

## **Análisis de los artículos vinculados a la salud en la ley 24.660.**

### **La importancia de las “Reglas Mandela”.**

*Pablo Ordóñez*

En el presente trabajo, analizaré, uno por uno, los artículos de la ley 24.660 vinculados con la salud de aquellas personas que se encuentran alojadas en el interior de un establecimiento carcelario. Labor que realizaré recordando que las personas privadas de su libertad tienen derecho a la misma calidad de salud que el resto de la comunidad y que el pleno goce de tales derechos es clave en su reinserción en la sociedad.

No desconozco que mi postura de otorgar derechos (en estos caso derechos básicos que no deberían resultar llamativos) a personas que, en muchos casos, no en todos, han tenido una o varias equivocaciones importantes en su vida puede tener detractores pero por eso, con más razón, es que invito a pensar si no sería mucho más sencillo resocializar a una persona si durante el tiempo que esté encerrada en una prisión se lo educa, se le enseña un oficio, se lo alimenta adecuadamente, se cuida de su salud. Objetivos que hoy existen en la teoría pero que no se cumplen en la práctica.

Los cuales sólo podrán llevarse adelante con un cambio estructural y con un importante incremento presupuestario. Pero que, seguramente, de cumplirse, en el largo plazo (aquí la razón por la que entiendo que cuesta aplicar el cambio) se verán y ayudarán

a las personas que tuvieron que pasar por un establecimiento penitenciario y al resto de la sociedad.<sup>1</sup>

Pero pese a ello y a que el derecho a la vida y a la salud se relacionan directamente con la protección de la dignidad, el progreso en el reconocimiento al derecho a la salud no ha evolucionado a idéntica velocidad en un contexto de prisionización. Debiéndose, en lo que respecta a la salud, dejar de hablar de internos para hablar de pacientes.

**Art. 143:** *“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.”*

El concepto de salud, conforme a la definición de la Organización Mundial de la Salud, comprende *“...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades...”*. Esta transcripción del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud<sup>2</sup> brinda una aproximación sobre

---

<sup>1</sup> Alfredo Dillon, *“Educación, mucho más que nuevos conocimientos. Presos que estudian: el 85% no vuelve a la cárcel”*, nota publicada en el diario *“Clarín”* el 3 de diciembre de 2015.

<sup>2</sup> Adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 y firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100). Entró en vigor el 7 de abril de 1948.

lo que hoy en día significa. Esto es: escapando a lo que podría pensarse como una noción tradicional relacionada únicamente con la ausencia de enfermedades.<sup>3</sup>

Más allá de su derivación implícita del art. 33 de la C.N. y de lo dicho en cuanto a que *“...las cárceles de la Nación serán sanas y limpias, para seguridad y no para castigo de los reos detenidos en ellas...”*<sup>4</sup>, con la incorporación de los tratados sobre Derechos Humanos con jerarquía constitucional -art. 75 inc. 22 de la Carta Magna- realizada con la reforma constitucional de 1994 se le dio al derecho a la salud en el interior de las cárceles un mayor sustento legal.

Así, la salud encuentra protección en los siguientes instrumentos: Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (arts. 1 y 11); Declaración Universal de Derechos Humanos (arts. 3 y 25); Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12, inc. 1 y 2, apartado “d”); Convención Americana sobre Derechos Humanos (arts. 4, inciso 1, art. 5 inc., art. 19 y 26).

En tal sentido, el art. 12 del P.I.D.E.S. reconoce *“...el derecho de toda persona a disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental...”* y los *“Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos”*<sup>5</sup> en el punto 2 expresan que *“...Los reclusos tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por su condición jurídica...”*.

---

<sup>3</sup> La Ley de Salud en Cárceles de la Provincia de Buenos Aires, elaborada el 9 de abril del año 2013, define a la salud en las cárceles, en su artículo 2, como *“la salud física, mental e integral de las personas privadas de libertad alojadas en instituciones dependientes del Servicio Penitenciario Bonaerense...”*.

<sup>4</sup> Art. n° 18 de la C.N.

<sup>5</sup> Receptados por la Asamblea General en su resolución 45/111, la cual es del 14 de diciembre de 1990.

Los *“Principios de Ética Médica”* acordados por la Organización de Estados Americanos (OEA) en 1982<sup>6</sup>, imponen en su principio 1 que *“El personal de salud, especialmente los médicos, encargado de la atención médica de personas presas o detenidas tiene el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas...”*.

Y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos estableció en 2008, mediante los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, que *“el Estado deberá garantizar que los servicios de salud proporcionados en los lugares de privación de libertad funcionen en estrecha coordinación con el sistema de salud pública, de manera que las políticas y prácticas de salud pública sean incorporadas en los lugares de privación de libertad...”*.

Ahora bien, párrafo aparte debe hacerse para las *“Reglas Mandela”*<sup>7</sup>, toda vez que las mismas han venido a establecer nuevos estándares para el tratamiento de la población

---

<sup>6</sup> Adoptado por la Asamblea General en su resolución 37/194, el 18 de diciembre de 1982.

<sup>7</sup> Las Reglas Mandela o Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos son normas adoptadas por las Naciones Unidas en 1955 que tuvieron su última reforma el pasado 17 de diciembre de 2015. Esta versión aprobada por unanimidad en la 70ª sesión de la Asamblea General de la ONU busca cambiar lo que hasta ahora ha sido el sistema carcelario y su política de sujeción y castigo para transformarse en una oportunidad de desarrollo personal que traiga a su vez beneficios para la sociedad. Las Reglas Mandela establecen que el fin de la pena es la protección de la sociedad contra el delito y la reducción de la reincidencia, lo que indican que únicamente puede lograrse con una exitosa reinserción de la persona en la sociedad tras su puesta en libertad. Agregan una serie de principios fundamentales que incluyen el respeto a la dignidad humana y la prohibición inderogable de la tortura y cualquier trato cruel, inhumano o degradante. Proponen la investigación de todas las muertes bajo custodia, la protección y cuidados especiales de los grupos vulnerables, la independencia del personal médico, restricciones sobre las medidas disciplinarias,

privada de su libertad. A los cuales se llegó basándose en los avances de la ciencia penitenciaria y las prácticas internacionales. Si bien estas Reglas no son de cumplimiento obligatorio para los Estados, son pilares que deben guiar las políticas penitenciarias. Máxime en un caso como el de nuestro país en el que, como iremos viendo la salud de las personas detenidas se encuentra regulada por una ley que posee más de veinte años y que en varios puntos necesita ser repensada a fin de poder lograr su fin: la reinserción en la sociedad de las personas detenidas.

En lo que en el marco del presente trabajo me interesa resaltar, en su regla 24 expresan que: *“1. La prestación de servicios médicos a los reclusos es una responsabilidad del Estado. Los reclusos gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior y tendrán acceso gratuito a los servicios de salud necesarios sin discriminación por razón de su situación jurídica.*

*2. Los servicios médicos se organizarán en estrecha vinculación con la administración del servicio de salud pública general y de un modo tal que se logre la continuidad exterior del tratamiento y la atención, incluso en lo que respecta al VIH, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, y la drogadependencia.”*

A su vez, la regla 25 enuncia que *“1. Todo establecimiento penitenciario contará con un servicio de atención sanitaria encargado de evaluar, promover, proteger y mejorar la*

---

una regulación más precisa respecto a los registros personales, así como cuestiones relativas a las condiciones de habitabilidad, trabajo, educación, deporte y contacto con el mundo exterior.

*salud física y mental de los reclusos, en particular de los que tengan necesidades sanitarias especiales o problemas de salud que dificulten su reeducación.*

*2. El servicio de atención sanitaria constará de un equipo interdisciplinar con suficiente personal calificado que actúe con plena independencia clínica y posea suficientes conocimientos especializados en psicología y psiquiatría. Todo recluso tendrá acceso a los servicios de un dentista calificado.”*

Pese a ello, la realidad de nuestras cárceles muestra una cantidad ilimitada de factores que inciden de manera negativa en la salud integral de los internos.

Con el objetivo de interiorizarnos en lo que sucede en las unidades penitenciarias de nuestro país, comenzaré por recordar que en la República Argentina existe un sistema bipartito de administración carcelaria. Por un lado, el sistema nacional creó el Servicio Penitenciario Federal que depende del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos; y por el otro se encuentran los diferentes sistemas provinciales.<sup>8</sup>

A nivel federal, el sistema sanitario se estructura mediante servicios médicos de baja complejidad ubicados en cada establecimiento penitenciario. Tales servicios son coordinados por la Dirección de Sanidad que depende de la Dirección General de Régimen

---

<sup>8</sup> El artículo 5 de la Constitución Nacional dispone que “Cada provincia dictará para sí una Constitución bajo el sistema representativo republicano, de acuerdo con los principios, declaraciones y garantías de la Constitución nacional; y que asegure su administración de justicia, su régimen municipal, y la educación primaria. Bajo de estas condiciones el Gobierno federal, garante a cada provincia el goce y ejercicio de sus instituciones”.

Correccional del S.P.F. Cuestión que provoca un detalle no menor: el personal sanitario que realiza estas funciones resulta ser de carrera penitenciaria.<sup>9</sup>

Provocando ello una gran cantidad de situaciones en las que resultan perjudicados aquellos que deberían ser resocializados. Por ejemplo, pueden darse casos en los que exista la disparidad jerárquica entre un médico y un guardia del servicio penitenciario. Creando rispideces que afectan el trabajo diario y que terminen perjudicando el objetivo de resocialización.

Inconveniente que, como lo he mencionado, ha sido puesto en debate por las “Reglas Mandela”, toda vez que las mismas se han encargado de destacar la importancia de la independencia del personal médico. Opinión que comparto y que muestra la necesidad de debatir este tema.

Independencia que se necesita mucho más allá de los correspondientes juramentos<sup>10</sup> prestados por los profesionales. Intentando poner el foco del debate con mi planteo no en el mero caso de la necesidad por parte de una persona detenida de ser asistida, sino en los casos en los que los profesionales de la salud deben expedirse respecto de, por ejemplo, el avance de una persona en los institutos relacionados con la recuperación de la libertad ambulatoria. Resultando, a mi entender, más difícil que existan preconceptos de las personas detenidas a evaluar por parte de los médicos si estos no son

---

<sup>9</sup> Lo mismo sucede con el personal médico de las unidades provinciales.

<sup>10</sup> Los valores médicos occidentales fueron marcados por la influencia del Juramento de Hipócrates e invocaciones como la Plegaria de Maimónides. El juramento hipocrático constituye una promesa de solidaridad con los demás médicos y el compromiso de atender a los pacientes adecuadamente. Además contiene la promesa de confidencialidad. Estos conceptos se reflejan en todos los códigos modernos profesionales de ética de la atención de salud.

de carrera penitenciaria. Es decir, y en la línea de lo dicho por las “Reglas Mandela”, entiendo que, pese a sus mencionados juramentos, serían mucho más objetivos si son independientes del servicio penitenciario.

Un sistema como el postulado lejos está de ser novedoso, por ejemplo, en el Reino Unido el sistema de salud de las prisiones es controlado por el sistema Nacional de Salud.

Allí, el cambio de mando fue paulatino, ya que en el año 1999 hubo un traspaso gradual de la responsabilidad de proporcionar asistencia sanitaria del Servicio Penitenciario –perteneciente al Ministerio del Interior- a la parte integrante del Sistema Nacional de Salud. El traspaso se realizó en varias etapas y terminó en abril de 2006 con resultado positivo en cuanto al mejoramiento de atención de los pacientes.<sup>11</sup>

Fincados sobre cómo se maneja la administración penitenciaria en nuestro país y quien maneja el cuidado de la salud de los internos (profesionales que resultan ser penitenciarios), empezaré a analizar los inconvenientes más comunes vinculados con la salud de las personas detenidas.

Conforme surge del informe realizado en el año 2009 por la Dirección de Sanidad del Servicio Penitenciario Federal, las patologías prevalentes detectadas resultan ser las infecciones respiratorias, la hipertensión y las dermopatías.

Algunas de las principales razones de ello pueden encontrarse en las condiciones de sobrepoblación y hacinamiento que caracterizan a nuestras prisiones,<sup>12</sup> ya que en tales

---

<sup>11</sup> [www.publichealthty.com](http://www.publichealthty.com)

<sup>12</sup> Conforme surge del comunicado de prensa 151/16 de la Relatoría sobre los Derechos de Personas Privadas de Libertad de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos –comunicado realizado producto

condiciones no es posible lograr un buen estándar en ninguna de las funciones penitenciarias esenciales (salud, alimentación, higiene, seguridad, educación, trabajo o recreación).

Al respecto, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos tiene dicho que *“el hacinamiento de personas privadas de libertad (...) facilita la propagación de enfermedades; crea un ambiente en el que las condiciones de salubridad, sanitarias y de higiene son deplorables...”*.<sup>13</sup>

Por su parte, en las Observaciones Finales del Comité de Derechos Humanos, en su 98 período de sesiones celebrado en Nueva York el 26 de marzo de 2010, en relación a la República Argentina, se expresó que *“continúan preocupando al Comité las condiciones imperantes en muchos centros penitenciarios del país, incluido el alto índice de hacinamiento, la violencia intracarcelaria y la mala calidad en la prestación de servicios y la satisfacción de necesidades fundamentales, en particular en materia de higiene, alimentación y atención médica...”*.

Como vemos, nuestro país posee en el control de las prisiones problemas estructurales (la no independencia de los médicos y la sobrepoblación, por ejemplo) que dificultan, entre muchas otras cuestiones, un derecho básico como lo es el acceso a la salud.

---

de la visita de trabajo realizada en septiembre de 2016- para diciembre de 2015 se registraba en la República Argentina un total de 71.464 personas detenidas.

<sup>13</sup> C.I.D.H., Informe sobre los Derechos Humanos de las personas privadas de la libertad en las Américas, OEA/Ser. L/V/II., Doc. 64, 31 de diciembre de 2011, párr. 455.

Pese a tal inconveniente principal no puedo obviar que a lo largo de los últimos años se tomaron decisiones que intentaron mejorar el día a día de la salud de las personas allí alojadas.

Por ejemplo, el 6 de mayo de 2010 se firmaron los acuerdos para aplicar el Programa de Control de Tuberculosis y Remediar + Redes<sup>14</sup> con el objetivo de combatir las enfermedades infecciosas.

Se implementó el 1 de abril de 2008 el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, el cual consiste no sólo en la distribución de métodos anticonceptivos tales como los orales, de lactancia, inyectables, y de barrera; sino que aporta la posibilidad de realizar ligadura de trompas de falopio o vasectomía en hospitales públicos (según la ley 25.673 de creación del Programa y la Ley 26.130 de anticoncepción quirúrgica).<sup>15</sup>

En dicho año 2008, más precisamente el 22 de octubre, se firmaron los Acuerdos Complementarios para la aplicación de los programas: VIH/SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual, Materno Infantil, Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, Salud Sexual y Procreación Responsable.

Asimismo, y en una postura que comparto, en los últimos años se ha comenzado a debatir el derecho a tener relaciones sexuales, libres y consentidas en el interior de una prisión como parte del derecho a la salud.

---

<sup>14</sup> Tal programa, amplió la entrega de botiquines con medicamentos básicos a los establecimientos del S.P.F. en un 150 por ciento y elevó los tratamientos en un 136 por ciento.

<sup>15</sup> Resolución 652/08 de la Dirección Nacional del S.P.F.

El derecho a la visita íntima como expresión a la vida privada familiar y al desarrollo de la personalidad tiene su fundamento en que es un principio básico del derecho internacional que la condición de privación de libertad no puede resultar en la consecuente privación de derechos fundamentales.

Al analizar el acceso a la visita íntima como derecho al libre desarrollo de la personalidad, la Corte Constitucional de Colombia señaló que tanto para aquellos reclusos que tengan conformada una familia como para los que no, el derecho a la visita íntima constituye un desarrollo claro del derecho al libre desarrollo de la personalidad. Asimismo, expresó el tribunal que una de las facetas en las que se ve plasmado el derecho al libre desarrollo de la personalidad es la sexualidad del ser humano, el cual debe verse de una manera integral teniendo en cuenta, por tanto, el aspecto corporal o físico.

Concluyendo el tribunal colombiano que la relación física entre el recluso y su visitante es uno de los ámbitos del libre desarrollo de la personalidad que continúa protegido aún en prisión.<sup>16</sup>

Así, la salud sexual requiere la posibilidad de obtener experiencias sexuales seguras y libres. Por ello, para que la salud sexual se logre, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos.

Cabe destacar que en el 14 Congreso Mundial de Sexología realizado en Hong Kong, se adoptó la Declaración Universal de los Derechos Sexuales. En su Preámbulo, se señaló que la sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano y que su

---

<sup>16</sup> Sentencia T-69 de 2002.

desarrollo depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el contacto, la intimidad emocional, el placer, la ternura y el amor.

En dicho congreso se especificó que la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social, y que los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad para todos los seres humanos.<sup>17</sup>

El derecho a la visita íntima tutela al mismo tiempo el derecho a la vida privada, comprendiendo la protección del vínculo familiar y la posibilidad de formar una familia, e igualmente el derecho a la salud, incluyendo el derecho a la sexualidad y a la reproducción. Por ello, es que entiendo que cuando hablamos del derecho a la salud también debe incluirse la posibilidad de tener relaciones sexuales. Debiendo adaptarse todavía más nuestro sistema carcelario a ello. Siempre ofreciendo la correspondiente privacidad y el acceso libre y gratuito a profilácticos.

En otro norte, y más precisamente en lo vinculado a la necesidad de considerar las adicciones, ya sea a los estupefacientes o al alcohol, como una afección a la salud, el 29 de julio de 2008 se firmó el Convenio de Marco de Asistencia y Cooperación entre los Ministerios de Justicia y Salud incluyendo como garante del mismo a la Comisión Nacional Coordinadora de Políticas Públicas en materia de Prevención y Control de Tráfico Ilícito de Estupefacientes de la Delincuencia Organizada Transnacional y la Corrupción con el fin de implementar políticas sanitarias en las unidades que dependen del S.P.F.

---

<sup>17</sup> Disponible en: <http://www.tc.umn.edu/~colem001/was/wdeclara.htm>.

En dicho convenio, se puso como objetivo el ayudar a las personas que egresen de los establecimientos carcelarios para que continúen los tratamientos que iniciaron en su estadía allí adentro.<sup>18</sup> Idea que, considero, resulta ser clave y que debe ser todavía más fomentada no solo en lo que al área de salud respecta sino también lo laboral y educacional.

Sumado al mencionado convenio, el 2 de abril de 2009 se firmó el Acuerdo Complementario para la aplicación del Programa de Salud Mental y Adicciones.<sup>19</sup> Acuerdo que resulta ser otra muestra más del concepto amplio de salud definido al principio del trabajo y que debe ser el norte de nuestro sistema, ya que engloba a la salud psicofísica.

Pero tal como resalté anteriormente, las falencias del sistema provocan que en el interior de las unidades penitenciarias el consumo de estas sustancias exista cotidianamente (pese a que como es sabido resulta ser ilegal) y tenga como uno de sus objetivos el alejarse mentalmente del sitio en el que físicamente se encuentran.

Respecto a ello, corresponde destacar que la atención a la salud psicofísica resulta ser el primero de los objetivos del programa de reinserción social, toda vez que el artículo 11 del decreto 396/99, denominado *“Ejecución Privativa de la libertad”*, publicado en el boletín oficial el 24 de mayo de 1999, señala que: *“Al término del período de observación, el responsable del Servicio Criminológico elevará al Director del establecimiento un informe*

---

<sup>18</sup> Conforme surge de la Guía de Atención y Tratamientos en prisión por el uso de drogas de la editorial OME de España del año 2012, en la Unión Europea, en la mayoría de los estudios realizados la prevalencia del consumo de drogas en la población encarcelada es mayor al 50% (p. 18).

<sup>19</sup> En dicha guía, se señala que al 31 de diciembre de 2010, España tenía en sus presos un 17,6 por ciento con antecedentes psiquiátricos previo a su detención (p. 17).

*proponiendo la fase del Período de Tratamiento para incorporar al interno, el establecimiento, sección o grupo a que debe ser destinado y su programa de tratamiento.*

*Este deberá contener las recomendaciones respecto a:*

- a) Atender a su salud psicofísica,*
- b) Mantener o mejorar su educación,*
- c) Promover su aprendizaje profesional o actividad laboral,*
- d) Posibilitar las exigencias de su vida religiosa,*
- e) Facilitar y estimular sus relaciones familiares y sociales,*
- f) Desarrollar toda actividad de interés, de acuerdo a las particularidades del caso, teniendo en cuenta la fase propuesta y lo dispuesto en los artículos 15, 19 y 22.*

*En el supuesto en que el Servicio Criminológico propiciare la permanencia del interno en el establecimiento en el que se encuentre y la Dirección compartiere ese criterio, ésta lo incorporará de inmediato a la fase propuesta.”*

Por ello, entiendo que la ley de ejecución de la pena debe ser analizada de manera conjunta, ya que pese a no pertenecer al presente capítulo de la ley 24.660, el artículo 58 de dicha ley dispone que: *“El régimen penitenciario deberá asegurar y promover el bienestar psicofísico de los internos. Para ello se implementarán medidas e prevención, recuperación y rehabilitación de la salud y se entenderán especialmente las condiciones ambientales e higiénicas de los establecimientos”*. Condiciones ambientales e higiénicas que en nada ayudan a cuidar la salud de los internos y mucho menos a colaborar con el fin de la pena: la reinserción en la sociedad.

Al respecto, la regla n° 22 de las llamadas “Reglas Mandela” establece que: “1. *Todo recluso recibirá de la administración del establecimiento penitenciario, a las horas acostumbradas, una alimentación de buena calidad, bien preparada y servida, cuyo valor nutritivo sea suficiente para el mantenimiento de su salud y de sus fuerzas.*

*2. Todo recluso tendrá la posibilidad de proveerse de agua potable cuando la necesite.”*

Por su parte, la regla n° 35 expresa que “1. *El médico o el organismo de salud pública competente hará inspecciones periódicas y asesorará al director del establecimiento penitenciario con respecto a:*

- a) la cantidad, calidad, preparación y distribución de los alimentos;*
- b) la higiene y el aseo de las instalaciones y de los reclusos;*
- c) las condiciones de saneamiento, climatización, iluminación y ventilación;*
- d) la calidad y el aseo de la ropa y la cama de los reclusos;*
- e) la observancia de las reglas relativas a la educación física y la práctica deportiva cuando estas actividades no sean organizadas por personal especializado.*

*2. El Director del establecimiento penitenciario tendrá en cuenta el asesoramiento y los informes presentados conforme a lo dispuesto en el párrafo 1 de esta regla y en la regla 33 y adoptará inmediatamente las medidas necesarias para que se sigan los consejos y recomendaciones que consten en los informes. Cuando esos consejos o recomendaciones no correspondan a su ámbito de competencia, o cuando no esté conforme con ellos, el director transmitirá inmediatamente a una autoridad superior su*

*propio informe y los consejos o recomendaciones del médico o del organismo de salud pública competente.”*

A su vez, las Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos<sup>20</sup> establecen en su artículo 20 que *“1) Todo recluso recibirá de la administración, a las horas acostumbradas, una alimentación de buena calidad, bien preparada y servida, cuyo valor nutritivo sea suficiente para el mantenimiento de su salud y de sus fuerzas...”*<sup>21</sup>

Por su parte, la ley 24.660 en su art. 65 dispone que *“La alimentación del interno estará a cargo de la administración; será adecuada a sus necesidades y sustentada en criterios higiénico dietéticos. Sin perjuicio de ello y conforme los reglamentos que se dicten, el interno podrá adquirir o recibir alimentos de sus familiares visitantes. La prohibición de bebidas alcohólicas será absoluta”*.

Pero pese a ello, el estado de los alimentos que reciben las personas detenidas en nuestro país no escapa a la realidad de las cárceles. Es decir: no es bueno.

Provocando ello que deban tener que velar porque sus allegados, los que poseen, les hagan llegar alimentos o por intermedio de los agentes penitenciarios tengan que comprar alimentos en la vulgarmente llamada cantina. Sitio en el que terminan abonando

---

<sup>20</sup> Adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955 y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663 C (XXIV) del 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) del 13 de mayo de 1977.

<sup>21</sup> No en todos los sistemas penitenciarios la alimentación corre a cargo de la institución. En países tales como Rusia y Colombia son las familias de los reclusos las que deben satisfacer tal necesidad.

tales productos a precios generalmente más costosos que los que suelen tener en otros sitios.<sup>22</sup>

Por ello es que entiendo que no sólo debe mejorarse la calidad de los alimentos que reciben (lo que seguramente demandará una movida presupuestaria), sino que también para evitar inconvenientes debería prohibirse la recepción de alimentos por parte de allegados (provocando ello un cambio en la redacción de la ley) ya que ello suele provocar robos y todo tipo de conflictos internos, y la compra en la cantina (para evitar negocios clandestinos y situaciones de poder por parte de los agentes penitenciarios). Ello siempre recordando que la alimentación debe ser cien por ciento brindada por el Estado. Una situación que hoy, en la práctica, dista de ser real.

Conforme surge de la Recomendación 736, expediente 6720/8023, de la Procuración Penitenciaria de la Nación, *“la mala alimentación conlleva otras problemáticas, ya que para suplir o complementar la comida suministrada por el Servicio Penitenciario, utilizan sus propios recursos económicos –en caso que contaran con los mismos- a los fines de adquirir alimentos a través del sistema de ‘cantina’, o bien, recurren al aporte de alimentos por parte de sus familiares o allegados ocasionándoles también un gasto.*

---

<sup>22</sup> En el comunicado de prensa 151/16 de la Relatoría sobre los Derechos de Personas Privadas de Libertad de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, se informó que en todas las comisarías de las provincias de Buenos Aires y Santa Fe se recibieron quejas por la falta de atención médica y por la mala calidad e insuficiente de los alimentos. Destacando que les fue comunicado que los alimentos se proveerían únicamente una vez al día.

*Que, en relación a esto, la limitación por parte del Servicio Penitenciario respecto de los alimentos que pueden o no ingresar las visitas y los deficientes alimentos suministrados, pueden entenderse como una especulación por parte del personal tendiente a acrecentar las ventas de la mercadería que se vende en el Complejo a través del mencionado sistema de 'cantina'...".*

Con el objetivo de intentar solucionar los inconvenientes vinculados con la alimentación en las unidades carcelarias (comida en mal estado, con mal gusto, con temperaturas no acordes con las requeridas por el plato, entregada en horarios que nada tienen que ver con los socialmente conocidos, sospechas de negocios ilegales por parte de los agentes penitenciarios), la Procuración Penitenciaria de la Nación interpuso un hábeas corpus.

Luego de una serie de audiencias, informes y recursos arribó a la Sala II de la C.F.C.P., la cual hizo lugar parcialmente y ordenó la confección de protocolos de actuación de las áreas competentes y un patrón de control que asegure que la alimentación que se prepare se adecue a los menús que han sido aprobados en ese establecimiento. A su vez, hizo que se diseñe otro protocolo que asegure que la alimentación preparada sea distribuida sin discriminación.

En la resolución se afirmó que *“Este deber de garantía no se restringe a la seguridad de la vida del detenido, sino que comprende el respeto de su dignidad en general, y la*

*protección de su integridad física y psíquica. La alimentación es a este fin una condición fundamental para la conservación de estas...”*<sup>23</sup>

Así, la Sala II de la C.F.C.P. simplificó mi idea: la alimentación debe ser considerada dentro del derecho a la salud porque es parte del cuidado de la integridad física y psíquica. Una persona que no está bien alimentada no puede estar en condiciones de aprovechar los diferentes talleres y gabinetes que le permitirán reinsertarse adecuadamente en la sociedad. Pero al solución brindada por la citada Sala II no es más que un parche, se necesita un protocolo para todas las prisiones de nuestro país. Con la actual escueta redacción de la ley 24.660 en lo que respecta a la alimentación de las personas detenidas no alcanza para que este derecho se respete realmente,

Como corolario de los mencionados convenios, en el año 2012 se lanzó el Programa de Salud para personas en contexto de encierro, cuyo objetivo fue integrar a la población de internos en los planes de prevención de enfermedades.

Se planteó un abordaje en el que convergen los Ministerios Nacionales de Salud, Desarrollo Social, Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Educación y Justicia y Derechos Humanos.

El objetivo general del programa fue el de 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.

---

<sup>23</sup> Causa n° 13.788, del 11 de mayo de 2011 -32 del bibliorato-.

En oportunidad de la firma del convenio, la Presidenta de la Nación, Dra. Cristina Fernández de Kirchner, expresó que *“esta comunión de esfuerzos entre los ministerios para dirigirse precisamente a una población muy especial como es la población carcelaria, es importante. ¿Y por qué población especial? Porque, como sucede en nuestro país y en muchísimos países emergentes, y no tan emergentes también, en primeros países desarrollados del mundo, la población carcelaria tiene una directa vinculación también con los niveles de pobreza de la gente (...) y entonces, tal vez, hacer un ejercicio de doble justicia: la justicia que impera en la Constitución, cuando nos asegura que la población carcelaria tiene estos derechos, y la doble justicia que significa también aquellos que han sido arrastrados muchas veces por la vida y por distintas circunstancias...”*.

Los objetivos específicos del programa son:

a) En lo referido a maternidad e infancia:

-asegurar el control periódico de la población infantil y materna.

-incorporar la observación y acompañamiento del desarrollo infantil desde una perspectiva integral de la salud, abarcando el desarrollo psico –emocional, intelectual y motriz, el lenguaje, la alimentación, la socialización, el ambiente y la educación de los niños y las niñas y de sus madres.

b) En cuanto a la prevención del cáncer de cuello cérvico uterino:

-evitar la muerte por cáncer de cuello de útero.

-alcanzar el 100% de cobertura de tamizaje.

-lograr que el 100% de las mujeres con lesiones de alto grado reciban tratamiento dentro de los 6 meses después del diagnóstico.

c) Puntualmente en cuanto a la tuberculosis:

-realizar un estudio de prevalencia de YBC en el ámbito del Sistema Penitenciario Federal.

-impedir o mitigar el desarrollo de la TB resistente, a través del TDO.

-monitorear los laboratorios y optimizar la logística y entrega de recursos para reducir la superposición de compras de insumos.

d) En relación al VIH/SIDA y salud sexual:

-realizar un estudio de prevalencia en el ámbito del Servicio Penitenciario Federal.

-crear y fortalecer los espacios de conserjería en salud sexual.

-optimizar la logística de entrega de insumos de prevención y asistencia.

Resulta imperiosa la necesidad de contar con un sistema (el cual entiendo que debería tener un presupuesto mayor) que pueda tornar plenamente operativos los postulados señalados y la remover obstáculos (corrupción, exceso de burocracia, etc...) que hoy están plenamente arraigados.<sup>24</sup> Siendo, a mi entender, clave para ello que el personal de salud no pertenezca al servicio penitenciario.

---

<sup>24</sup> A modo de ejemplo, en nuestro país, las cárceles son el único lugar cerrado donde todavía se puede fumar tabaco. Al fumar no sólo se pone en riesgo la propia salud sino también la de los que inhalan el humo del ambiente.

Siendo todavía más grave cuando esto tiene lugar en la Unidad 31 del S.P.F. por ejemplo, ya que durante el embarazo el consumo de tabaco puede producir un parto prematuro, un aborto espontáneo, menor peso al nacer, retraso en el crecimiento intrauterino, muerte perinatal, etc...

**Art. 144:** *“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 étlicos 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.”*

Pareciera sencillo el artículo en cuanto a la disposición de que al ingreso del interno la autoridad penitenciaria debe corroborar su estado de salud y tomar las correspondientes medidas para mejorar el mismo, como así también que dichos chequeos deben ser volcados en la historia clínica del interno. Lo interesante pasa por descubrir cuáles son las verdaderas razones de tales controles.

Una de ellas es evitar responsabilidades del Estado por su estado de salud en caso de éste no ser óptimo. Este chequeo se realiza tanto en el primer ingreso a la unidad como en todos sus reingresos (a su retorno de su salida transitoria, semi libertad, prisión discontinua o semi detención comparendos, visitas intercarcelarias u salidas extraordinarias).

Al referirme al estudio de las verdaderas razones, me refiero a que con estos controles se busca tanto ofrecer la debida asistencia médica como controlar el cumplimiento de las normas de conducta.

Control que no pareciera ser lo sustancial del artículo pero cuando lo analizamos de forma completa vemos que en el artículo 17, inciso a) del decreto 18/97, el cual se denomina “*Reglamento de disciplina para los internos*”<sup>25</sup> se dispone que la negativa por parte del interno al control médico resulta ser una falta media.

Por ello, y con el objetivo de arribar a un control íntegro de lo referido a la salud de las personas detenidas, me entrometeré en el análisis, en lo vinculado con el tema, del Reglamento de Disciplina para los internos. Así, dispone en su artículo 15 que las infracciones disciplinarias se clasifican en leves, medias y graves. Resultando las infracciones leves<sup>26</sup>, previstas en el artículo 16, las de:

- a) no respetar injustificadamente el horario o la convocatoria a actividades;
- b) descuidar el aseo personal o la higiene del lugar de su alojamiento o de las instalaciones del establecimiento;
- c) cocinar en logares, horarios o en formas no autorizadas;
- d) descuidar la higiene o el mantenimiento de la ropa de cama o de las prendas personales;
- e) comportarse agresivamente durante el desarrollo de las prácticas deportivas que realice;
- f) no realizar en la forma encomendada las prestaciones personas en las labores de limpieza o mantenimiento;

---

<sup>25</sup> Publicado en el boletín Oficial el 14 de enero de 1997.

<sup>26</sup> Subrayo los aspectos vinculados con el presente trabajo.

g) alterar el orden con cantos, gritos, ruidos o mediante el elevado volumen de aparatos electrónicos autorizados;

h) formular peticiones o reclamaciones incorrectamente;

i) no guardar la debida compostura y moderación en las acciones o palabras ante otra u otras personas;

j) no comunicar de inmediato al personal cualquier anormalidad, desperfecto o deterioro producido en el lugar de alojamiento o en otras dependencias;

k) fumar en lugares u horarios no autorizados;

l) fingir enfermedad para la obtención indebida de medicamentos o para eludir una obligación;

ll) negarse a dar su identificación o dar una falsa a un funcionario en servicio;

m) producir actos de escándalo en ocasión de ser trasladado a nuevo destino, o conducido para la realización de diligencias judiciales u otras o durante las salidas en los casos autorizados por la legislación vigente;

n) no observar la consideración y el respeto debido a funcionarios y visitantes;

ñ) ausentarse, sin autorización, del lugar que, en cada circunstancia, tenga asignado.

Son varias las faltas leves que se vinculan con incumplimientos de cuestiones relacionadas con el presente capítulo de la ley de Ejecución de la Pena. Resultando en este caso las faltas leves principalmente relacionadas con el incumplimiento de la conservación de la higiene y la limpieza (a excepción de lo relacionado con los medicamentos, lo cual lo

analizaré en uno de los artículos venideros). Lo cual resulta llamativo viendo el estado en el que se encuentran las cárceles en nuestro país.

Ahora bien, al analizar las infracciones medias nos encontramos con que no solo se encuentra penada la situación que provocó el presente análisis del reglamento sino también otro tipo de cuestiones familiarizadas con lo estudiado en el presente trabajo. Así, en el citado decreto establece que son infracciones medias:

a) negarse al examen médico a su ingreso o reingreso al establecimiento, o a los exámenes médicos legal o reglamentariamente exigibles;

b) incumplir las normas de los procedimientos de registro personal o de sus pertenencias, recuentos, requisas, encierros, desencierros o con las que regulan el acceso o permanencia a los diversos sectores de establecimiento;

c) impedir u obstaculizar, sin derecho, la realización de actos administrativos;

d) destruir, inutilizar, ocultar o hacer desaparecer, total o parcialmente, instalaciones, mobiliario y todo objeto o elemento provisto por la administración o perteneciente a terceros;

e) resistir pasivamente al cumplimiento de órdenes legalmente impartidas por funcionario competente a no atacarlas;

f) autoagredirse o intentarlo;

g) dar a los alimentos suministrados o prescritos un destino distinto al previsto;

h) negarse injustificadamente a recibir el tratamiento médico indicado o los medicamentos conforme lo prescrito o darle a éstos un destino diferente;

i) desalentar, interferir o impedir a otros internos el ejercicio de sus derechos al trabajo, a la educación, a la asistencia social, a la asistencia espiritual, a las relaciones familiares y sociales;

j) promover actitudes en sus visitantes o en otras personas tendientes a la violación de normas reglamentarias;

k) negarse en forma injustificada a realizar personalmente las labores de mantenimiento que se le encomienden;

l) amedrentar o intimidar física o psíquicamente a otro interno para que realice tareas en su reemplazo o en su beneficio personal;

ll) organizar o participar en juegos de suerte, apuestas o azar no autorizados;

m) peticionar colectivamente, directa o indirectamente, en forma oral o escrita;

n) preparar o colaborar en la elaboración de bebidas alcohólicas o sustancias tóxicas o adulterar comidas y bebidas;

ñ) usar o consumir drogas o medicamentos no autorizados por el servicio médico;

o) efectuar en forma clandestina conexiones eléctricas, telefónicas, informáticas, de gas o de agua;

p) sacar, clandestinamente, alimentos o elementos varios pertenecientes a la administración o a terceros de depósitos, economatos o de otras dependencias, o materiales, maquinarias, herramientas o insumos de los sectores de trabajo;

q) confeccionar objetos, clandestinamente, para sí o para terceros;

r) no comunicar al personal cualquier accidente que sufra o presencie;

s) sabotear, interfiriendo o interrumpiendo el orden a la seguridad del establecimiento;

t) utilizar equipos o maquinarias sin la debida autorización o en contravención con las normas de seguridad fijadas;

u) mantener o intentar contactos clandestinos dentro del establecimiento o con el exterior;

v) divulgar noticias, antecedentes o datos falsos para menoscabar la seguridad o el prestigio de las instituciones;

w) regresar del medio libre en estado de ebriedad o bajo el efecto de estupefaciente;

x) desatender, injustificadamente, o tratar con rudeza, en el caso de la interna madre, a su hijo;

y) maltratar, de palabra o de hecho, a visitantes;

z) intentar o mantener relaciones sexuales no autorizadas.

Entonces, y en conexión con lo que en el presente trabajo me interesa estudiar y debatir, vemos que se termina sancionado como una falta media: negarse a un examen

médico al ingreso o reingreso, dar a los alimentos un destino diferente al previsto, negarse injustificadamente a recibir tratamiento médico o los medicamentos ordenados (lo cual volveré a analizar en uno de los apartados venideros), consumir alcohol o sustancias estupefacientes y regresar del medio libre ebrio o drogado. Es decir, aquella mera frase destacada en el artículo 144 de la ley 24.660 de que el interno debe ser examinado a su ingreso o reingreso tiene una connotación que va más allá de la referida meramente a al salud.

Y a su vez, en el artículo 18 de tal decreto se especifican las infracciones graves, las cuales resultan ser:

- a) evadirse o intentarlo, colaborar en la evasión de otros o poseer elementos para ello;
- b) incitar o participar en movimientos para quebrantar el orden y la disciplina;
- c) tener dinero u otros valores que lo reemplacen, poseer, ocultar, facilitar o traficar elementos electrónicos o medicamentos no autorizados, estupefacientes, alcohol, sustancias tóxicas o explosivas, armas o todo instrumento capaz de atentar contra la vida, la salud o la integridad propia o de terceros;
- d) intentar introducir o sacar elementos de cualquier naturaleza eludiendo los controles reglamentarios;
- e) retener, agredir, coaccionar o amenazar a funcionarios u otras personas;
- f) intimidar física, psíquica o sexualmente a otra persona;

g) amenazar o desarrollar acciones que sean real o potencialmente aptas para contagiar enfermedades;

h) resistir activa y gravemente al cumplimiento de órdenes legalmente impartidas por funcionario competente;

i) provocar accidentes de trabajo o de cualquier otra naturaleza;

j) cometer un hecho previsto como delito doloso, con perjuicio de ser sometido al eventual proceso penal.

Sobre la base de tales faltas, las sanciones aplicables se encuentran previstas en el artículo 19 y resultan ser:

a) amonestación.

b) exclusión de las actividades recreativas o deportivas hasta diez días.

c) Exclusión de la actividad en común hasta quince días.

d) Suspensión o restricción parcial de los derechos reglamentarios de visita y correspondencia; suspensión o restricción total o parcial de los siguientes derechos reglamentarios: comunicaciones telefónicas, recreos individuales o en grupo, participación en actividades recreativas, culturales y deportivas, adquisición o recepción de artículos de uso y consumo personal, de diarios o revistas y acceso a los medios de comunicación social de hasta quince días de duración.

e) Permanencia en su alojamiento individual o en celda cuyas condiciones no agraven ilegítimamente la detención, hasta quince días ininterrumpidos.

- f) Permanencia en su alojamiento individual o en celda cuyas condiciones no agraven ilegítimamente su detención, hasta siete fines de semana sucesivos o alternados.
- g) Traslado a otra sección del establecimiento de régimen más riguroso.
- h) Traslado a otro establecimiento.<sup>27</sup>

En cuanto a la correlación entre las infracciones y las sanciones y a fin de, con el objetivo de tomar una consideración real de lo debatido, , el artículo 20 del citado decreto especifica que las infracciones disciplinarias se establecen:

- a) Infracciones leves: con las previstas en los incisos a) y b).
- b) Infracciones medias: con las previstas en los incisos e), d) e) hasta siete días ininterrumpidos y f) hasta tres fines de semana sucesivos o alternados.
- c) Infracciones graves: con las previstas en los incisos e), f), g) y h).

Tal como desarrollé al comienzo del análisis del presente artículo, lo establecido en la ley 24.660, pese a no decirlo claramente, posee una clara conexión con lo dispuesto en el Reglamento de Disciplina para los internos, resultando dicho chequeo a los internos a su ingreso o reingreso al establecimiento penal una cuestión mucho más compleja que la simple inscripción de su estado en su historia clínica.

Sentado tal fin y castigo encubierto, y en la línea de lo citado al comienzo del presente trabajo en cuanto a la importancia y uso que debe dársele a las “*Reglas Mandela*”. Destaco que las mismas en su regla n° 30 expresan que “*Un médico u otro*

---

<sup>27</sup> Asimismo, dicho artículo aclara que la ejecución de las sanciones no implicará la suspensión total del derecho a visita y correspondencia de un familiar directo o allegado del interno, en caso de no contar con aquél.

*profesional de la salud competente, esté o no a las órdenes del médico, deberá ver a cada recluso, hablar con él y examinarlo tan pronto como sea posible tras su ingreso y, posteriormente, tan a menudo como sea necesario, se procurará, en especial:*

*a) Reconocer las necesidades de atención de la salud y adoptar todas las medidas necesarias para el tratamiento;*

*b) Detectar los malos tratos que los reclusos recién llegados pueden haber sufrido antes de su ingreso;*

*c) Detectar todo indicio de estrés psicológico o de otra índole causado por la reclusión, incluidos el riesgo de suicidio o autolesión y en el síndrome de abstinencia resultante del uso de drogas, medicamentos o alcohol, y aplicar todas las medidas o tratamientos individualizados que corresponda;*

*d) Facilitar a los reclusos de quienes se sospeche que sufren enfermedades contagiosas aislamiento médico y un tratamiento apropiado durante el período de infección;*

*e) Determinar la capacidad física de cada recluso para trabajar, hacer ejercicio y participar en otras actividades, según corresponda”.*

Así, las reglas, en una visión más moderna de lo que representa el artículo estudiado, propician mirar el ingreso o reingreso del interno no sólo desde una visión de inspección sino también observar las condiciones psíquicas en las que se encuentra.

Ahora bien, y para el caso de que se detecte algún indicio de tortura, la regla n° 23 también va más allá y expresa que *“Si los profesionales de la salud, al examinar a un*

*recluso en el momento de su ingreso en prisión o al prestarle atención médica posteriormente, se percatan de algún indicio de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, deberán documentar y denunciar esos casos ante la autoridad médica, administrativa o judicial competente. Se seguirá el procedimiento de seguridad apropiado para no exponer al recluso o a sus allegados a los peligros que pudiera correr el riesgo de sufrir”.*

Hay que tener en cuenta que cuando los prisioneros estén de acuerdo en la revelación, no existe ningún conflicto y hay una evidente obligación moral. Pero si se niegan a permitir que se revele el hecho, el médico debe ponderar el riesgo y el peligro potencial para ese paciente concreto contra los beneficios que para la población penitenciaria en general y para los intereses de la sociedad puede reportar el prevenir que se perpetúen esos abusos.<sup>28</sup>

Fácilmente puede advertirse que las mencionadas Reglas Mandela no poseen fines encubiertos como sí lo posee la ley de Ejecución de la Pena sino que buscan, desde una visión mucho más humana, mejorar el estado de salud del interno (físico y psíquico). Prestando más atención a que si el mismo sufrió alguna tortura o maltrato que a si luego de su acceso momentáneo al medio libre volvió alcoholizado o bajo los efectos de sustancias alucinógenas.

---

<sup>28</sup> Protocolo de Estambul, Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Naciones Unidas. Nueva York y Ginebra, 2001, p. 16.

**Art. 145:** *“La historia clínica en la que quedará registrada toda prestación médica, se completará con la incorporación de los estudios psicológico y social realizados durante el período de observación, previsto en el artículo 13 inciso a), y la actualización que aluden el artículo 13 inciso d) y el artículo 27.*

*Copia de la historia clínica y de sus actuaciones integrará la historia criminológica.”*

La historia clínica es el documento médico legal que contiene todos los datos psicobiopatológicos de un paciente. El acceso a tal información es confidencial.

El tratamiento de reinserción social presenta desde su inicio un carácter interdisciplinario, ya que la formulación del pronóstico y diagnóstico a los que allí se alude se logra mediante la realización del estudio médico, psicológico y social del interno. Todo ello junto con los testimonios de la sentencia condenatoria y del cómputo de vencimiento de pena resulta ser la historia criminológica del interno.<sup>29</sup>

Aquí es donde otra vez vemos el inconveniente que resalté anteriormente y que es uno de los íconos del presente trabajo, ya que este equipo de profesionales se encuentra formado por gente de carrera penitenciaria.

En cuanto a la realización de la historia clínica, las *“Reglas Mandela”* en su regla n° 26 establecen que: *“1. El servicio de atención de la salud preparará y mantendrá historiales médicos correctos, actualizados y confidenciales de todos los reclusos, y se deberá permitir al recluso que lo solicite el acceso a su propio historial. Todo recluso podrá facultar a un tercero para acceder a su historial médico.*

---

<sup>29</sup> Axel López, Ricardo Machado, *“Análisis del régimen de ejecución penal”*, *“Fabián J. Di Plácido Editor”*, C.A.B.A., 2014, p.415.

*2. En caso de traslado de un recluso, su historial médico se remitirá a los servicios de atención de la salud de la institución receptora y permanecerá sujeto al principio de confidencialidad médica.”*

Asimismo, la regla n° 33 señala que *“El médico informará al director del establecimiento penitenciario cada vez que estime que la salud física o mental de un recluso haya sido o pueda ser perjudicada por su reclusión continuada o por determinadas condiciones de reclusión.”*

Tal como expresé anteriormente, con el fin de obtener una visión amplia del capítulo de salud de la ley 24.660, comentaré ciertas cuestiones relativas al período de observación mencionado en el artículo aquí puntualmente analizado.

El Período de Observación consiste en el estudio médico, psicológico y social del interno y en la formulación del diagnóstico y pronóstico criminológicos. Tal período comienza con la recepción del testimonio de sentencia y del cómputo de la pena en el Servicio Criminológico de cada establecimiento. En esta etapa, se solicita la cooperación del interno para que el equipo interdisciplinario pueda confeccionar su Historia Criminológica. Equipo interdisciplinario que, como desarrollé, no deja de estar conformado por personas pertenecientes al servicio penitenciario.

En la Historia Criminológica se consignan las fechas en que el interno podría acceder a las distintas etapas de la progresividad: Período de Prueba; Salidas Transitorias y Semilibertad; Libertad Condicional; Libertad Asistida; Programa de Prelibertad, y egreso por agotamiento de la pena.

Al término del Período de Observación, el responsable del Servicio Criminológico, eleva al Director del establecimiento un informe proponiendo la fase que sería correcta del Período de Tratamiento para incorporar al interno, el establecimiento, sección o grupo a que debe ser destinado y su programa de tratamiento. En lo que en el marco del presente trabajo interesa, resalto que éste contiene las recomendaciones respecto a: salud psicofísica, educación, aprendizaje profesional, actividad laboral y actividades de interés, etc... Diferentes aspectos que el detenido debe trabajar para lograr reinsertarse en la sociedad.

El período de tratamiento es la aplicación de las determinaciones del Consejo Correccional y es fraccionado en tres fases sucesivas: Socialización, Consolidación y Confianza.

El Período de Prueba consiste en el empleo de métodos de autogobierno, tanto durante la permanencia del interno en la institución como en sus egresos transitorios, como preparación inmediata para su libertad.

Comprende sucesivamente: la incorporación del interno a establecimiento abierto o sección independiente que se base en el principio de autodisciplina; la posibilidad de obtener salidas transitorias, y la incorporación al régimen de Semilibertad.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> La incorporación al Período de Prueba exige no poseer procesos penales en los que interese la detención o condenas pendientes y estar comprendido en alguno de los siguientes tiempos mínimos de ejecución:

- Penas temporales: un tercio de la condena
- Pena perpetua: doce años
- Pena con accesoria del artículo 52 del Código Penal: cumplimiento de toda la pena.

En cuanto al período de observación, el artículo 13 de la ley 24.660 establece que:

*“Durante el período de observación el organismo técnico – criminológico tendrá a su cargo:*

*a) Realizar el estudio médico, psicológico y social del condenado, formulando el diagnóstico y el pronóstico criminológico, todo ello se asentará en una Historia Criminológica debidamente foliada y rubricada que se mantendrá permanentemente actualizada con la información resultante de la ejecución de la pena y del tratamiento instaurado;*

*b) Recabar la cooperación del condenado para proyectar y desarrollar su tratamiento. A los fines de lograr su aceptación y activa participación, se escucharán sus inquietudes;*

*c) Indicar el período y fase de aquel que se propone para incorporar al condenado y el establecimiento, sección o grupo que debe ser destinado;*

---

Además, tener en el último trimestre conducta Muy Buena ocho (8) y concepto Muy Bueno siete (7), como mínimo, un dictamen favorable del Consejo Correccional y la resolución aprobatoria del Director del establecimiento.

Las salidas transitorias tienen distintas frecuencias según su motivo, que pueden ser:

- Para afianzar y mejorar los lazos familiares y sociales:
- Para cursar estudios
- Para participar en el Programa de Prelibertad
- De carácter excepcional

La Semi libertad consiste en permitir al condenado trabajar fuera del establecimiento sin supervisión continua en condiciones iguales a la vida libre, incluso salario y seguridad social, regresando a su alojamiento al fin de cada jornada laboral.

Se requiere un informe del área de Asistencia Social que constate: datos del empleador, si correspondiere; naturaleza del trabajo ofrecido; lugar y ambiente donde se desarrollarán las tareas; horario a cumplir; retribución y forma de pago.

d) *Determinar el tiempo mínimo para verificar los resultados del tratamiento y proceder a su actualización, si fuere menester.”*

Los mencionados autores López y Machado han explicado respecto del inciso a) que del mismo se extrae el carácter interdisciplinario que conlleva el tratamiento de reinserción social, toda vez que se requiere la participación del personal médico, psicológico y social del establecimiento carcelario a los efectos de la confección de un estudio que determine el diagnóstico y el pronóstico criminológico del causante.

Y respecto al inciso d), los autores detallaron que no significa que cada estadio del régimen progresivo requiera de un lapso temporal determinado para que el condenado pueda ser incorporado a un nivel superior, sino que es de toda lógica pretender que el desenvolvimiento del interno respecto de los objetivos que son propuestos en el programa de tratamiento pueda ser objeto de ponderación luego del transcurso de un tiempo mínimo prefijado que, si fuera necesario, podrá ser extendido o reducido por razones fundadas.<sup>31</sup>

Ante tal dificultad técnica, la intervención jurisdiccional de control se limita a realizar un análisis comparativo entre los objetivos que le fueron propuestos al interno en el programa de tratamiento individual y las actividades voluntarias realizadas por aquél para

---

<sup>31</sup> El artículo 27 de la mencionada ley señala que *“La verificación y actualización del tratamiento a que se refiere el artículo 13, inciso d), corresponderá al organismo técnico –criminológico y se efectuará como mínimo, cada seis meses.*

*En los casos de las personas condenadas por los delitos previstos en los artículos 119, segundo y tercer párrafo, 120, 124 y 125 del Código Penal, los profesionales del equipo especializado del establecimiento deberán elaborar un informe circunstanciado dando cuenta de la evolución del interno y toda otra circunstancia que pueda resultar relevante.”*

el cumplimiento de tales objetivos. De tal modo, se verifica si existió o no en el caso una actuación arbitraria por parte de la administración en la aplicación del régimen progresivo.<sup>32</sup>

**Art. 146:** *“Cuando el interne ingrese o reingrese al establecimiento con medicamentos en su poder o los reciba del exterior, el director conforme dictamen médico decidirá el uso que debía hacerse de ellos.”*

Un medicamento es toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o que pueda usarse o administrarse con el objetivo de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico.

Aquí hay que diferenciar entre las situaciones en las que la tenencia de tales medicamentos está o no autorizada. Ya que: poseer sin autorización un medicamento resulta ser una falta grave para un interno<sup>33</sup>, fingir una enfermedad para poder disponer de medicamentos es una falta leve y consumir medicamentos no autorizados es una falta media.<sup>34</sup> Cuestiones éstas que ya fueron analizadas detalladamente en el análisis de los artículos anteriores del presente capítulo de la ley 24.660.

---

<sup>32</sup> Ob. Cit., p. 105/6.

<sup>33</sup> La Sección de Abastecimiento de Material Sanitario (SAMS) es la que se encarga de comprar los remedios para distribuirlos entre los establecimientos penitenciarios federales.

<sup>34</sup> Art. 16 inc. l) y art. 17, inc ñ) del decreto 18/97.

El inconveniente radica en que, conforme lo ha dicho la Organización Mundial de la Salud en el Proyecto de Salud en Prisiones, *“los que ingresan bajo régimen de algún medicamento u otro problema relacionado con la salud, a menudo se perjudican por no contar con la atención adecuada...”*.<sup>35</sup> Atención médica que como fui desarrollando dista de ser la que todo humano merece por su condición de tal y que provoca que en muchas ocasiones terminen siendo castigados con la imposición de una sanción por el hecho de intentar cuidar su salud ante la ausencia del Estado, debiendo, de acreditarse tal legítimo fin de la medicación, a mi entender, no aplicarse sanción alguna.

Lo cual, pese a lo dicho, está lejos de ser lo correcto, toda vez que todas las medicaciones deberían ser íntegramente brindados, y en el horario correcto, por el Estado. Cuestión que evitaría la posibilidad de que exista un mercado negro de medicamentos en el interior de los establecimientos penitenciarios.

Otro inconveniente que suele darse asiduamente con el otorgamiento de la medicación suele ser el que tiene lugar cuando una persona que se encuentra detenida que toma uno o varios medicamentos en forma diaria debe ser trasladada a una sede judicial para una determinada audiencia, toda vez que allí, en muchos casos, el horario en el que comienza su traslado hacia la sede judicial todavía no recibió su dosis diaria. Lo que provoca que sean trasladadas sin la debida medicación.

Situación que pareciera sencilla de solucionar pero que con los actuales problemas estructurales de nuestras prisiones lejos está de serlo y que no resulta ser un problema

---

<sup>35</sup> <http://www.euro.who.int>

menor, toda vez que someter a un traslado (que en muchos casos dura más de 12 horas) a una persona sin su medicación puede ocasionar inconvenientes irreparables.

**Art. 147:** *“El interno podrá ser trasladado a un establecimiento penitenciario especializado de carácter asistencial médico o psiquiátrico o a un centro apropiado del medio libre, cuando la naturaleza del caso así lo aconseje.*

*En el segundo de los supuestos se requerirá previa autorización del juez de ejecución o juez competente, salvo razones de urgencia. En todos los casos se comunicará la novedad de inmediato al magistrado interviniente.”*

Este artículo fue observado en la disidencia parcial de la Cámara de Senadores, ya que un sector consideraba ambiguo el segundo párrafo del mencionado artículo por no especificar en qué supuesto (establecimiento asistencial psiquiátrico o centro apropiado del medio libre) se requiere la autorización judicial para efectuar el traslado del interno.

Al respecto, los mencionados autores López y Machado tienen dicho, en una opinión que comparto, que tal observación resulta desacertada. Ello debido a que por un lado es claro que el magistrado debe autorizar todo egreso del condenado del ámbito de la administración penitenciaria (el traslado de carácter asistencial implica la continuidad de su tratamiento en dependencias del servicio penitenciario, por lo que no se requiere su autorización si su comunicación para que realice el debido control); pero por otro lado es evidente que la norma se refiere a internos imputables, motivo por el cual no es correcta

la afirmación de que resulta de aplicación lo previsto en el art. 34 inc. 1 del C.P. respecto del traslado a un establecimiento penitenciario de carácter psiquiátrico.<sup>36</sup>

Lo cual, a mi entender, y en la línea de lo dicho por los mencionados autores, debe ser analizado de manera conjunta con lo dispuesto en el art. 4 de la ley 24.660 dispone que: *“Será de competencia judicial durante la ejecución de la pena:*

a) *Resolver las cuestiones que se suscitan cuando se considere vulnerado alguno de los derechos del condenado.*

b) *Autorizar todo egreso del condenado del ámbito de la administración penitenciaria”.*

Mencionada la existencia de la disidencia y desarrolladas las razones por las que entiendo que la misma fue errónea, resalto que en cuanto al traslado a hospitales civiles las *“Reglas Mandela”* en su regla n° 27 disponen que *“1. Todos los establecimientos penitenciarios facilitarán a los reclusos acceso rápido a atención médica en casos urgentes. Los reclusos que requieran cuidados especiales o cirugía serán trasladados a establecimientos especializados o a hospitales civiles. Cuando el establecimiento penitenciario tenga sus propios servicios de hospital, contará con el personal y el equipo adecuados para proporcionar el tratamiento y la atención que corresponda a los reclusos que les sean remitidos.*

*2. Solo podrán tomar decisiones médicas los profesionales de la salud competentes y el personal penitenciario no sanitario no podrá desestimar ni desoír esas decisiones.”*

---

<sup>36</sup> Ob. Cit., p. 418/9.

De manera similar, el artículo 497 del C.P.P.N. dispone que: *“Si durante la ejecución de la pena privativa de libertad el condenado denotare sufrir alguna enfermedad, el tribunal de ejecución, previo a su dictamen de peritos designados de oficio, dispondrá su internación en un establecimiento adecuado, si no fuere posible atenderlo en aquel donde está alojado o ello importara un grave peligro para su salud.*

*El tiempo de internación se computará a los fines de la pena, siempre que el condenado se halle privado de su libertad durante ese tiempo y que la enfermedad no haya sido simulada o procurada para sustraerse de la pena. Los condenados, sin distinción de sexo, podrán recibir visitas íntimas periódicas, las cuales se llevarán a cabo resguardando la decencia, discreción y tranquilidad del establecimiento”.*

No quedando dudas entonces de la posibilidad de que, de ser necesario, se traslade a la persona detenida, en tiempo y forma, a un lugar adecuado para el cuidado de su salud. Debiendo primar siempre la salud de la persona detenida.

Demás está decir que el ámbito de intervención jurisdiccional en el proceso de ejecución penal quedó resuelto por la C.S.J.N. en el fallo *“Romero Cacharane”*<sup>37</sup>, toda vez que allí se estableció la plena vigencia del principio de judicialización en la faz ejecutiva de la pena. Por lo que todas estas cuestiones deben ser puestas en conocimiento del juez que se encuentra a cargo de la detención y éste, de manera inmediata, debe informar lo sucedido al asistente técnico del detenido a fin de que realice, de considerarlo necesario, los pertinentes planteos y avisos a familiares y allegados.

---

<sup>37</sup> Fallo: 327:388, 9 de marzo de 2004.

En relación al trascendente fallo de nuestro Máximo Tribunal, la autora Natalia Sergi tiene dicho que tal resolución refuerza los principios de competencia administrativa y judicial y la vigencia del principio de legalidad como límite gubernamental a la facultad reglamentaria del poder ejecutivo y la obligación de los jueces de velar por el respecto de éste límite.<sup>38</sup>

**Art. 148:** *“El interno podrá requerir, a su exclusivo cargo, la atención de profesionales privados.*

*La autoridad penitenciaria dará curso al pedido, excepto que razones debidamente fundadas aconsejen limitar este derecho.*

*Toda divergencia será resuelta por el juez de ejecución o juez competente.”*

Sobre la base de tal claro y contundente derecho corresponde analizar como se llevará adelante el mismo. Existen dos posibilidades: que el interno sea trasladado por el servicio penitenciario (con conocimiento judicial de ello) al consultorio del profesional privado o que tal profesional concorra al establecimiento penitenciario a fin de llevar adelante la consulta.

Para que logre llevarse a cabo esta segunda opción deberá tenerse en cuenta que la posibilidad de ser atendido por un profesional privado ha tenido un importante correlato en la jurisprudencia nacional e internacional. Así, en la sentencia emitida por el Tribunal

---

<sup>38</sup> “Comentario al fallo ‘Romero Cacharane’ de la Suprema Corte de Justicia”, publicado en Nueva Doctrina Penal 2004/B, Editores del Puerto, p. 587.

Europeo de Derechos Humanos en el caso *“Wenner v. Alemania”*<sup>39</sup> el 1 de septiembre de 2016 se manifestó (en relación a lo decidido en los casos *“Keenan v. Reino Unido”* y *“Khudobin v. Rusia”*) que *“...era esencial para un prisionero que sufre una enfermedad grave someterse –por un especialista en la enfermedad en cuestión–, a una evaluación adecuada de su estado actual de salud, con el fin de proporcionar un tratamiento adecuado...”*.<sup>40</sup>

Por ello, cabe recordar la resolución del Presidente de la Corte Interamericana de Derechos Humanos del 10 de diciembre de 2010, caratulada *“Solicitud de medidas provisionales presentada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos respecto de Venezuela”*, asunto de María Lourdes Afiuni, oportunidad en la que se consideró que *“el Estado debe permitir y facilitar que los detenidos sean atendidos por un facultativo elegido por ellos mismos o por quienes ejercen su representación o custodia legal, según las necesidades específicas de su situación real...”*.

Allí, se citó el caso *“Cesti Hurtado. Medidas Provisionales respecto de Perú”*<sup>41</sup>; el caso *“García Asto y Ramírez Rojas vs. Perú”*<sup>42</sup> y el caso *“De la Cruz Flores”*<sup>43</sup>. Además, el caso *“Tibi”*<sup>44</sup> y el caso *“Montero Aranguren y otros (Retén de Catia) Vs. Venezuela”*.<sup>45</sup>

---

<sup>39</sup> Aplicación 62303/13.

<sup>40</sup> Parr. 56.

<sup>41</sup> Considerando sexto.

<sup>42</sup> Párr. 227.

<sup>43</sup> Sentencia de 18 de noviembre de 2004. Serie C No. 115, párr. 122.

<sup>44</sup> Sentencia de 7 de septiembre de 2004. Serie C No. 114, párr. 157.

<sup>45</sup> Párr. 102.

En aquél, se requirió al Estado que *“en el evento de que la señora Afiuni necesite atención médica especializada, y sin perjuicio de la atención que puedan brindar los médicos adscritos a instituciones estatales, adopte las providencias necesarias para que sea atendida por médicos de su elección”*.

Es importante aclarar que si bien los honorarios profesionales están a cargo del interno, el tratamiento aconsejado queda a cargo de la administración. Ello porque, como dije al principio del trabajo, el Estado es garante de la salud de aquella persona que se encuentra privada de su libertad ambulatoria.

Cuestión que vuelve a plantearnos el debate sobre lo que realmente debe primar: si el derecho a la salud o la seguridad. Mi respuesta vuelve a ser la misma: ante todo debe privilegiarse la salud de las personas. Las cuales, como dije, en estos casos deben ser tratadas como pacientes y no como prisioneros.

En lo referido al modo en que deben realizarse estas visitas, el decreto 1136/97 del 30 de octubre de 1997 detalla en su art. 93 que *“Los profesionales de la salud requeridos por el interno a sus expensas para su atención privada, deberán prestar conformidad para la visita, en el expediente que se abrirá a tal efecto acreditando su identidad y su condición de facultativo, haciendo constar su matrícula profesional, su domicilio y su teléfono.*

*Previo a su aceptación, se le informarán los deberes y derechos de los visitantes”*.<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> Se dispone en su artículo 94 que *“Previo a su ingreso al lugar asignado para la visita, el profesional deberá permitir la revisión de las pertenencias que lleve consigo, pudiendo ingresar solo los elementos que se vinculen a su misión. Si hubiere censores no intensivos u otras técnicas no táctiles, deberá aceptar su empleo.*

*El incumplimiento de esta u otras disposiciones del presente Reglamento deberá hacerse constar en acta que se agregará al expediente iniciado con el pedido del interno”*.

Por su parte, el artículo 95 de tal decreto aclara que *“Esta visita deberá realizarse en las instalaciones del Servicio Médico, en el día y el horario previamente establecidos por el Director.*

*Si del examen médico surgiere la necesidad de dispensar al interno alguna atención inmediata, lo informará, en el acto, al médico del establecimiento.*

*En caso de coincidir ambos profesionales, el visitante procederá, en presencia del médico del establecimiento, a la administración de la terapéutica aconsejada”.*

Además, el art. 96 del citado decreto dispone que *“El profesional de la salud a su egreso dejará constancia del diagnóstico y del tratamiento prescripto, si procediere, lo que se hará constar en la Historia Clínica del interno. Los costos de dicho tratamiento estarán al exclusivo cargo del interno, excepto cuando el tratamiento sea indispensable para el mantenimiento o la recuperación de la salud, circunstancia que se constatará por el Servicio Médico del establecimiento”.*

En esa línea, el artículo 97 del decreto ordena que *“Cualquier divergencia entre el Servicio Médico del establecimiento y el profesional médico visitante, incluyendo la prolongación y periodicidad de los exámenes, controles y visitas asistenciales, será elevada a consideración del juez competente”.*

**Art. 149:** *“Si el tratamiento del interno prescribiere la realización de operaciones de cirugía mayor o cualquiera otra intervención quirúrgica o médica que implicaren grave*

---

*riesgo para la vida o fueren susceptibles de disminuir permanentemente sus condiciones orgánicas o funcionales, deberá mediar su consentimiento o el de su representante legal y la autorización del juez de ejecución o juez competente, previo informe de peritos.*

*En caso de extrema urgencia, bastará el informe médico, sin perjuicio de la inmediata comunicación al juez de ejecución o juez competente.”*

El consentimiento sólo puede ser prestado por el representante legal cuando el interno no pueda expresar su voluntad. Debe recordarse la ya desarrollada utilización del principio de judicialización en cuanto a que todas estas situaciones deben ser informadas y revisadas por el juez que se encuentra a cargo de su detención.

Siendo lógico el artículo en cuanto a que puede prescindirse del consentimiento del interno si es un caso de extrema urgencia. Siempre con la posterior comunicación al magistrado competente. El que deberá dar inmediato aviso al asistente técnico del detenido.

**Art. 150:** *“Está expresamente prohibido someter a los internos a investigaciones o tratamientos médicos o científicos de carácter experimental. Solo se permitirán mediante solicitud del interno, en enfermedades incurables y siempre que las investigaciones o tratamientos experimentales sean avalados por la autoridad sanitaria correspondiente y se orienten a lograr una mejora en su estado de salud.”*

El artículo encuentra sustento en lo dispuesto en el artículo 7 del P.I.D.C. y P., toda vez que el mismo aclara que nadie será sometido sin su libre consentimiento a

experimentos médicos o científicos. Buscando ello evitar que se use a los internos como banco de pruebas sin que ello sea su propia intención.

En otra época se explicaba el comportamiento delictivo sobre la base de una patología de la persona que lo cometía. En el año 1912 la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se vió perturbada por un joven de 16 años llamado Cayetano Santos Godino que confesaba a los diarios porteños haber sido autor del delito de homicidio reiterado en cuatro oportunidades y otras siete tentativas de homicidio, víctimas que oscilaban entre los 13 años y los 18 meses de edad, no mostrándose en ningún momento arrepentido de ello y manifestando placer sexual por lo hecho. En el año 1927 los médicos del Penal de Usuahia –conocida vulgarmente como la Cárcel del Fin del Mundo- le practicaron una operación de reducción de orejas en razón de una serie de investigaciones realizadas por el médico italiano Césare Lombroso que señalaban que las personas petisas y de orejas de gran tamaño eran malvadas, intervención quirúrgica que no tuvo el resultado esperado.

Tal como fui desarrollando a lo largo del trabajo, las “Reglas Mandela” han profundizado varias de las cuestiones trascendentales de la vida de las personas detenidas y el presente artículo de la ley 24.660 no fue la excepción.

Así, en su regla 32 establecen que *“1. La relación entre el médico u otros profesionales estará determinada por las mismas normas éticas y profesionales que se apliquen a los pacientes en la comunidad exterior, en particular:*

*a) La obligación de proteger la salud física y mental de los reclusos y de prevenir y tratar las enfermedades exclusivamente por razones clínicas;*

b) *El respeto a la autonomía de los reclusos en lo que respecta a su propia salud, y el consentimiento fundamentado como base de la relación entre médico y paciente;*

c) *La confidencialidad de la información médica, a menos que mantenerla pueda dar lugar a una situación de peligro real e inminente para el paciente o para terceros;*

d) *La prohibición absoluta de participar, activa o pasivamente, en actos que puedan constituir tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, incluidos experimentos médicos o científicos que puedan ser perjudiciales para la salud del recluso, como la extracción de células, tejido u órganos.*

2. *Sin menoscabo de lo dispuesto en el párrafo 1 d) de esta regla, se podrá permitir que los reclusos, previo consentimiento suyo libre y fundamentado, y de conformidad con la legislación aplicable, participen en ensayos clínicos y en otro tipo de investigaciones médicas accesibles a nivel de la comunidad su se prevé que reportarán un beneficio directo y apreciable para su salud, y donen células, tejido y órganos a un familiar.*

**Art. 151:** *“Si el interno se negare a ingerir alimentos, se intensificarán los cuidados y controles médicos. Se informará de inmediato al juez de ejecución o juez competente solicitando, en el mismo acto, su autorización para proceder a la alimentación forzada, cuando, a criterio médico, existiere grave riesgo para la salud del interno.”*

Pese a no señalarlo expresamente, se alude a la conocida huelga de hambre. Huelga que es definida por la Real Academia Española como *“Abstinencia voluntaria de alimentos, practicada durante un tiempo o, a veces, con carácter indefinido, para forzar los sentimientos de quien puede conceder lo que se le pide”*.

La cual quizás tuvo su pico de trascendencia mundial cuando M. Gandhi realizó una huelga de hambre que cambió el destino de la India doblgando al imperio británico e instalándola como una herramienta legítima de movilización social.<sup>47</sup>

Por ello, corresponde partir de la base de que una huelga de hambre no es una conducta suicida, porque quienes reclaman por este medio no buscan la muerte sino que asumen un riesgo en busca de un bien que entendieron prioritario.

El dilema pasa por determinar si, pese a su negativa, el interno puede ser obligado a alimentarse mediante la fuerza desde un principio, ya que en caso de llegar a caer en un estado de inconsciencia la autoridad judicial debe ordenar el suministro forzoso. Como así también de la medicación que sea necesaria para estabilizar su salud.

Dilema que, a mi entender, debe ser resuelto considerando a la huelga de hambre como un decisión propia de la persona que la realiza (en este caso personas adultas y capaces de dirigir sus acciones). Por ello, de no caer tal persona en un estado de inconsciencia, no puede obligársela a ingerir alimentos y debe respetarse (con los debidos controles médicos) su intención de no alimentarse.

---

<sup>47</sup> Nació el 2 de octubre de 1869 en Nueva Delhi (Unión de la India) y falleció el 30 de enero de 1948. Entre otras importantes cuestiones, promovió la resistencia no violenta.

**Art. 152:** *“Los tratamientos psiquiátricos que impliquen suspensión de la conciencia o pérdida de la autonomía psíquica, aunque fueran transitorias, sólo podrán ser realizados en establecimientos especializados.”*

En este tipo de tratamientos médicos, como en todos, el interno debe prestar su consentimiento y el traslado debe ser puesto en conocimiento de forma inmediata al magistrado competente. El cual, como expresé anteriormente, debe notificar de ello a su Representante Legal.

El cual deberá arbitrar los medios para cerciorarse que el consentimiento fue brindado libremente. Como es sabido, la ley 24.660 data del año 1996 por lo que corresponde destacar al analizar estos establecimientos especializados que a raíz de la implementación de la ley 26.657 conocida como Ley de Salud de Salud Mental<sup>48</sup>, promulgada el 2 de diciembre de 2010 y publicada en el boletín Oficial el 3 de diciembre

---

<sup>48</sup> Expresa en su art. 1 que su objeto es asegurar el derecho a la protección de la salud mental. En su art. 3 define a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos.

En su art. 4 expresa que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. En su art. 7 reconoce a las personas con padecimientos mentales el derecho a la atención sanitaria gratuita, a preservar sus grupos de identidad, a recibir el tratamiento que menos restrinja sus derechos, a ser acompañado por sus familiares, a acceder a su historia clínica, a que en el caso de internaciones involuntarias las condiciones sean supervisadas periódicamente, a no ser discriminado, a ser informado, a poder tomar decisiones, a no ser objeto de experimentos, a que su padecimiento no sea considerado inmodificable, a no ser sometido a trabajos forzosos.

En el art. 14 se señala que la internación es de carácter restrictivo y que sólo puede llevarse a cabo cuando aporte beneficios. El art. 5 dispone que debe ser lo más breve posible. Y en cuanto a la internación involuntaria, el art. 20 dispone que únicamente podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud exista una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Situación de riesgo que debe ser declarada con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas (uno de los cuales debe ser psicólogo o médico psiquiatra).

de 2010, se eliminaran los establecimientos de carácter asistencial psiquiátrico pertenecientes al S.P.F.

Por intermedio de ella se creó el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA) que reemplazó a las Unidades n° 20<sup>49</sup> y 27<sup>50</sup> del S.P.F. Dicho programa fue puesto en marcha el 27 de julio de 2011.

El PRISMA es un programa implementado por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación y el Ministerio de Salud de la Nación que se creó con el objetivo de tratar la problemática de hombres y mujeres alojados en establecimientos penitenciarios especializados y en otras unidades.

El PRISMA se constituye de diversos dispositivos: evaluación, tratamiento y egreso, con actividades y finalidades diferentes y específicas.

El dispositivo de evaluación recibe requerimientos de las autoridades judiciales como de las autoridades de los establecimientos penitenciarios por indicación de sus equipos de salud mental.

Los pacientes que se admiten son: los que poseen trastornos psicóticos agudos y transitorios con elevado riesgo de suicidio – episodios depresivos graves; cuadros de excitación psicomotriz; con esquizofrenia y / o trastorno de ideas delirantes persistentes,

---

<sup>49</sup> El 31 de mayo del año 2011 tuvo lugar un importante incendio en donde por aquel entonces funcionaba la Unidad 20 del S.P.F. que ocasionó la muerte de David Díaz Ríos (19 años, de nacionalidad española) y de Leandro Nahuel Muñoz (22 años, argentino), ambos detenidos a disposición de tribunales de la C.A.B.A., lo que provocó que la Unidad se cierre y se traslade al interior del Complejo Penitenciario Federal N° 1. Es decir, bajo la custodia del Servicio Penitenciario Federal.

<sup>50</sup> El Servicio Psiquiátrico Central de Mujeres se encontraba en el Hospital Nacional “*Braulio Moyano*” de la C.A.B.A., desde 1980. La mudanza se realizó en julio de 2011 debido a la decisión del Poder Ejecutivo de trasladar las Unidades 20 y 27.

con retraso mental moderado, grave y / o profundo y pacientes con trastornos mentales severos.

El dispositivo de tratamiento se organiza alrededor de tres instancias: una de atención a personas con episodios agudos, otra la de atención con personas con trastornos mentales severos y la última, residencial, para personas con declaración de inimputabilidad conforme lo previsto en el artículo n° 34 del código penal.<sup>51</sup>

Lo peculiar del programa es que se encuentra localizado dentro del Complejo Penitenciario Federal n° I, ya que se implementó en el espacio donde se encontraba el Centro de Rehabilitación de Drogas perteneciente a la Unidad n° 3. Mensaje que entiendo resulta ser el de que no estamos en presencia de pacientes o de personas institucionalizadas sino de presos.

Tiempo después de la creación de dicho programa tuvo lugar la implementación del PROTIN<sup>52</sup> (Programa de Tratamiento Interdisciplinario Individualizado e Integral). Programa que fue aprobado por el Servicio Penitenciario Federal a través de la publicación en el Boletín Público n° 467 del 24 de julio de 2012<sup>53</sup>.

El programa busca diferenciarse de aquellos de salud mental implementados de manera ambulatoria en el ámbito penitenciario y poder brindarle al paciente un tratamiento integral que facilite su reinserción en la sociedad.

---

<sup>51</sup> El dispositivo de egreso es abierto.

<sup>52</sup> El marco normativo del programa es la Ley 26.657.

<sup>53</sup> Resolución 1373.

Por otro lado, pero con clara vinculación con los tratamientos psiquiátricos, es de considerar que la Organización Mundial de la Salud realizó en Ginebra en el año 2007 una publicación titulada *“Prevención del Suicidio en cárceles y prisiones”*.<sup>54</sup> En aquella, especificó que el suicidio es la causa individual más común de muerte en escenarios penitenciarios y que por ello el suministro de servicios adecuados para la prevención e intervención del suicidio es beneficioso tanto para los internos<sup>55</sup> como para la institución en la que se ofrecen los servicios.

En nuestro país, en algunos establecimientos penitenciarios, se ha creado el Programa de Prevención Suicida. Aquí, y en la línea de lo dicho por la O.M.S., hay que tener en cuenta que *“el personal de salud mental, atención de la salud u otro personal profesional previenen en realidad muy pocos suicidios, ya que generalmente los intentos de suicidio ocurren en las unidades habitacionales de los reclusos y a menudo a últimas horas de la tarde o durante fines de semana cuando generalmente están fuera del alcance del personal del programa. Por lo tanto, el personal penitenciario que ha sido capacitado en la prevención del suicidio y está más atento a los reclusos bajo su cuidado, debe impedir*

---

<sup>54</sup> Allí se especificó que muchas características de los reclusos suicidas pueden ser compartidas por todos los otros reclusos y muy pocos estudios identificaron las características que distinguen a los presos que cometen suicidio de otros presos. Asimismo, se detalló que un estudio austríaco (Fruehwald S, Matsching T, Koenig F, Bauer P, Frottier P., *Suicide in custody. A case – control study. British Journal of Psychiatry*, 2004, 185\_494-498) identificó cuatro factores individuales específicos (una historia de intentos suicidas; diagnóstico psiquiátrico; medicamento psicotrópico recetado durante el encarcelamiento; un alto índice de delitos violentos) y un factor ambiental (alojamiento en celdas individuales).

<sup>55</sup> En tal publicación la O.M.S. señaló que los detenidos en espera de juicio tienen una tasa de intentos suicidas de aproximadamente 7,5 veces y los presos sentenciados tienen una tasa casi seis veces más alta que la de los hombres fuera de prisión en la población general.

*que ocurran estos incidentes...*"<sup>56</sup> Por ello, si el personal penitenciario va a ser responsable para el riesgo de suicidio debe recibir la capacitación necesaria. Cuestión que debe ponerse en marcha adecuadamente en nuestro país.

La O.M.S. señaló que las mejores prácticas para prevenir los suicidios en escenarios de cárceles y prisiones están basadas en el desarrollo y documentación de un plan integral de prevención del suicidio con los siguientes elementos:

- un programa de capacitación para el personal penitenciario y aquellos que provean asistencia médica;

- prestar atención a la calidad del clima social de los internos, minimizar la intimidación y otros tipos de violencia;

- procedimientos para evaluar a los reclusos;

- un mecanismo para mantener la comunicación entre los miembros del personal en relación con los reclusos de alto riesgo;

- procedimientos escritos que describan los requisitos mínimos para alojar a los reclusos de alto riesgo;

- los reclusos con trastornos mentales en necesidad de tratamiento deben recibirlo y mantenerse en estricta observación;

- desarrollo de cursos para garantizar el acceso al personal de salud mental cuando se requiera mayor evaluación y tratamiento;

---

<sup>56</sup> P. 14.

-una estrategia para rendir información sobre la ocurrencia de un suicidio con el fin de identificar las formas de mejorar la detección, monitoreo y manejo del suicidio en los escenarios penitenciarios.

Tal como fui desarrollando, el artículo es claro en cuanto a que este tipo de tratamientos psiquiátricos deben ser desarrollados en sitios específicos, la cuestión pasa por analizar si tales establecimientos especializados cuentan con las herramientas como para poder llevar adelante su fin.

Es innegable que el dictado de la ley de Salud Mental fue un paso adelante pero entiendo que ciertas cuestiones, tales como que el PRISMA se encuentre dentro de un complejo carcelario, demuestran que, en la práctica, no se eliminaron los establecimientos de carácter asistencial psiquiátricos pertenecientes al S.P.F.

### **Conclusión:**

Tal como fui detallando a lo largo del presente comentario al capítulo de salud de la ley 24.660, entiendo que tal ley, la cual como mencioné fue creada en el año 1996, debe ser, al momento de ser aplicada, constantemente analizada junto con las *“Reglas Mandela”*. Ello debido a que tales reglas resultan ser claves para actualizar y llenar las lagunas de la ley 24.660. Una ley que al día de hoy tiene más de veinte años.

Las mencionadas reglas fueron así denominadas en homenaje a Nelson Rolihlahla Mandela<sup>57</sup>, quien pasó 27 años encarcelado como parte de su lucha por los derechos humanos, la igualdad, la democracia y la promoción de una cultura de paz en todo el mundo. Lucha que continuó, sin rencores, al recuperar su libertad.

Los principios fundamentales de las Reglas son:

- se aplican en forma imparcial y sin discriminación,
- el sistema penitenciario no deberá agravar los sufrimientos que implican la privación de la libertad y el despojo del derecho a la autodeterminación de las personas detenidas,
- todos los reclusos serán tratados con el respeto que merecen su dignidad y su valor intrínseco en cuanto a seres humanos,
- nadie será sometido a torturas ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes,
- se tendrán en cuenta las necesidades individuales de los reclusos, en particular las de las categorías más vulnerables en el contexto penitenciario,
- se deberán reducir al mínimo las diferencias entre la vida en prisión y la vida en libertad,
- las medidas privativas de libertad tienen por objetivo proteger a la sociedad contra el delito y reducir la reincidencia. Esos objetivos sólo pueden lograrse si se ofrece a las

---

<sup>57</sup> Nació el 18 de julio de 1918, fue un activista sudafricano que luchó contra el régimen de segregación racial (apartheid). Consiguió que se celebraran las primeras elecciones democráticas de la historia de su país en 1994, en las que fue elegido como el primer presidente negro de Sudáfrica. Recibió el premio Nobel de la Paz en 1993 por haber promovido el diálogo multirracial para conseguir la paz, la igualdad y la democracia de su pueblo. Es un referente universal en materia de derechos humanos.

personas presas educación, salud, formación profesional y trabajo, así como otras formas de asistencia apropiadas que brinden herramientas para lograr su reinserción en la sociedad tras su puesta en libertad.

Reglas que insisto deben utilizarse al analizar todos los aspectos de la ley 24.660, pero todavía más en el capítulo referido a la salud, toda vez que en días en los que nos encontramos con un auge de reforma de la ley 24.660 vemos al analizar el texto del proyecto que el capítulo vinculado a la salud no tendría modificaciones.

Por ello, es que a fin de solucionar inconvenientes cotidianos, pero sobre todo con el objetivo de repensar cuestiones estructurales como lo resulta ser que el personal médico deje de ser de carrera penitenciario, comprendo que tales reglas deben ser fuente de consulta principal hasta que, tal como lo manifesté al inicio del presente trabajo, se reestructure, realmente, todo nuestro sistema carcelario y se comience a pensar en el largo plazo.