la reforma y la rehabilitación social de los condenados”.*

## **K.2 RECOMENDACIONES**

\* Los Estados deben adoptar medidas legislativas garantizando que la aplicación de la prisión preventiva sea una medida excepcional y restrictiva.

\* Como estrategia concreta para reducir la población penal, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos recomienda las siguientes líneas de acción: a) velar porque el proceso penal y los procesos conexos se aborden mediante un enfoque integral, sostenido, y que abarque todo el sistema; b) asegurar que la tramitación de los procesos penales se realice dentro de un plazo razonable; c) optar por el diseño de política criminal en la que se garanticen los derechos fundamentales; d) aumentar el empleo de medidas no privativas de la libertad, aplicando el principio de encarcelamiento como último recurso y el principio de la proporcionalidad; e) fortalecer la aplicación de los mecanismos de libertad previo al cumplimiento de la sentencia propios del proceso de ejecución de la pena (libertad condicional, libertad asistida, y otras medidas de egreso anticipado); f) fortalecer las medidas para prevenir la reincidencia, como los programas de actividades productivas (educativas y laborales) (Informe sobre el uso de la prisión preventiva en las Américas de la CIDH).-

## CUADROS

### BRASIL

PAIS	Brasil
<b>Datos demográficos</b>	
CANTIDAD DE HABITANTES	202.864.000
CANTIDAD DE PROVINCIAS/ESTADOS	27
CANTIDAD DE DETENIDOS (274 x 100.000)	548.003
CANTIDAD DE CÁRCELES	1.478
<b>Datos epidemiológicos</b>	
Nº ABSOLUTO DE PERSONAS CON VIH EN EL MEDIO LIBRE	656.701

### URUGUAY

PAIS	Uruguay
<b>Datos demográficos</b>	
CANTIDAD DE HABITANTES	3.301.000
CANTIDAD DE PROVINCIAS/ESTADOS/DEPARTAMENTOS	19
CANTIDAD DE DETENIDOS (282 x 100.000)	9.560
CANTIDAD DE CÁRCELES	28
<b>Datos epidemiológicos</b>	
Nº ABSOLUTO DE PERSONAS CON VIH EN EL MEDIO LIBRE	13.979

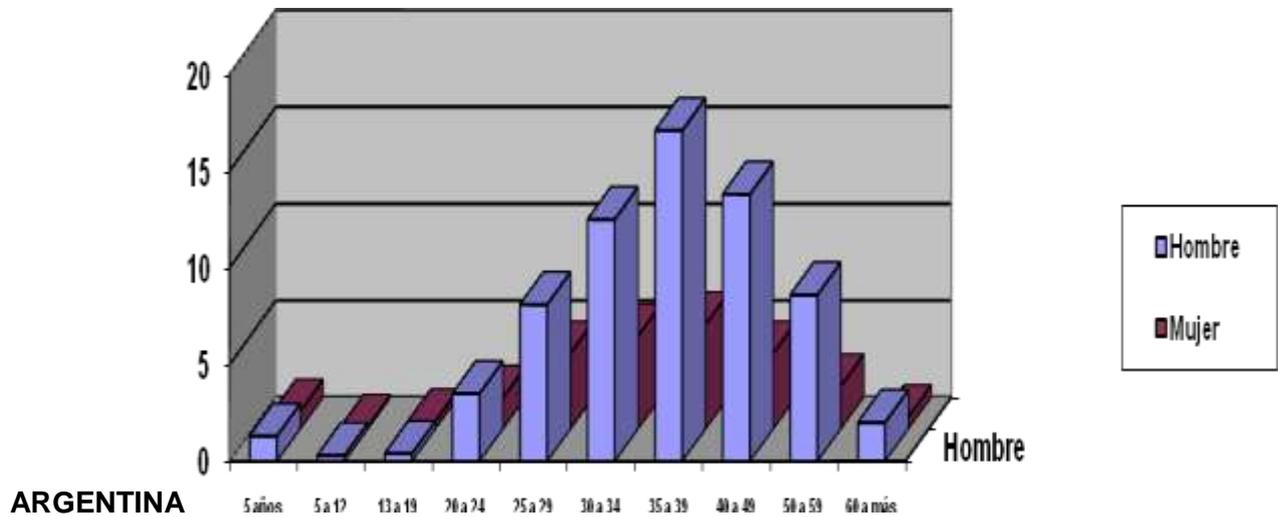
### ARGENTINA

PAIS	Argentina
<b>Datos demográficos</b>	

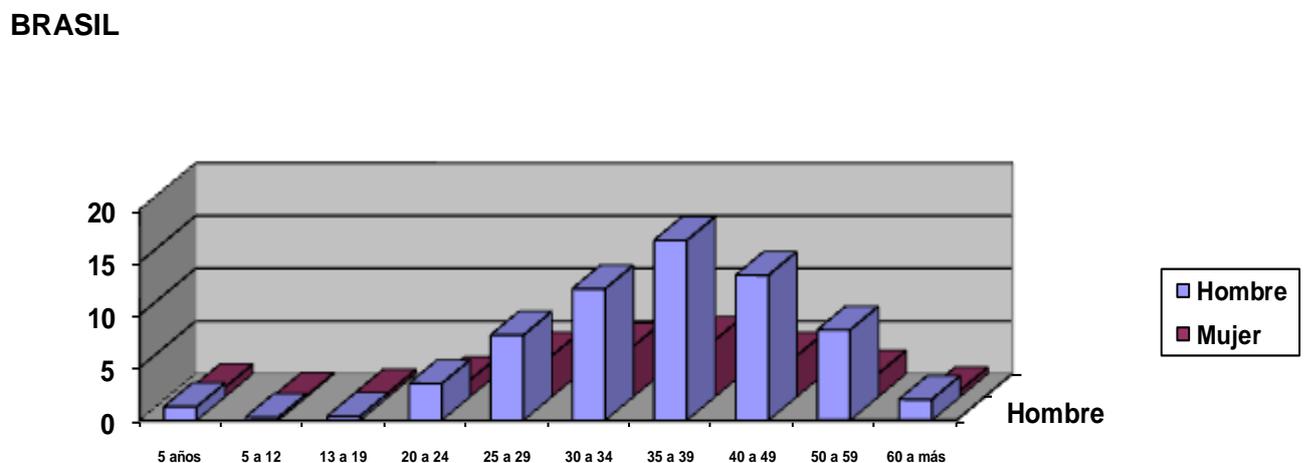
CANTIDAD DE HABITANTES	41.587.000
CANTIDAD DE PROVINCIAS/ESTADOS/DEPARTAMENTOS	24
CANTIDAD DE DETENIDOS (152,68 x 100.000)	62.263
CANTIDAD DE CÁRCELES	220
<b>Datos epidemiológicos</b>	
Nº ABSOLUTO DE PERSONAS CON VIH EN EL MEDIO LIBRE	120.000

### ALGUNOS DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL VIH EN EL MEDIO LIBRE

Tasa anual de incidencia de sida por sexo y edad/100 mil habitantes 2009

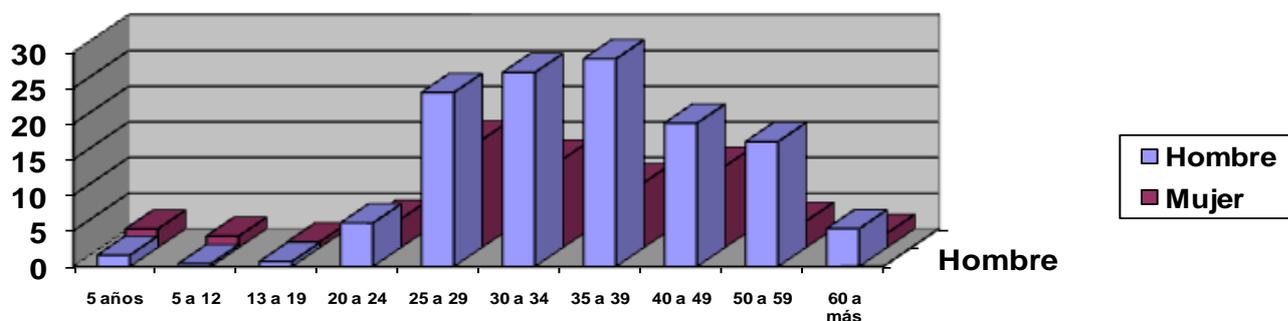


Tasa anual de incidencia de sida por sexo y edad/100 mil habitantes 2009



## Anual de incidencia de sida por sexo y edad/100 mil habitantes 2009

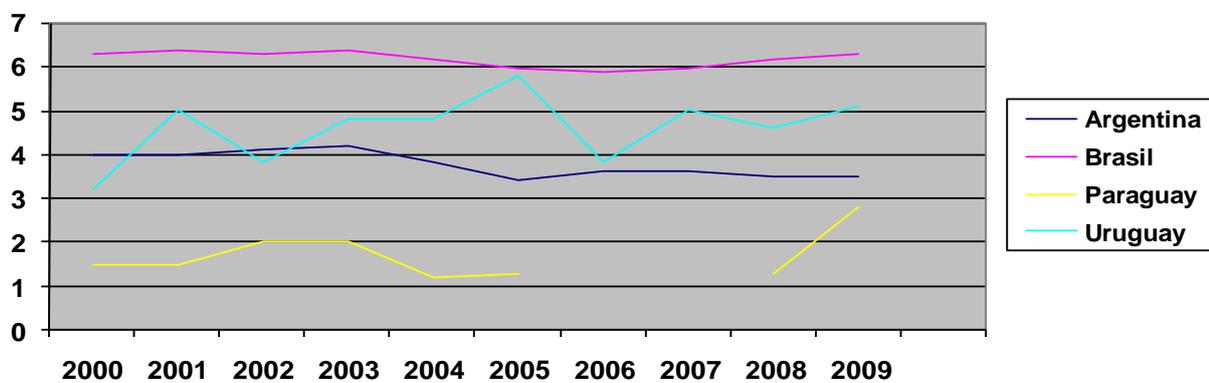
### URUGUAY



### ARGENTINA-BRASIL-PARAGUAY-URUGUAY

	ARGEN	TINA	BRA	SIL	PARA	GUAY	URU	GUAY
	HOMB	MUJE	HOMB	MUJE	HOMB	MUJE	HOMB	MUJER
	RE	R	RE	R	RE	R	RE	
60 O MAS	2.0	0.6	10.4	5.9	2.5	0.4	5.3	2.0
59 a 59	8.6	2.2	29.1	17.6	5.4	3.0	17.5	3.7
40 a 49	13.8	3.9	48.5	25.5	16.7	6.5	20.1	11.4
35 a 39	17.1	5.4	54.6	32.4	19.8	7.8	29.1	9.1
30 a 34	12.5	4.8	49.9	28.8	13.5	5.9	27.2	12.4
25 a 29	8.1	3.9	37.4	22.3	12.1	4.9	24.4	15.1
20 a 24	3.5	1.6	17.8	13.7	4.4	4.6	6.1	4.0
13 a 19	0.4	0.4	2.5	3.6	0.3	0.3	0.7	0.8
05 a 12	0.3	0.1	0.9	1.1	0.3	0.3	0.4	1.6
5 años	1.3	0.9	3.4	3.4	0.0	0.3	1.6	2.6

Tasa anual de mortalidad por sida/100 mil habitantes, 2000-2009  
ARGENTINA-BRASIL-PARAGUAY-URUGUAY





Tasa anual de incidencia de sida/100 mil habitantes, 2000–2009

	Nº	Tx																		
<b>ARGENTINA</b>	2.493	6,8	2.258	6,2	2.373	6,5	2.291	6,2	2.142	5,7	1.944	5,1	1.969	5,1	1.785	4,6	1.901	4,8	1.544	3,9
<b>BRASIL</b>	30.440	17,9	31.064	18,0	35.430	20,3	35.428	20,4	34.190	19,1	33.166	18,0	32.280	17,3	34.128	18,3	36.520	19,3	35.980	18,8
<b>PARAGUAY</b>	62	1,2	86	1,58	126	2,3	165	2,9	143	2,5	228	3,9	337	5,6	261	4,3	418	6,7	274	4,3
<b>URUGUAY</b>	200	6,1	227	6,9	232	7,1	235	7,1	249	7,5	302	9,1	164	4,9	365	11	253	7,6	286	8,6

Fuente: Argentina: DSyETS; Brasil: SINAN, SIM, SISCEL, SICLOM; IBGE; Paraguay: SISFENIX, IMT, DGEEC; Uruguay: DEVISA.



Tasa anual de incidencia de sida/100mil habitantes, 2000-2009

ARGENTINA-BRASIL-PARAGUAY-URUGUAY

