



REFORMA EN SALUD PENITENCIARIA. RECORRIDO POR EL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD EN LAS CÁRCELES DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES¹

LIDIA R. ABEL*

Resumen

El análisis de la dinámica del sistema de atención de la salud en el ámbito de las cárceles de la provincia de Buenos Aires, permite comprender las concepciones que, en torno a la violencia y a la población carcelaria, se hacen quienes definen la política sanitaria interna y a los funcionarios menores que la implementan en cada unidad penitenciaria; constituye una puerta de entrada para conocer y comprender la lógica de funcionamiento de cada unidad penitenciaria. Así, proponemos transitar este sistema con el objeto de plantear que la coexistencia de normas contradictorias, normas escritas proclamadas por el discurso oficial y normas impuestas por la vida en el interior del sistema carcelario, en tanto condición del funcionamiento del sistema, se ha convertido en un contrasentido que tiene una lógica propia de funcionamiento. Lo haremos recorriendo la trayectoria de una de las personas detenidas, a través de los registros realizados en su legajo sanitario (historia clínica), como trayectoria socioinstitucional que da cuenta del despliegue de la maquinaria penitenciaria sobre los cuerpos.

Palabras clave: salud, enfermedad, atención, sistema sanitario, cárceles, maquinaria penitenciaria.

Abstract

The analysis of the dynamic of the health system attention in the ambit of jails of the province of Buenos Aires, allows the understanding of the conceptions that -around violence and of prison

¹ El siguiente trabajo forma parte de un proceso de investigación mayor en el que se abordan las violaciones a los derechos humanos en los lugares destinados a la detención de personas (cárceles, comisarías e institutos de menores). Fue llevado adelante, entre los años 2008 y 2009, en el Comité contra la Tortura, área de intervención e investigación jurídica de la Comisión por la Memoria de la Provincia de Buenos Aires. www.comisionporlamemoria.org. El presente trabajo es una versión mejorada e integrada de los informes publicados durante el 2007 y 2009 bajo la coordinación de Roberto Cipriano García y Ana Cacopardo. Contó con las sugerencias de Luciano Lozano y Ana López.

* Doctoranda en Ciencias Sociales por la UBA, Argentina. Conicet (FAHCE-UBA).

population- those who define the sanitary internal politics and implement it in every penitentiary unit have; it constitutes a clue to understand the functioning logic of every penitentiary unit. So, we propose to travel this system in order to raise that the coexistence of contradictory procedures, written procedures proclaimed by the official discourse and imposed by the life inside the prison system, as a condition of the functioning of the system, have turned into an absurdity that has an own logic of functioning. We will do the analysis by going across the path of one of the arrested persons, across the records performed in his sanitary file (clinical history), as socio institutional path which accounts for the penitentiary machinery display on the bodies.

Keywords: health, disease, attention, sanitary system, jails, penitentiary machinery.

Tres puertas de entrada para comprender la lógica del sistema de atención de la salud en las cárceles

El análisis de la dinámica del sistema de atención de la salud en el ámbito de las cárceles de la provincia de Buenos Aires permite comprender las concepciones que, en torno a la violencia y a la población carcelaria, se hacen quienes definen la política sanitaria interna y de los funcionarios menores que la implementan en cada unidad penitenciaria.

Proponemos transitar este sistema con el objeto de plantear que «la coexistencia de normas contradictorias, normas escritas proclamadas por el discurso oficial y normas impuestas por la vida en el interior del sistema carcelario», en tanto condición del funcionamiento del sistema, se ha convertido en un contrasentido que tiene una lógica propia de funcionamiento. Lo haremos recorriendo la trayectoria de uno de los 22.700 detenidos de las cárceles bonaerenses, a través de los registros realizados en su legajo sanitario (historia clínica), como trayectoria socioinstitucional que da cuenta del despliegue de la maquinaria penitenciaria sobre los cuerpos.

Manual del servicio penitenciario bonaerense

Usaremos, como primera clave de lectura de la trayectoria del detenido, el Manual del Servicio Penitenciario confeccionado por el Ministerio de Justicia con fecha 2008. El manual pretende ser “una guía de los aspectos asistenciales y de tratamiento que rige el proceder del servicio penitenciario”, es la explicitación de un “procedimiento sistematizado que [ya] se emplea” y de “los aspectos mínimos que orientan la identidad del servicio penitenciario” (Ministerio de Justicia, 2008: 5).

El ingreso al sistema de detención está pautado, según explicita el Manual, por un protocolo formalizado que incluye cierta documentación, entre ella un “informe médico sobre las condiciones en que ingresa”.² La recepción del «interno» la realiza un “comité de recepción” integrado, entre otros,

² “El personal de custodia a cargo [del traslado de] una persona a un establecimiento carcelario, deberá presentar la siguiente documentación: 1) cupo otorgado por la dirección general de asistencia y tratamiento; 2) oficio judicial que ordena la medida; 3) informe médico sobre las condiciones en que ingresa; 4) doble juego de fichas dactiloscópicas completas; 5) planilla de remisión de detenidos” (Ministerio de Justicia, 2008: 6).

por un “facultativo de la unidad sanitaria”, quien tiene a su cargo realizar “el primer examen [, completar] los formularios de la historia clínica [y cotejar] la información del informe médico remitente”³ (6).

A partir del ingreso, el detenido entra en un “período de admisión”, que no podrá exceder los 15 días de alojamiento en un pabellón específico (o al no contar la unidad con pabellones destinados a admisión, el sector de separación, denominado en la jerga carcelaria “buzones”), cuya finalidad es:

[analizar] la personalidad del interno, descubrir aquellos aspectos asistenciales a cubrir (asistencia médica, psicológica, documental, etc), orientarlo a la participación de los distintos programas que se desarrollan en la unidad y en especial determinar un programa progresivo que deberá desarrollar el interno en vista a un presunto tiempo de detención y los aportes del sistema para procurar una positiva inserción social (7).

Legajo sanitario

Apellido del padre/apellido de la madre, Nombres Leandro. Fecha de nacimiento 30 de noviembre de 1984. Edad 19 años. Profesión peón albañil. Peso (desnudo) 63, 100 kg. Talla 1, 67 m. T. Arterial 115/80 mmhg. Fecha de ingreso a esta Unidad: 6 de noviembre de 2003. Estu-

³ Incluye además un “integrante de la oficina de registro de internos [como] encargado de decepcionar la documentación [;] confecciona[r] el formulario 1, extrae[r] un par de juegos de fichas dactiloscópicas que coteja con las entregadas por la comisión[,] ficha fonética y acta de recepción[;] entrega[r] el recibo de detenido una vez culminado, los trámites de ingreso” (6).

vo detenido alguna vez: No. Lesiones al ingreso (descripción): [Sin registro.] Se confeccionó acta: No. Antecedentes personales: a) alcoholismo: Sí. b) Enfermedades Transmisión Sexual: No. c) Adicciones: No. d) Sexualidad: heterosexual. e) Intolerancia alimentaria: No. f) Tabaquismo: Sí. Cantidad por día: 10. g) Cicatrices: muslo derecho. h) Trastornos neuro-psiquiátricos: No.⁴

Según los registros realizados durante los dos primeros meses de detención, Leandro no tiene grandes problemas. Podría decirse que tiene un peso en el límite, en relación con su altura, pero no hay registro de su contextura, así que esto no puede afirmarse y, según lo referido por el detenido, no tiene ninguna patología que requiera tratamiento. No se solicitan exámenes de rutina que permitan constatar lo referido por el interno, ni radiografías ni análisis de laboratorio.

Registros

12/11/2003 Junta de Admisión: refiere estar bien de salud. No solicita atención médica.

12/11/2003 Herida cortante en región interdígital 4 de mano derecha. Sutura y antibiótico terapia.

13/11/2003 Sin lesiones visuales recientes al examen.

18/12/2003 Sin lesiones visuales recientes al momento del examen.

8/1/2004 Sin lesiones visuales recientes al examen.

18/5/2004 Apto egreso.

⁴ A continuación se extractan los comentarios profesionales del Legajo Sanitario de Leandro, tal y como figuran en él.

Durante los dos primeros meses, Leandro no es visto por profesionales especializados para una evaluación que podría ser clínica, psicológica o psiquiátrica. Si hubo consulta, no hay registro por escrito de ello. Las entradas fechadas en la historia clínica, durante los dos primeros meses de detención, tienen firma pero no sello del profesional que lo ve. Cada vez que es visto por un profesional, no se especifica cómo llega Leandro al sector médico, si es traído por personal de seguridad o si solicita atención médica él mismo; tampoco del contexto en el que fueron producidas las lesiones ni de su relato al respecto. Luego de seis meses es aprobado su traslado a otra unidad.

Registros

- 9/9/2004 Artralgia de muñeca izquierda postraumática. [Medicación] intramuscular y vendaje.
- 20/9/2004 Eritemas metacarpofalángica pulgar izquierdo.
- 4/10/2004 Dolor espontáneo de base de 5º metarcapiano derecho. Radiografía sin particularidades. Artralgia muñeca izquierda.
- 18/10/2004 Herida cortante en parietal izquierdo, excoriación en cara anterior de hombro izquierdo, herida cortante en región palmar dedo pulgar mano izquierda.
- 20/10/2004 Hematoma región frontal izquierda.
- 23/12/2004 Apto para traslado. [Sello sin firma médica.]
- 23/12/2004 Apto ingreso. Sin lesiones visibles de reciente data.

Si hay traumatismo en la muñeca izquierda eso quiere decir que hubo golpe. No hay

registro explícito de ello, ni supuestos del médico ni referencias del detenido; nuevamente no figura cómo llega al sector salud o unidad sanitaria de la unidad. La radiografía indica que no hay fractura; pero esta no dice nada del dolor. No hay referencias del elemento con que se produjo el corte; a los fines médicos la variedad de este puede tener efectos sobre la evolución de la herida o del paciente (riesgo de tétanos, por ejemplo). En ningún caso se describe en qué situación se producen las heridas. Luego de siete meses, se produce un nuevo cambio de unidad y después de dos meses es trasladado otra vez.

Registros

- 9/1/2005 Paciente con dolor en glúteo derecho que se irradia a miembro inferior. Presenta rubor y calor posinyección intramuscular. Abseso? Coloco vacuna antitetánica.
- 23/2/2005 Presenta dos hematomas en muslo de un mes de evolución. No presenta lesiones recientes. Apto traslado.
- 23/2/2005 Apto Ingreso Unidad.
- 2/3/2005 Sin lesiones recientes externas. Apto traslado.
- 8/3/2005 Apto traslado.

No se sabe cuál es el recorrido del detenido durante once meses, pues falta dicho registro. Podemos suponer que tal vez se perdieron las hojas en el movimiento de unidad en unidad, puesto que, aunque cada detenido debe ser trasladado con su legajo completo, esto puede no ser así. A continuación, figuran cuatro meses de registro hasta que se realiza un nuevo traslado.

Registros

6/2/2006 [Planilla estándar de] Indicaciones para enfermería. Halopidol 1-0-1 Carbamazepina 1-0-1 [diarias] por 15 días.

8/2/2006 [Planilla estándar de] Indicaciones para enfermería. No toma la medicación por propia voluntad.

20/2/2006 Paciente que refiere ser adicto a la cocaína y estar muy nervioso y ansioso. No duerme de noche. Se indica sommit a la noche por 15 días.

Ya pasaron más de dos años de detención y por primera vez se consignan por escrito algunos antecedentes médicos. Hay referencias también al discurso de Leandro: una psicóloga plasma en una nota dirigida al jefe del área de sanidad un fragmento del relato de Leandro sobre su detención.

Registros

22/2/2006 Entrevista con psicología. Se observan altos índices de ansiedad. El interno manifiesta ser adicto a sustancias psicoactivas, lo cual, según sus dichos, sería la causa de las conductas delictivas evidenciadas. Se ofrece espacio de escucha. Se tramita por medio del grupo de asistencia y tratamiento traslado a unidad que cuente con comunidad terapéutica acorde a sus necesidades.

24/2/2006 [Nota de auxiliar de psicología al jefe de Sanidad]. Dando cumplimiento a lo oportunamente solicitado elevo a su consideración informe psicológico correspondiente al interno. Se presenta a la entrevista un sujeto de 21 años de edad de manera correcta y respetuosa, adoptando una actitud colaboradora, mostrando aper-

tura al diálogo. Utiliza para responder a los interrogantes planteados por la interlocutora un lenguaje sencillo pero claro, aunque contaminado de jerga carcelaria. No presenta alteraciones en el curso ni en el contenido del pensamiento. El interno se encuentra ubicado en tiempo y espacio. Durante el transcurso del proceso de la entrevista logra precisar los motivos manifiestos que lo condujeron a iniciarse en el consumo de sustancias psicoactivas manifestando al respecto “empecé a consumir a los 13 años, primero inhalé poxirán, después fumé marihuana, tomé cocaína, cada vez necesitaba algo más fuerte para sentirme mejor”. Con respecto a las conductas delictivas evidenciadas afirma “salí a robar por culpa de la droga, necesitaba plata para drogarme, ya de menor estuve internado en un instituto de menor por robar”. Se observan en el mencionado, altos índices de ansiedad y, según sus dichos, podría inferirse la ausencia de un buen control de sus impulsos, “me siento tan mal por no poder consumir que estoy esperando que alguien me diga algo para pegarle y descargarme”. Por lo anteriormente expuesto, y teniendo en cuenta que sería voluntad del interno en cuestión realizar tratamiento de rehabilitación, se considera beneficioso para su salud psicofísica brindarle dicho tratamiento en un lugar especializado, teniendo en cuenta que su problemática estaría relacionada principalmente con el consumo de sustancias psicoactivas.

13/3/2006 Apto traslado. Apto ingreso.
3/4/2006 Apto egreso.

Aparecen en la transcripción de la psicóloga, algunos elementos que han determinado la vida de Leandro desde el momento de

su detención y lo siguen haciendo hasta el día de hoy. Esto es: consume «sustancias psicoactivas» desde los 13 años, el paciente -sin implicarse- relaciona en términos de causa-efecto dicho consumo y su detención, y hace un enlace entre su estado psíquico actual cargado de ansiedad, impulsividad y agresividad -señalado en estas palabras por la profesional- y la falta de consumo desde su detención. La entrevista culmina con una recomendación de tratamiento por parte de la profesional, en virtud de lo que, ahora sí, aparece como una decisión de Leandro.

Ahora bien, según está planteado en el Manual del Servicio Penitenciario, el «período de admisión» debería servir para determinar cuáles son “las necesidades de asistencia y tratamiento que requiera el sujeto” (Ministerio de Justicia, 2008: 7) ⁵ y determinar el lugar más adecuado para su alojamiento. En este caso tendría que haber sido una de las cuatro unidades que tiene comunidad terapéutica residencial⁶ o

una de las cinco unidades donde se realiza tratamiento ambulatorio.⁷

Sin embargo, la detección de la problemática encarnada por Leandro se realiza cuando se constituye en un problema para la convivencia carcelaria y el consiguiente control «asegurativo» por parte de los guardiacárceles. De los registros se desprende que son estos últimos los que captan el problema y solicitan la mediación de la unidad sanitaria. El fin de la intervención solicitada persigue poner coto al comportamiento disruptivo de Leandro. Los médicos intervinientes no resignifican esa demanda para convertirla en una intervención regida por principios médicos (Le Poulichet, 1987).

Aquí aparece la segunda clave de lectura del problema que tiene que ver con el lugar del sector salud al interior de las unidades, y con la relación entre el personal de salud y el personal de seguridad en la atención médica que requieren los detenidos.

Decreto 950

La ley 13.189/04 declaró la emergencia del servicio penitenciario, en virtud de la detección de un “alto grado de ineficiencia” institucional. Con ella se procura (artículo 2):

⁵ “Se tendrá en cuenta al momento de asignar un pabellón de alojamiento, dos cuestiones fundamentales: 1) el alojamiento del interno se corresponde a la clasificación efectuada por el grupo de admisión y seguimiento; 2) el alojamiento en un pabellón determinado debe corresponder a un programa de acción. Es el punto de partida en el programa progresivo diseñado para el caso individual”. Dice además, “la importancia del trabajo de admisión [radica en que] la inserción dentro de la cárcel debe, por un lado, fijarse de acuerdo a las necesidades de asistencia y tratamiento que requiera el sujeto [y], por otro lado, a los efectos de minimizar lo traumático de esta situación se tenderá a una composición homogénea de la población de un pabellón” (7).

⁶ Las unidades penitenciarias número 18 (La Plata), 13 (Junín), 4 (Bahía Blanca) y 15 (Mar del Plata) poseen pabellones destinados a comunidades terapéuticas. Las unidades de varones que cuentan con tratamiento ambulatorio son la número 3, 50, 13, 4, 15.

⁷ La unidad penitenciaria 18 es un complejo de atención y prevención de las adicciones, es la cabecera de la red asistencial de adicciones. La prestación adopta tres modalidades: ambulatoria, centros de mediodía y centros residenciales o comunidad terapéutica. Para formar parte de alguna de las tres modalidades, los profesionales evalúan a los internos a través de un proceso de preadmisión, admisión diagnóstica, tratamiento socioeducativo y conductual, inserción ambiental y sociolaboral.

a) Transformar la estructura del SPB, creando, modificando, extinguiendo o suprimiendo total o parcialmente funciones, asignando o reasignando estas en los términos que se determinen, a fin de dotarla de eficiencia, para atender sus misiones fundamentales; b) optimizar los recursos humanos y materiales, y los servicios que presta.

En los fundamentos del proyecto de ley, se alega que el objetivo es entonces elevar los niveles de eficiencia institucional.

Ante dicha circunstancia, es imprescindible la reinstitucionalización de la fuerza, a efectos de lograr una institución más eficiente y aséptica de corruptelas estructurales.

Se establece también de qué modo se alcanzará dicha eficiencia:

Con este proyecto de ley se pretende dotar al Poder Ejecutivo provincial de herramientas que posibiliten transformar la estructura de la fuerza, creando, modificando, extinguiendo o suprimiendo total o parcialmente funciones, asignando o reasignando estas en los términos que se determinen, a fin de dotarla de poder suficiente para atender sus misiones fundamentales. Ante ello se impone un nuevo esquema de conducción de la fuerza, eliminando la proliferación de organismos que tornan lenta la ejecución de las directivas y restan recursos humanos materiales a las unidades penales; es imprescindible fortalecer estas estructuras privilegiando el tratamiento al interno, el mejoramiento de la seguridad y el profesionalismo del personal.

La declaración del estado de emergencia funciona como discurso que legitima la organización de la estructura de atención de la salud bajo la dependencia del Ministerio de Justicia, ya no del Servicio Penitenciario. Así, el decreto 950/05 redefine en términos formales las reglas de juego que regulan las relaciones en el ámbito carcelario. Establece tres consideraciones centrales:

- en materia de sanidad penitenciaria, se observa un deficiente funcionamiento del sistema,
- la subordinación de los profesionales médicos del servicio penitenciario no es la adecuada a fin de evitar que se conviertan en actores pasivos de la toma de decisiones de su competencia,
- resulta necesario establecer una estructura organizativa independiente, basada en la autonomía de criterio y la ética médica, que garantice una atención sanitaria cualificada y suficiente para satisfacer las necesidades de la población.

Estas consideraciones dejan traslucir la idea de un ineficiente funcionamiento del sistema, cuya causa sería atribuida a la falta de autonomía del acto médico. Por ello, la reestructuración proyecta poner límites al accionar penitenciario en materia “asegurativa” (Filc, 2004).

Sin embargo, al ser el objetivo final la eficiencia del sistema, el Ministerio de Justicia solo regula el funcionamiento del área y no amplía su papel: el presupuesto para el sector salud no se independiza ni crecen los recursos disponibles ni se extienden las funciones del personal de salud. De este modo, la reestructuración se convierte en

una disputa alrededor de la distribución de recursos y su gestión.⁸

La actual Dirección de Salud penitenciaria esgrime la pretensión de mejorar la relación entre, lo que podríamos denominar “costo-beneficio” al interior del sistema, para lo que readministra los recursos existentes y compensa los efectos negativos de la atención deficiente en ciertas áreas⁹ (Filc, 2004).

En el fondo, esto significa la redefinición de la política de salud en el ámbito penitenciario, aunque el Ministerio de Justicia insista en denominarla como “una transición” entre una forma vieja de funcionamiento ineficiente y arbitraria y una nueva eficiente, lo que significa en términos reales una rápida respuesta cuando median presentaciones legales que presionan.

Registro

- 7/6/2006 Examen anual. Peso 64,200.
- 24/7/2006 Conjuntivitis ojo izquierdo. Gotas con antibiótico.
- 24/11/2006 Interno que solicita interconsulta con psiquiatra. Médico hasta ser evaluado por el mismo. Lorazepan 1-0-0-1.
- 28/11/2006 Interno con dolor lumbar. Puñopercusión positiva. Infección uri-

⁸ Ver Informe sobre violaciones a los derechos humanos en lugares de detención de la provincia de Buenos Aires, 2006-2007 *El sistema de la crueldad III* del Comité contra la Tortura de la Comisión por la Memoria, pp. 117-129.

⁹ Esto fue desarrollado en relación con la Unidad Penitenciaria Especializada N.º 10, en el Informe sobre violaciones a los derechos humanos en lugares de detención de la provincia de Buenos Aires, 2009 *El sistema de la crueldad IV*, del Comité contra la tortura de la Comisión por la Memoria.

naria. Indico antibiótico y analgésico. 4/12/2006 Interno que presenta exco-riaciones múltiples en región de ambas crestas ilíacas y miembro inferior derecho, éste último con edema perilesionar. Carácter leve. Indico antibiótico más cura plana y control evolutivo.

4/12/2006 [Nota de psicóloga al jefe de sanidad:] Cumpliendo con lo acordado, elevo a su consideración el informe sobre la entrevista de contención que se le brinda al interno. El interno se presenta a la entrevista con una actitud demandante y exigente, portando fuertes ansiedades de carácter persecutorio. Ha sido expulsado en fecha reciente del pabellón ocho, por transgredir la normativa vigente. Presenta una carga de fuerte impulsividad y una actitud querellante. Por lo expuesto, se lo deriva para ser evaluado para contemplar la posibilidad de medicárselo. Asimismo, y en función de la demanda que explicita, se aconseja sea derivado y atendido con la modalidad de terapia ambulatoria por la profesional que lo asistía durante su estadía en el pabellón para internos drogodependientes.

11/12/2006 Interno drogadependiente que solicita atención por médico psiquiatra. Se encuentra angustiado, ansioso, verborágico, refiere “sentirse mal por no recibir asistencia de médico especialista”. Continúa con lorazepan 1-0-0-1 hasta ser evaluado por psiquiatra.

18/12/2006 Paciente lúcido, ubicado en tiempo, lugar, espacio, sin alteraciones sensorceptivas, atención y memoria conservadas, juicio conservado con plena conciencia de su accionar, querellante, demandante, amenazante, bajo umbral de tolerancia a la frustración con

fácil pase al acto. Diagnóstico: trastorno de la personalidad de tipo antisocial. Carbamacepina 1-1-0-1 diazepam 0-0-0-1 nozinam 0-0-0-1 [por] 30 días.

19/12/2006 Interno traído para examen físico. Se observan excoriaciones en hombro y codo izquierdo. Leves. Indico cura plana.

29/12/2006 Interno que presenta excoriaciones en cresta ilíaca izquierda. Indico cura plana.

29/12/2006 Libro de traumatismo. Inyección conjuntival de ambos ojos, con edema de los cuatro párpados, excoriaciones en cuello derecho, brazo homónimo, antebrazo izquierdo. Epistaxis resuelta, excoriaciones en ambos glúteos. Analgésicos, vacuna antitetánica. Control por médico de guardia hoy.

29/12/2006 Presenta las lesiones descritas anteriormente. Estable.

30/12/2006 Interno en buen estado general, sin lesiones de reciente data. Indico clonazepam 1-0-0-1 carbamacepina 1-1-0-1 nozinam 0-0-0-1 hasta ser evaluado por psiquiatra.

1/1/2007 El interno no presenta lesiones de reciente data al momento del examen. Continúa con indicaciones realizadas por el dr. Otero esperando ser evaluado por médico psiquiatra.

4/1/2007 Refiere dolor muscular y articular generalizados. Solicita evaluación de fémur derecho. Pido radiografía. TA 120-60.

4/1/2007 Paciente lúcido, ubicado en tiempo, lugar y espacio, sin alteraciones sensorceptivas, atención y memoria conservadas, juicio conservado con plena conciencia de sus acciones, querellante, demandante y por momentos amenazante. Con antecedentes de

drogadependencia. Clonazepam 0-0-0-1 lorazepam 0-0-0-1, nozinam 0-0-0-1 [por] 30 días.

17/1/2007 [Informe médico al TOC 1 Bahía Blanca.] Me dirijo a Ud. a efectos de cumplimentar lo solicitado mediante oficio del día de la fecha en referencia al interno. Examinado al interno de marras, el mismo se encuentra en buen estado general, ubicado en tiempo y espacio. Presenta excoriación en región deltoides derecha, consignada en su historia clínica. En la esfera psíquica el interno de marras solicita atención psiquiátrica, por lo cual se le informa que el único psiquiatra con el que cuenta esta unidad penal, se encuentra haciendo uso de su licencia anual, sin perjuicio de lo expuesto se lo deriva al mismo para su pronta atención.

28/2/2007 Solicita nueva entrevista con psiquiatra y con jefe de sanidad.

La mayoría de las unidades penitenciarias de la provincia cuentan con médicos de guardia con una carga horaria de 25 horas que es desempeñada una vez a la semana. Esto hace que la relación numérica entre los médicos y los detenidos sea de un médico para el total de detenidos que tiene una unidad.

Los médicos se hacen cargo de aquello que se presenta como una urgencia, realizan los ingresos de los detenidos, responden a exigencias judiciales (informes a los juzgados, solicitud de psicofísicos, etc.), confeccionan las historias clínicas y hacen el seguimiento de aquellos que lo requieran en virtud de la gravedad del caso o de la insistente demanda del detenido. En su mayoría, no recorren pabellones ni el sector de separación para

relevar demandas o detectar patologías de modo directo y sin la mediación del personal de seguridad; la atención la realizan en sede pues así está pautado por su función de guardia.

En caso de que algún detenido requiera seguimiento urgente, de un día para el otro por ejemplo, este es realizado por un médico diferente. Esto quiere decir que el médico tratante no conoce al detenido, ni su patología ni la evolución del problema de que se trate; cada vez que el detenido se encuentra con el médico, el circuito vuelve a empezar. Los médicos terminan teniendo con los detenidos una relación impersonal, legalista, voluntarista. El sistema propicia la administración de la salud de modo clientelar (Le Poulichet, 1987).

Al no haber un sistema de examen diagnóstico del estado de salud general de los detenidos ni un seguimiento de los casos, el detenido llega al médico cuando la gravedad desborda, cuando el problema se cronificó y, en muchos casos, cuando se encuentra en la frontera con la muerte. En este límite, la mayoría de las áreas de salud de las unidades no cuenta con aparatología suficiente o equipada o insumos para resolver la demanda y el detenido debe ser derivado a un hospital extramuros. Si se trata de unidades situadas en la provincia y lejos de los grandes centros urbanos, esto significa recorrer a veces cientos de kilómetros para alcanzar la atención. El Ministerio de Justicia no tiene acuerdos formales con el Ministerio de Salud que permitan dar cauce a la derivación, por lo que esta depende de la voluntad de los médicos involucrados en realizar y aceptar al detenido derivado.

En este contexto, Leandro necesita un cuidado particular y demanda atención especializada. Pero solo cuando el personal de seguridad se queja, se interviene médicamente. La determinación de su vida carcelaria depende de las decisiones del profesional de la salud con que se encuentra cada vez. Sin embargo, estos encuentros no tienen continuidad, son esporádicos, no dan respuestas de fondo sino solo a lo que emerge como un problema. La responsabilidad va pasando de profesional en profesional y de unidad en unidad, sin que haya responsables de la atención; siempre se queda a la espera de que otro profesional resuelva (la psicóloga responde a una demanda del jefe de sanidad, el jefe de sanidad a una demanda judicial, el psiquiatra a un pedido del médico de guardia, el médico de guardia cede a la insistencia del detenido, etc.).

Los registros en la historia clínica son incompletos y no tienen como punto de referencia al paciente. Están condicionados por el principio de la prueba: los datos plasmados y la forma en que se lo hace (siguiendo un protocolo formalizado judicialmente) persiguen demostrar que el detenido recibió atención [ver registros de las fechas 17/1 y 23/3]. El registro se realiza según una fórmula que se repite [ver los registros de las fechas 4/12/06 y 3/4/07 cuando se trata de escritos de psicología; 18/12/06 y 4/1-20/3/06 de psiquiatría]. En general, la palabra del detenido desaparece en las interpretaciones del profesional de turno (Pollak, 2006).

Las intervenciones son parciales, no toman en consideración que el recorrido carcelario del detenido es parte de una trayectoria de vida mayor. Al haber sido encarcelado,

Leandro es puesto en ruptura con su mundo habitual y arrancado de su contexto familiar y social; esto lo fuerza a adaptarse y adoptar formas específicas de relación. Las consideraciones sobre Leandro tampoco toman en cuenta su contexto de vida actual¹⁰ (Pollak, 2006).

Las presunciones profesionales plasmadas en la historia clínica se contradicen entre sí, son vagas, no se da contenido a las enunciaciones y se convierten en, más que la descripción de un cuadro y la fundamentación de acciones profesionales, en una clasificación que encorseta al detenido y lo culpabiliza de sus síntomas [ver registro del 19/03/2007]. Aquí es donde hace su entrada la tercera clave de lectura del problema (Le Poulichet, 1987).

¹⁰ En un trabajo anterior, tipificamos tres situaciones posibles: problemas médicos en la población carcelaria derivados de situaciones represivas directas, enfermedades crónicas y anteriores a la detención, cuadros agudos como resultado de situaciones represivas indirectas relacionadas con las condiciones de vida. Este último punto es particularmente importante en el caso de Leandro, al decir: varios factores al acumularse se constituyen en generadores de enfermedad: ruidos, gritos, luces, golpes metálicos que perturban el sueño; alimentación escasa y monótona, que resulta en aumento de la sensibilidad al frío y a la humedad; falta de acondicionamiento térmico del espacio donde se vive; permanencia durante horas o días enteros adentro de la celda, diseñada para una persona y ocupada por dos o tres; falta de privacidad, lo que genera estrés y conflictos; falta de aire y sol, de condiciones para la higiene corporal y para la limpieza en general; falta de iluminación adecuada, lo que imposibilita el desarrollo de actividades como la lectura; tensión permanente, lo cual genera afecciones psicósomáticas y afecciones gastrointestinales, cardiovasculares, osteomusculares, dermatológicas y odontológicas.

Concepciones sobre las personas en situación de encierro

Una serie de concepciones y normas morales sobre el detenido condicionan el accionar de los profesionales de la salud. Estas concepciones convierten al criterio médico y al criterio de seguridad, aparentemente enfrentados, en funcionales entre sí, constituyendo una lógica circular (Le Poulichet, 1987).

Esto se manifiesta con el diagnóstico psiquiátrico realizado.¹¹ Para que el diagnóstico establecido para Leandro, “Trastorno antisocial de la personalidad” (DSM IV), sea adecuado debe ser fundamentado, ya que el mismo DSM IV establece los casos en los que no tiene aplicación; Leandro sería uno de ellos.

El DSM-IV define el trastorno antisocial de la personalidad como:

- A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems: (1) fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención; (2) deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer; (3) impulsividad o incapacidad para planificar el futuro; (4) irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones;

¹¹ Diagnóstico F60.2, según el DSM-IV.

(5) despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás; (6) irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas; (7) falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros. B. El sujeto tiene al menos 18 años. C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años. D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco (789).

Sin embargo, el mismo DSM-IV establece excepciones, al decir:

Se ha llamado la atención acerca de que, a veces, el diagnóstico puede ser aplicado erróneamente a sujetos de un medio en el que un comportamiento del tipo antisocial forma parte de una estrategia protectora de supervivencia. Al evaluar los rasgos antisociales, al clínico le será útil tener en cuenta el contexto social y económico en el que ocurren estos comportamientos (786). Cuando el trastorno antisocial de la personalidad en un adulto está asociado a un trastorno relacionado con sustancias, no se establece el diagnóstico del trastorno antisocial de la personalidad a no ser que los signos del trastorno antisocial de la personalidad también hayan aparecido en la infancia y hayan continuado hasta la edad adulta (788). El trastorno antisocial de la personalidad se ha de diferenciar de comportamiento delictivo llevado a cabo para

obtener un beneficio, que no va acompañado de los rasgos característicos de este trastorno. El comportamiento antisocial del adulto (otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica¹²) puede utilizarse para describir el comportamiento delictivo, agresivo u otros comportamientos antisociales que llegan a la clínica, pero que no cumplen todos los criterios para el trastorno antisocial de la personalidad. Los rasgos de personalidad antisocial solo constituyen un trastorno antisocial de la personalidad cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y ocasionan deterioro funcional significativo o malestar subjetivo (789).

La elección de este diagnóstico confluye con la clasificación de los detenidos que efectúa el Servicio Penitenciario, explicitada en su manual. Esta clasificación determina, en función de su peligrosidad, el tipo de trato que el detenido recibirá (“del modo en que se definen las conductas, suele derivarse el tipo de tratamiento que se aplica a la delincuencia”)¹³ y “tiene como objeto extremar los medios de control” sobre “aquellos internos en los que se evidencian

¹² Problemas de relación: “Los problemas de relación incluyen patrones de interacción entre miembros de una unidad relacional que están asociados a un deterioro de la actividad clínicamente significativa, o a síntomas de uno o más miembros de una unidad relacional, o a deterioro de la unidad relacional misma” (p. 822).

¹³ “Peligrosidad A, internos que manifiestan serios problemas de convivencia que pongan en peligro la integridad física de los mismos y/o terceros. Peligrosidad B, internos que pueden potencialmente manifestar conductas que pongan en peligro la propia integridad física, la de terceros o la seguridad. Peligrosidad C, internos con aptitudes para convivir con sus pares en medios autogestivos, sin riesgos posibles o potenciales.”

serias dificultades de convivencia”. Dicha evidencia se torna concreta en “acciones [desarrolladas por el] interno para producir un daño a su propia persona (autoagresiones, intentos de suicidios, automedicación, ingesta de sustancias adictivas), conductas dañinas con intención de agredir a un tercero [...] o a la seguridad del establecimiento”.

Registros

2/3/2007 Interno en la fecha se niega a recibir medicación psiquiátrica.

3/3/2007 [Acta disciplinaria firmada por el Encargado de turno de Vigilancia y tratamiento (oficina de control):] [...] se procede a labrar la presente acta a fin de dejar debida constancia de la actitud asumida por el interno [...] habitante del módulo número tres celda número 3, quien en el día de la fecha y por propia voluntad se niega a recibir su correspondiente medicación psiquiátrica. Preguntando al interno de marras acerca de los motivos por los cuales tomó tal determinación el mismo manifestó «que no desea recibir dicha medicación debido a que no la necesita ya que se encuentra gozando de una plena salud mental y que los psicofármacos sólo le sirven para drogarse y eso es algo que ya no desea hacer», siendo esto todo y cuanto tiene que decir al respecto. No siendo para más se da por finalizada la presente acta, firmando al pie y estampando su dígito pulgar derecho, previa e íntegra lectura que da para sí el interno causante, justamente con el suscripto que certifica lo actuado.

De este modo, Leandro sería el “portador” de agresividad y violencia como si estas

fueran características innatas. En este marco, el tratamiento aludido por el grupo de admisión persigue eliminar la peligrosidad contenida en el detenido. La violencia no es concebida como contextual y un aspecto, entre otros, de las relaciones sociales.

Registros

12/3/2007 Interno que refiere presentar episodios de luxación temporomandibular derecha. Se solicita interconsulta [con] odontología.

12/3/2007 Paciente lúcido, hemodinámicamente estable. Presenta tercer molar cariado en maxilar inferior derecho. Se indica analgésico y diazepam como miorelajante. Solicito evaluación con odontología y con psiquiatría para evaluar continuidad de medicación psiquiátrica.

14/3/2007 Interno que presenta un peso de 56,200 kg, TA 120/70. Reclama atención psiquiátrica. Se reitera interconsulta [con] psiquiatría.

17/03/2007 Interno que presenta un cuadro de excitación psicomotriz. Indico diazepam levomipromizina intramuscular y solicito evaluación por psiquiatría.

18/3/2007 Interno que es controlado por enfermería con un peso de 55 kg una T. Arterial de 120/70.

19/3/2007 Interno que es controlado por enfermería. Presenta una micosis de pie izquierdo. Se entrega miconazol (crema).

19/3/2007 [Sección clasificación. Vigilancia y tratamiento del SPB. Informe:] Se presenta a entrevista un interno de 22 años de edad, su actitud frente a la situación de entrevista es de corrección, aunque en su discurso se evidencia

ansiedad y desorganización mental. Manifiesta "...vengo renegando desde el día 17 del módulo 3, me fui porque mis compañeros dicen que estoy loco, me fui a la celda 8 y como tenía frío me puse las zapatillas de un pibe". Ante tal situación surge un problema con sus pares de dicha celda. También refiere que a él le gusta escuchar música fuerte que esto le agrada, evidenciando un comportamiento regido por los impulsos inmediatos, sin poder pensar en su convivencia con los otros. En la entrevista su discurso es bizarro sin llegar a establecer una idea directriz, se observan en él lagunas, mantiene su juicio de realidad conservado con alteraciones en la ideación, por momentos su discurso se vuelve más agresivo con importantes cuotas de ansiedad, repite y pregunta al entrevistador "¿estoy loco, Fernando?". Se indaga en relación con la medicación que se prescribiera y refiere "yo estaba medicado con diazepam y pastillas para dormir, pero las dejé porque no quería tomar eso, yo en el pabellón 8 estaba sin medicación". Se sugiere la reconsideración con relación a reanudar el tratamiento medicamentoso que se le hubiere administrado bajo prescripción médica, y el interno manifiesta que podría volver a tomar la medicación. En el interno se observa falta de conciencia crítica y una impulsividad contenida muy marcada, con peligrosidad para sí y terceros, "tengo una cosa adentro que no sé para dónde va a salir". A partir de la entrevista se evidencia que dicho interno tendría una conducta regida básicamente desde sus aspectos impulsivos, los componentes de tipo psiquiátricos y bizarrerías harían que presente un mar-

cado rechazo por sus pares, dificultando su adecuada convivencia. Se sugiere sea controlado por personal médico especializado, y medicado ante dicho cuadro de desorganización. Otra alternativa adecuada para su correcto tratamiento sería el alojamiento del mismo en una unidad especializada en el tratamiento de internos con componentes psiquiátricos.

20/3/2007 Paciente lúcido, ubicado en lugar y espacio, sin alteraciones sensorceptivas, atención y memoria conservadas, juicio conservado, querellante, demandante, maneja situaciones, de difícil adaptación al medio libre. Antecedentes de consumo de cocaína desde los 14 años. Diazepam 0-1-0-0 lorazepam 0-0-0-1 [por] 30 días. Cuadro de excitación psicomotriz (contención mecánica hasta que ceda el cuadro). Halopidol hasta que ceda el cuadro.

21/3/2007 Interno que presenta exco-riación en región de sien derecha de varios días de evolución con abseso retroauricular izquierdo, drenado. Se indica cefalexina 500, 1 cada 12 horas por 5 días.

21/3/2007 Es traído por personal por presentar dolor en cara anterior de dedos índice y meñique mano derecha a propósito de excoriaciones. Se indica cura plana.

22/3/2007 Paciente que presenta cuadro de excitación psicomotriz, peligrosidad, impulsividad. Halopidol por ampolla intramuscular, Halopidol decanoato 3 (por separado).

23/3/2007 [Nota de médico al TOC 1 Bahía Blanca.] Informo a Ud. que el interno inicia en el día de la fecha ayuno voluntario, presentado un peso

de 54,600 y una TA de 110/70, encontrándose clínicamente compensado, normohidratado. Es dable destacar que el interno se presenta en la entrevista querellante, demandante, alegando afecciones varias (ej. dolor de muñecas, dolor de glúteos, dolor de bronquios, etc), no constatables al momento de la evaluación clínica; encontrándose lúcido, ubicado en tiempo y espacio, con buena entrada de aire bilateral sin ruidos agregados, ap cv se oscultan ambos ruidos en cuatro focos, no se oscultan soplos, buena perfusión periférica, sin signos de insuficiencia. Abdomen blando deprecible indoloro a la palpación superficial y profunda, ruidos hidroaéreos positivos, no se auscultan analgésicos, negándose a recibir medicación inyectable, refiriendo dolor glúteo, por inyectable “mal puesto”, aún sin presentar signo alguno de inflamación e infección en la zona referida, no se observa sitio de inóculo. Se retira el interno de este servicio con medicación sintomática y aún así amenazando con denuncia por falta de atención, siendo esta la segunda entrevista médica del día de la fecha. Se eleva el presente para su toma de conocimiento y fines que estime corresponder.

24/3/2007 Interno en ayuno voluntario. Clínicamente compensado y hemodinámicamente estable.

24/3/2007 Fin de ayuno voluntario.

28/3/2007 Interno que solicita atención odontológica.

3/4/2007 [Nota de psicóloga al jefe de sanidad.] Cumpliendo con lo acordado, elevo a su consideración el informe sobre la entrevista de contención que se le brindara al interno. Se presenta

a la entrevista con un estado de ánimo ansioso, se explaya sobre diversas problemáticas vinculadas a su relación de pareja. Posteriormente solicita realizar terapia con modalidad ambulatoria con quien fuera su terapeuta dentro del programa de recuperación para adictos que funciona en el penal. Al respecto manifiesta “yo fui un adicto perdido, me hizo bien el tratamiento, necesito que me vuelva a atender”. En función de lo expuesto por el interno, la profesional actuante realiza una derivación para que se reanude su atención dentro del marco de terapia ambulatoria que ofrece el staff del pabellón ocho.

2/5/2007 Interno que presenta lesiones compatibles con escabiosis. Se indica tratamiento.

5/5/2007 Es visto con cuadro de traumatismo en región temporomaxilar izquierda. Al examen clínico se evidencia herida cortante en maxilar inferior y múltiples excoriaciones y hematomas en región dorsolumbar. Queda en observación internado en Sanidad.

6/5/2007 Interno que sufre de intoxicación medicamentosa (lyndan producto para escabiosis loción 60 ml). Se deriva de manera urgente al servicio de guardia del hospital [extramuros].

[Se produce el traslado del interno a una unidad psiquiátrica.]

Así, las clasificaciones lo tipifican en tanto individuo y las categorías médicas adjetivan su situación. Las clasificaciones psiquiátrica y asegurativa tienen en común pretender el control del detenido; la primera a través de medicar los síntomas con el objeto de reducir la impulsividad, los niveles de ansiedad y estabilizar el humor, sin brindar ningún otro

tipo de tratamiento; la segunda mediante el castigo de las conductas emergentes. En ambos casos, el supuesto rehabilitador y de reinserción de la cárcel se desmorona ¹⁴ (Le Poulichet, 1987).

Esto adquiere particular relevancia, cuando el personal de seguridad sanciona a los detenidos por la existencia de problemas médicos que exponen la vulnerabilidad del paciente en cuestión. En el caso de Leandro, se le confecciona un acta disciplinaria por negarse a tomar la medicación psiquiátrica. Luego de esta, ninguna intervención médica o psicológica que permita abordar esta contradicción. En el caso de la «autolesión», está definida por el SPB como una agresión para sí. Ante esto, el SPB tiene que controlar este comportamiento y sancionarlo; lo hace a través de la confección de un acta disciplinaria y el consiguiente aislamiento (“medida cautelar de separación del área de convivencia”). Su objetivo es “el orden y la disciplina del establecimiento, impedir la continuidad de una trasgresión o como resguardo de la integridad física del interno aislado o de terceros amenazados”. A partir de los datos brindados por el SPB a través de la acordada 2825, es posible inferir tres definiciones de la «autolesión» que conviven entre sí y tienen entre ellas una relación jerárquica. Primero, las explicaciones acerca de los motivos que llevaron a los detenidos a cortarse, ingerir elementos cortantes, coserse o golpearse, plasmadas en las actas disciplinarias confeccionadas por el SPB o en los informes médicos. Luego, la clasificación médica que describe la lesión y la califica según el tiempo de curación y la gravedad. Ambas son utilizadas de modo

¹⁴ Esto sucede también en el caso de las autolesiones o los intentos de suicidio.

instrumental por el SPB para determinar las medidas por adoptar, que en la mayoría de los casos consisten en sancionar mediante aislamiento. La relación entre estos tres modos de comprender las acciones de los detenidos es jerárquica, pues es el criterio de seguridad el que predomina sobre los otros dos, siendo la atención médica subsidiaria de la definición de seguridad.

La circularidad del sistema opera a través de una ilusión de determinación: la situación de Leandro tiene una causa y él es el responsable de esto¹⁵ (Filc, 2004).

Registros:

15/3/2008 En la fecha se suspende el tratamiento con psicofármacos que estaba recibiendo ya que el mismo no los utiliza y se los entrega a otro interno. Esto fue corroborado por el enfermero de guardia al administrarle la medicación prescrita.

¹⁵ Esto es particularmente tangible en el caso de las autolesiones, situación ante la cual se responde de modo individual y disciplinariamente. Aunque una mirada en profundidad, nos permitiría comprender que podría haber en ellas un uso instrumental por parte de los detenidos, que les permita poner en escena un reclamo, una inquietud, una dificultad reiterada ante la que no han recibido respuestas. Esto puede ser, por ejemplo, acceder a la atención médica en el área de sanidad de la unidad o recibir visitas o solicitar un traslado de unidad. Pero también podemos encontrar en ellas una forma de tramitar alguna sensación inmanejable, que produce desborde e imposibilidad de elaboración. Al no poder ser expresado de otra manera, el detenido ubica el dolor en su propio cuerpo. Por ejemplo, la muerte de un ser querido afuera de la cárcel, problemas económicos, el estar mal y sentirse angustiado por esta encerrado o aislado, etc. Esto no es canalizado a través de los profesionales de la salud de la unidad, sean estos médicos psiquiatras, psicólogos o trabajadores sociales; en el caso de que haya intervenciones, no suelen contemplar ni las condiciones de vida ni interpretaciones contextuales.

[Cambio de unidad en provincia.]
6/11/2008 Queda internado en Sanidad con cuadro de excitación psicomotriz. Evaluación. Sin lesiones de corta data. [Cambio de unidad en provincia.]
7/11/2008 Paciente estable, lúcido, ubicado en tiempo y espacio, sin ideación psicótica ni suicida. Desayuna. Solicita posibilidad de higienizarse y volver al pabellón. Alta de sanidad con control evolutivo.
11/11/2008 Se entrevista al interno por solicitud de las fuerzas de seguridad. Se solicita interconsulta con psiquiatría. Posible paciente psicótico. Sujeto refractario al tratamiento psicológico. No ver más.
12/11/2008 Interno que se presenta a la consulta lúcido, globalmente orientado, actitud psíquica activa procedente, pensamiento libre de productividad psicótica aguda y de ideación delirante. Manifiesta importante dificultad para conciliar el sueño. Indico promotegina 25 mg $1/2$ - $1/2$ - 1.
18/11/2008 Interno estable, refiere estar bien, sólo con dolor de muelas. Esto le produce estar inquieto y no respetar las normas.
19/11/2008 Interno estable emocionalmente, presenta certeza delirante en sus ideas de tipo paranoide y autorreferencial.
19/11/2008 Paciente que se encuentra vigil, parcialmente orientado en tiempo y espacio, verborágico, pensamiento con contenido delirante autorreferencial, sin ideación suicida, marcado deterioro neurocognoscitivo secundario a abusos de sustancias psicoactivas, con dificultad para acatar límites provenientes de la realidad y de las autoridades,

conducta disruptiva. Indico alojamiento en unidad carcelaria que cuente con infraestructura y el personal profesional y no profesional especializado en el tratamiento de estos pacientes con estructura psicótica. [Cambio de unidad en provincia.] Fin de la historia clínica.

Si entendemos la política de salud en los mismos términos en que el Ministerio de Justicia define a los detenidos, la Dirección de Salud penitenciaria es lo que hace, son sus acciones las que nos permiten conocerla y es la configuración (y la asignación de recursos) de las áreas de salud en cada unidad penitenciaria la que le da forma a su política. En este sentido, el problema más grave que enfrenta es la violación sistemática de derechos que se refleja a través de las prácticas que venimos describiendo y de constante falta de respuesta al caso de Leandro y otros similares.

Los médicos son funcionarios menores que encarnan y al mismo tiempo dan contenido a la política de salud carcelaria, la cristalizan. Aun limitados por condiciones institucionales, son actores del sistema, que terminan cumpliendo funciones de control y que no tienen al paciente y su bienestar como punto de referencia. Aquello que debería ser excepcional en el funcionamiento del área, termina siendo incorporado a las prácticas cotidianas y los profesionales se habitúan a ello (Jelin, 1998).

Si es el castigo físico el que inicia al detenido en el sistema carcelario, la modalidad de atención de la salud da continuidad a esto, pues la falta de atención o la atención deficiente portan el mensaje de estar a merced del poder y solo. Esto refuerza

la inestabilidad del detenido. El sistema de atención de la salud está inserto en la lógica de violencia carcelaria y es parte de una práctica regular.

El área de salud constituye una puerta de entrada para conocer y comprender la lógica de funcionamiento de cada unidad penitenciaria de la provincia de Buenos Aires. Es un indicador de las condiciones de vida y del repertorio de prácticas de todo tipo que tienen lugar allí. Se trata de zonas de vacío de derechos en las que se ha perdido hasta la pretensión de tener derechos, donde los lazos que se establecen están regidos por una lógica de relaciones de fuerza en disputa para el establecimiento de hegemonías que terminan siendo transitorias y de pequeños grupos, pero que permiten sobrevivir. Los detenidos se encuentran en una zona de indistinción entre vida y muerte, en que puede dárseles muerte en cualquier momento, impunemente, porque su vida es políticamente irrelevante (Agamben, 2002).

Conclusión

Líneas de indagación

A modo de conclusión, es posible señalar algunos elementos que fueron materia de reflexión e indagación durante el año 2009 y que plantean líneas de investigación por seguir. Los Ministerios de Justicia y Salud Nacional y Provincial, los Tribunales y los agentes de salud y judiciales: las instituciones y sus representantes, ponen en acto y en palabra la política sanitaria, cada uno en su nivel de gestión. Las políticas son tomas de posición, es decir, elecciones en un rango de opciones disponibles -acotadas por la normativa interna e internacional- respecto

a una cuestión que se ha constituido como problema social (Oszlak, 2009: 5).

Sin embargo, para que haya problema social no tiene que haber solo un mal funcionamiento, sino que fundamentalmente el problema deber ser reconocido y legitimado como tal, pues su reconocimiento hace visible una situación particular, la hace digna de atención y su legitimación la instala como preocupación social (Lenoir, 1985). Esto quiere decir que si un problema social se ha configurado como tal, han estado implicados actores en un trabajo colectivo, en el que se han puesto a jugar ideas y concepciones para comprender el mundo y a los otros en él, que finalmente han hecho carne en el discurso y en las instituciones. En este sentido, la dificultad es que los principales decisores estatales toman la atención de la salud/enfermedad solo en las palabras y, en los hechos, es una cuestión secundaria.

En el mismo marco, los individuos son designados. Esta designación no responde a características innatas individuales sino a una delimitación estatal de los sujetos sobre los que se interviene (Lenoir, 1985). Si, en tal delimitación, las personas en situación de encierro son responsables por enfermar y morir de enfermedades prevenibles y curables, se las estigmatiza. La pregunta que surge entonces es de qué modo dicha estigmatización tiene efectos sobre la consolidación de las nuevas formas de marginalidad, de las que la cárcel es, en el discurso oficial, solo receptora.

Parecería, de este modo, que las acciones estatales, su presencia en la forma de disciplinamiento y su ausencia en términos de cuidados, tienen efectos sobre la con-

figuración de los sujetos en situación de encierro y sobre la reproducción, al interior de la cárcel, de los espacios “dislocados”, liminares, en los límites de la inclusión social, habitados antes de la detención (Filc, 2004).

Bibliografía

- Agamben, G. (2002). *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida I*. Buenos Aires: Pre-textos.
- _____. (2004). *Estado de excepción*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.
- Alleg, H. (1974). *La Tortura*. Buenos Aires: El Yunque.
- CODESEDH-CODEPU. (1987). *La tortura en América Latina*. Buenos Aires: CODESEDH.
- Filc, J. (2004). Desafiliación, extranjería y relato biográfico en la novela de la postdictadura. En Amado, A. & Dominguez, N., *Lazos de Familia. Herencias, cuerpos, ficciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Jelin, E. (1998). *Pan y afectos. La transformación de las familias*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Lenoir, R. (1985). Objet sociologique et problème social. En Patrick Champagne et al (Orgs.). *Initiation á la pratique sociologique*. París: Dunod.
- Le Poulichet, S. (1987). *Toxicomanías y psicoanálisis. La narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Oszlak, O. (s.f.). Estado y sociedad: ¿nuevas reglas de juego?. Recuperado de http://2009.campinas.sp.gov.br/rh/uploads/egds_material/OSZ_LAK_Estado_Sociedad.pdf
- Pollak, M. (2006). *Memoria, olvido, silencio. La producción social de identidades frente a situaciones límite*. La Plata: Ediciones Al Margen.
- Rodríguez, R. (1985). *Historia de la tortura y el orden represivo en la Argentina*. Buenos Aires: Eudeba.

Recibido: 28/04/2010 • Aceptado: 23/07/2010