



**Escuela Interdisciplinaria  
de Altos Estudios Sociales**  
IDAES\_UNSAM

# **Universidad Nacional de San Martín**

**Tesina para obtener el título de Licenciado en Sociología**

**Carrera de Sociología**

**Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales**

**El proceso de salud-enfermedad en contexto de encierro. Estudio de caso en el Complejo Penitenciario San Martín (2020-2023)**

**Tesista: Diego Ariel Ramallo**

**Director: Matías Sebastián Bruno**

**San Martín, (Marzo 2024)**

**El proceso de salud-enfermedad en contexto de encierro. Estudio de caso en el Complejo Penitenciario San Martín (2020-2023)**

**Autor:** Diego Ariel Ramallo

**Firma:**

**Evaluador:**

**Firma:**

**Director:**

**Firma:**

**Fecha de defensa:**

## **Agradecimientos**

En primer lugar, agradezco a mis padres por haberme dado la vida, a Eugenia por ser el apoyo emocional y ser todo para mí. Agradezco a mi hija María Victoria. A Matías Bruno por todas las correcciones, el acompañamiento y dirección en la producción de mi tesina y todo lo enseñado. A Luciana Strauss por todo lo aprendido durante los talleres de tesis. A mis compañeros de talleres de tesis, Daniel Iasychin, Santos Cruz, por el intercambio de críticas en nuestras tesinas. A Mónica Montero por la formación en diseño de encuestas electrónicas. A todos los profesores/as del cuerpo docente del CUSAM que me dieron clases durante la carrera. A mi psicóloga Vanesa Couto. A Natalia Ojeda por darme la oportunidad de ingresar al CUSAM, a Marcos Perearnau por el acompañamiento durante la carrera, a Florencia Miguel y Sofía Muiños.

A todos los profesionales de la salud que prestaron su tiempo en las entrevistas y a todas las personas privadas de su libertad que dedicaron tiempo en responder las encuestas y entrevistas realizadas. Al Juez de Ejecución Penal entrevistado, gracias por su tiempo dedicado y a Felipe Lamas por haberme contactado con él. Finalmente, a todos mis compañeros y compañeras del CUSAM que juntos transitamos estos años, en este camino de formación y profundos cambios para nuestras vidas.

## **Resumen**

Esta tesina se ocupa de un tema urgente y poco atendido por los trabajos académicos en Argentina: el proceso de salud-enfermedad de las personas privadas de su libertad en la unidad penitenciaria N°48 del partido de San Martín. Para ello, describe las condiciones de vida de los internos, identifica los mecanismos de acceso a la salud, y analiza sus experiencias de acceso a la atención de salud en el contexto carcelario. Se aborda el fenómeno desde distintas ópticas y a partir de varias fuentes de datos, priorizando la perspectiva de los detenidos y detenidas, así como de los profesionales de la salud a través de entrevistas y encuestas. También se utilizan fuentes secundarias tales como estadísticas e informes elaborados por organismos especializados. La mirada puesta sobre la salud de la población detenida resulta de enorme relevancia en un contexto de crisis carcelaria, con altos índices de hacinamiento y permanente vulneración de derechos. Los hallazgos de esta tesina de grado buscan contribuir al debate y brindar herramientas para el diseño de políticas públicas e iniciativas tendientes al cuidado de la salud y la vida de personas detenidas, familias y trabajadores/as de la cárcel.

### **Palabras clave:**

Servicio penitenciario bonaerense, Salud en contexto de encierro, Sociología de la salud, CUSAM, cárceles

## Índice de abreviaturas

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
CAP: Centro de Atención Primaria  
CEAMSE: Coordinación Ecológica Área Metropolitana Sociedad del Estado  
CELIV: Centro de Estudios Latinoamericanos sobre Inseguridad y Violencia  
CELS: Centro de Estudios Legales y Sociales  
CICR: Comité Internacional de la Cruz Roja  
CPM: Comisión Provincial por la memoria  
CUS: Cobertura Universal de Salud  
CUSAM: Centro Universitario de San Martín  
DD.HH.: Derechos Humanos  
DTC: Departamento Técnico Criminológico  
GAyS: Grupo de Admisión y Seguimiento  
OMS: Organización Mundial de la Salud  
PPL: Persona privada de su libertad  
PPN: Procuración Penitenciaria de la Nación  
SCJBA: Suprema Corte de Justicia de Buenos Aires  
SNEEP: Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena  
SPB: Servicio Penitenciario Bonaerense  
SPF: Servicio Penitenciario Federal  
UNICEN: Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires

# Índice general

## Introducción

Planteo del problema.....	8
Antecedentes y marco conceptual.....	9
Aspectos metodológicos.....	12

## Capítulo 1: El sistema de salud en la Unidad Penitenciaria N°48 San Martín.

1.1. Características generales y funcionamiento del sistema de Salud de la UP 48.....	18
1.2. Aspectos administrativos de la atención médica por especialidades.....	22
1.3.¿Cómo llega una persona presa a la atención de salud? Mecanismos e intermediarios.....	25
1.4.Tácticas para lograr la atención sanitaria.....	30
1.5.Modalidades de atención sanitaria.....	35

## Capítulo 2: Condiciones de vida y prácticas sociosanitarias.

2.1 ¿Cómo viven las PPL?.....	38
2.2 ¿Qué prácticas tienen?.....	44
2.3 Alimentación.....	48
2.4 Salud mental en la población.....	51
2.5 Higiene y cuidado personal.....	53

## Capítulo 3: Experiencias en el acceso a la atención de la salud de las personas privadas de su libertad.

3.1 Deficiencias en el acceso a la atención de la salud.....	57
3.2 Principales enfermedades de las personas privadas de su libertad.....	58
3.3 Conociendo las barreras del acceso a la salud.....	62
3.4 Evaluación de la demanda, atención de la salud y resultados.....	67
3.5 La situación de las mujeres privadas de libertad en la Unidad 46 y 47.....	70

<b>Conclusiones</b> .....	71
<b>Bibliografía</b> .....	77
<b>Anexo I.</b> .....	82
<b>Anexo II.</b> .....	99

## Introducción

El interés por investigar los procesos de salud, enfermedad (y muerte) de las personas privadas de su libertad en la Unidad Penitenciaria N° 48 del Complejo Penitenciario Bonaerense de San Martín surge de observaciones directas, reflexiones y análisis realizados durante mi permanencia en dicha Unidad. Esta tesina describe las condiciones de vida de esta población, sus prácticas, los actores intervinientes en estos procesos e identifica las barreras y facilitadores para la atención de la salud de la población privada de su libertad. Este trabajo es de carácter descriptivo, y constituye un estudio de caso del Complejo Penitenciario San Martín entre los años 2020 y 2023.

### Planteo del Problema

De acuerdo con los informes de organismos de DD.HH., el sistema de salud en las cárceles bonaerenses se encuentra colapsado debido a la sobrepoblación carcelaria. (CPM, 2018-2019) *“El hacinamiento es un grave problema que afecta a los detenidos y a las administraciones penitenciarias desde hace muchos años. Esta cuestión tiene repercusiones importantes en los recursos humanos y financieros, que se necesitan para garantizar una asistencia de salud apropiada en las cárceles”* (CICR, 2018). En la Unidad 48, las personas privadas de su libertad tienen a su disposición un sector denominado *“Sanidad”*, donde pueden ser asistidos en materia de salud. Este sector depende administrativamente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, que trabaja en conjunto con el Ministerio de Justicia y el SPB, ya que el mismo se encuentra dentro del ámbito del servicio penitenciario. El acceso a la salud de la población privada de su libertad está limitado por ciertas barreras, y partiendo de esta premisa, nos planteamos los siguientes interrogantes: ***¿Cómo son las condiciones de vida y de salud de las personas presas? ¿qué estrategias desarrollan para acceder a la atención de salud? ¿quiénes intervienen en dicho proceso y cómo? ¿qué resultados obtienen?*** Estos interrogantes nos permitirán avanzar sobre distintos aspectos relacionados con los procesos de salud enfermedad de personas detenidas.



## Antecedentes y marco conceptual

Este trabajo se enmarca en los estudios sobre el campo de la salud en contexto de encierro, específicamente los que analizan el proceso salud-enfermedad. Sacchi, Hausberger y Pereyra afirman que *“la enfermedad es una dolencia personal y también una construcción social y cultural, ya que cada sujeto vive la enfermedad según sus características individuales y la construcción sociocultural particular del padecimiento...”* (2007:272). Los autores nos invitan a reflexionar sobre la importancia que tiene el proceso social en el acceso a la salud y en el agravamiento de las enfermedades.

Las enfermedades deben ser curadas, pero también pueden ser prevenidas ya que el acceso a la salud en contexto de encierro es también un derecho humano: *“entendemos que el deterioro de las condiciones del entorno de los internos, contribuyen a la vulneración de los derechos básicos...”* (Bruno, Cacivio, Tabernaberi y Mugerza, 2016:7), y estos derechos como la buena alimentación, salud y condiciones socio-ambientales y de higiene en la cárcel, no están totalmente garantizados. Debido a la historicidad en la vulneración de estos derechos, *“la promoción de los derechos y garantías en relación al acceso a la salud de las personas en situación de encierro dio lugar a una serie de intervenciones por parte de diversas áreas del Ministerio de Salud en los últimos veinte años”* (Adaszko, Sotelo, Orlando y Angeleri, 2017:35). Uno de los derechos básicos de una persona privada de su libertad, es el poder acceder a la salud. Según los informes anuales de la CPM (2018 y 2019), las condiciones de habitabilidad influyen negativamente en este derecho, donde se desarrollan las siguientes situaciones: sobrepoblación carcelaria, alimentos escasos y en mal estado, falta de mobiliario básico (colchones, camas, ropa de abrigo, etc.), falta de mantenimiento (inundaciones de pabellones, sistemas cloacales colapsados, filtraciones y pérdidas de agua e inexistencia de redes de incendio), falta de distribución de elementos de higiene, ausencia de agua caliente y calefacción, presencia de plagas alojadas en colchones o rincones de la celda y limitado acceso a la medicación, entre otras.

Por su parte, Spinelli mostró que las enfermedades tienen su origen en cuestiones sociales, como por ejemplo la falta de controles sobre el medio en que las

personas viven: *“Los problemas epidemiológicos que afectan a los conjuntos sociales tienen raíces causales en las desigualdades sociales, la falta de controles sobre el medio ambiente y sobre los alimentos que consumimos...”* (2010:278).

En otro estudio sobre la transmisión de enfermedades, se sostiene que el hacinamiento hace colapsar todos los sistemas en las cárceles, como por ejemplo la acumulación de desechos: *“el hacinamiento multiplica la generación de desechos y favorece la transmisión de enfermedades”* (Bolajuzón, M.V. y Bouilly, M.R., 2018:6). Siguiendo esta problemática, observamos que la sobrepoblación carcelaria fue creciendo en la provincia de Buenos Aires durante las últimas décadas: *“El año 2018 tuvo un salto cuantitativo de la cantidad de personas detenidas en la provincia de Buenos Aires: 48.615 en cárceles, alcaldía y comisaría. En los últimos 20 años (entre 1999 y 2018) se duplicó aumentando en 32.017 personas, lo que significa una variación relativa de 193%”* (CPM, 2019:40). El promedio de la sobrepoblación carcelaria es superior al promedio mundial y al de la región latinoamericana. La unidad penitenciaria que analizaremos, se encuentra en el Complejo Penitenciario de San Martín, donde el informe de la CPM -2019 dice que *“el mayor incremento se registró en San Martín: en sólo tres años este Complejo pasó de ser del menos sobrepoblado al segundo más sobrepoblado”* (CPM, 2019:78).

En el SPF.<sup>1</sup>, encontramos que *“la distribución carcelaria del sistema federal y el régimen penitenciario de máxima seguridad de las cárceles del interior del país, responde a un modelo penitenciario del siglo XIX que, readaptado estratégicamente, reafirma el proyecto originario del confinamiento y segregación espacial, de las personas detenidas condenadas, interpelando a cualquier fin resocializador de la pena...”* (Daroqui, 2013:6). Como podemos observar, la sobrepoblación es un problema de mayor alcance, que excede a la Provincia de Buenos Aires. En consecuencia, la salud en contexto de encierro es doblemente afectada y agravada por la imposibilidad de optar por otros sistemas de salud.

Consideramos que es importante abordar la problemática del acceso a la salud en la cárcel, como así también conocer el proceso salud-enfermedad, ya que realizará un aporte al campo de las ciencias sociales sobre el análisis de la salud en contexto de

---

<sup>1</sup>El Servicio Penitenciario Federal es la fuerza de seguridad argentina que administra los establecimientos penitenciarios federales y lleva a cabo programas criminológicos de seguridad y reinserción. Se diferencia con el SPB, Servicio Penitenciario Bonaerense, en que las cárceles de esta última institución, se encuentran instaladas en el ámbito de la provincia de Buenos Aires.

encierro. Según Rocha y Patiño, “...la comprensión del derecho a la salud induce, la necesidad de conocer la experiencia social de vivir de los sujetos” (2011:294-300), con lo cual la experiencia del acceso a la salud por parte de las PPL, será uno de nuestros objetos de estudio.

Además, “*El Estado argentino, desde el ámbito ejecutivo, específicamente el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación hasta el año 2014 no había publicado en los informes SNEEP datos en relación a la cantidad y motivo de fallecimientos de personas detenidas en los diferentes servicios penitenciarios provinciales...*”. Actualmente, “*los datos de muertes en las unidades de detención penal surgen de la información aportada por los establecimientos penitenciarios o alcaldías en aquellas provincias que no tienen servicios penitenciarios*” (Motto y Daroqui, 2018), pero son muchas las unidades que no respondieron a ese interrogante, y tampoco dan cuenta de las causas de las muertes. Luego de la publicación del SNEEP 2015, el Estado informó tres versiones distintas sobre la cantidad de fallecidos en las cárceles nacionales. Las discrepancias en torno a la información invitan a estudiar las razones por los procesos que las anteceden, en muchos casos, los de salud-enfermedad.

En cuanto al marco conceptual, Behm explica que “*todo el proceso salud-enfermedad se enmarca en cuatro determinantes sistémicos: la población, el ambiente físico, la estructura genética de la población y la organización social. Esta última tiene cuatro dimensiones: estructura económica, instituciones políticas, ciencia y tecnología, cultura e ideología*” (1992:2). No podemos dejar de considerar el tamaño y la forma de habitabilidad de la población de la Unidad 48, el medioambiente de la cárcel y la forma en que la población alojada en ella se organiza. Resulta importante explorar cómo se compone la estructura del servicio penitenciario y la relación que esta tiene con la dinámica dentro de cada pabellón. Esta estructura responde a los procedimientos para acceder a la salud en contexto de encierro, desde donde podremos observar el nivel de factibilidad a dicho acceso.

En segundo lugar, nos apoyamos en los conceptos de *epidemiología, gestión y planificación* de María Verónica Grunfeld y Diego Palomo (2012). Epidemiología se refiere al estudio del proceso salud-enfermedad en la sociedad, analizando la distribución y los factores determinantes del riesgo de enfermar y/o lesionarse, como así también analiza eventos asociados a la salud, proponiendo medidas específicas de prevención y de control de enfermedades, daños o problemas de salud y promoción de la salud. Se da un énfasis en la medición y la cuantificación, así como también el uso compulsivo de

diseños de estudios y técnicas analíticas. En cuanto a la gestión en salud, es un proceso complejo y contradictorio, donde *“se direccionan las acciones político-institucionales que se encuentran relacionadas con el campo de la salud, y en donde también se realiza la planificación, organización y control”* (Grunfeld y Palomo: 2012:8-9).

En tercer lugar, Laurell sostiene que el proceso salud-enfermedad tiene un carácter histórico y social, ya que está socialmente determinado. Para explicarlo, no bastan los hechos biológicos, también hay que aclarar cómo está articulado en el entramado social. Por ejemplo, “el comer”: cómo y qué se come son hechos sociales que tienen su consecuencia biológica en la salud de las personas. Esta conceptualización nos permite comprender cómo lo social crea un patrón de desgaste, que determina el marco dentro del cual la enfermedad se genera. Este *“proceso de salud-enfermedad está determinado por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado”* (1981:10).

Por último, en cuanto al derecho de la salud, Rocha y Patiño (2011) plantean que los individuos son responsables de sus conductas de vida, pero hay ciertas condiciones sociales que pueden empeorar la salud de las personas. Los niveles de salud de los individuos están condicionados por factores como el medio ambiente y los estilos de vida que llevan dentro de la sociedad en la que viven. Frente a una población vulnerable como la carcelaria, hay que entender que la salud es un derecho ligado a la calidad de vida, al bienestar de los individuos y a esta reducida comunidad que integran (Sykes, 1958). Las experiencias socioculturales de las personas privadas de su libertad permiten conocer las vivencias propias de los mismos y su forma de asumir el proceso salud-enfermedad. Para mejorar la garantía del derecho a la salud, debemos plantearnos un redimensionamiento de la acción social, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas.

### **Aspectos Metodológicos**

La metodología que se implementa en este estudio consiste en una triangulación de técnicas cualitativas y cuantitativas: *“La medición triangulada intenta probar distintos valores de un fenómeno para lograr mayor exactitud viéndolo desde distintas perspectivas metodológicas, y permite establecer la validez de un método determinado a la luz de otros métodos”* (Vasilachis de Galdino, 1992:36).

Por un lado, se realizó una encuesta a 100 personas privadas de su libertad alojadas en pabellones de la Unidad Penitenciaria N° 48 y a estudiantes del CUSAM de otras unidades penitenciarias del Complejo, sobre un muestreo no-probabilístico. Se utilizan

distintos tipos de preguntas, incluidas escalas de Likert, entre otras. Se innova en el uso de encuestas electrónicas, ya que como menciona Cohen, *“el uso generalizado de las computadoras creó una nueva manera de llegarle a la población en general y de manejar las encuestas, así como sucedió antes con la popularización del teléfono”* (2003:189). Además, en vista de los costos favorables de las encuestas electrónicas, las interesantes posibilidades de recolección de datos con base en la computadora y el beneficio de poder llegar hasta el interior de los pabellones de la cárcel, a través de encuestas por mail y redes sociales, decidimos implementar por primera vez esta técnica en el CUSAM. Destacamos que el uso de teléfonos móviles fue autorizado por el SPB durante la pandemia por COVID-19.

Por otro lado, se realizaron entrevistas en profundidad a los profesionales de la salud que desempeñan funciones dentro de dicha unidad penitenciaria, a personas privadas de su libertad, y a un Juez de ejecución penal<sup>2</sup>.

Por último, en cuanto a la observación no participante, se realizó con una modalidad directa de observación, sobre las interacciones y comportamientos de los sujetos en su entorno natural, tomando notas detalladas sobre lo que observamos. A las notas tomadas en el período comprendido desde abril a agosto de 2023 se les aplicó un análisis de tipo *narrativo*. La observación no participante tiene una importancia relevante como una herramienta para comprender las dinámicas sociales y culturales desde una perspectiva externa e imparcial (Vasilachis de Gialdino, 2006).

De esta manera utilizamos la estrategia de triangulación entre ambos métodos, siendo que *“en esta estrategia se intenta una convergencia de resultados, aumentando el grado de integración entre los métodos a través de la utilización de ambas orientaciones para la investigación de un mismo aspecto de la realidad social”* (Batthyány, 2011:83).

El objetivo general de esta tesina es describir y analizar los procesos de salud-enfermedad de las personas detenidas en la Unidad 48 de San Martín. Para ello, nos proponemos los siguientes objetivos específicos: a) describir el sistema de salud dentro de la cárcel, b) conocer las condiciones de vida de las PPL, c) identificar los mecanismos de acceso a la salud, d) analizar las experiencias de acceso a la salud desde la perspectiva de las personas privadas de su libertad y e) conocer los diversos factores que agravan la situación de la salud de las personas detenidas.

---

<sup>2</sup> Se entrevista a un Juez para conocer la perspectiva judicial sobre la salud de las PPL.

La tesina tiene tres capítulos principales y conclusiones, además del anexo metodológico con el instrumento creado para este estudio.

En el primer capítulo describimos el sistema de salud de la Unidad Penitenciaria N°48 de San Martín, las características del sistema, procedimientos que llevan a cabo, especialidades médicas, cómo es la estructura del área de sanidad, entre otros factores que inciden en la prestación brindada. A través del “*Programa de salud en contextos de encierro: Estrategias de intervenciones sanitarias en los servicios penitenciarios de la República Argentina*” (Ministerio de Salud, 2020), sabemos que el sistema de salud dentro de las cárceles varía en cada unidad penitenciaria. En algunas cárceles se pueden encontrar sistemas más parecidos a los hospitales del medio libre y, en otros casos, a centros de salud.

El servicio penitenciario del país se divide, por un lado, en el Servicio Penitenciario Federal (SPF), dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, y por el otro, los sistemas penitenciarios provinciales que dependen de cada jurisdicción, ya sea del Ministerio de Justicia, Gobierno o Seguridad, según el caso. Tanto el lugar de comisión del hecho delictivo, como su carácter (si es un delito “federal” u “ordinario”) determinan en qué unidad se aloja a la persona a la que se lo atribuye.

Actualmente, en la Argentina hay 330 unidades de detención con 105.053 personas detenidas, representando 227 personas por cada 100.000 habitantes. La jurisdicción que más unidades tiene es el SPB con 63, seguido por el SPF. con 33 unidades. Estas últimas están distribuidas en CABA, Buenos Aires, Jujuy, Salta, Formosa, Santiago del Estero, Chaco, Misiones, La Pampa, Mendoza, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Chubut. Las 234 unidades restantes se encuentran distribuidas entre todas las provincias, y dependen de los servicios penitenciarios de cada jurisdicción (SNEEP, 2022).

Conociendo como se distribuyen las cárceles de Argentina, nos proponemos describir el sistema de salud en la Unidad 48. ¿Qué tipo de sistema de salud hay en esta cárcel? ¿Qué cantidad de profesionales de la salud forman parte de la estructura sanitaria de la Unidad Penitenciaria 48? ¿Qué especialidades cubren los distintos profesionales médicos? Según Spillman, “*en unidades como Campana o Sierra Chica había un médico cada 200 presos, pero en Florencio Varela la situación era peor: uno cada 767 internos... De los 227 odontólogos del SPB, un porcentaje de ellos no tenía donde trabajar por falta de estructura y equipamiento*” (Spillman, 2016)

A partir de la realización de la entrevista a la jefa de Sanidad del SPB, se analizan las características del sistema de salud en la Unidad Penitenciaria N°48, destacando los principales factores que, desde la perspectiva de los profesionales de la salud, intensifican las barreras en el acceso a la salud para las personas privadas de su libertad. Se comparan los datos obtenidos de dicha entrevista con otras entrevistas realizadas a PPL que trabajaron en el sector sanidad hace algunos años, permitiendo comparar ese período (2013-2018) con la actualidad. También se describen todos los actores que intervienen en este sistema de salud.

El sistema de salud de la unidad penitenciaria N°48, es del tipo CAP (Centro de atención primaria), y funciona como una “salita de guardia del barrio”. Pero *“la atención primaria de salud, necesita generar resultados e impactos sostenibles. Para ello hay que mejorar la efectividad, implementando estrategias tendientes a incrementar la capacidad diagnóstica y terapéutica, mejorando la formación de los profesionales y la accesibilidad de los usuarios al sistema”* (Chaloum y Varas, 2016:8). Observamos que el sistema de salud en la cárcel no tiene un impacto sostenible y la accesibilidad es acotada. Durante las entrevistas, nos informamos de la realidad que vive el servicio de sanidad de la unidad 48, respecto a los distintos obstáculos con los que se enfrenta este actor para poder brindar la atención sanitaria. De esta manera, recibimos testimonios de esas problemáticas, tanto de parte del personal de salud, como por parte de los nativos que trabajaron en el lugar.

También se identifican y describen los mecanismos de acceso a la salud y el proceso de salud-enfermedad que se desarrolla en el contexto de encierro. Se realiza una tipología de oportunidades de acceso a la salud y se analiza la experiencia de atención por parte de las personas privadas de su libertad.

En el segundo capítulo, abordamos las condiciones de vida y prácticas socio-sanitarias de la cárcel, analizando el hacinamiento en relación a las características de las celdas. También indagamos sobre los tipos de alimentos que reciben las PPL y cuáles son las redes sociales que intervienen en la distribución del alimento y la obtención del mismo. Por otro lado, siguiendo a Chaloum y Varas (2016) porque *“desde la mirada sociológica, los procesos salud/enfermedad están condicionados por aspectos sociales, económicos, políticos y culturales que inciden en los modos de vida”* nos preguntamos por las costumbres y prácticas de las PPL que forman una cultura intramuros.

No podemos dejar de considerar el tamaño y la forma de habitabilidad de la población de la unidad penitenciaria N° 48, el medioambiente de la cárcel y la forma en que la sociedad alojada en ella se organiza. La organización del servicio penitenciario y

la organización interna dentro de cada pabellón resulta de vital importancia para observar y analizar la estructura social involucrada en el proceso salud-enfermedad. Esta estructura responde a los procedimientos para acceder a la salud en contexto de encierro, desde donde podremos observar el nivel de factibilidad a dicho acceso.

Por último, en el tercer capítulo, profundizaremos sobre las condiciones de salud de la población privada de libertad y cómo fueron las experiencias de acceso a la salud en este contexto.

En las conclusiones se recuperan los hallazgos, señalan limitaciones del estudio y se dejan interrogantes para futuros estudios.



*A cualquier casa que entre,  
acudiré para asistencia de los enfermos,  
fuera de todo agravio intencionado  
o cualquier otra corrupción...  
ya sean hombres o mujeres,  
libres o esclavos.*

(Extracto del juramento hipocrático)

# **Capítulo 1: El sistema de salud en la Unidad Penitenciaria N°48**

## **San Martín**

### **1.1 Características generales y funcionamiento del sistema de salud de la U.P.48**

Un “sistema de salud” es un modelo de organización social para dar respuesta a los problemas sanitarios de una determinada sociedad (Tobar et al., 2015). En este caso, el sistema de salud adopta características muy particulares, ya que está diseñado para asistir a una población determinada, que por su condición de privación de libertad no puede “elegir” prestadores. De esta manera el derecho a la salud debe ser garantizado por el Estado.

El sistema de salud en Argentina nace en 1943 con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, que en 1949 se transformó en el Ministerio de Salud, creada durante la presidencia del General Perón, a cargo del Dr. Ramón Carrillo. En los gobiernos de facto, se produjeron diversos procesos de degradación del Ministerio de Salud. Transcurriendo el periodo 1966-1972, el Ministerio de Salud se convirtió en Secretaría de Salud, y hubo una disminución del presupuesto del 3,08% en 1966 al 1,90% en 1972. La última degradación del sistema fue el 5 de septiembre de 2018, cuando se promulgaba el Decreto 801/2018 durante el gobierno de Mauricio Macri, mediante el cual el Ministerio de Salud pasaba a ser una Secretaría de Estado, y donde se vio agravado el presupuesto sanitario y la logística de distribución de insumos (Trotta, 2023).

En cuanto al gasto público en salud del país, el mismo equivale a un 10% del PBI aproximadamente, y es el más elevado de América Latina. Pero el sistema de salud carcelario no corre igual suerte. Resulta ineficaz por la falta de profesionales médicos, insumos y equipamiento (Bolajuzón y Bouilly, 2018). Para comprender esta situación es necesario observar con mayor precisión el sistema de salud dedicado a la población penitenciaria.

La cobertura universal de salud (CUS), establecida por Resolución 475/2016, tiene por objetivo que todos los individuos, especialmente los más vulnerables (como son las PPL), tengan acceso a lo largo de su vida, a servicios de salud de calidad, ya sean en carácter de promoción, prevención, curación, rehabilitación o cuidados paliativos. Es una iniciativa para la reformulación del sistema sanitario argentino que apunta a lograr mayor

eficiencia y transparencia. Se busca corregir la fragmentación del sistema que se caracteriza por la existencia de tres subsectores (público, privado y seguridad social) y por la superposición de funciones de las distintas jurisdicciones (nación, provincias y municipios).

En la provincia de Buenos Aires, la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria se creó en 2005 a partir del Decreto 950/05. Desde entonces se desarrolla bajo la órbita de la Subsecretaría de Política Penitenciaria del Ministerio de Justicia provincial., y trabaja articuladamente con el SPB y el Ministerio de Salud provincial. *“Tiene como misión resguardar la salud de la población carcelaria a través de la prevención, promoción, atención, tratamiento y rehabilitación de la salud, garantizando uno de los derechos inherentes al ser humano”* (Justicia y Derechos Humanos, 2022). Alrededor de dos mil agentes integran el sistema de atención sanitaria en las Unidades Penitenciarias de la provincia de Bs. As.

Antes de su creación, la gestión de salud a nivel carcelario era diferente. El jefe de penal o director de la unidad, ordenaba a los profesionales médicos que escribieran informes según sus conveniencias, dando lugar a niveles muy elevados de discrecionalidad:

*“si los encargados querían castigar y pegarles, lo hacían descaradamente, luego el jefe de penal les ordenaba a los médicos que hagan un informe donde digan que se cayeron y golpearon solos”* (Entrevista a Jefa de Sanidad, abril de 2022).

Con la creación del área de Salud Penitenciaria, la jefatura del penal dejó de tener jurisdicción para ordenar a los médicos que hagan informes según su conveniencia para “tapar” sus actos de tortura. Durante el período 2000-2004, eran más frecuentes distintos hechos de tortura del SPB hacia las PPL, donde la *estaqueada*<sup>3</sup>, el *submarino seco*<sup>4</sup>, la atadura de manos colgando de barras a la PPL, los simulacros de fusilamiento<sup>5</sup>, las golpizas a palos en los traslados seguían produciéndose por aquellos años (Informe CPM, 2004). A pesar de los cambios, la jefatura del SPB mantiene el control de un aspecto

---

<sup>3</sup> La estaqueada es una forma de tortura en la que una persona es atada a una estaca o poste y dejada expuesta al sol, a menudo sin comida ni agua.

<sup>4</sup> El submarino seco es una forma de tortura en la cual se priva a la persona de oxígeno al cubrir su cabeza con un plástico o tela mientras se encuentra inmobilizada.

<sup>5</sup> Un simulacro de fusilamiento es una práctica en la que se simula la ejecución de una persona mediante un pelotón de fusilamiento, pero sin disparar balas reales.

importante del sistema sanitario en cárceles: los móviles<sup>6</sup> para traslado. Esto implica que para realizar cirugías y/o tratamientos médicos en los hospitales extramuros, la decisión depende de la autoridad penitenciaria. Tal como sostiene una informante, *“La falta de móviles para el traslado, es una falta constante, donde nadie da una respuesta. Personal hay, pero faltan vehículos”* (Entrevista a Jefa de sanidad, abril de 2022). Cuando la Jefatura del penal no dispone de móviles, justifica esa falta argumentando que también tienen que realizar traslados de PPL por “comparendos”<sup>7</sup>. La misma informante explica que *“los juzgados presionan al director para que trasladen a las PPL a comparecer, pero los hospitales no ejercen esa presión”* (Entrevista a Jefa de sanidad, abril de 2022), por este motivo se priorizan los comparendos en la utilización del móvil. Durante el año 2022, había solamente dos móviles de traslados para toda la unidad penitenciaria, con los cuales tenían que hacerse traslados por comparendos a los distintos juzgados y hacia los hospitales. Los comparendos hacia los juzgados tuvieron un promedio de siete traslados de PPL por día, de lunes a viernes (días hábiles), con un total de 1261 traslados en el año 2022, con lo cual todos los días se necesitaron de uno a dos móviles para trasladar a las PPL, los mismos móviles que son utilizados para los traslados a hospitales.

*“Cuando queda un móvil disponible, porque puedo organizar los viajes en un solo móvil para los juzgados, ahí puedo sacar a hospital, sino se complica. En algunas oportunidades, cuando era una urgencia, tuve que poner mi auto particular a disposición para hacer el traslado al hospital”* (Entrevista a Subjefa de la Guardia, julio de 2023).

Con el relato anterior podemos corroborar las dificultades para el traslado de las PPL. La Subjefa de la Guardia Armada, encargada de coordinar los viajes para los traslados, coincide con lo mencionado por la jefa de Sanidad, refiriéndose a la falta de móviles y la consecuente pérdida de turnos en los hospitales.

El sistema de salud dentro de las cárceles varía en cada unidad penitenciaria. En algunas cárceles se pueden encontrar sistemas más similares a los hospitales del medio libre y, en otros casos, a centros de salud (Ministerio de Salud, 2020). Según nuestra informante: *“El sistema de salud en esta cárcel es un Centro de Atención Primaria, que funciona*

---

<sup>6</sup> Los móviles son vehículos destinados a trasladar a las PPL a los juzgados, hospitales, salidas transitorias con custodia, entre otros destinos. Pueden ser de tipo colectivo, camionetas o ambulancias.

<sup>7</sup> Comparendo: traslados de personas privadas de la libertad hacia los juzgados, con motivo de comparecer ante los mismos. Son requeridos por los juzgados para el proceso de investigación de la causa, juicio, pericias psicológicas, psiquiátricas, ruedas de reconocimiento o los puede citar su defensor oficial entre otros motivos.

*como en el medio libre, igual que esos tipos de centros”*. (Entrevista a Jefa de sanidad, abril de 2022).

El sistema de salud de la unidad 48 funciona como un Centro de Atención Primaria<sup>8</sup>. La estructura de atención pública de la salud en la Argentina se concentra principalmente en aquellos que no disponen de cobertura formal y que ingresan al sistema a través de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y los hospitales. Una utilización eficaz de los recursos disponibles requeriría que los cuidados de baja complejidad se centralicen en los CAPS, a fin de utilizar los hospitales para intervenciones más complejas. Una considerable cantidad de recursos destinados a cubrir las necesidades en salud de la población se distribuye mediante CAPS y, al constituirse en el primer eslabón de la cadena de atención, su ubicación adquiere importantes implicancias en el acceso geográfico y financiero a la salud. Las deficiencias en la distribución de los centros limitan la provisión de servicios y la efectividad de los programas para proteger a la población más vulnerable. El Centro de Atención Primaria (CAP) es el primer lugar al que se asiste cuando se tiene un problema de salud o cuando se quiere prevenir de alguna enfermedad. Ofrece asistencia sanitaria y social, y servicios de promoción de la salud, de atención preventiva, curativa y rehabilitadora. La función de los CAPS es realizar un tratamiento integral de la salud, con equipos interdisciplinarios a disposición de todos los vecinos. Los Centros de Atención Primaria de la Salud se enfocan en actividades de prevención y promoción de la salud.

Pero contar con un CAPS en la cárcel no satisface la demanda completa de salud, debido a que *“la atención primaria de salud, necesita generar resultados e impactos sostenibles. Para ello hay que mejorar la efectividad, implementando estrategias tendientes a incrementar la capacidad diagnóstica y terapéutica, mejorando la formación de los profesionales y la accesibilidad de los usuarios al sistema”* (Chaloum y Varas, 2016:8).

La cantidad de personal médico que trabaja en el sistema de salud del SPB es otro de los aspectos importantes a tener en cuenta. Siendo que la *“Argentina es uno de los países con mayor oferta de médicos en el mundo, superada en América Latina sólo por*

---

<sup>8</sup> Argentina dispone de 8.042 Centros de Atención Primaria de la Salud, de los cuales 156 corresponden al Servicio Penitenciario e Institutos de Menores. 1795 CAPS están distribuidos en el sistema sanitario de la provincia de Bs. As. y sus respectivos municipios (CPM, 2019). En la 28ª Asamblea Mundial de la Salud de 1975, se logró imponer el concepto. El primer CAPS de la provincia de Bs.As. se fundó en 1990, en el partido de Morón. (Ministerio de Salud Argentina, 2022).

*Cuba y Uruguay*” (Belló y Becerril-Montekio, 2011:102), ¿es suficiente el personal médico del SPB? ¿se adecúa a la demanda y a las condiciones de trabajo que supone la cárcel? La cantidad de trabajadores no resulta suficiente frente a la cantidad y diversidad de problemas que aparecen en materia sanitaria dentro de una cárcel. Debido a que el sistema de salud que se implementa en la cárcel funciona como un C.A.P., carece de profesionales con especialidades médicas, y solamente se contratan médicos de guardia y un odontólogo. Cuando una persona privada de libertad se tiene que atender en especialidades médicas, como por ejemplo dermatología, la falta de profesionales se hace notar:

*“mira como tengo las manos, me dijeron que era una erupción por un germen en la harina, fui hace un mes a sanidad con una mano en carne viva, sin piel, el enfermero me dijo que lo mío no es tan grave y no me van a sacar al hospital por eso”* (Entrevista a PPL N°1, diciembre de 2022).

En la Unidad 48 no hay especialistas en dermatología, y los enfermeros de sanidad evalúan las enfermedades de la piel como algo que no es urgente.

La falta de ciertos profesionales pone en evidencia un razonamiento de tipo económico.

*“...no les conviene a los profesionales ejercer su especialidad en este sistema de salud. Un médico que estudia su carrera, luego tiene que estudiar un par de años más en hacer su especialización, y termina ganando menos que un Suboficial del SPB, que nunca estudió nada. Los sueldos de los profesionales de salud, acá van por jerarquía, no cobran más por especialidades”* (Entrevista a Jefa de sanidad, abril de 2022).

A pesar que se separó el área de salud del SPB, los profesionales médicos siguen percibiendo sus salarios como personal del SPB, de acuerdo a la escala jerárquica que esta institución implementa<sup>9</sup>.

## **1.2 Aspectos administrativos de la atención médica por especialidades**

Ahora bien, ¿cuáles son las consecuencias de la falta de oferta de especialidades médicas? Como el sistema de salud funciona como un CAP, cuando la PPL tiene que atenderse en alguna especialidad médica debe esperar un turno y móvil de traslado hacia un hospital extramuro. En caso de urgencia, el SPB llama a este procedimiento “orden

---

<sup>9</sup> Según el Decreto 385/2022, los escalafones Profesional y Técnico, comienza como Guardia, Cabo 1º, Sargento, Sargento 1º, Sargento Ayudante, Suboficial Principal, Adjutor, Subalcaide, Alcaide, Alcaide Mayor, Subprefecto, Prefecto, Prefecto Mayor, Inspector Mayor e Inspector General.

de urgencia en ausencia”. La burocracia necesaria para este procedimiento la detalla así una informante:

*“si no es urgente, ya que requiere realizar un estudio o intervención que puede esperar, el sector sanidad eleva una nota al sector de Registro Interno del SPB , solicitando el aval de traslado y Registro Interno eleva una nota al Juzgado correspondiente., En caso de las urgencias, si no hay nadie en Registro Interno, estamos autorizados a elevar una nota directamente al Juzgado. Este procedimiento lo llamamos orden de urgencia en ausencia...”* (Entrevista a jefa de Sanidad, abril de 2022).

Aquí se destaca la discrecionalidad en el proceso de solicitud y registro de traslados en el sector de sanidad y el sector de Registro Interno del SPB. Si la situación no es urgente, se requiere realizar un estudio o intervención que puede esperar, y se eleva una nota al sector de Registro Interno para solicitar el aval de traslado. Sin embargo, en casos de urgencia y si no hay personal en Registro Interno, se está autorizado a elevar una nota directamente al Juzgado. Esta flexibilidad en el procedimiento se denomina "*orden de urgencia en ausencia*", lo cual implica que la decisión de elevar la nota directamente al Juzgado depende de la situación y criterio del personal involucrado.

En cuanto a los turnos para los hospitales extramuros, el SPB no los puede obtener tan fácilmente: *“...la gente que está en libertad hace la fila desde las cuatro de la mañana para solicitar un turno, nosotros también tenemos que esperar a veces”* (Entrevista a jefa de sanidad, abril de 2022).

Como se indicó anteriormente, la falta de móviles puede generar que la PPL pierda el turno del hospital, que tanto cuesta conseguir, lo que genera que se tenga que volver a solicitar. En caso que un paciente privado de su libertad haya realizado estudios prequirúrgicos en un hospital, y luego pierde el turno para la cirugía por falta de móvil tiene que volver a realizarse los estudios y el SPB tiene que solicitar nuevamente turnos para los exámenes y para la operación misma. Esto lo confirma la CPM, señalando que *“era frecuente que se perdieran turnos en hospitales extramuros por la falta del móvil”* (CPM, 2019:153).

Los hospitales que son recurridos para solicitar turnos para las diferentes especialidades médicas que no están presentes en la cárcel, son el Bocalandro<sup>10</sup>, Eva

---

<sup>10</sup> El Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Carlos Bocalandro” es un establecimiento de atención médica pública ubicado en la localidad de Loma Hermosa, Tres de febrero, provincia de Buenos Aires.

Perón<sup>11</sup> y Thompson<sup>12</sup>. En algunas ocasiones también se recurre al hospital Posadas, por ser el que tiene más especialidades médicas. Para realizar estos traslados, se le avisa a la PPL la noche anterior, aprox. a las 12 am., y en algunos casos a las 5 am. Luego se acompaña a la persona hasta una celda aislada en el sector de Control (ubicado en el centro del penal), a la espera del vehículo que utilizará para el viaje. El personal del SPB de la guardia armada (ajeno al penal) viene a buscar a la PPL que debe ser trasladada, se la revisa y verifica que no esté lastimada (ya que se hace cargo la guardia) y que no tenga ningún elemento que pueda poner en riesgo su seguridad o la de terceros. Se le colocan las esposas al preso y al personal de custodia afuera del penal hasta subir al móvil de traslado.

Respecto de los insumos, sobre lo cual no se hizo mención hasta ahora, existe una situación de carencia bastante particular, que describe así la Jefa de sanidad:

*“la extraccionista tiene que traer frascos, gastar nafta con su auto para llevar sangre a analizar a los hospitales. Esto lo hace en las tres unidades, 46, 47 y 48. Lo hace por vocación, ya que no le dan los insumos para hacerlo. El principal problema es la falta de presupuesto. (Entrevista a Jefa de Sanidad, abril de 2022).*

Durante el 2022, el presupuesto para salud fue inferior al presupuesto de seguridad en la provincia de Bs. As., que contó con \$ 261.816.673.000, mientras que, al sector de salud, se le realizó un ajuste de \$ 135.282 millones (Muralla, J., 2021).

Según Behm (1992), la organización social tiene cuatro dimensiones, y entre ellas se encuentra la estructura económica y las instituciones políticas que influyen en el presupuesto. La falta de insumos para realizar las extracciones de sangre, la falta de anteojos o la falta de móviles, es un claro ejemplo que el presupuesto destinado a la salud (determinado por la estructura económica y las instituciones políticas del país), influye considerablemente en oferta de salud a las PPL.

La falta de presupuesto en insumos también se hace notar en el pago de horas a los profesionales de la salud, donde cobran solamente por 24 horas. semanales. Entonces las autoridades del Servicio Penitenciario pueden disponer que trabajen dos días de 12 horas, para que estén cubiertos dos días a la semana. Por este motivo, no hay médicos las 24 horas

---

<sup>11</sup> El Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón es una institución de salud pública ubicada en la provincia de Buenos Aires. Fundado en 1954 por el Presidente Perón, originalmente como Hospital Castex, continúa siendo hasta el día de hoy el Hospital de mayor complejidad en la zona.

<sup>12</sup> El Hospital Municipal Thompson es una institución de salud municipal, de gestión pública, ubicada en el Partido de San Martín. En los últimos años, el Hospital ha atravesado un proceso de renovación, en el marco de fortalecimiento de la salud pública en San Martín. Se trabajó para revertir la situación de deterioro en que se encontraba la infraestructura, y así poder brindar atención de calidad a más vecinos.



del día, algo que dificulta el acceso a la salud durante la madrugada, sobre todo en caso de urgencias. *“Cuando un profesional, como por ejemplo el odontólogo, se toma una licencia por vacaciones u otro motivo, no hay nadie que lo cubra”* (Entrevista a Jefa de sanidad, abril de 2022). Además, la doctora se hace presente los días jueves y viernes, y los enfermeros tienen orden de no medicar a las PPL hasta que haya un médico:

*“tengo hinchado los ganglios del cuello, me duele no puedo tragar nada, fui a sanidad un lunes y me dijo el enfermero que hasta el jueves no me puede dar ningún antibiótico hasta que no esté la doctora, solamente me dio un ibuprofeno, me dijo que si tenía suerte, se comunicaba por videollamada y me mandaban a llamar, porque ahora hacen medicina virtual”* (Entrevista a PPL N°3, septiembre de 2023).

La falta de insumos, que se pudo detectar en las entrevistas, presenta el mismo problema que tienen los hospitales públicos, pero que se acentúa en la desigualdad social y vulnerabilidad de las PPL, ya que no cuentan con recursos económicos para comprar esos insumos que puedan hacer falta en su tratamiento, tal como informa la CPM: *“...se encontraban con gran cantidad de demandas a las que no podían dar respuestas, como consecuencia de la falta de recursos”* (CPM, 2019:147).

En resumen, hasta aquí se describieron aspectos básicos del sistema de salud en general y en la unidad penitenciaria 48, el cual funciona como un centro de atención primaria en salud, donde no hay médicos especialistas, excepto un odontólogo. Se pudo mostrar que la falta de presupuesto destinado a la salud, tanto a nivel nacional como provincial, en diferentes periodos de gobierno, impacta en la oferta de salud de las PPL, ya sea en insumos, medicación y personal médico. La falta de móviles hace que las PPL que necesiten trasladarse a hospitales extramuros pierdan los turnos con los médicos.

### **1.3 ¿Cómo llega una persona detenida a la atención de salud? Mecanismos e intermediarios**

Entre la persona privada de libertad y la oportunidad de atención existen intermediaciones, y eso representa un posible obstáculo para el acceso a la salud. En ocasiones frecuentes, ante dolores estomacales o migraña, son los mismos encargados del pabellón quienes van hasta sanidad a buscar medicación para las PPL, con el fin de no dejarlos salir del pabellón. Así describe las razones de este mecanismo:

*“evitamos que los internos salgan del pabellón, porque “sanidad” nos exige que tenemos que acompañarlos, y la verdad que estoy todo el día dando paso, a veces no tengo tiempo ni para comer a horario, entonces prefiero ir yo mismo a buscarle la medicación. Durante la madrugada, trato de manejarme de la misma manera, pero ahí pasa por un tema de seguridad, porque somos menos”* (Entrevista a encargado SPB N°1, octubre de 2022).

La falta de personal también lo hace notar la jefa de sanidad, quien dijo que *“generalmente después del engome<sup>13</sup> es más difícil llegar a sanidad para los detenidos, porque hay menos personal de seguridad disponible”* (Entrevista a jefa de Sanidad, abril de 2022).

Advertimos que el principal mecanismo de acceso a la atención de salud es por vía del encargado de piso, ya sea en los pabellones del sector mediana o máxima, ya que ellos son los que están autorizados para abrir el candado de la puerta principal del pabellón para que los detenidos puedan llegar a sanidad. También... *“a veces también les alcanzan la medicación. Vienen a buscarla acá, para evitar “sacar” a los detenidos de los pabellones”* (Entrevista a Jefa de sanidad, abril de 2022), y esto es lo mismo que nos dijo el encargado en el relato anterior. Las PPL construyen un vínculo de esta manera con el personal del SPB, para que el personal los provea de medicación. A su vez, el personal ahorra tiempo y se expone menos al no permitirles salir del pabellón.

En los pabellones “cristianos”<sup>14</sup>, además del filtro que constituye el encargado para que las PPL lleguen a sanidad, anterior a éste existe “el portero”. Este actor es una PPL que trabaja para el referente o “siervo<sup>15</sup>” del pabellón. Un referente *“de pabellón está encargado de ser el nexo entre los detenidos y entre éstos y los agentes penitenciarios”* (Ángel, 2016:9) que “custodia” la puerta del pabellón, para que no haya contacto con personas del exterior al mismo. El “portero” de un pabellón cristiano describe su función así:

*“tengo que cuidar que no ingrese porro ni pastillas al pabellón, ningún hermano puede acercarse a la puerta excepto yo. Estoy para evitar “pases” para el pabellón. Esos pases de droga que hacen mal a los hermanos”* (Entrevista a PPL N° 4, noviembre de 2022)

---

<sup>13</sup> El engome significa que el SPB encierra a las personas privadas de su libertad en sus respectivas celdas.

<sup>14</sup> Los pabellones cristianos son el 1, 3 y 4, del sector de mediana seguridad. Albergan en su mayoría PPL por delitos de violencia de género. Se los denominan “cristianos” porque profesan el culto evangélico.

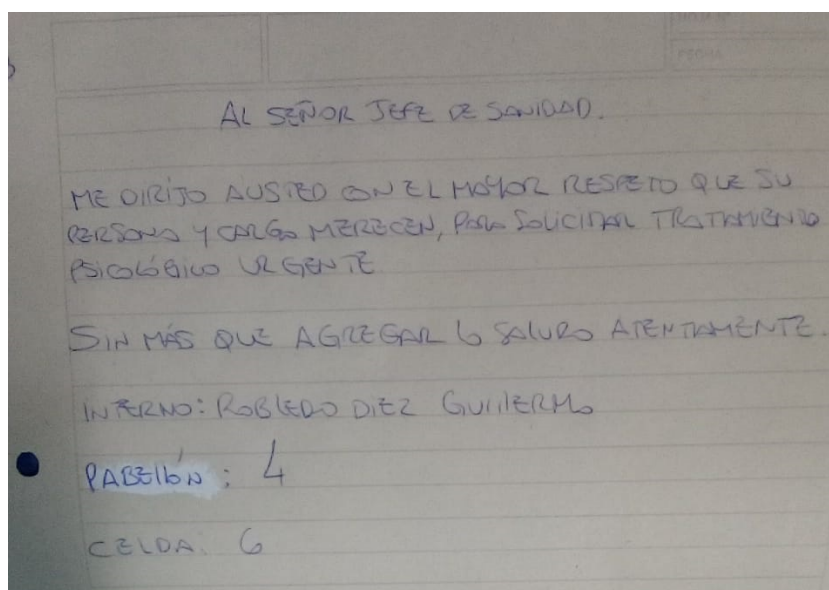
<sup>15</sup> El “siervo” de los pabellones cristianos, es el referente del pabellón, que actúa como nexo entre los integrantes del pabellón y el SPB

De esta manera, como ningún “hermano” (PPL) puede acercarse a la puerta del pabellón para llamar al encargado, tiene que avisarle al “portero” cuando necesita atenderse en sanidad, y éste es el encargado de avisarle al encargado.

*“Le dije al portero que llame al encargado porque me dolía mucho la cabeza, me respondió vamos a esperar que se acerque el encargado mi hermano, no queremos molestarlo por algo que no es urgente”* (Entrevista a PPL N°5, noviembre de 2022).

El “portero” en los pabellones cristianos se convierte en otro mecanismo de acceso a la salud. En la unidad 48 existen tres pabellones cristianos en el sector mediana. En los tres pabellones se encuentra el “portero”.

En el caso de la atención psicológica, se puede acceder a través de un escrito denominado “audiencia”<sup>16</sup>. En esta hoja manuscrita la PPL solicita atención psicológica, se escribe lo siguiente: *“al señor jefe de sanidad, necesito atención psicológica urgente. Interno, N° de pabellón y N° de celda”*. Se muestra a continuación un ejemplo de audiencia solicitando asistencia psicológica:



Una PPL cuenta como accedió a atenderse con una psicóloga, siendo que en la unidad 48 hay solo dos profesionales de psicología para más de mil personas:

*“en mi caso tuve que insistir mucho. Si no insistís la psicóloga no te atiende. Primero le daba las audiencias todas las semanas al encargado, así estuve como dos meses. Después*

---

<sup>16</sup> Una audiencia es una hoja manuscrita realizada por una PPL y que es dirigida a un jefe de algún sector en particular del SPB, con el fin de solicitarle un espacio de escucha para exponer sus inquietudes o solicitudes particulares, como por ejemplo asistencia médica, autorización para tener visita de familiares, entre otras.

*le decía al encargado que me deje llegar a sanidad. Siempre me decía que más tarde. Nunca me sacaba. Hasta que un día, le di la audiencia a un compañero que vive conmigo y se atiende con la psicóloga. Le llevó la audiencia y la próxima semana me mandó a llamar”.* (Entrevista a PPL N°6, marzo de 2022).

Identificamos otro mecanismo de acceso para el caso de salud mental: los propios compañeros de pabellón que se encuentran con tratamiento psicológico pueden llevar la audiencia solicitando asistencia al área de salud, cuando estos son atendidos por los profesionales de la salud mental.

Por último, otro mecanismo de acceso a la salud en la cárcel es la vía judicial. Cuando no se obtiene respuesta por parte de los encargados del área de salud o del Jefe de Personal, las PPL recurren a su juzgado para solicitar asistencia sanitaria. Con este relato podemos ver como a través de la vía judicial, se puede acceder de manera más rápida a la salud en contraposición a que si no se haría el reclamo al juzgado:

*“Sufro de una enfermedad que me saca el potasio, siento que no tengo fuerzas y se me caen todas las cosas de las manos, me siento como torpe. Varias veces fui a sanidad para que me den los medicamentos y ni cabida. Tiré un habeas corpus y el juzgado mandó una orden judicial al penal, entonces ahí sí me dieron los remedios al toque”* (Entrevista a PPL N°2, junio de 2022).

A través del capital social, las PPL también acceden a la atención de salud de manera más eficaz. El capital social es *“la acumulación de recursos reales o potenciales que están unidos a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de reconocimiento mutuo”* (Bourdieu, 1986:248). Las PPL procuran adquirir el mayor capital social que puedan, entre familiares y amistades del medio libre. Este capital social facilita el acceso a la salud, actuando como un intermediario, como un puente entre la PPL y el Juzgado. Los familiares o amistades van al juzgado reclamando por la salud de sus seres queridos que se encuentran privados de su libertad, ya sea para que los atiendan los profesionales de la salud, o bien se emita una orden judicial al penal para que los trasladen al hospital fuera del muro.

*“Me tienen que llevar al hospital para operarme de la vesícula, todavía no me sacaron el turno para hacerme los exámenes médicos antes de la operación, no me pasan cabida, así que tiré un habeas corpus<sup>17</sup> al juzgado para ver qué onda”* (Entrevista a PPL N°7, noviembre de 2022).

---

<sup>17</sup> Habeas Corpus: del latín “Protección del cuerpo”. Las PPL recurren a este recurso judicial cuando alguna situación particular afecta su vida, ya sea por amenazas de muerte, falta de alimentación, tratamiento médico o medicamentos. El juzgado queda obligado a responderle inmediatamente. Puede ser presentado por el propio detenide o un familiar del mismo.

Luego de no obtener respuesta en el penal y después de varios intentos, las PPL realizan escritos judiciales para reclamar por su salud. “*Tirar un habeas corpus*” significa realizar un escrito para el juzgado, reclamando por los derechos humanos básicos, por ejemplo, el acceso a la salud. Desde la mirada del sector judicial,

*“Más de la mitad de los Habeas Corpus que recibo en mi juzgado son por problemas de salud. En los casos de urgencia, no hemos tenido inconvenientes, mandamos el oficio, que lo reforzamos con un llamado. Muchas veces ocurre que los atienden por guardia y requieren interconsulta, más allá que lo llevaron al hospital, en el hospital no lo atendieron”.* (Entrevista a Juez de Ejecución Penal, abril de 2023)

De esta manera, corroboramos lo que nos dijeron el 52% de las PPL encuestadas para esta investigación, en cuanto a la necesidad de realizar reclamos judiciales para poder acceder a la salud. El juzgado envía la orden al penal, el penal los traslada, pero aun así no se garantiza el acceso a la salud, porque muchas veces requieren interconsulta, entonces tienen que volver otro día al hospital. En este aspecto, una PPL nos relató lo que le dijo una enfermera cuando lo atendió después de haber realizado un reclamo judicial por su estado de salud:

*“Cuando fui a reclamar para que me saquen al hospital, la enfermera me dijo: ¡tanto vas a mandar en cana, ortiva!, ¡me llegan una banda de oficios tuyos!, ¿para qué te haces lastimar?, si seguís jodiendo te voy a escribir para que te saquen de traslado al campo”* (Entrevista a PPL N°8, noviembre de 2022).

Este interno se encontraba alojado en el pabellón N° 10 de Rugby, y había realizado varios reclamos judiciales, porque tenía una bala en el tobillo (que recibió antes de estar detenido) y se le estaba infectando, pero no lo atendían en Sanidad. Esto refleja actos de violencia institucional hacia las personas detenidas, tal como lo informa la CPM:

*“el aislamiento es una práctica que en sí misma coarta los movimientos de las personas detenidas y las distintas formas de vinculación social intra o extra carcelaria, provocando un consiguiente deterioro físico y subjetivo. Pero además esta situación se combina con otros malos tratos y torturas como las malas condiciones materiales y alimentarias, una mayor restricción en el acceso a la salud y prácticas direccionadas de violencia como las agresiones físicas, los robos de pertenencias y las amenazas”* (2019:95).

En síntesis, los mecanismos para lograr la atención en salud son a través del encargado de piso, “audiencias” destinadas al sector sanidad, a través de los compañeros de celda y por vía judicial.

#### 1.4 Tácticas para lograr la atención sanitaria

Las tácticas para lograr la atención sanitaria son las posibilidades de acceso a la salud que van construyendo las PPL a partir de oportunidades específicas. Según De Certeau, una táctica es el *“cálculo de relaciones de fuerzas que se vuelve posible a partir del momento en que un sujeto de voluntad y de poder es susceptible de aislarse de un ambiente...por el contrario, llamo táctica a un cálculo que no puede contar con un lugar propio, ni por tanto con una frontera que distinga al otro como una totalidad visible”* (1980:12). Existen ciertas tácticas por parte de las PPL para poder llegar más rápido al sector sanidad. De Certeau argumenta que las tácticas son utilizadas por personas y grupos que no tienen el poder para imponer sus propias estrategias, y que estas tácticas pueden ser una forma efectiva de resistencia y subversión en entornos institucionales. El autor destaca cómo los individuos, incluso en situaciones de opresión, encuentran maneras de sortear las estructuras de poder y ejercer cierto grado de agencia. Las PPL utilizan tácticas cotidianas para negociar su existencia dentro de un entorno altamente regulado. Esto podría incluir formas de acceso a la atención médica, a establecer redes de apoyo entre ellos y a encontrar maneras de resistir o subvertir el control de las autoridades penitenciarias. Una de las tácticas que utilizan las PPL en la unidad 48 consiste en asistir a la escuela a la mañana temprano (8:30 hs.) y después pedirle al encargado de escuela que lo deje ir hasta Sanidad:

*“si pido paso en el pabellón nunca me sacan a sanidad, hace unos días que me siento mal y el encargado del piso me dice que no hay médico ni enfermera, entonces por eso vine a escuela para poder salir del pabellón”* (Entrevista a PPL N°9, julio de 2023).

Además de ir a la escuela, como táctica para salir del pabellón y llegar al sector de sanidad, las PPL también prefieren presentarse a trabajar al sector de Talleres o Cocina, aunque estén enfermos, utilizando esto también como táctica para llegar a sanidad:

*“aunque me dolía mucho el estómago, prefiero salir a trabajar a talleres, porque está cerca de sanidad, y así me atienden más rápido. Si no voy a trabajar por estar enfermo, es peor, porque no me van a sacar del pabellón para ir a sanidad”* (Entrevista a PPL N°10, octubre de 2023).

Los anteriores relatos demuestran que las PPL utilizan tácticas para poder acceder a la salud, demostrando una lucha y resistencia contra el sistema carcelario, que le obstaculiza poder salir del pabellón para atenderse con un médico. Además de estas razones, el SPB demuestra una *“creencia de que las personas detenidas son sujetos*

*peligrosos, conflictivos y demandantes*” (Bolajuzón y Bouilly, 2018:57), por lo que no es fácil que el personal penitenciario permita a las PPL salir del pabellón para llegar a sanidad, y tampoco que el sector de salud atienda a la persona enferma sin personal de custodia.

Otra táctica de los internos es acudir a los compañeros que salen del pabellón por diferentes motivos, ya sea ir a estudiar o a trabajar, para poder llegar al sector de cocina y pedir alimentos para mejorar la calidad de alimentación, y consecuentemente, mejorar su salud:

*“Juan siempre me trae una cebolla para poder cocinar algo rico a la noche, ya que el sale de lunes a viernes a trabajar a talleres, a veces rescata arroz o fideos y algunas verduras, así cocinamos un buen guiso a la noche”* (Entrevista a PPL N°11, mayo de 2023)

Esto confirma lo que dice De Certeau sobre las redes de apoyo entre las personas involucradas en una misma situación de vulnerabilidad, ante el ejercicio del control y poder por parte de una institución. Como podemos ver, si las PPL no tienen un compañero que salga del pabellón, se les dificulta poder acceder a una buena alimentación diaria.

Para aplicar tácticas necesitan generar “oportunidades” de atención sanitaria, que son aquellas posibilidades por fuera de los mecanismos de acceso.

Las oportunidades de atención sanitaria se pueden clasificar en los siguientes tipos:

- a) Las generadas a partir de capital social
- b) Las generadas por una ubicación geográfica asidua
- c) Las generadas por uso del lenguaje

El capital social no es inherente ni dado, sino que se construye a través de inversiones materiales y simbólicas, así como esfuerzos que implican gastos adicionales (Bourdieu, 1973). Para las PPL funciona como un vínculo que conecta los dos entornos, tanto dentro como fuera de la cárcel. El capital social le permite a las PPL adquirir capital económico, que es utilizado en ciertos gastos que le permiten, a su vez, adquirir más capital social dentro de la unidad 48, construyendo un entramado de relaciones que les facilitan el acceso a la salud.

El primer tipo, oportunidades “generadas por capital social”, es aquel generado dentro del contexto de la cárcel, a través de las relaciones con el personal del SPB. Estas relaciones facilitan el acceso a la salud por parte de la PPL, y veremos a continuación de

qué manera se utiliza. Fomentar y mantener una “buena relación” con el personal penitenciario beneficia el acceso a la salud. A partir de la acción racional con arreglo a fines, “*determinada por expectativas en el comportamiento tanto de objetos del mundo exterior como de otros hombres, y utilizando esas expectativas como condiciones o medios para el logro de fines propios racionalmente sopesados y perseguidos*” (Weber, 1994:119), las PPL logran su objetivo. Por ejemplo: “*Cuando voy por el pasoducto<sup>18</sup> a estudiar, en verano le regalo un jugo al encargado para que se tome unos tererés, después cuando le pido paso para algo, me lo da al toque*” (Entrevista a PPL N°12, noviembre de 2021). Dar “paso” significa abrir la puerta del pabellón o la celda en que se encuentra alojada la PPL, y una vez abierta esta puerta, se puede caminar hacia el sector de salud. Cuando la PPL dice que le regala “un jugo” al encargado, está actuando de manera racional con arreglo a fines, o en términos de De Certeau, está desarrollando una táctica.

Durante la madrugada es más difícil acceder a sanidad, ya que hay menos personal de seguridad disponible en la cárcel, y también hay que tener en cuenta, que, si se logra acceder a sanidad, tampoco hay médicos disponibles. Para llamar al encargado durante la madrugada, estando la celda *engomada*<sup>19</sup>, las PPL tienen que gritar muy fuerte para que los escuchen los encargados. En ocasiones, los mismos compañeros de celda le ayudan a gritar para llamarlo, porque no los escuchan tan fácilmente. Generalmente hay un encargado por cada sector de pabellones, siendo seis pabellones para el sector de mediana seguridad y seis para el de máxima seguridad. El encargado de cada sector descansa durante la noche en un punto medio: puesto de vigilancia del pabellón N°3 para el sector mediana, y puesto de vigilancia del pabellón N° 9 para el sector máxima. Los pabellones que se encuentran más lejos están a cincuenta metros de distancia (pabellones 1 y 6 de mediana; y pabellones 7 y 12 de máxima son los más lejanos) del punto medio que hemos descripto, y esto ocurre en cada sector, tanto mediana como máxima.

Las relaciones sociales estratégicas con el SPB (encargados y jefes) facilitan el acceso a la salud por parte de las PPL. Según Parsons (1937) los sistemas sociales influyen en el acceso a la salud al establecer normas y roles que determinan cómo se distribuyen los recursos y cómo se brindan los servicios de salud. De esta manera, establecer buenos

---

<sup>18</sup> Pasillo que recorre la entrada a los distintos pabellones.

<sup>19</sup> En la jerga de la cárcel, significa cerrada.



vínculos con quienes se encargan de la distribución de los recursos (SPB) favorece el acceso a la salud.

Por otra parte, el capital social también se construye a través de las relaciones entre personas en el entorno fuera de la cárcel. Desde familiares, amistades, y otros vínculos, las PPL acceden a la salud con este tipo de capital social. Por ejemplo, a través de las visitas, les traen los medicamentos que necesitan, y también, como observamos en el apartado anterior, les sirve para que puedan realizar los reclamos a los juzgados correspondientes, cuando, por ejemplo, no los trasladan al hospital extramuro para hacer una intervención quirúrgica:

*“Estuve un año para poder operarme de la hernia. Cuando tenía fecha de operación en el hospital, perdía el turno porque no me llevaban, me decían que no había móvil. Entonces tenía que hacerme los estudios pre quirúrgico de nuevo, porque se habían vencido. Tenía que volver a esperar un turno para los pres quirúrgicos y después para la operación. Siempre perdía todos los turnos. Para que no me pase de nuevo lo mismo, mi familia tuvo que ir al juzgado para reclamar, así me terminaron sacando al hospital el día que tenía la operación. Si no te sigue tu familia, fuiste”. (Entrevista a PPL N° 7, noviembre de 2022).*

Los lazos sociales con los referentes o personas privadas de su libertad con poder, generalmente en los pabellones, se constituyen con brindar el capital económico que provee el capital social adquirido por medio de familiares o allegados, mediante depósitos de mercadería con mercancía de valor. Veremos en los próximos capítulos que la mayor frecuencia de visita y depósitos de mercadería genera un capital económico mayor en las PPL, que a su vez les permite adquirir capital social, y, en consecuencia, acceden mejor a la salud que otras personas que poseen menor capital social. Las visitas y depósitos de mercadería son mayores si se adquiere un mayor capital social. Según Filgueira, *“la relación entre estructura de oportunidades y pérdida del capital social familiar y comunitario ocupa un lugar destacado en la medida en que remite el análisis a los procesos de expansión del “estado de bienestar”* (2001:21). Las PPL que necesitan tratamiento médico, tienen mejores oportunidades de acceder a la salud si cuentan con capital social externo de familiares y/o amistades. La escasez de capital social familiar impactaría en dicho acceso, ya que el status económico y social de los detenidos puede verse afectado por dicha pérdida.

El segundo tipo, oportunidades generadas por “ubicación geográfica asidua”, es cuando las PPL trabajan en sectores cercanos al sector de sanidad. En esta unidad

penitenciaria, los sectores cercanos son cocina y talleres. En ambos sectores hay trabajadores detenidos, y solamente tienen dos puertas para llegar a sanidad.

*“yo trabajo en el parque, cuando quiero llegar a sanidad tengo que volver hasta donde está el encargado de mediana para avisarle, pero la mayoría de las veces me dice que me engoma en el pabellón y después me saca” (PPL, 2022).*

Con este relato podemos observar que trabajar en los sectores aledaños a sanidad crea una nueva posibilidad para acceder a la atención de salud.

Siguiendo a Rovere (2016) podemos entender en qué consisten las barreras geográficas en el acceso a la salud, y las ventajas que trae a las PPL realizar alguna actividad diaria en las proximidades del sector de sanidad. El autor explica que el acceso universal se refiere a la eliminación gradual de barreras geográficas, económicas, socioculturales, organizativas y de género para garantizar que todas las personas puedan utilizar servicios de salud integrales de manera equitativa a nivel nacional. Trabajar en el sector de Talleres ofrece a los detenidos un mejor acceso a la salud, ya que este sector se encuentra próximo al sector de sanidad, y en este punto, existe una desigualdad respecto detenidos que no trabajan en este sector. Esta desigualdad es mayor para quienes no pueden salir de los pabellones porque no trabajan ni estudian<sup>20</sup>.

El tercer tipo, oportunidades “generadas por uso del lenguaje”, significa poder salir del pabellón utilizando un lenguaje más cordial cuando las PPL llaman y dialogan con los encargados. Estos le facilitan la salida del pabellón más rápidamente. La fluidez y pertinencia del lenguaje de las PPL se ve influenciada por su origen sociocultural, siendo más notable en aquellas que provienen de un contexto sociocultural más alto.

La desigualdad sociocultural y económica en el acceso a la salud se refleja en que los problemas epidemiológicos en las comunidades están causados por desigualdades sociales, la falta de control ambiental y de alimentos consumidos (Spinelli, 2010), y como barrera tipo sociocultural. Así como existe desigualdad en el medio libre, también se hace presente en la vida intramuros. Un grupo de personas puede sufrir desigualdades dentro de la cárcel por diferentes motivos:

*“estoy por un delito de estafa, vengo de una buena familia, me quedan cuatro materias para recibirme de Economista, antes de estar detenido estaba estudiando; me gustaba la*

---

<sup>20</sup> Es importante destacar que algunas personas no realizan actividades debido a la sobrepoblación carcelaria y la falta de cupos suficientes.

*plata, entonces pasó lo que pasó...en mi caso no me cuesta salir del pabellón, no se...será porque mantengo mi léxico acá dentro...” (Entrevista a PPL N°13, diciembre de 2020)*

Este testimonio refleja que un mayor capital cultural puede beneficiar a los detenidos, en cuanto a facilitar el acceso a la salud, ya que, al poder salir del pabellón, se puede llegar al sector sanidad sin mayores obstáculos. Según Godelier, tener un lenguaje de origen, en este caso, proveniente de un nivel sociocultural superior al promedio, facilita el acceso a la salud en contexto de encierro, lo que genera desigualdad entre los detenidos y un cierto “poder” por parte de los que dominan un léxico más adecuado. *“Existe, sin embargo, una desigualdad entre grupos, pues los refugiados, quienes expulsaron a una parte de la población que los había cobijado, controlan los rituales junto al clan local, que los ayudó en esa felonía, en esa traición, en esa operación política”. Ese clan local, que se quedó entre los Baruyá, dispone de grandes poderes rituales...” (1986:110).*

### **1.5 Modalidades de atención sanitaria**

Para poder acceder a la atención especializada, se realiza el traslado del paciente detenido/a al hospital modular. El hospital modular se encuentra ubicado dentro del Complejo Penitenciario San Martín, en las proximidades de la Unidad N°48, y frente del Régimen Abierto de esta unidad penitenciaria, más precisamente al lado del Régimen Abierto de la Unidad N°47. Según la jefa de Sanidad:

*“durante fines de 2020 se inauguró el hospital modular...las especialidades que posee son radiología y extracciones de sangre...también hay para realizar electrocardiogramas y ecografías...hay un desfibrador... articulamos con el hospital modular, porque acá no tenemos todo lo necesario” (Entrevista a Jefa de sanidad, abril de 2022).*

Si una PPL tiene que recibir una atención especializada que no se brinda en el hospital modular, debe ser trasladada a un hospital extramuro, previa autorización judicial. Igualmente, para trasladar al paciente tiene que ser mediante un móvil, debido a medidas de seguridad del SPB, pese a la corta distancia y teniendo en cuenta que está dentro del Complejo Penitenciario. Este hospital está habilitado, pero en algunas cuestiones no se encuentran las condiciones óptimas para trabajar con pacientes, por ejemplo, un ex trabajador del sector de sanidad:

*“Hace poco me atendí personalmente, la radióloga se puso un chaleco, y a mí no me puso nada, o sea que no está habilitado como corresponde el hospital modular. Sin la pared pintada de plomo, agarras toda la radiación” (Entrevista a PPL ex trabajador del sector sanidad, abril de 2022).*

Por otro lado, en el 2015 también faltaba personal en el sector de salud:

*“En ese entonces no había enfermero ni médico, no venían, se iban, no le importaban abandonar la guardia, se iba a las ocho de la noche y no quedaba nadie. Atendía yo, le daba algún Ibuprofeno, venían los encargados y me preguntaban si había un enfermero o médico. No, estoy solo, le respondía varias veces, sobre todos los días martes, jueves y los fines de semana no había nadie. En vacaciones menos todavía, no había nadie para cubrir. O venía un rato el de la 47, atendía una o dos personas y se iba. El vigi ponía inyecciones (el encargado de la seguridad) y yo medicaba. Le preguntábamos al interno, si aceptaban, la mayoría que estaban con dolores aceptaban”.* (Entrevista a PPL ex trabajador del sector sanidad, abril de 2022).

El sector sanidad dispone de atención odontológica tres veces por semana, nutricionista dos veces por semana, psicología tres veces por semana y traumatología una vez por semana. Debido a la escasez o falta de insumos, la frecuencia de atención médica no garantiza una atención completa, ya que por ejemplo, el odontólogo no tiene anestesia para extracción de muelas: *“fui al dentista, luego de reclamar un turno hace más de dos meses, me dijo que podría sacarme la muela pero que me haga traer con mi familia los calmantes, porque no tenía nada para darme”* (Entrevista a PPL N°14, octubre de 2021); la nutricionista, por más que determine la dieta que corresponde a las PPL, el sector de cocina no ofrece los alimentos necesarios que se requiere según algunas patologías: *“actualmente la nutricionista, no puede incidir demasiado en la alimentación, debido a que el SPB firmó hace unos años un contrato con la empresa “Cook Master”, donde ellos deciden que es una “comida especial” para algún interno con alguna patología”* (Entrevista a Jefa de sanidad, abril de 2022); y además, solamente hay dos psicólogas para más de mil personas alojadas en la cárcel. Durante la noche no hay médicos: *“prefiero que trabajen dos turnos de 12 horas. Para cubrir dos días durante el día, ya que les pagan por 24 horas semanales”* (Entrevista a jefa de Sanidad, abril de 2022). La falta de médicos durante la madrugada trae aparejados problemas en el acceso a la salud: *“me sentía muy mal del estómago, eran como las tres de la mañana, mis compañeros de celda llamaban a gritos al encargado, como después de veinte minutos se acercaron. Me llevaron a sanidad y sólo había un enfermero que me aplico una buscapina inyectable.* (Entrevista a PPL N°15, mayo de 2022). Como sabemos, un enfermero no puede diagnosticar ni realizar un pedido de estudios para saber exactamente qué causa la dolencia del paciente, por lo que el acceso a la salud está restringido durante la madrugada, situación similar que en la descrita anteriormente durante el año 2015.

En conclusión, en este capítulo hemos mostrado cómo es el sistema de salud en la Unidad 48, las dificultades que presenta el SPB al momento de realizar los traslados de las PPL a los hospitales extramuros, los procedimientos administrativos que demoran la atención en salud y la falta de presupuesto por parte del gobierno de la provincia. También describimos ciertos mecanismos y tácticas que ponen en práctica las PPL, para poder acceder a la atención en salud.

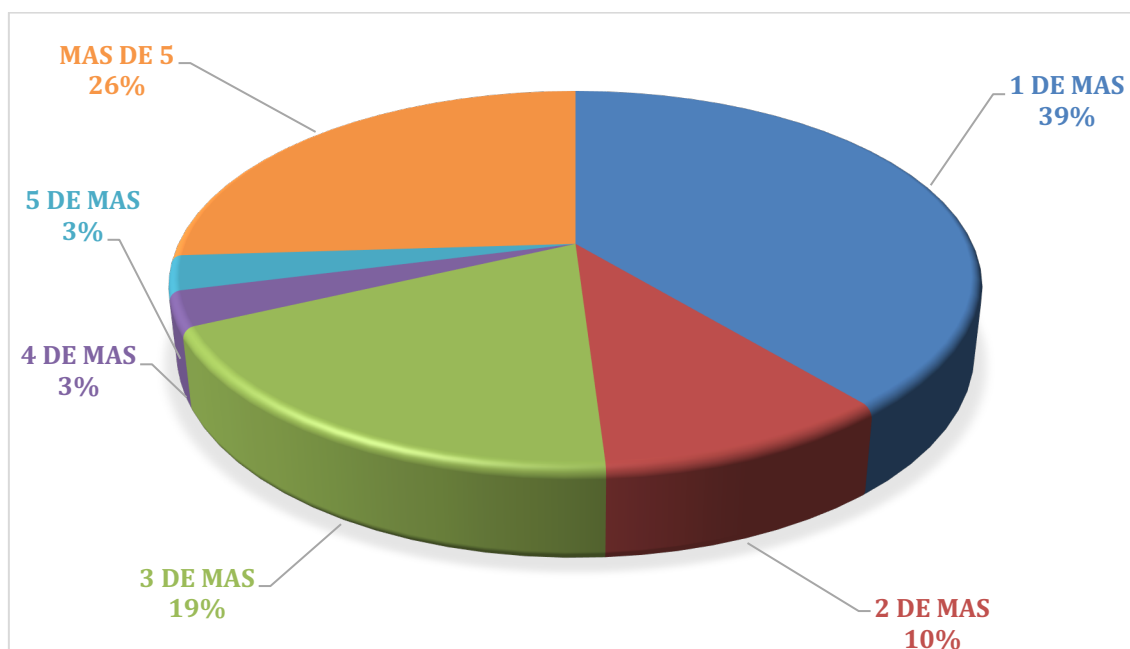
## Capítulo 2: Condiciones de vida y prácticas socio-sanitarias

### 2.1 ¿Cómo viven las PPL?

Las condiciones de vida de los reclusos en la Unidad Penitenciaria N° 48 de San Martín se caracterizan por el hacinamiento, instalaciones limitadas, falta de privacidad y recursos básicos, factores que afectan su bienestar y calidad de vida. Siguiendo el informe de la CPM, podemos ver como “*el gobierno elude hacerse cargo de la crisis humanitaria que se vive en los lugares de encierro...con niveles de hacinamiento y sobrepoblación que bate records históricos a nivel nacional y de manera brutal en la provincia de Buenos Aires*” (2019:21). El hacinamiento y las condiciones limitadas, tienen un impacto negativo en la salud de las PPL, aumentando el riesgo de enfermedades infecciosas, estrés psicológico y dificultades para acceder a atención médica adecuada.

El relevamiento realizado para esta investigación muestra que 1 de cada 4 encuestados responde que en su celda hay 5 personas más de las permitidas, tal como se observa en el gráfico:

Gráfico 1: Cantidad de PPL de más en promedio por celda Unidad N°48, año 2022.



Fuente: Encuesta “Condiciones de salud y atención de la población privada de libertad en la Unidad N°48 y estudiantes del CUSAM”

La sobrepoblación<sup>21</sup> de la Unidad 48 tiene un efecto negativo sobre las condiciones de vida de las PPL, tal como fue documentado en varios informes y estudios (PPN, 2020 y CPM, 2019). También se reflejan efectos adversos en el acceso a la salud, ya que el hacinamiento aumenta el riesgo de propagación de enfermedades infecciosas, dificulta la atención médica adecuada, genera estrés, ansiedad e incrementa la violencia y los conflictos dentro de la celda.

En relación con el ambiente físico, que es uno de sus determinantes sistémicos mencionados por Behm, observamos que las instalaciones son limitadas en términos de espacio habitacional, infraestructura deteriorada, insuficiencia de servicios básicos como agua potable y saneamiento, así como escasez de recursos para satisfacer las necesidades básicas de las personas privadas de su libertad. En cuanto al ambiente físico, la unidad 48 fue construida<sup>22</sup> en cercanías al CEAMSE, lo cual también influye el medio ambiente en la cual se encuentra ubicada, debido a la contaminación ambiental de la zona:

*“los problemas respiratorios, a veces son producto de las zonas donde residen, que tiene que ver con cercanías a basurales, por ejemplo, el que está en San Martín, y que producen problemas respiratorios en la unidad 48”* (Entrevista a Juez de Ejecución Penal, abril de 2023)

Spinelli (2010) sostiene que los problemas epidemiológicos que afectan a las personas, tienen su origen en las desigualdades sociales, la falta de controles sobre el medio ambiente y sobre los alimentos que consumen. Podemos decir que el agua es potable según personal del SPB, pero en diferentes entrevistas, las PPL nos han comentado que el agua sale de color oscura y *“como más pesada que la de la calle”*. Las PPL comparan el agua de la cárcel con la del medio libre (agua de la calle), y notan una diferencia en la frescura. *“A veces las maestras o profesores nos convidan agua mineral y se nota la diferencia, cuando estas acá te acostumbras a tomar esta agua, a la gente de la calle le cae mal, le produce dolores de estómago, por eso traen su agua en botella”* (Entrevista a PPL N°9, julio 2023). Podemos constatar con diferentes relatos, mediante entrevistas y con el informe de la CPM, que el agua no es potable, a contraposición de lo que la institución penitenciaria pretende afirmar.

---

<sup>21</sup> Además de los informes citados, existen declaraciones que dan cuenta del problema, por ejemplo, del Comité Nacional de prevención contra la Tortura, CNPT. Ver: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/declaracion-de-sobrepoblacion>

<sup>22</sup> La unidad penitenciaria N°48 del SPB fue construida en el año 2006. En marzo de 2007, comenzó su actividad administrativa y en octubre de ese año ingresaron los primeros internos. Posee una superficie total de 59.997 m<sup>2</sup>.

En cuanto a la desigualdad social, vemos que afecta al acceso a la salud, ya que “en el año 2022, el 14,7% de la población reporto un estado de salud deficitario...Este número varía ampliamente en función del nivel socioeconómico, ya que solo el 6,2% de las personas del nivel medio alto indican tener problemas de salud en contraste con el 23,5% de las personas de nivel socioeconómico muy bajo” (Manavella, Lafferriere y Espínola, 2022:5), y si lo comparamos con las desigualdades que se originan dentro de las cárceles, podemos observar que un escaso capital social (en cuanto a frecuencia de visita y contención familiar se refiere), condice tener a su vez, un bajo capital económico, por ejemplo en alimentos y medicina que puede proveer la familia.

Por otro lado, saneamiento se define como las medidas destinadas a garantizar un ambiente saludable y seguro, incluyendo la eliminación segura de residuos sólidos y la higiene personal y ambiental. En el contexto penitenciario, el saneamiento es esencial para prevenir enfermedades y garantizar condiciones de vida dignas para las personas allí alojadas. Los tachos de basura están oxidados y en malas condiciones, los líquidos se derraman por el fondo de los mismos, contaminando todo el suelo por donde los arrastran internos que trabajan de “tachero”<sup>23</sup>. Después de las 8 de la mañana, luego de la apertura del pabellón, dos internos por cada sector (mediana y máxima) trabajan subiendo los tachos de basura a un carrito con ruedas. Estos tachos los retiran de la puerta de los pabellones, que a su vez son dejados en el “pasoducto”<sup>24</sup> por las PPL que viven dentro de cada pabellón. Luego los llevan a la puerta del penal y los sacan afuera del mismo. Los domingos y feriados no es posible retirar la basura de los pabellones.

Siguiendo con las condiciones de vida, y según las encuestas realizadas, dentro de las celdas, es común visualizar cucarachas pequeñas, generalmente cucarachas del tipo alemán, cuyo nombre científico es *blatella germanica*<sup>25</sup>, pese a la fumigación que se realiza esporádicamente.

---

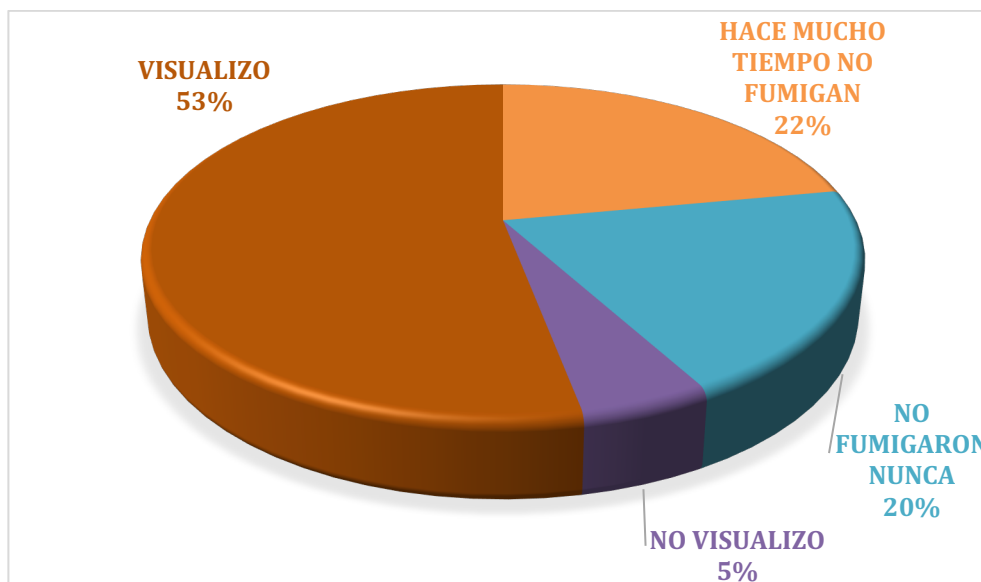
<sup>23</sup> el trabajo de “tachero” consiste en retirar los tachos de basura de todos los pabellones y trasladarlos hasta la puerta de salida del penal.

<sup>24</sup> El pasoducto es el pasillo que conduce y conecta con distintos sectores de la cárcel y con la salida de cada uno de los pabellones.

<sup>25</sup> Especie de cucaracha que es una plaga sinantrópica (ha adaptado su comportamiento o hábitat para vivir cerca o en asociación con los seres humanos) y es una de las más difíciles de controlar. Cada hembra reproduce la especie por medio de un huevo u “ooteca”, del que pueden nacer de unas 15 hasta un centenar de cucarachas. Los huevos tardan en eclosionar unos 28 días. Cada ooteca (cápsula delgada) mide 8 mm de longitud, de color marrón claro, contiene de 30 a 48 embriones. Una hembra adulta vive en promedio 7 meses.



Gráfico 2: Visualización de cucarachas después de la última fumigación, año 2022.



Fuente: Encuesta “Condiciones de salud y atención de la población privada de libertad en la unidad N° 48 y estudiantes del CUSAM”

Vemos que un 53% continuó viendo cucarachas después de la última fumigación, un 22% dijeron que hace mucho tiempo no fumigan y un 20% que nunca fumigaron. Estos insectos pueden transmitir diferentes formas de gastroenteritis, diarrea, hepatitis y otras enfermedades, por contaminación con la comida, la que reposa varias horas dentro de la celda, antes de ser consumida por las PPL. También las cucarachas, al ser de pequeño tamaño, en algunas oportunidades ingresan dentro del oído mientras las personas descansan durante la noche, provocándoles infección, que en muchos casos deben ser trasladados al hospital en el medio libre, con el fin de ser extraídas: “*me entró una cucaracha en el oído, me moría del dolor, estuve tres semanas así, me tuvieron que sacar al hospital de la calle*” (Entrevista a PPL N°16, febrero de 2023)<sup>26</sup>

Con el informe de la CPM, pudimos observar que en la Unidad 34, “*las celdas presentaban suciedad acumulada, olores nauseabundos, moscas, cucarachas y falta de*

<sup>26</sup> En el penal de Ezeiza perteneciente al SPF, al cantante “Pity” Alvarez, también le extrajeron una cucaracha viva del oído, el 23 de agosto de 2018. Fuente: Diario Página 12, disponible en <https://www.pagina12.com.ar/137070-una-cucaracha-viva>.

*vidrios en las ventanas*” (2019:248), pudiendo constatar lo mismo que ocurre en la unidad 48. Además, como las ventanas no tienen mosquiteros, las PPL están expuestas a infecciones por dengue durante el verano. A consecuencia de insectos como las cucarachas y mosquitos, también se visualizan arañas que les sirven de alimento, y se reproducen más rápidamente. En ocasiones, pican a las PPL que están durmiendo, provocándole hinchazón en el rostro u otras partes del cuerpo.

La higiene personal se realiza en duchas compartidas dentro de cada pabellón. Por lo general se dispone de agua caliente, pero las PPL deben levantarse temprano para ducharse con agua caliente en invierno, ya que, debido al hacinamiento, hay alojadas más de 90 personas en cada pabellón, por lo que el agua caliente se termina pronto, sumado a que en la mayoría de los pabellones no hay calefacción (algunos tienen calefacción porque les trae su familia un caloventor eléctrico), lo que en época invernal provoca resfríos leves o graves, y en algunas ocasiones pulmonías. Esta cuestión provoca discusiones dentro del pabellón y problemas de convivencia, generándose tensiones y luchas entre las personas para ducharse con agua caliente: *“si no te levantas temprano se te escapa el agua caliente, después te bañas con agua helada, y si te enfermas no hay medicamentos”* (Entrevista a PPL N° 11, mayo de 2023). Este aspecto será retomado más adelante en detalle.

El SPB no provee de ningún elemento de higiene personal. El jabón de tocador, shampoo, jabón en polvo, dentífricos, etc., son provisto por familiares y amigos, o por los mismos compañeros de celda o pabellón que comparten con quien no tiene visita ni depósito de mercadería en el penal, por parte de sus familiares o allegados. En cuanto a la higiene ambiental, los elementos de higiene también son provistos por la familia, como lavandina y cloro para desinfectar, o “perfumina” que es desodorante líquido para el piso, hecho que pudimos corroborar con las encuestas y en el informe de la CPM *“las familias debían llevarles mercadería cuando iban a visitarlos. Lo mismo ocurría con los elementos de higiene personal y la ropa de cama”* (2019:407).

La falta de recursos tiene un impacto significativo en el personal y para asegurar una atención médica adecuada en entornos carcelarios (CICR, 2018). Existe una notable escasez de recursos para satisfacer las necesidades básicas de las personas privadas de libertad, debido a factores como la falta de presupuesto asignado al sistema penitenciario, la falta de prioridad en la asignación de recursos por parte de las autoridades competentes y la sobrecarga del sistema penitenciario en general. Estas limitaciones dificultan la provisión adecuada de alimentos, atención médica, servicios de higiene y otros recursos

esenciales, que en algunos casos son subsanadas por las familias de las PPL (en caso que tengan contención familiar), tal cual se documentó en un estudio del CELIV, donde señala que *“dentro de los elementos básicos que provee la familia, el principal es la comida, la vestimenta y el calzado. Otros elementos, aunque en menor medida, son los medicamentos...”* (2015:20). El hacinamiento también *“multiplica la generación de desechos y favorece la trasmisión de enfermedades”* (Bolajuzón y Bouilly, 2018:6). Además de los factores mencionados anteriormente, también se debe a políticas penitenciarias restrictivas para mantener la seguridad dentro de la institución carcelaria, falta de programas de reinserción social efectivos, corrupción y falta de transparencia en la gestión de los recursos destinados al sistema penitenciario.

En cuanto a las prácticas socio sanitarias, se definen como acciones que se llevan a cabo para promover y garantizar la salud y el bienestar social de las personas, abordando aspectos tanto sanitarios como sociales. Incluyen medidas de prevención, atención médica, promoción de hábitos saludables y programas de apoyo social. En esta cárcel, no hemos podido identificar promociones de hábitos saludables adecuados, ya que, según las encuestas realizadas, hay una mala calidad de alimentación, con una puntuación regular por parte de las PPL en cuanto a calidad, y tampoco existen programas de tratamiento para dejar de fumar o para tratar consumos problemáticos en general, esto también se observa en el informe de la Procuración Penitenciaria de la Nación: *“resulta preocupante la poca oferta de programas de abordaje de consumos problemáticos y su falta de adecuación a las características de la población detenida, teniendo en cuenta que muchas veces la población detenida llega con fuertes dependencias a sustancias psicoactivas”* (PPN, 2020:6), corroborando que lo mismo ocurre en las cárceles del SPF.

En relación con la actividad física, las PPL pueden salir a una cancha de rugby para jugar fútbol, o bien, salir a correr al aire libre, con una frecuencia semanal de 2 horas. Se observa que los pabellones de rugby de la Fundación Espartanos (sector máxima seguridad), entrenan todos los días, y algunos internos hacen uso de esta cancha con más frecuencia que los pabellones de mediana seguridad, lo que también refleja una desigualdad entre las PPL en poder realizar actividades físicas, y en consecuencia, en el acceso a la salud.

## 2.2 ¿Qué prácticas tienen?

Como venimos describiendo desde el principio, la sobrepoblación condiciona varios aspectos de la vida cotidiana. Una práctica de higiene básica, como el baño (ducha) también requiere de tácticas. En el sector de mediana seguridad había al momento de esta investigación 506 internos alojados (pabellones 1 al 5, no tuvimos en cuenta el pabellón 6 porque es universitario y allí no hay hacinamiento, ya que no ingresa al mismo nadie que no sea estudiante universitario), arrojando un promedio de 101,2 personas por cada pabellón, siendo que estos pabellones tienen un cupo de camas disponible para 48 personas. Cada pabellón tiene 8 celdas que miden 18 m<sup>2</sup>, con 6 camas cada una, por lo que hay un excedente de más de 53 personas, más del doble de capacidad, lo que genera que aproximadamente 6 personas duermen en el piso en cada celda, en condiciones de humedad y frío (en época invernal), lo que podría provocarles enfermedades respiratorias, ya que en su mayoría duermen sin colchón, solamente sobre algunas “mantas” (frazadas), y que muchas veces les proveen los mismos compañeros de celda.

Por otra parte, las celdas de los pabellones del sector máxima seguridad (pabellones del 7 al 12), miden 9 m<sup>2</sup>, donde se alojan en promedio 5 personas, siendo que hay dos camas disponibles.

Dentro de cada celda hay un baño de 1 metro de ancho por un metro y medio de largo, con una pileta y un inodoro. El baño no tiene puerta, las PPL colocan una cortina para poder tener algo de privacidad. Se tiene el hábito de dejar correr el agua por la pileta para que otras PPL sepan que el baño está ocupado:

*“casi todas las mañanas tenemos que hacer la fila para poder ir al baño a orinar y cepillarnos los dientes, sino te levantas temprano, tipo 6:30 o 7, tenes que esperar un largo rato. Somos doce en la celda, imagínate...”* (Entrevista a PPL N°18, junio de 2023).

Como podemos ver, el hacinamiento obstaculiza las prácticas de higiene, lo que, en consecuencia, puede afectar a la salud de las PPL.

Los baños están en malas condiciones, no hay puerta para cerrar cuando una PPL está utilizando el baño, mientras que sus compañeros de celda pueden estar comiendo a un metro de distancia del baño. La abertura de entrada al baño es tapada con una cortina que consiguen las PPL. Cuando llueve en abundancia, sube el nivel del agua del inodoro, generando que el agua no drene correctamente. El inodoro no tiene tapa, las PPL inventan tapas con cartones o cualquier elemento para tapar, como maderas, etc. Las PPL pueden

desinfectar los baños solamente cuando su familia les lleva lavandina o pastillas de cloro que diluyen en bidones de agua de 5 litros o botellas de gaseosa de 2 lts. ¿Qué ocurre con las PPL que no tienen visita o depósito de mercadería? El 15% de los encuestados manifiesta no tener visita hace más de 3 meses, y un 26% manifiesta no tener depósito en similar periodo de tiempo. Lo descripto anteriormente, coincide también con el informe de la CPM, donde se constató que existen “*deficiencias estructurales y falta de inversión como política pública: precarias instalaciones eléctricas, ausencia de gas, de un sistema de calefacción y de ventilación, paredes descascaradas, y con hongos producto de la humedad, ausencia de vidrios...falta de agua potable*” (2019:298). También coincide con las observaciones del Juez entrevistado: “*...la provincia esta con muy pocos recursos, pero además políticamente es una decisión difícil, porque no es redituable políticamente invertir en cárceles*”.

La infraestructura está deteriorada debido a la falta de mantenimiento y recursos destinados a su conservación, así como al desgaste natural por el uso continuo a lo largo del tiempo, recordando que esta cárcel se inauguró en el año 2007. Los vidrios de la ventana que se rompen, en la mayoría de las veces no son repuestos, lo que pudimos corroborar con las encuestas realizadas, donde el 50% de los encuestados señala que vive en la celda con los vidrios de la ventana rotos.

En cuanto a los pabellones de máxima seguridad (pabellones del 7 al 12), existen alojadas 406 personas, con un total de 16 celdas por cada pabellón y dos camas disponibles por cada celda. Estos resultados nos dicen que, en promedio, habitan 58 personas por cada pabellón, siendo que el total de camas disponibles es de 32, habiendo en promedio 26 personas de más, lo que interpretamos que por cada celda duermen en el piso casi dos personas, pero en una celda de menor tamaño que las de mediana seguridad.

Las celdas disponen de una sola ventana pequeña, y según testimonios, durante el verano, el aire está viciado cuando la puerta de la celda está cerrada: “*cuando hace mucho calor no se puede ni respirar, y en invierno, cuando hay alguno engripado, seguro nos contagiamos todos por el encierro*” (Entrevista a PPL N°19, agosto de 2020).

El hacinamiento también provoca hechos de violencia y problemas de sueño, entre otros efectos adversos. Los hechos de violencia se originan por los desacuerdos en las reglas de convivencia. Ejemplo de ello es la convivencia entre PPL jóvenes y de edad avanzada. Los más jóvenes quieren estar despiertos hasta altas horas de la noche, mirando televisión con volumen fuerte, hablando y tomando mate, para luego seguir durmiendo hasta tarde a la mañana siguiente; mientras que las personas mayores, tienden a acostarse

a las 22 hs. y levantarse a las 6 hs. Lo mismo ocurre con las PPL que tienen que levantarse temprano para ir a estudiar o trabajar fuera del pabellón: *“vivo con unos pibes que no me dejan dormir a la noche, están hasta las 2 o 3 de la mañana hablando por teléfono o mirando televisión a todo volumen”* (Entrevista a PPL N°10, octubre de 2023). Esto genera problemas del sueño y algunos hechos de violencia. Debido a la sobrepoblación, se generan este tipo de conflictos interpersonales, como por ejemplo la conciliación del sueño que el informante nos relató anteriormente. En este aspecto, podemos decir que la lucha por el liderazgo dentro de la celda, interfiere con la salud, *“las peleas son situaciones que además de enfrentamientos y exhibición de la virilidad denotan posibles rivalidades relativas a la obtención de liderazgos dentro de un grupo determinado, donde se está en juego la obtención de territorio, el acceso a privilegios o aspectos similares...”* (García, 2020:35). También se pueden originar conflictos a causa del tiempo de espera para acceder al baño a la mañana temprano, donde la mayoría de las PPL alojadas en la celda, necesitan higienizarse y realizar sus necesidades biológicas. No siempre se origina una pelea con violencia física, mayormente son discusiones violentas verbales, que origina problemas de convivencia y estrés entre las PPL allí alojadas. Este último tipo de violencia suele manifestarse *“a través de intercambios verbales agresivos o bien gestos tales como una mirada desafiante u otros gestos, se inician confrontaciones que en apariencia no tienen sentido pero que esconden otros significados tales como dirimir cuestiones de honor, jerarquía o incluso establecer pertenencias* (García, 2020:24). Con el siguiente relato, podemos corroborar el potencial conflicto interpersonal que genera la sobrepoblación en la unidad 48, donde las PPL también tienen que hacer fila para poder higienizarse en el baño a la mañana temprano, sobre todo las PPL que tienen que salir a trabajar o estudiar.

*“tenemos un compañero de celda que siempre nos hace lo mismo, se mete al baño a las siete de la mañana y no sale más. El resto de los que vivimos en la celda tenemos que higienizarnos e ir al baño también. Encima tenés que estar atento porque si te descuidas se te mete otro al baño. Yo lo apuro para que salga, encima se enoja...”* (Entrevista a PPL N° 20, agosto de 2023).

Estos hechos tienen costos tanto para las PPL como para sus allegados, incluso para el SPB, *“si nos centramos en las consecuencias o efectos, la violencia penitenciaria involucra una serie de importantes costos para la población penitenciaria, sus familias, la sociedad y el Estado. No solo implica múltiples costos directos de salud (enfermedades, discapacidad, salud mental), psicológicos y emocionales, sino también*

*costos más intangibles, como la reducción de la moral y la motivación y el debilitamiento de la confianza y la legitimidad de la organización* (Trajtenberg y Sánchez de Ribera, 2019:3).

Durante la pandemia de 2020, se hacía imposible mantener la distancia prudencial entre las personas, que sugerían los organismos de la salud<sup>27</sup>. Con las dimensiones de las celdas descritas anteriormente, y el hacinamiento, si una persona se contagiaba de COVID, había un alto porcentaje de probabilidades que todos fueran infectados.

*“trato de no tomar mate con nadie, pero a veces mis compañeros estornudan y tosen, tenemos menos de un metro de distancia entre nosotros, somos muchos dentro de la celda y estamos engomados”* (Entrevista a PPL N°21, junio de 2020).

El relato anterior nos da cuenta del hacinamiento y la imposibilidad que se tenía de mantener el distanciamiento social obligatorio durante el 2020. Esto también se corrobora en un estudio del CELS sobre COVID-19, donde dice que *“en los pabellones colectivos y en los calabozos de las comisarías es muy limitado el acceso a canillas y baños y el espacio es mínimo, en algunos casos es menor que un metro cuadrado. Esta situación es resultado de años de crecimiento incesante de la población privada de la libertad...”* (2020:2). Pese a que *“el 15 de marzo de 2020, la OMS señaló que las personas privadas de su libertad son más vulnerables al Covid-19 por la falta de espacio entre personas y porque tienen peores condiciones de salud que el resto de la población debido al estrés, la mala alimentación y la prevalencia de otras enfermedades, como la tuberculosis, o la dependencia de las drogas”* (CELS, 2020:7). En la Argentina, hubo muy pocas excarcelaciones por delitos menores o arrestos domiciliarios, con el fin de reducir el hacinamiento en las cárceles. Según datos del SPB, en el primer mes de aislamiento social y preventivo egresaron de los penales un total de 2.244 PPL, de los cuales 1.607 fueron por pena cumplida y libertad condicional, 439 por arresto domiciliario originadas por integrar los detenidos el grupo en riesgo de contraer coronavirus y 198 por arrestos domiciliarios por otros motivos. Como podemos observar, no hubo una liberación masiva de PPL en contexto de pandemia, con motivo de reducir el hacinamiento y evitar los contagios por COVID-19 en las cárceles bonaerenses.

---

<sup>27</sup> La distancia recomendada de al menos 2 metros en Argentina durante el coronavirus ha sido establecida por autoridades sanitarias y expertos en salud, como el Ministerio de Salud de Argentina y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El SPB “engomaba” todas las celdas para evitar el contagio, pero en algunas ocasiones, si había una persona con síntomas, se “engomaba” en la celda para evitar que las PPL de otras celdas del pabellón fueran contagiadas, sin poder tener acceso al patio ni al aire libre. Aun así, *“se ha venido visibilizando los altos riesgos de transmisión del COVID-19 que representan los centros penitenciarios”* (Mora, Anderson y Negrete Morayta, 2021:20), ya que el personal penitenciario viajaba desde sus hogares a la cárcel, poniendo en riesgo a su familia, a las PPL y a ellos mismos.

En caso que una PPL contrajera la enfermedad, se lo aislaba dentro de la celda, pero en ciertos casos, donde al principio de la pandemia no había demasiados contagiados, se los aislaban en el sector de escuela, encerrados en las aulas, pudiendo ir al baño de la escuela una vez a la mañana, a la tarde y a la noche. También se utilizaron los dormitorios donde las PPL tenían encuentros íntimos con sus parejas durante la visita, que, en periodo de pandemia, estaban suspendidas.

### **2.3 Alimentación**

La alimentación en las cárceles es un tema de gran importancia debido a que una dieta inadecuada puede afectar tanto la salud física como mental de los internos, y además puede generar conflictos dentro del sistema penitenciario. También, la falta de opciones saludables y la escasez de recursos pueden dificultar aún más la tarea de proporcionar una alimentación equilibrada en un entorno carcelario.

La empresa que provee los alimentos se llama Cook Master. Las comidas diarias comprenden el desayuno a las 8:30 hs (1 baguette de pan por persona), almuerzo a las 14 hs. (viene la comida cocinada en táper de plástico que luego se devuelven vacías a las PPL que trabajan en cocina), y cena a las 17 hs. El azúcar, el te, mate cocido y leche en polvo, se distribuyen los días lunes para toda la semana, como parte del desayuno y la merienda. Los tápers de plástico no tienen un proceso de higiene adecuado, los restos de comida se limpian solo con agua, y se vuelven a utilizar para distribuir comida a otros pabellones. En cuanto al horario de distribución de la cena, es a las 17 hs. porque a las 18 hs. las PPL que trabajan en cocina se “engoman” por cuestiones de seguridad (según SPB), lo que demuestra que en cuanto a la salud, dicha *“gestión se direccionan las acciones político-institucionales que se encuentran relacionadas con el campo de la salud, y en donde también se realiza la planificación, organización y control”* (Grunfeld y Palomo, 2012:8-9), y es esa misma planificación y organización, afectada por la



organización en cuanto a seguridad, de la institución del SPB. Es importante tener en cuenta que las PPL no tienen hambre a esa hora, y dejan la comida sin refrigeración, hasta las 20 hs. aproximadamente cuando cenan, por lo que los alimentos pierden la cadena de frío, sobre todo en verano que se descompone más rápidamente: *“a las cinco de la tarde tomamos mate, ni pensamos en comer”* (Entrevista a PPL N°22, abril de 2023).

Según la encuesta que hemos realizado, la calidad, cantidad y variedad de la comida es escasa y de mala calidad. Estos datos coinciden con el informe de la CPM, donde dice que *“respecto a la alimentación, los relatos coincidieron en que resulta repetitiva e insuficiente y se quedan con hambre”*. (2019:311) y también lo observamos en el informe de CELIV: *“se observa que la percepción en la calidad de los alimentos es juzgada como “mala” en la mayoría de los penales”* y que *“respecto a la cantidad de los alimentos suministrados por la autoridad penitenciaria, la mayoría de los internos indica que es insuficiente, (2015:21)*. También en el SPF, *“las condiciones materiales de detención en general, ...son deficientes y muestran indicios de insalubridad. La necesidad de mayor frecuencia en actividad física y la cantidad/calidad de la comida son otros aspectos de las malas condiciones de detención que remarcaron las PPL (PPN, 2020:5) y la “mala calidad de la comida (carente de los valores nutricionales correspondientes, mal cocida, en mal estado), su insuficiente cantidad, el inadecuado racionamiento y la falta de hidratación, generan patologías y agravan enfermedades preexistentes”* (Bolajuzón y Bouilly, 2018:7). En el informe realizado en una cárcel de mujeres de la Ciudad de Santa Fe, la ingesta calórica es muy por debajo de lo recomendado, y el consumo de grasas saturadas y de hidratos de carbono simples, se reportó por encima de la recomendación (Nessier y Gerlero, 2012).

Para poder cocinar los alimentos, las PPL tienen que esperar que se desocupe alguna hornalla de la cocina, o si están “engomados”, le pasan la comida por el “pasaplato”<sup>28</sup> de la puerta de la celda, a las personas que quedan “desengomadas”<sup>29</sup> en el pasillo del pabellón por un tiempo más. Los que se encargan de estas tareas son los referentes del pabellón y sus ayudantes, los cuales viven distribuidos en dos celdas. Son los que se encargan de calentar, cocinar, proveer de agua caliente para el mate o agua fría

---

<sup>28</sup> El pasa plato es una pequeña abertura que hay debajo de las puertas de las celdas, de forma rectangular, por donde las PPL pasan comida, termos con agua caliente o botellas con hielo en verano, mientras se encuentran “engomados”.

<sup>29</sup> Se hace referencia a las PPL que el SPB las deja unas horas más fuera de la celda, para que puedan asistir al resto que quedan encerrados (“engomados”) antes. Generalmente, se encierra a las PPL a las 18 hs., y las PPL referentes de pabellón, a las 20 hs., estos horarios pueden variar si es época invernal o de verano.

a las personas que están “engomadas”. También se encargan de la limpieza e higiene del pasillo del pabellón y del patio.

Los modos de alimentarse y qué comida se ingiere, condicionan el proceso de salud-enfermedad. Comer los alimentos fríos por falta de hornallas disponible en la cocina puede provocar problemas de estreñimiento, flatulencias o el vientre hinchado. La falta de hornalla en la cocina para cocinar genera conflictos que puede desencadenar en discusiones o peleas entre las PPL, generando también estrés. Los referentes, generalmente tienen prioridad en el uso de la cocina, y en este punto un mayor acceso a la alimentación, sin olvidarnos que son los que quedan “desengomados” dos horas más que el resto de los habitantes del pabellón. Goffman (1959) habla de la "estratificación del trabajo social", concepto que explica que todas las personas tenemos roles sociales, y esos roles están estratificados según su poder y su jerarquía. A menor nivel están los roles de menor poder (por ejemplo, una persona “común”), y a mayor nivel están los roles de mayor poder (por ejemplo, un jefe o un político). En el caso de los referentes de pabellón, tienen el mayor poder, otorgado por el propio SPB, y deciden si las PPL ingresan o siguen alojados dentro del pabellón. Como vamos observando, esto le otorga mayor acceso a la alimentación. Un dato para agregar es que el SPB les otorga a los referentes una “roncha<sup>30</sup>” con alimentos, que solo son enviados a las PPL que tienen dietas especiales (por poseer alguna enfermedad o tratamiento médico), lo que también establece una desigualdad con respecto a otras personas detenidas. Esta diferenciación en la alimentación, es parte de una “paga simbólica” por mantener el “orden” dentro del pabellón.

Contar con el apoyo de los referentes del pabellón es fundamental para poder calentar o cocinar los alimentos, y en muchas ocasiones dando “algo” a cambio, como un cigarrillo, se puede obtener el beneficio de cocinar antes que otras: *“a veces le paso a Jorge unos cigarros, entonces el me calienta más rápido la comida que a los demás, o también me consigue alguna cebollita o fideos para cocinar”*. (Entrevista a PPL N°6, marzo de 2022).

En términos de Mauss, el acto de dar un regalo (don) conlleva la obligación tácita de recibir un contra regalo (contra don), lo que establece un vínculo social y una relación de reciprocidad entre las partes involucradas (1969). Este intercambio no se limita a la simple transacción material, sino que implica un intercambio simbólico que fortalece los

---

<sup>30</sup> Roncha: bolsa con mercadería, verduras, frutas, arroz, fideos, pure de tomate, azúcar, etc.

lazos sociales y el prestigio tanto del donante como del receptor. El relato que citamos anteriormente, revela el intercambio de "algo" a cambio de un privilegio, lo que refleja una forma de reciprocidad y construcción de capital social. Además, este intercambio no solo tiene implicaciones prácticas (como el acceso a la cocina), sino que también fortalece los lazos sociales al establecer una relación de reciprocidad con los referentes. Mauss argumenta que este tipo de intercambio no solo cumple una función económica, sino que también tiene implicaciones sociales, culturales y emocionales dentro de una comunidad. El concepto de don y contra don es fundamental para comprender las dinámicas sociales en muchas culturas, ya que va más allá de la mera transacción material y refleja la importancia de las relaciones interpersonales y la reciprocidad en la vida social.

Dentro de la cárcel se establecen ciertos “acuerdos comerciales”, donde los mecanismos de intercambios forman parte de la economía de la población carcelaria, y las distintas formas de moneda en la cárcel nos permite comprender la sociabilidad dentro de ella (Roig et al., 2014). Durante la pandemia, las monedas digitales expandieron el comercio dentro de la unidad 48, acentuando aún más la desigualdad social dentro de la misma, diferenciando el sector de mayor y menor capital social (por medio de visita y depósitos), lo cual es reflejado en la obtención de capital económico. Se puede observar una vez más, que el capital social obtenido es relevante:

*“para conseguir una roncha de comida, les paso de 4 a 5 paquetes de cigarros a los que trabajan en cocina, ellos me dan una bolsa llena de verduras, papas, zanahorias, calabaza, aceite, fideos, arroz, vaca rallada...” (Entrevista a PPL N°20, agosto de 2023).*

Los que pueden tener paquetes de cigarros para “cambiar” por mercadería, son las PPL que tienen visita o depósito, y quienes no tienen visita o depósito, tienen menor acceso a la alimentación originándose situaciones de desigualdad.

## **2.4 Salud mental en la población**

Con respecto a la prevención y atención de la salud mental, la unidad dispone de dos psicólogas para la atención de más de mil personas. Esto muestra “*la deficiencia*” en esta materia (PPN, 2020:6). Las PPL que lograron acceder a tratamiento psicológico tienen una frecuencia de atención de un encuentro cada 21 días, con una duración de 30 minutos cada uno.

La mayoría de las PPL que entrevistamos que realizan tratamiento psicológico hacen referencia a la falta de confidencialidad en cada sesión:

*“entré a un consultorio chico, y cuando empiezo a hablar con la psicóloga siempre deja la puerta entreabierta. No me siento cómodo, porque sé que pueden escuchar los enfermeros y otras personas. Justo enfrente, en una oficina, trabaja de administrativo un preso que conozco de otro pabellón, y también puede escuchar”* (Entrevista a PPL N°17, diciembre de 2023).

A su vez, la PPN también denuncia que *“no se verifica el debido cuidado de la confidencialidad durante las mismas, las cuales muchas veces se realizan en salas que carecen de puertas y ante la presencia de personal de seguridad”* (2017:5). Al ser indagadas sobre esto, las psicólogas afirman que *“los encargados del SPB no me permiten cerrar la puerta, porque quieren saber si hay algún problema durante la sesión, quieren saber si pasa algo”* (psicóloga, diciembre de 2023)

Por otro lado, la CPM denuncia que *“en los centros de jóvenes no hay protocolos de actuación y prevención de suicidios, intentos de suicidio y autolesiones que contemplen la perspectiva de la ley 26.657 de salud mental”* (2019:307), y lo mismo ocurre en la unidad 48, con la escasez de atención mental:

*“Tengo que priorizar los oficios judiciales donde me piden que incorpore a tratamiento psicológico a un interno en particular, pero muchas veces, los internos me hacen llegar audiencias por medio de otros internos que se atienden conmigo, a veces me llenan de audiencias una misma persona, hasta que la llamo”* (Entrevista a psicóloga, noviembre de 2022).

A pesar de todo esto, en general, la atención de salud mental obtuvo una buena evaluación en la encuesta, con una puntuación promedio de 8, en una escala del 1 al 10. Este dato coincide con el informe del CELIV, donde se obtiene como resultado que *“entre el 70% y el 80% de los internos en Argentina consideran la atención de psicólogos y asistentes sociales como buena o muy buena”* (2015:37), aunque no todas las PPL tienen la posibilidad de acceder a un tratamiento psicológico. Siguiendo esta línea, podemos decir que las mujeres privadas de su libertad en la Unidad 47 del Complejo Penitenciario de San Martín, tienen menos posibilidad de realizar tratamiento psicológico, ya que hay un solo profesional que atiende una vez por semana. Observamos que existe una desigualdad de género en cuanto a las posibilidades de atención psicológica, y donde sería más necesario, ya que *“la separación de sus hijos/as y familiares es una realidad doliente que las mujeres padecen más en prisión, debido a la implicación, responsabilidad y los roles tradicionales de género asumidos, viviéndola*

*con mucha frustración y sentimientos encontrados y provocando con frecuencia problemas de diversos orden (depresión, ansiedad, adicción a los psicofármacos, etc.)”* (Añaños-Bedriñana, F.T., 2017:4), y el sistema de salud no compensa esta desigualdad en la atención médica.

## **2.5 Higiene y cuidado personal**

Mantener una buena higiene y cuidado personal es esencial para prevenir enfermedades. Sin embargo, sabemos que *“los procesos de salud/enfermedad están condicionados por aspectos sociales, económicos, políticos y culturales que inciden en los modos de vida”* (Chaloum y Varas, 2016). El origen social, cultural y demás factores influyen en gran medida en el tipo de prácticas que adoptan las personas respecto a su salud. El entorno en el que viven las PPL afecta el acceso a la atención médica, a la información sobre salud, a los recursos para llevar un estilo de vida saludable, entre otros aspectos. El entorno social y cultural influye en las normas y creencias relacionadas con la salud, lo que afecta las decisiones que las PPL toman sobre su bienestar. En relación a esto, pudimos observar que, en ciertas ocasiones, las PPL se bañan con agua fría en época invernal, porque el agua caliente no puede abastecer a las cuatro duchas que hay por cada pabellón para más de 90 personas. Cada pabellón tiene su rutina y sus actividades, que establecen horarios de ducha adecuado. Por ejemplo, en los pabellones cristianos, los “siervos” son los primeros que pueden ducharse a la mañana, los llamados “hombres de Dios”, luego pueden bañarse el resto de los “hermanos”. En los pabellones de rugby, las duchas se utilizan con mayor frecuencia, debido a la mayor actividad física, por lo que bañarse con agua caliente es toda una proeza. En el pabellón universitario, las PPL utilizan ciertas tácticas para encontrar agua caliente en las duchas. Cada dos horas se puede entrar o salir del pabellón, por lo que las PPL que se quedaron en el PPL o ingresaron antes al mismo, se bañan unos minutos antes de saber que vuelven el resto de los integrantes del pabellón: *“a la tarde la hora ideal para bañarse es a las siete y media., porque a las ocho vienen todos a bañarse de la universidad”* (Entrevista a PPL N°9, julio de 2023).

Casi todos los días en los pabellones se lava la ropa, con jabón en polvo provisto por allegados externos a las PPL. En algunos pabellones, hay días de la semana asignados para lavar la ropa por cada celda, mientras que los trabajadores están autorizados a lavar los fines de semana. En el pabellón universitario se puede lavar cualquier día de la

semana. Las PPL lavan la ropa a mano, en baldes viejos de pintura. Se arman sogas con alambres en el patio de cada pabellón. Es muy común observar durante los fines de semana, que las PPL sacan los colchones al patio para airearlos, así como las frazadas, porque tienen “chinchas de cama”<sup>31</sup>, que se esconden en las costuras de los colchones ignífugos<sup>32</sup> provistos por el SPB y las frazadas. Estos insectos resultan ser muy molestos durante la noche, porque pican y perturban el descanso, generando cierto grado de estrés, además de las picazones, que pueden derivar en infecciones a la piel.

En cuanto a la higiene bucal, el cepillo y la pasta dental es provista por allegados a la PPL, y en general, se cepillan los dientes por la mañana. Son la minoría los que se cepillan tres veces al día como es recomendado por los odontólogos. En algunas ocasiones, las PPL que no tienen visita ni depósito, piden pasta dental a otros compañeros de celda: *“como soy paria, pido pasta dental a mis ranchos”*<sup>33</sup>. *Trato de pedirle un poco un día a cada uno...*” (Entrevista a PPL N°23, agosto de 2022).

El consultorio odontológico está ubicado dentro del sector sanidad, cuenta con una camilla y un esterilizador. El dentista atiende tres veces por semana, y la solución que siempre encuentra es extraer la muela afectada en caso de dolor: *“siempre que voy al dentista, me dice que me va a sacar la muela, para mí no está para sacar, tiene que arreglarla, pero como no tiene insumos, directamente te la quiere sacar”* (Entrevista a PPL N°22, abril de 2023). Además, como ya explicamos en el capítulo 1, el dentista no tiene anestesia en la mayoría de los casos que atiende, por lo que le pide a las PPL que le traigan anestesia sus propios familiares. Lo único que pueden hacer son extracciones, no reparan dientes ni tampoco realizan implantes y *“los empastes por caries te hacen con una pasta de muy mala calidad, a mí me dijo el dentista que si quería me arreglaba la muela, pero que me iba a durar como mucho dos semanas”* (Entrevista a PPL N°24, diciembre de 2023). Destacamos que *“en las cárceles se desfavorece la fiel expresión de la democracia política, ejemplo de la no sostenibilidad técnica y política necesaria para la garantía del derecho a la salud bucal por parte de los centros penitenciarios”* (Rocha y Patiño, 2011:5), y tratando el tema de salud bucal como una prioridad menor en la salud de las PPL. Esto es corroborado también en el estudio de la UNICEN, donde observamos que el 51,5% de los encuestados tiene problemas dentales en las cárceles bonaerenses

---

<sup>31</sup> Las chinchas de cama son insectos conocidos científicamente como *Cimex lectularius*, vulgarmente conocido como chinche de cama, es un insecto hemíptero de la familia Cimicidae. Su alimentación es hematófaga, es decir, se nutre con sangre de humanos y otros animales de sangre caliente.

<sup>32</sup> Son colchones anti motín, que no son inflamables

<sup>33</sup> Por “rancho” entendemos a los compañeros de celda que comen junto a esa persona.

(UNICEN, 2022). Solamente y durante el año 2023, se realizaron prótesis para algunos pacientes, pero *“las prótesis las realiza un preso alojado en la unidad 47, la tenés que pagar, a mí me cobró \$30.000 por dos dientes. Es un proyecto que aprobaron hace unos años allá en la 47, desde el 2018 venía reclamando para que me hagan una prótesis* (Entrevista a PPL N°24, diciembre de 2023). Si esa PPL no realizaría las prótesis, ningún paciente tendría oportunidad alguna de mejorar su salud bucal. Además, mejorando la estética de su dentadura, mejora la autoestima, lo que a su vez, también mejora la salud mental: *“a mí me volvió la sonrisa, ahora puedo sonreír por lo menos”* (Entrevista a PPL N°3, septiembre de 2023).

Pasando a las prácticas alimentarias, observamos que en la mayoría de los casos, las PPL no suelen lavarse las manos para preparar o ingerir alimentos. Las manos pueden propagar microbios, como la salmonella, y generar enfermedades. Los motivos sobre por qué no se higienizan las manos, se relatan así:

*“no tenemos jabón a mano en el baño, ya que no puedo dejarlo en el baño para que lo usen todos, tengo que guardarlo en un táper en otro lado, y por una cuestión de vagancia no lo busco, además, el jabón lo uso solo para bañarme”* (Entrevista a PPL N°25, octubre de 2022).

Por otro lado, también se perciben ideas patriarcales en torno a la práctica del baño, ya que usar agua fría es de “macho” y el que lo hace “se la banca”, aludiendo a la resistencia y el coraje, rasgos de la masculinidad hegemónica (Grossman y Domínguez Villalobos, 2010). Observamos que en los pabellones de Espartanos<sup>34</sup> (Pabellones N° 7, 8, 10 y 12), es común bañarse con agua fría en invierno mientras se reza: *“espartano no siente frío, no siente calor, espartano no sufre...”* Esta lógica expone a las PPL a enfermedades respiratorias, con lo cual es un contexto donde falta medicación, pueden traerles serias consecuencias.

Los jugadores de rugby poseen el mismo sistema de salud que el resto de la población carcelaria. Jugando a este deporte se exponen a serias fracturas y lesiones temporales o permanentes, que en ciertas ocasiones demandan cirugías para realizar en hospitales del medio libre. Considerando la falta de móviles, personal y turnos que escasean en los hospitales públicos, jugar rugby expone a las PPL a mayores riesgos: *“me quebré la pierna hace ya dos meses, me sacaron al hospital a ponerme el yeso, pero no me volvieron a llevar por falta de móvil para hacerme los controles”* (Entrevista a PPL

---

<sup>34</sup> Los pabellones de espartanos se dedican a jugar rugby

Nº2, junio de 2022). Podemos observar cómo este relato se relaciona con el testimonio de la Jefa de Sanidad, donde la falta de móviles y turnos limitan el acceso a la salud dentro de la cárcel.

Con todo esto, es evidente que las PPL alojadas en los pabellones de rugby necesitarían un termotanque extra para poder satisfacer la alta demanda de agua caliente, ya que al estar haciendo deporte con más frecuencia, se bañan más veces durante el día. Además, como el riesgo de lesionarse es mayor que en otros tipos de pabellones, por lo que también sería necesario que tengan a disposición un móvil para ser trasladados de urgencia en caso de fracturas o lesiones graves.

En conclusión, a lo largo del capítulo se han descrito las condiciones de vida y prácticas socio sanitarias, las cuales son insuficientes para garantizar una salud apropiada para las PPL. El hacinamiento y las características de las celdas dificultan la higiene personal y las prácticas de cuidado. La alimentación es insuficiente en cuanto a nutrientes y existen desigualdades en su distribución. Los cuidados personales de cada persona varían según el pabellón que este alojado y el grado de hacinamiento.



## Capítulo 3: Experiencias en el acceso a la atención de la salud de las personas privadas de su libertad

### 3.1 Deficiencias en el acceso a la atención de la salud

Las PPL alojadas en la unidad 48 enfrentan desafíos en el acceso a servicios médicos adecuados, demoras en la atención médica, falta de higiene y saneamiento adecuados, problemas de salud mental y dificultades para mantener un estilo de vida saludable. Además, enfrentan problemas de sobrepoblación, falta de alimentos nutritivos, limitaciones en el acceso a medicamentos y tratamientos especializados, violencia y maltrato por parte de otros reclusos o incluso del personal penitenciario, *“maltratos que impactan en la salud y producen enfermedad”* (Bolajuzón y Bouilly, 2018:4). No solo maltratos, sino también de “destrato”:

*“Hubo casos en la unidad 48 de maltrato verbal, y de destrato, le decían que los iban a atender y nunca le daban la atención adecuada. Tengo un caso de la unidad 47, donde la médica hace un informe y la persona que tiene la dolencia, dice que nunca la atendió la médica, y la médica le dijo no, si venís vos no te pienso atender. Se hace un informe, era algo personal o porque la consideraba una persona conflictiva...”* (Entrevista a Juez de Ejecución penal, abril de 2023).

En otros casos, existen dificultades para mantener contacto con sus familias y redes de apoyo, demostrando *“malas condiciones materiales de detención, falta o deficiente alimentación, impedimento para la vinculación familiar y social y falta o deficiente asistencia de la salud* (CPM, 2019:69). Estas condiciones tienen un impacto negativo en la salud física, mental y emocional de las personas detenidas.

Según Rocha y Patiño, los individuos tienen responsabilidad sobre sus conductas de vida, pero la sociedad también tiene responsabilidad en crear condiciones sociales que favorezcan la salud de las personas. Existen factores sociales que pueden influir positivamente en la salud de las personas. *“...la comprensión del derecho a la salud induce la necesidad de conocer la experiencia social de vivir de los sujetos”* (2011:294). La salud de los individuos está influenciada por factores como el entorno ambiental y los estilos de vida que adoptan dentro de la sociedad en la que residen. Estos factores tienen un impacto en los niveles de salud de las personas. Es importante comprender que la salud es un derecho fundamental vinculado a la calidad de vida y al bienestar, incluyendo a la población carcelaria. Las experiencias socioculturales de las PPL, nos permiten entender

sus vivencias y su forma de enfrentar el proceso salud-enfermedad. Para garantizar el derecho a la salud, es necesario replantear las acciones sociales con el objetivo de mejorar la calidad de vida de estas personas (Rocha y Patiño, 2011).

En una capacitación al personal médico del SPB de las tres unidades del Complejo Penitenciario de San Martín que se realizó el 13 de septiembre de 2023 en el CUSAM, el orador (perteneciente a Salud Penitenciaria) dijo que *“el paf<sup>35</sup> es un lujo, no es necesario en los asmáticos”*, y esa fue la respuesta que le dio a los profesionales de la salud que preguntaron por qué no llegaba este inhalador con salbutamol<sup>36</sup>, teniendo en cuenta que la Unidad 48 tienen como principal problema de salud a los asmáticos, y quienes además, tampoco tienen a disposición tratamientos para dejar de fumar para los que lo necesitan. Esta capacitación se basó en la explicación al personal de sanidad sobre el decreto 300/2021 del SPB, referido a los procedimientos de salud en la órbita penitenciaria. Como el SPB no brinda solución a estos problemas de salud, en algunos casos, son los mismos compañeros de celda que asisten a personas que no tienen visita y padecen enfermedades crónicas, demostrando algo de solidaridad entre tanta violencia: *“soy asmático, tengo ataques de asma, pero cuando voy a sanidad nunca tienen el paf para darme, mi compañero de celda le pidió a su familia para que me traiga en la visita”* (Entrevista a PPL N°3, septiembre de 2023).

### **3.2 Principales enfermedades de las personas privadas de su libertad**

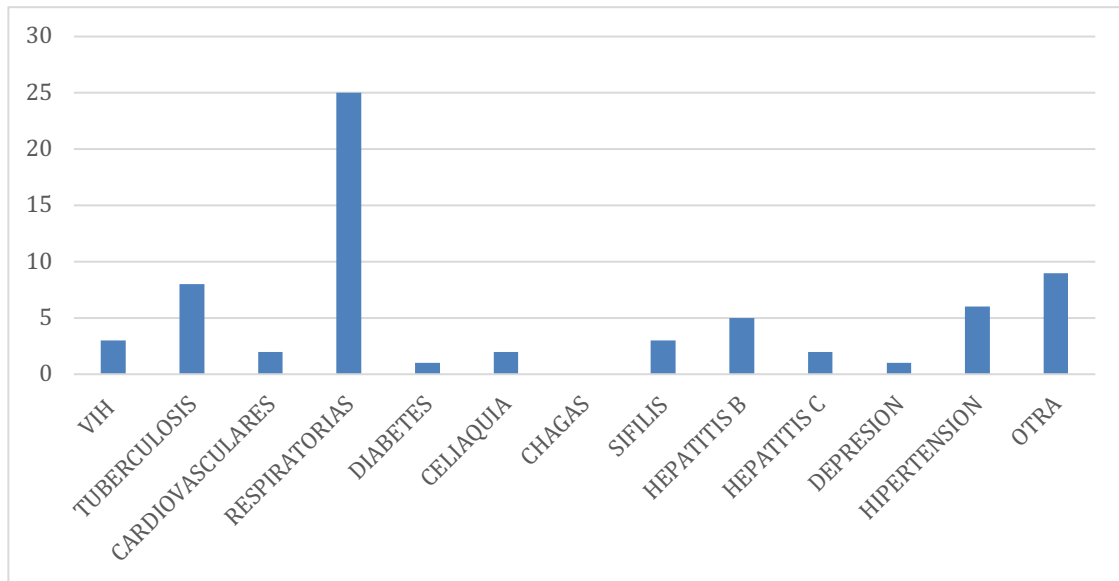
Según el relevamiento que hemos realizado, la mitad de la población no padece ni padeció alguna enfermedad durante su vida, pero la otra mitad sufrió algunas enfermedades alguna vez, antes o durante el encierro. Entre los que alguna vez padecieron enfermedades, un 25% de la población tuvo enfermedades respiratorias, como muestra el siguiente gráfico:

---

<sup>35</sup> El "paf" se refiere a un dispositivo utilizado para administrar medicamentos en forma de aerosol a los pulmones. Este dispositivo es comúnmente utilizado por personas que padecen asma u otras enfermedades respiratorias. El puf inhalador contiene el medicamento en forma de un aerosol presurizado que se libera al presionar el dispositivo. El medicamento es inhalado a través de la boca y llega directamente a los pulmones, lo que permite una acción rápida y efectiva del medicamento.

<sup>36</sup> Es una medicina que se aplica con el paf, que relaja los músculos de las paredes de las pequeñas vías aéreas de los pulmones. Esto ayuda a abrir las vías respiratorias y aliviar la opresión en el pecho, las sibilancias y la tos, a fin de poder respirar fácilmente.

Gráfico 3: Antecedentes de enfermedades año 2022.



Fuente: Encuesta “Condiciones de salud y atención de la población privada de libertad en la unidad N° 48 y estudiantes del CUSAM”

La preeminencia de enfermedades respiratorias coincide con la investigación de Kreplak, Larrabide, Giorgi y Kohan, quienes observaron que en el SPF, durante el 2011 hubo 405 casos de enfermedades respiratorias entre las PPL, siendo el primero del tipo cardiovascular, con 764 casos (2013). Un Juez de Ejecución Penal que entrevistamos, también nos manifestó lo siguiente:

*“Cualquier tipo de reclamo merece atención sanitaria porque no hay, es muy mala. La mayoría que yo veo son problemas respiratorios, muchas veces producto de tabaquismo, o a veces por las zonas donde residen, que tiene que ver con cercanías a basurales. Por ejemplo, el penal que está en San Martín, produce problemas respiratorios. (Entrevista a Juez de Ejecución Penal, abril de 2023).*

Corroboramos con el relato anterior que las principales enfermedades son las respiratorias. Pese a esto, observamos que no hay tubo de oxígeno en el sector sanidad, aunque se hayan hecho reclamos por parte del personal de salud: *“lo trae una empresa privada, pero no tuvimos respuesta aún”* (enfermera, septiembre de 2023). Esto denota la falta de insumos en el sector, y la falta de presupuesto estatal destinado a la atención sanitaria en la cárcel. En cuanto a los tratamientos para los asmáticos, vemos que también faltan insumos básicos:

*“tengo 79 asmáticos, solo me llegaron tratamiento con salbutamol para 15, por este motivo no recibo a más pacientes asmáticos, porque no tengo tratamiento para ellos,*

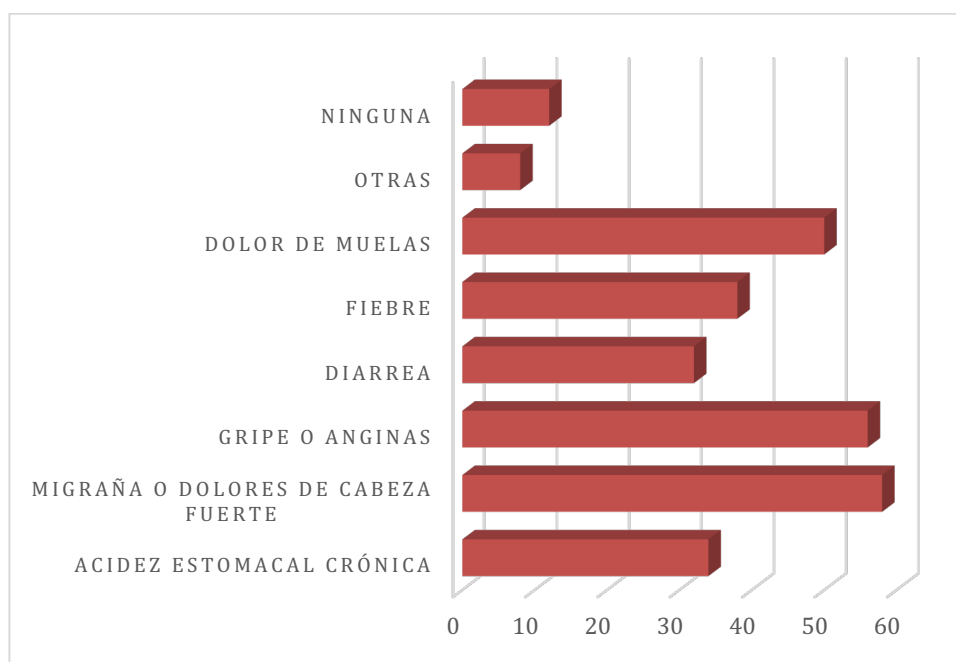
*quiero trabajar legalmente pero no puedo, y esta es una cárcel muy política, pero no puedo dar respuestas a estos problemas de salud”*

(Entrevista a Jefe de Sanidad, septiembre de 2023)

Por otro lado, un 65% de los encuestados padeció la enfermedad en contexto de encierro, luego de haber sido detenida. Según el estudio de la UNICEN, el 30.5% de las personas encuestadas tenía enfermedades preexistentes, mientras que un 46% sufren enfermedades en curso luego de ser encarceladas, o sea casi la mitad de los encuestados. Este dato se relaciona con lo que nos encontramos en la Unidad 48.

En el gráfico que se muestra a continuación, se observan las enfermedades que padecen las PPL alojadas en la Unidad 48 desde su detención:

Gráfico 4: Enfermedades padecidas por las PPL exclusivamente estando detenidas año 2022.



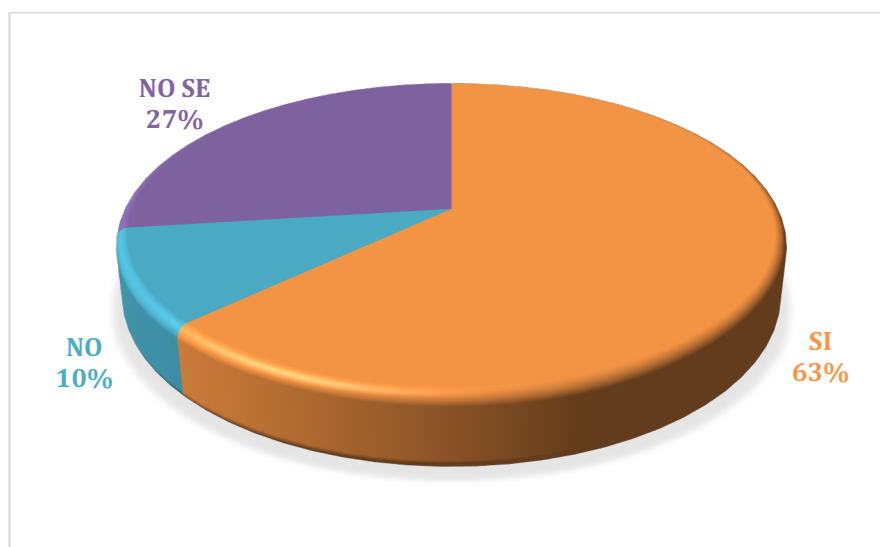
Fuente: Encuesta “Condiciones de salud y atención de la población privada de libertad en la unidad N° 48 y estudiantes del CUSAM”

Teniendo en cuenta que varias PPL sufrieron más de una enfermedad o dolencia, podemos decir que un 58% de los encuestados experimentó migrañas fuertes, un 56% padeció alguna vez gripe o angina fuerte y un 50% dolor de muelas, coincidiendo con el informe de Bolajuzón y Bouilly, donde refiere que en un 31%, las dolencias más citadas fueron dolor de muelas y de cabeza (2018). Con respecto a los dolores de muelas, una PPL dijo “no tengo idea cuando viene el odontólogo, me duele mucho la muela y la única

*solución siempre es extraerla, aunque este un poco picada*” (Entrevista a PPL N°18, junio de 2023). En relación a las gripes se corroboró que el 64% de los encuestados no recibió la vacuna antigripal el último año, lo que podría generar la cantidad de casos de gripes en la cárcel. Cuando preguntamos a las PPL por qué no se aplicaron la vacuna antigripal, tuvimos respuestas como *“nunca me llamaron para decirme que había una vacuna para la gripe”* (Entrevista a PPL N°11, mayo de 2023).

Por otra parte, se observó una población con el esquema de vacunación completo en su mayoría, vacunas aplicadas antes de estar privados de su libertad. Un 63% afirma tener todas las vacunas obligatorias aplicadas, mientras que un 10% dijo que “NO” y un 27% no sabe en qué condiciones se encuentra.

Gráfico 5: Conocimiento de haber completado el esquema de vacunación año 2022.



Fuente: Encuesta “Condiciones de salud y atención de la población privada de libertad en la unidad N° 48 y estudiantes del CUSAM”

Si bien la vacunación antigripal ya está incluida en el calendario de vacunación de la población privada de la libertad (Kreplak, Larrabide, Giorgi y Kohan, 2013), durante el año 2023 no se aplicó la vacuna antigripal en la unidad 48.

Por otro lado, en líneas generales los encuestados no padecen ninguna limitación permanente o discapacidad, aunque la mayoría de los que padecen alguna limitación o discapacidad, no poseen certificado de la misma, o la solicitaron al SPB y no tuvieron ninguna solución al respecto. Esta situación plantea desafíos significativos en términos de acceso a servicios y beneficios para las personas con limitaciones o discapacidades. La falta de certificación puede dificultar el acceso a programas de apoyo, asistencia

especializada, y otros recursos destinados a mejorar la calidad de vida y la inclusión social de las personas con discapacidad. Además, la falta de soluciones por parte del SPB sugiere posibles deficiencias en los mecanismos existentes para la evaluación y reconocimiento de las discapacidades, lo que a su vez puede tener un impacto negativo en la capacidad de las personas afectadas para ejercer sus derechos en varios aspectos de la vida, y de una manera más equitativa. En resumen, la ausencia de certificación y las dificultades para obtener respuestas a este punto plantean importantes desafíos en términos de igualdad de oportunidades y acceso a recursos para las personas con limitaciones, como por ejemplo ser provisto de una dieta “especial”. Estos hallazgos destacan la importancia de abordar los problemas desde una perspectiva de derechos humanos e inclusión social.

### **3.3 Conociendo las barreras del acceso a la salud**

Las malas experiencias de acceso a la salud en esta cárcel incluyen falta de atención médica oportuna y escasez de medicamentos. Esto se corrobora en la investigación de Bolajuzón y Bouilly, en donde la principal deficiencia en la asistencia de la salud es en la provisión de medicamentos, con un 63,8% entre todas las deficiencias sanitarias (2018), lo que también pudimos observar en la capacitación al personal sanitario por parte de Salud Penitenciaria:

*“el sector de farmacia del complejo, debería armar las cajas para cada paciente, identificada, pero no lo hace, lo tenemos que hacer nosotras, es un lío. Cuando repartimos la medicación, no llevamos la historia clínica, sino que le hacemos firmar actas de entrega, es más práctico en vez de llevar todas las historias clínicas”* (Entrevista a enfermera, septiembre de 2023).

El relato anterior da cuenta de la desprolijidad en la distribución de los medicamentos, desde la falta de armado en la farmacia central del complejo penitenciario, debido a la falta de personal (siempre hay una persona sola trabajando en farmacia), según relato de la enfermera, y hasta el incumplimiento de los procedimientos del decreto 300/21 del SPB, lo que perjudica que al momento del traslado a otra unidad de la PPL con tratamiento farmacológico, no esté registrado en su historia clínica, ya que las enfermeras, por ser “*más prácticas*”, les hacen firmar actas de entrega. Esto perjudica a las PPL, porque cuando son trasladados a otra unidad, no reciben la medicación que necesitan, y les hacen los estudios médicos nuevamente, suspendiendo el tratamiento que

tenían en la unidad de origen. En la capacitación, también se hizo referencia a la confección de prescripciones médicas para que las PPL puedan traer medicamentos por medio de sus visitas, lo que las encuestas arrojaron que en un 87% de los encuestados, la familia tuvo que traer medicación alguna vez. Pero la indicación por parte del orador de Salud Penitenciaria fue que *“no es conveniente que hagas eso, porque te expones, porque somos nosotros los que deberíamos proveerles de medicamentos...si no está la medicación, hace el pedido, hasta ahí llega tu función”*.

Según los datos de la encuesta, el 87% de las familias de las PPL tuvo que traerles medicamentos en algún momento de su condena, y vemos como también a través de un cierto capital económico, se refuerza la alimentación y la medicación, ya que *“se pudo constatar que no hay procedimientos claros, unificados y previsibles para la entrega de medicamentos en los centros cerrados”* (CPM, 2019:331). La medicación no se distribuye de manera eficiente, aunque *“el SPB era el encargado de distribuir medicación a las personas que se encontraban en los pabellones de alojamiento habitual. El argumento que se esgrimía desde los equipos de sanidad para la implementación de esta metodología era la falta de recursos humanos de Salud Penitenciaria para recorrer los distintos pabellones y realizar la entrega”* (Bolajuzón y Bouilly, 2018:53).

Por otro lado, existen demoras en la atención médica, ya que es muy lento el tiempo de respuesta del encargado para abrir la puerta del pabellón a la PPL que tenga alguna dolencia, y así poder llegar a sanidad. Además, cuando la PPL llega a sanidad, no es seguro que lo atienda un médico:

*“muchas veces tenemos que estar respondiendo oficios judiciales, que vienen muchísimos por día, entonces atendemos medio día, y el resto del día lo usamos para responder oficios, y ahí no atendemos más a los pacientes”* (Entrevista a médico, septiembre de 2023).

Este relato ilustra cómo distribuye su tiempo un médico de guardia, y entendemos una de las causas por la cual las PPL no puede ser atendidas por los profesionales. Lo mismo observamos en el capítulo anterior con la atención psicológica. Al consultar a un encargado del sector mediana *¿Por qué es tan lento el tiempo de respuesta a la PPL que está llamando para ir al sector sanidad por un problema de salud?*, ofreció esta respuesta:

*“Hay tres razones. Una es que a veces somos solo dos personas para atender seis pabellones, y no podemos quedar regalado<sup>37</sup> uno solo en el piso, y el otro que va a sanidad, encima se tiene que quedar hasta que lo atienda al preso. Así lo exige sanidad por cuestiones de seguridad; segundo, si le das paso a uno, los demás a veces te empiezan a pedir paso para ir a sanidad por cualquier cosa, es como que te vas formando una imagen de accesible y después te vuelven loco, muchos te piden paso porque tienen ganas de salir del pabellón para ir a pasear un poco, no digo que sean todos, pero a veces pasa; y tercero, a veces el encargado simplemente no tiene ganas”*  
(Entrevista a encargado N°2, marzo de 2023).

Con el relato anterior, advertimos que la falta de personal también ocurre en el plantel de seguridad, y cómo esta falencia afecta negativamente al acceso a la salud. Por otra parte, el Juez que entrevistamos, dijo algo más sobre el faltante de personal en los departamentos judiciales:

*“La principal dificultad para garantizar la salud de mis pupilos es la escasez de personal dentro del juzgado a mi cargo. Tengo tres personas menos que el Juzgado N° 2, con la misma cantidad de detenidos, y 8 personas menos que un Juzgado de ejecución de San Martín, que tiene menos cantidad de detenidos. Entonces la dificultad que tengo para dar respuestas, es en la cantidad de personal”.* (Entrevista a Juez de Ejecución Penal, abril de 2023).

También existen dificultades para acceder a servicios de salud mental dentro de la unidad penitenciaria, teniendo en cuenta que siempre se espera una mayor incidencia de enfermedades crónicas de salud mental dentro de la población de PPL (Kreplak, Larrabide, Giorgi y Kohan, 2013). Al respecto, el Juez entrevistado dijo:

*“La cantidad de profesionales de la psicología, es igual en todas las cárceles de Bs. As., la mayoría de psicólogos son integrantes del D.T.C. o del G.A.Y.S. Yo no le puedo ordenar a un psicólogo que le de tratamiento a alguien, sin saber si lo necesita o no, y por otra parte, jamás ordeno un tratamiento, sino que en todo caso sugiero la evaluación, y que si la persona está dispuesta, pueda hacer el tratamiento. Porque si no hay voluntad no tiene ningún sentido hacer un tratamiento.* (Entrevista a Juez de Ejecución Penal, abril de 2023).

Por otra parte, existen limitaciones en la calidad y variedad de la alimentación ofrecida, lo que *“impacta de manera determinante en la salud de los detenidos y las detenidas”* (Bolajuzón y Bouilly, 2018:7). *“En 2017 el 63,1% de las personas entrevistadas que padecían deficiencia alimentaria expresó que la comida le había provocado dolencias de salud”* (CPM, 2019b:17).

---

<sup>37</sup> Regalado: en la jerga tumbera, significa quedar expuesto a cualquier ataque violento de una o un grupo de personas.



La mayoría de los profesionales de la salud prefieren no trabajar en la Unidad 48, por ser una cárcel muy “política”, en donde si realizan mal su trabajo, quedan más expuestos por la cantidad de denuncias que se realizan, además recibe frecuentes visitas de la Universidad Nacional de San Martín, Fundación Espartanos, jueces, entre otros organismos como el CNPT o la CPM: *“tengo que mediar con todos, nadie quiere venir, cobran mal y además es una unidad muy política, es difícil así...”* (Entrevista a Jefe de sanidad, septiembre de 2023). Con el anterior relato corroboramos la falta de profesionales en la unidad, y algunos de los motivos expuestos por el informante.

En esta misma línea de investigación, el juez expresó el motivo por el cual hay faltantes de profesionales médicos en la cárcel:

*“Hay pocos médicos en la cárcel porque, en primer lugar, el reconocimiento económico no es bueno, cobran lo mismo estando acá que en una guardia del hospital, y la realidad que las condiciones son mucho más desfavorables. Por otro lado, en todas las profesiones hay una crisis vocacional importante. Me parece que hay un poco de cada cosa, falta de reconocimiento económico y también una falta de vocación...”* (Entrevista a Juez de Ejecución Penal, abril de 2023).

Se agrega la perspectiva de la falta de vocación, la que también se refleja en el nivel de ausentismo de los profesionales:

*“...algunos están cobrando un sueldo sin venir porque presentan carpeta médica. Hace unos años se hizo un sumario importante, donde eran muchos médicos que estaban con carpeta médica firmada por el mismo médico. Entonces ahí hubo un sumario interno, y hubo algún tipo de investigación, pero es siempre más de lo mismo. (Entrevista a Juez de Ejecución Penal, abril de 2023).*

Es difícil cubrir la cantidad de cupo faltantes de profesionales médicos, por razones de sueldo para los mismos, y los pocos médicos que están, tienen un nivel de ausentismo considerable, quizás por falta de vocación. La falta de incentivos económicos refleja un presupuesto económico deficiente, a lo cual el Juez entrevistado hace referencia:

*“es una decisión difícil, porque no es redituable políticamente invertir en cárceles, mejor dicho, invertir en las personas que están privadas de su libertad, porque en las cárceles se invierten, ya que hay un presupuesto para crear más cárceles”.* (Entrevista a Juez de Ejecución Penal, abril de 2023).

Otro tipo de barreras para acceder a la salud son las culturales, que dificultan la comunicación entre el personal médico y de seguridad, con los internos, así como situaciones de discriminación o trato negligente por parte del personal de salud hacia los

mismos. De este modo, *“esta lógica refiere a un modo de ordenamiento del campo de la salud que incluye aspectos sociales, médicos, económicos, culturales que conciben la locura como objeto de múltiples intervenciones, siempre de carácter expulsivo”* (CPM, 2019:230), lo que produce que un grupo mayoritario de la población carcelaria, con carencia de aspectos culturales hegemónicos, no puedan acceder a la salud de manera igualitaria.

También detectamos barreras de tipo ideológicas, en el sentido de la percepción que las personas privadas de libertad no merecen recibir atención médica adecuada, debido a sus antecedentes delictivos: *“cuando me fui atender la enfermera me dijo: ahora te quejas de los dolores, pero bien que cuando hacías maldades en la calle ¿no te dolía nada no?”* (Entrevista a PPL N°16, febrero de 2023). El relato anterior fue la respuesta que le dio una enfermera de sanidad, cuando le pidió que traslade a la PPL entrevistada al hospital del medio libre, porque hacía más de tres meses que tenía dolores en la vesícula. Esta ideología discriminatoria influye en la calidad y disponibilidad de los servicios de salud para esta población, ya que *“la modalidad de atención de los profesionales de la salud se caracteriza por la negación de la persona detenida como paciente: se descrea de su palabra y se menosprecia su padecimiento”* (CPM, 2019:146).

Otras barreras son de tipo administrativas, con sus procedimientos burocráticos y complejos, como ser la falta de coordinación entre la guardia armada del SPB, que se encarga de la disposición de los móviles de traslados, los hospitales públicos y el propio sector de sanidad: *“hace un mes tenía que haber salido al hospital para que me operen, me llevaron al hospital y estaba mal la fecha del turno, me dijeron que ahora tenían que sacar un nuevo turno”* (Entrevista a PPL N°10, octubre de 2023).

También existen barreras de tipo social, debido a la falta de apoyo social y familiar para buscar atención médica: *“no tengo a nadie que se acerque al juzgado para reclamar para que me saquen al hospital, tengo agua en los pulmones, no puedo respirar bien”* (Entrevista a PPL N°17, diciembre de 2023). Estas barreras tienen un impacto significativo en la capacidad de las personas privadas de libertad para recibir atención médica adecuada.

Por otra parte, faltan programas de prevención y educación en salud. Las malas experiencias de acceso a la salud en la Unidad 48 incluyen la falta de programas de prevención y el bajo control de enfermedades infecciosas, como el VIH/SIDA, hepatitis C o tuberculosis, así como la falta de atención adecuada para enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión o enfermedades respiratorias: *“No existen cifras claras sobre el*

*manejo de los programas que teóricamente son aplicados en los establecimientos penales del país*” (Zarate, Lobon, Saavedra y Castañeda, 2005:153), lo que demuestra que los controles a estos programas de prevención son escasos o nulos. En cuanto a enfermedades como VIH, hepatitis y tuberculosis, en el estudio de 2017 del Ministerio de Salud, *“la prevalencia de VIH en la población alojada en las unidades del SPF fue de 2,7%, valor superior al estimado para la población general, que es de 0,4%”* (Adaszko, Sotelo, Orlando y Angeleri, 2017:145), y *“el 29,6 cada 100.000 PPL alojadas en el SPF fue la prevalencia estimada de síntomas de tuberculosis, algo superior a la tasa de población general (Adaszko, Sotelo, Orlando y Angeleri, 2017), demostrando la importancia de la implementación de programas de prevención para este tipo de enfermedades.*

Como plantean Rocha y Patiño, *“es necesario concebir la justicia social, no como el resultado benefactor del Estado...sino como la garantía de los derechos sociales de los miembros de la comunidad política, incluyendo la sancionada...su eje central es el acceso de la población, sobre todo la más vulnerable como la carcelaria, a los denominados bienes públicos como la salud”* (2011:298). Como hemos observado, las garantías sociales del acceso a la salud no se cumplen, ya que los diferentes factores que hemos descripto, recrean una injusticia social en la estructura de la población carcelaria.

### **3.4 Evaluación de la demanda, atención de la salud y resultados**

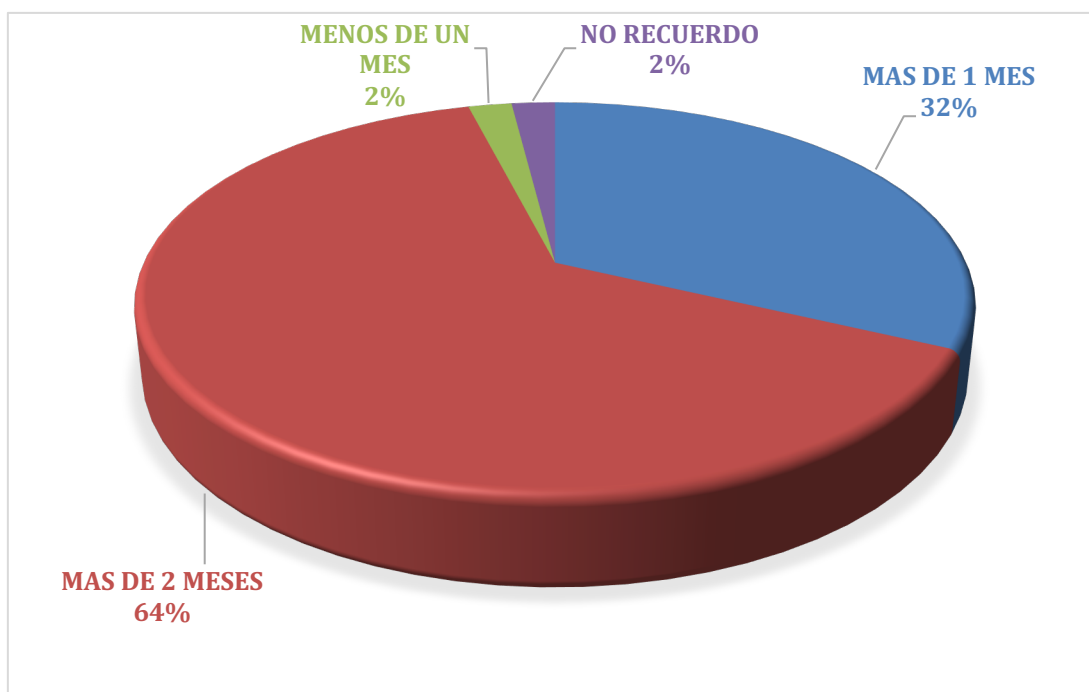
La demanda de salud en la unidad 48 se centra, en primer lugar, en la atención a enfermedades respiratorias, siendo que es una de las más padecidas en el contexto. Sumamos a esto que casi la totalidad de los encuestados que son fumadores (representan 57% de la muestra) nunca participaron de algún tratamiento para dejar de fumar, lo que perjudica aún más esa falencia.

*“No hay unidades que tengan programas para dejar de fumar, pese a los problemas respiratorios que existen. Tampoco se lo ve como una problemática. La persona que es fumador, no se lo considera un problema de salud, pero sabemos que trae consecuencias...”* (Entrevista a Juez de Ejecución Penal, abril de 2023).

En segundo lugar, la pérdida de turnos en los hospitales extramuros hace que la demanda para los tratamientos e intervenciones quirúrgicas se incremente cada vez más, ya que *“son recurrentes las referencias al incumplimiento por parte del SPB de los*

*traslados (...) El servicio obtura el acceso a la atención de la salud, obstaculizando la atención en el hospital y agravando las situaciones de salud... ” (Bolajuzón y Bouilly, 2018:58-59). El estudio dio por resultado, que un 37% de las personas encuestadas necesita alguna atención en hospitales extramuros, siendo que el 63.4% hace más de dos meses que solicitaron esa atención sin tener respuesta alguna. Un 68,4% no fueron intervenidos por la falta de móvil para el traslado hacia los hospitales externos, dato que confirma lo que la jefa de sanidad nos dijo sobre esta carencia en la cárcel.*

Gráfico 6: Tiempo de solicitud de atención médica extramuro año 2022.

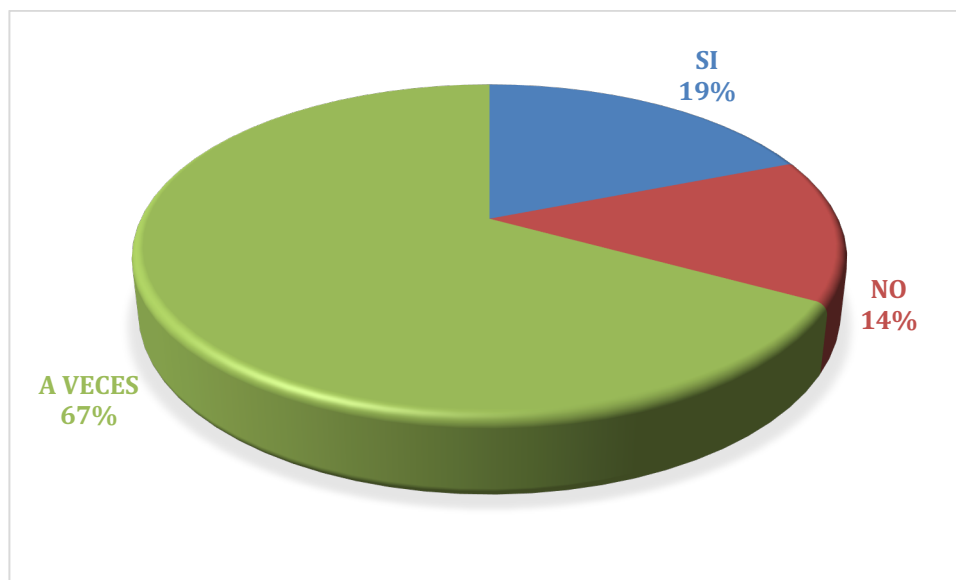


Fuente: Encuesta “Condiciones de salud y atención de la población privada de libertad en la unidad N° 48 y estudiantes del CUSAM”

La necesidad de intervención más recurrente fue operación de vesícula, coincidiendo con la investigación de Bolajuzón y Bouilly, donde *“las víctimas que describieron falta o deficiente alimentación durante 2017 se registraron complicaciones en casos de hepatitis, hernias, obesidad, hipertensión, diabetes, problemas de vesícula...”* (2018:8). Los problemas de vesícula se pueden relacionar con la mala calidad de alimentos que las PPL tuvieron como percepción en las encuestas realizadas. El 80% de las personas encuestadas, reciben una alimentación común a todas las PPL, y el 20% recibe algún tipo de dieta preferencial. Solamente el 19% siempre consume la comida que

recibe del SPB, y un 67% la consume a veces, como podemos observar en el siguiente gráfico:

Gráfico 7: Consumo de la comida que brinda el SPB año 2022



Fuente: Encuesta “Condiciones de salud y atención de la población privada de libertad en la unidad N° 48 y estudiantes del CUSAM”

En cuanto a la percepción de las PPL sobre la calidad de la comida ofrecida por el SPB, casi la mitad de los encuestados considera que la calidad se califica entre 4 y 5 puntos:

Tabla 1: Percepción de la calidad de los alimentos

CALIFICACION	PORCENTAJE
1	19 %
2	6 %
3	11 %
4	20 %
5	28 %
6	11 %
7	3 %
8	0 %
9	0 %
10	2 %

Fuente: Encuesta “Condiciones de salud y atención de la población privada de libertad en la unidad N° 48 y estudiantes del CUSAM”

Estos datos coinciden con el informe de la CPM, donde *“los entrevistados definieron la comida como escasa en cantidad y calidad...”* (2019:151).

### **3.5 La situación de las mujeres privadas de libertad en la U46 y 47**

Si bien la cantidad de mujeres privadas de su libertad en América Latina representa el 8,4% de la población carcelaria, desde el año 2000 el incremento de la población femenina ha sido el triple con respecto a la de los hombres. Las mujeres tienen un escaso acceso a una alimentación y salud adecuadas, siendo más propensas a padecer hipertensión, diabetes, enfermedades digestivas, respiratorias y cutáneas, relacionadas con la falta de higiene. También padecen mayores trastornos de salud mental, ya que es más común en las mujeres que se corte el vínculo familiar, y esto se demuestra en que tienen menos visita que los hombres detenidos. Por lo general, sus parejas las abandonan, y no tienen quien les traiga a sus hijos y/o hijas para visitarlas. (Mora, Anderson y Negrete Morayta, 2021).

En base a una investigación del CELS en la Unidad 31 del SPB, las mujeres refirieron en un 43,2%, que no le realizaron el papanicolau en el último año, y que al 61% de las mayores de 35 años, no le realizaron la mamografía (2011), datos que nos dan cuenta de las deficiencias en la atención ginecológica desde hace ya varios años, a las mujeres privadas de su libertad en la provincia de Buenos Aires.

En las encuestas realizadas participaron mujeres detenidas en las unidades penitenciaria N° 46 y 47 del Complejo Penitenciario de San Martín. Se observa que un 57,7% no tiene atención ginecológica. Los controles básicos que son un derecho, se convierten en un “beneficio” para las mujeres detenidas en las cárceles bonaerenses (Bolajuzón y Bouilly, 2018), además, *“según consta en los informes de 2018 de los procuradores/as, los anexos de mujeres no cuentan con profesionales de ginecología...la mayoría de las mujeres detenidas refirió que no les realizaron los controles ginecológicos anuales o que se los realizaron, pero no les dan los resultados”* (CPM, 2019:191), lo que además genera problemas de angustia ante tales incertidumbres sobre su salud, y en consecuencia, más deterioro de su salud mental.

El 42,3 % que tuvo atención, la califica en su mayoría con una puntuación de 3 (en una escala del 1 al 10). Un 88,5% dice no haber tenido problemas ginecológicos antes de estar detenidas, pero los tuvieron estando alojadas en la prisión.

Además de la falta de acceso a atención médica especializada, las mujeres privadas de libertad enfrentan desafíos relacionados con la higiene y el saneamiento, como por ejemplo, la distribución de protectores íntimos. Si bien los hombres tienen dificultades para acceder a la salud, *“las mujeres encarceladas enfrentan privaciones adicionales porque viven en espacios diseñados para hombres, a menudo no tienen acceso a productos de higiene íntima, y los ya penosamente inadecuados servicios de salud no están diseñados para satisfacer las necesidades de las mujeres* (Youngers, García Castro y Manzur, 2020:24). Estas condiciones pueden contribuir a problemas ginecológicos, ya que el mantenimiento de la higiene personal es fundamental para prevenir infecciones y otros trastornos ginecológicos.

En resumen, en este capítulo hemos profundizado sobre las condiciones de salud de la población privada de libertad y sus experiencias de acceso a la salud. Se ha identificado una demanda de atención médica significativa, con desafíos en el acceso a servicios de salud adecuados, el cual se demostró que tiene un tiempo de acceso demasiado lento y sin soluciones inmediatas.

## **Conclusiones**

El objetivo de esta investigación fue ampliar el conocimiento sobre los procesos de salud-enfermedad en personas privadas de su libertad en la Unidad 48, y en los anexos femeninos de las unidades 46 y 47 del complejo penitenciario de San Martín.

Para responder a nuestras preguntas de investigación comenzamos en el capítulo 1 por describir el sistema de salud en la unidad 48, y advertimos que el mismo funciona como un CAPS (Centro de atención primaria de salud), disponiendo de un médico de guardia y sin especialidades médicas. En caso que las PPL tengan que atenderse con especialistas, se les solicita un turno a hospitales cercanos, pero el día que tienen asignado el turno, si no hay móviles disponibles para el traslado, las PPL no pueden asistir, con lo cual pierden el turno y deben esperar a que se les asigne uno nuevo. Los móviles disponibles, son priorizados para los traslados a los juzgados, ya que estos últimos lo reclaman a la unidad, con motivo de entrevistar a los internos. Como los hospitales no los reclaman, la jefatura de la unidad penitenciaria prioriza los traslados a los juzgados. Estos datos los obtuvimos a través de fuentes primarias, como la entrevista a la Jefa de Sanidad, un Juez de Ejecución Penal y un ex trabajador (PPL) del sector.

Otra de las barreras de acceso a la salud se encuentra en torno a los aspectos burocráticos para solicitar autorización de los traslados al hospital tras-muro, que actúa como un limitador precedente a la posterior falta de móviles. Además, los hospitales públicos que son recurridos para solicitar turnos, también tienen deficiencias en recursos humanos, con lo cual, las fechas para asignar turnos son esporádicas en el tiempo. En cuanto al presupuesto de la provincia de Buenos Aires en materia de salud, durante el 2022 se redujo ampliamente en relación al presupuesto de seguridad, lo cual impactó en el sistema de salud penitenciario, reflejado en la falta de insumos y medicamentos destinados a la población detenida.

Por otro lado, advertimos que la cantidad de profesionales médicos no se adecúa a la demanda y a las condiciones de trabajo que supone la cárcel, debido a la limitación de recursos y presupuesto destinado a la atención médica. Además, las condiciones de trabajo son deplorables, lidiando entre la falta de insumos y horarios que, en la mayoría de los casos, no son convenientes en relación al salario ofrecido. Cuando un profesional ingresa a trabajar a la cárcel, se lo incorpora como parte del personal penitenciario, cobrando su sueldo en base a su jerarquía inicial, con lo cual no es conveniente para los médicos, ya que después de años de estudio y formación en especialidades, cobran menos que un suboficial sin estudio alguno. La falta de personal de seguridad en el SPB, perjudica el acceso a la salud, ya que las PPL tienen que asistir al sector de sanidad acompañado por un encargado, extendiendo los tiempos para que puedan acompañarlo hasta sanidad. Un facilitador de acceso es el propio encargado, que abre la puerta del pabellón y acompaña a la PPL para que pueda llegar al sector de sanidad. El capital social compuesto por familiares y allegados a las PPL, beneficia el acceso a la salud, en cuanto que los mismos pueden hacer reclamos directos en los juzgados, proveerles de medicación y mercancías que pueden intercambiar por alimentos, como así también, dar estar mercancías, les permite formar redes de apoyo mutuas dentro de la cárcel. De esta manera identificamos tres mecanismos de acceso a la salud: por el encargado del pabellón, por otros compañeros a través del capital social adquirido y, por último, por la vía judicial, realizando los reclamos correspondientes al juzgado a cargo.

También describimos que las PPL utilizan tácticas para poder acceder a la salud, como por ejemplo asistir a la escuela o al trabajo para salir del pabellón, y de esta manera acceder al sector de sanidad, ya que, desde el pabellón, es mucho más difícil. A su vez, existen oportunidades de atención sanitaria, y las clasificamos en tres tipos: las generadas



a partir de capital social, por una ubicación geográfica asidua y por el uso del lenguaje.

En el capítulo 2 exploramos las condiciones de vida de las PPL. El nivel de hacinamiento es importante en los pabellones de la unidad 48. Las plazas disponibles son de 480, pero están alojadas alrededor de 1000 personas. Este factor dificulta el acceso a la salud, debido a la alta demanda que no es satisfecha con los escasos recursos de insumos y profesionales de la salud que se disponen, y también genera cierto grado de violencia entre las PPL debido a la lucha por el agua caliente, alimentación y diferencias en la convivencia cotidiana dentro de las celdas.

En cuanto al ambiente físico, la unidad 48 fue construida sobre el CEAMSE, donde se desechan los residuos sólidos urbanos, y esto influye en el medio ambiente en el cual viven las PPL y el tipo de agua que beben. Las condiciones de saneamiento no son las adecuadas para la cantidad de población existente. Dentro de las celdas hay presencia de insectos como cucarachas, que, pese a la fumigación, siguen visualizándose y perjudicando la salud de las personas allí alojadas. La escasez de agua caliente, debido al continuo uso de las duchas por el hacinamiento existente, impacta también en la salud. En cuanto a la higiene personal, observamos que el SPB no provee de artículos de higiene a las PPL, siendo estas abastecidas por el capital social adquirido de familiares y allegados.

También advertimos que no existen programas de prevención de enfermedades, como así tampoco tratamiento para dejar de fumar, siendo que, según las encuestas realizadas, las enfermedades respiratorias son las más comunes dentro de la unidad 48.

Refiriendo a la atención en salud mental, notamos que hay disponibles dos psicólogas para realizar tratamiento a una población de más de 1000 personas. Además, las PPL que logran acceder a un tratamiento psicológico, dieron cuenta de la falta de confidencialidad en las sesiones y la poca frecuencia de las mismas.

En lo que respecta a la cuarentena de 2020 por la pandemia COVID-19, resultó imposible respetar el distanciamiento social obligatorio, ya que el hacinamiento resultaba el principal obstáculo. Se registraron pocas muertes por contraer esta enfermedad, pero las condiciones de aislamiento en caso de contagio eran pésimas. Las prácticas socio sanitarias no fueron las adecuadas para afrontar la pandemia, como así tampoco lo siguen siendo para mantener una buena salud.

Además, observamos que, según las encuestas realizadas, la alimentación es escasa y de mala calidad, generándose un comercio para poder obtener mejores alimentos,

y el consecuente acceso a una mejor alimentación y salud. Lo mismo ocurre con la salud bucal, para poder acceder a prótesis odontológicas, las PPL tienen que solventar un costo para adquirirlas.

Por último, en el capítulo 3 nos enfocamos en las experiencias del acceso a la salud, el cual es lento en lo que respecta llegar al sector de sanidad, como así también en encontrar una solución a las enfermedades y/o dolencia de los pacientes. Advertimos malos tratos, experiencias de destrato y abandono en el cuidado de la salud por parte de los profesionales y del SPB. En algunos casos, la falta de medicación impacta fuertemente en las PPL enfermas que no tienen visita frecuentemente, y es ahí donde surge la solidaridad entre los detenidos, donde las redes sociales juegan fuertemente dentro de la cárcel, ya sea para conseguir medicación o mejores alimentos.

En cuanto a los antecedentes de enfermedades, observamos que la mayoría padece enfermedades respiratorias, en algunos casos antes de estar detenidos. En lo que refiere a enfermedades padecidas únicamente durante el encierro, prevalecen las migrañas, gripes o anginas y dolores de muela.

La mayoría de las personas con discapacidad alojadas en la unidad 48, no disponen de certificado médico, y tampoco el SPB les facilita la emisión del mismo. Esto dificulta el acceso a beneficios, y los posiciona en un importante grado de desigualdad en relación al resto de la población.

Logramos identificar y clasificar las barreras de acceso a la salud, siendo las mismas del tipo cultural, ideológicas y administrativas, complementando de esta manera lo que veníamos desarrollando en capítulos anteriores.

Finalmente, describimos la situación sanitaria de las mujeres privadas de su libertad, donde la falta de elementos específicos de higiene, como ser protectores femeninos, anticonceptivos y controles ginecológicos en general, se hacen presentes en su cotidianeidad.

Resumimos con todo lo observado que el acceso a la salud en la unidad 48 se ve dificultado por la falta de recursos materiales como móviles, insumos, profesionales médicos, de seguridad y administrativos (en la unidad y en los juzgados). Los alimentos son escasos y de mala calidad. Diferentes actores intervienen de alguna u otra manera en el acceso a la salud de las personas detenidas, como ser el Estado, el Poder Judicial, el SPB, Salud Penitenciaria y también la empresa encargada de la alimentación, tejiendo una red de obstáculos permanentes. Esto evidencia la necesidad urgente de reformas

integrales que garanticen el acceso equitativo a la salud para las personas detenidas, reconociendo sus derechos fundamentales y promoviendo su bienestar integral.

La metodología utilizada en esta investigación permitió obtener información valiosa, aunque presenta ciertas limitaciones que es importante tener en cuenta al interpretar los resultados. Por ejemplo, la muestra no es representativa debido a las limitaciones de acceso a ciertos grupos o individuos dentro del contexto penitenciario. Las observaciones pueden haber estado sujetas a restricciones en términos de alcance y profundidad. Estas limitaciones pueden influir en la generalización de los resultados y requieren ser consideradas con cautela al analizar las conclusiones del estudio. Además, las encuestas electrónicas fueron dificultosas de implementar. Pese a que abarató costos significativos en insumos, podemos decir que cuando las PPL recibían el link de la encuesta electrónica, a través de ciertas redes sociales que fuimos enviando, pensaban que se trataba de un virus informático y no accedían al mismo por miedo a estafas virtuales u otros daños en su dispositivo móvil. Por ello, debió reforzarse el pedido por otros medios, como recomendación o avisos personales. Esta observación es importante para futuras encuestas electrónicas realizadas en este contexto. Otra dificultad de las encuestas electrónicas es la falta de señal en la cárcel, como así también la falta de carga de crédito en las líneas telefónicas, por lo que es recomendable tener en cuenta estos puntos en futuras investigaciones. Estos inconvenientes se resolvieron utilizando el servicio de internet en el CUSAM y mediante el uso de computadoras disponibles en la sala de informática.

En base a los hallazgos de este estudio, se recomienda la implementación de programas específicos de atención integral a la salud para personas detenidas, que aborden no solo las necesidades médicas, sino también los aspectos ambientales, sociales y emocionales. Estos programas deben ser diseñados en colaboración con profesionales de la salud, expertos en justicia penal y representantes de organizaciones de derechos humanos, pero sobre todo “escuchando” las necesidades de esta población. Asimismo, es crucial establecer mecanismos de monitoreo y evaluación periódica para asegurar la efectividad y calidad de la atención médica y de condiciones de vida en contextos de encierro.

Para futuras líneas de investigación se podrían explorar con mayor profundidad el impacto de factores socioeconómicos, culturales y de género en el acceso a la salud en contextos penitenciarios. Además, es necesario investigar el papel específico de la

alimentación y si esta se relaciona con la alta demanda de intervenciones quirúrgicas específicas. También, se puede desprender una línea específica de investigación en salud mental, bucal y respiratoria, debido a la alta demanda que hemos detectado, con el fin de identificar áreas de intervención prioritarias. El abordaje de la situación de las mujeres privadas de libertad resulta preponderante y urgente. Asimismo, se sugiere realizar comparaciones entre diferentes sistemas penitenciarios y contextos socioculturales, para identificar buenas prácticas y lecciones aprendidas, que puedan ser aplicadas en otros entornos.

## Bibliografía

Adaszko, D.; Sotelo J.; Orlando, M. y Angeleri, P. (2017). *Estudio de prevalencia de VIH, sífilis, hepatitis virales y tuberculosis en personas en contextos de encierro en unidades del Servicio Penitenciario Federal*. Universidad Nacional de General Sarmiento.

Añaños-Bedriñana, F.T. (2017). *Salud mental en prisión. Las paradojas socioeducativas*. Revista de psicología y educación, Vol. 16 (1), 98-116.

Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7428611>

Arcuri, D. (2010). *Plan estratégico en las cárceles federales de Argentina*. Revista Española de sanidad penitenciaria, Vol. 12 (2), 48-53. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1575-06202010000200003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1575-06202010000200003).

Ángel, L. (2016). *Acá la política la hacemos nosotros*. Universidad Nacional de San Martín. Tesina de Grado.

Batthyány, K. (2011). *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial*. Universidad de la República Uruguay.

Behm, H. (1992). *Los determinantes de la mortalidad*. Revista Salud Colectiva, Vol. 7 (2), 231-253.

Belló, M. y Becerril-Montekio, V.M. (2011). *Sistema de salud de Argentina*. Salud pública de México, Vol. 53 (2), 96-108.

Bolajuzón, M.V. y Bouilly, M.R. (2018). *Acceso a la salud en las cárceles bonaerenses: el folklore del abandono*. Universidad Nacional de Quilmes.

Bourdieu, P. (1973). *Socialización, educación y reproducción cultural*. Siglo XXI Editores.

Bourdieu, P. (1986). *Las formas del capital*. Akal.

Bourdieu, P. (1999b). *Razones prácticas sobre la teoría de la acción*. Anagrama.

Bruno, F.; Cacivio, R.; Tabernaberrí, A.; Muguerza, Y. (2016). *Salud en contexto de encierro*. Prometeo Libros.

CELIV Informe N° 2 (2015). Sáenz Peña: Universidad Nacional de Tres de Febrero.

Chaloum, M.J. y Varas, N. (2016). *Los centros de Atención Primaria de la Salud (CAPs): Una estrategia de salud comunitaria en la zona sanitaria V, San Juan*. II Congreso de la Asociación Argentina de Sociología. Asociación Argentina de Sociología, Villa María.

CICR (2018). *Comité Internacional de la Cruz Roja. Informe*. Comité Internacional de la Cruz Roja.

Cohen, W. (2003). *Como ser un consultor exitoso*. Ediciones Granica.

CELS. (2011). *Mujeres en prisión. Los alcances del castigo*. Siglo XXI.

CELS. (2020). *Covid-19 y sobrepoblación carcelaria*. Siglo XXI.

CPM-Informe (2004,2018,2019). La Plata: Comisión Provincial por la Memoria.

Daroqui, A. (2013). *Confinamiento como castigo, Cuadernos de la Procuración Penitenciaria de la Nación*. Siglo XXI.

De Certeau, M. (1980). *La invención de lo cotidiano*. Universidad Iberoamericana.

Filgueira C. (2001). *La actualidad de viejas temáticas: sobre los estudios de clase, estratificación y movilidad social en América Latina*. Serie políticas sociales, CEPAL, Santiago de Chile.

García, G. P. (2020). *Violencia carcelaria: una mirada sobre las violencias expresivas entre personas privadas de su libertad en cárceles de la provincia de Buenos Aires*. Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, Argentina. Disponible en RIDDA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes:  
[https://ridaa.unq.edu.ar/bitstream/handle/20.500.11807/2020/TFI\\_2019\\_garcia\\_009.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ridaa.unq.edu.ar/bitstream/handle/20.500.11807/2020/TFI_2019_garcia_009.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Godelier, M. (1986). *La producción de grandes hombres: poder y dominación masculina entre los Baruya de Nueva Guinea*. Siglo XXI.

Goffman, E. (1959). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu Editores.

Grossman, F. y Domínguez Villalobos, L. (2010). *México: desigualdad económica y género*. Programa Universitario de estudios de género, UNAM, México.

Grunfeld, M.V. y Palomo, D. (2012). *Epidemiología, gestión y políticas en el campo de la salud*. Archivos de Medicina Familiar y General, Vol. 9 (1), 7-12.

Habermas, J. (1981). *Teoría de la acción comunicativa*. Taurus.

Informe de la Procuración Penitenciaria de la Nación (2017). *Buenas prácticas de salud mental en contextos de encierro*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Procuración Penitenciaria de la Nación.

Informe de la Procuración Penitenciaria de la Nación (2020). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Procuración Penitenciaria de la Nación.

Justicia y Derechos Humanos, Provincia de Buenos Aires (2022). Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad Nacional de La Plata.

Kreplak, N.; Larrabide, J.; Giorgi, S. y Kohan, P. (2013). *Atención y cuidado de la salud de personas privadas de su libertad. Plan estratégico de salud integral en el Servicio Penitenciario Federal 2012-2015*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Infojus.

Laurell, A. (1981). *La salud enfermedad como proceso social*. Revista Latinoamericana de Salud, Vol. 2 (1), 7-25.

Manavella, M.; Lafferriere, F.; y Espínola, S. (2022). *Atención de salud y acceso a la atención médica en la Argentina urbana*. Observatorio de la deuda social Argentina.

Mauss, M. (1969). *Ensayo sobre el don. Forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. Katz conocimiento.

Ministerio de Salud (2020). *Programa de salud en contextos de encierro: Estrategias de intervenciones sanitarias en los servicios penitenciarios de la República Argentina*. Programa de salud en contextos de encierro.

Mora, A.; Anderson H. y Negrete Morayta, A. (2021). *Enfoque de género en materia de mujeres privadas de su libertad. Contribución mujeres privadas de libertad*. Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Motto, C. y Daroqui, A. (2018). *Aportes de la investigación social sobre la “cuestión carcelaria” para la intervención en materia de Derechos Humanos*. Procuración Penitenciaria de la Nación, Argentina.

Muralla, J. (2021). *Prioridades. El presupuesto 2022 de Kicillof: más para Berni, policías y cárceles, menos para salud y educación*. Diario La Izquierda. Disponible en: <https://www.laizquierdadiario.com/El-Presupuesto-2022-de-Kicillof-mas-para-Berni-policias-y-carceles-menos-para-salud-y-educacion>).

Nessier M.C. y Gerlero, S. (2012). *El estado nutricional tras las rejas. Estudio descriptivo del estado nutricional de un grupo de mujeres privadas de libertad en una unidad penal de la ciudad de Santa Fe (Argentina)*. Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina.

Diario Página 12, (2018). *Una cucaracha viva*. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/137070-una-cucaracha-viva>

Parsons, T. (1937). *La estructura de la acción social*. McGraw-Hill.

Rocha, A. y Patiño A. *Salud bucal de las personas privadas de la libertad: un planteamiento justo*. (2011). Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Vol. 28 (3), 294-300.

Roig et al. (2014). *Monedas vivas y monedas muertas. Genealogía del dinero en la cárcel. Papeles del trabajo*, Revista Papeles de Trabajo, Vol. 8 (13), 126-143.

Rovere, M. (2016). *El sistema de salud de la Argentina como campo; tensiones, estrategias y opacidades*. Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, Vol. 6 (12), 23-42.

Sacchi, M.; Hausberger, M.; Pereyra, A. (2007). *Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta*. Revista Salud Colectiva, Vol. 3 (3), 271-283.

SNEEP (2022). *Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena*. Ediciones SAIJ-INFOJUS, Dirección Nacional de Política Criminal en materia de Justicia y Legislación Penal.

Spillman, E. (2016). *Alarmanes fallas en el área de salud de cárceles bonaerenses*. Diario Perfil.

Disponible en: <https://www.perfil.com/noticias/politica/alarmanes-fallas-en-el-area-de-salud-de-carceles-bonaerenses.phtml>

Spinelli, H. (2010). *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*. Revista Salud colectiva, Vol. 6 (3), 275-293. Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115348004>

Trajtenberg, N. y Sánchez de Ribera, O. (2019). *Violencia en instituciones penitenciarias. Definición, la medición y la explicación del fenómeno*. Revista de Ciencias Sociales Montevideo, Vol. 32 (45), 125-173.

Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0797-55382019000200147](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-55382019000200147)

Tobar, F.; Catenazzi, A.; Di Virgilio, M; Moro, J.; Ariovich, A., Chiara, M. (2015). *Gestión territorial integrada para el sector salud*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.

Trotta, N. (2023). *La salud sin ministerio*. Diario Página 12. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/677934-la-salud-sin-ministerio>.

UNICEN (2022). *Relevamiento censal sociodemográfico de estudiantes de UNICEN en unidades penales zona centro SPB* Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Disponible en: <https://youtu.be/asXeAm7AOFk>

Vasilachis de Gialdino, I. (1992). *Métodos cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos*. Gedisa.

Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.

Weber, M. (1994). *Economía y sociedad*. Fondo de cultura económica.



Youngers, C., García Castro, T. y Manzur, M. (2020). *Mujeres encarceladas por delitos relacionados con drogas en América Latina: lo que los números evidencian*. Wola: Incidencia a favor de los derechos humanos en las Américas.

Zarate, E.; Lobon, I.; Saavedra, C. y Castañeda, M. (2005). *Tuberculosis en nuevos escenarios: establecimientos penitenciarios*. Revista Anales de la facultad de medicina. Universidad Mayor de San Marcos, Vol. 66 (2), 15-29. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832005000200009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832005000200009)

## Anexo I

### Encuesta: Condiciones de salud y atención de la población privada de libertad en la Unidad Penitenciaria N°48 y estudiantes del CUSAM

\* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Correo \*

---

---

#### MODULO DATOS GENERALES

2. Sexo asignado al nacer \*

*Marca solo un óvalo.*

mujer  Hombre

3. Identidad de género \*

*Marca solo un óvalo.*

mujer  hombre  trans  otro

prefiero no decirlo

4. Edad \*

---

5. Unidad penitenciaria N° \*

*Marca solo un óvalo.*

46

47

48

6. Mes y año de ingreso a la cárcel \*

---

*Ejemplo: 7 de enero del 2019*

7. ¿Es la primera vez que estas detenide? \*

*Marca solo un óvalo.*

si

no

8. ¿Sos estudiante de la escuela primaria o secundaria? \*

*Marca solo un óvalo.*

primaria

secundaria

no estudio en la escuela

9. ¿Sos estudiante del CUSAM? \*

*Selecciona todos los que correspondan.*

CPU

carrera

diplomatura

taller

no soy estudiante del CUSAM

10. Trabajo \*

*Marca solo un óvalo.*

- talleres  panadería  parque  sanidad  cloaquero  
 limpieza de pasoducto  escuela  
 buzones  cancha  
 otros sectores del penal  no estoy trabajando

MODULO ANTECEDENTES DE SALUD

11. Señalar si alguna vez en la vida tuviste estas enfermedades \*

*Selecciona todos los que correspondan.*

- VIH  
 tuberculosis  
 cardiovasculares  
 respiratorias  
 diabetes  
 celiacía  
 chagas  
 sífilis  
 hepatitis B  
 hepatitis C  
 depresión con tratamiento farmacológico  hipertensión  
 otra  
 ninguna

12. Año más reciente que padeciste esa enfermedad (en caso de haber padecido alguna)

---

13. ¿Padeciste la enfermedad en contexto de encierro?

*Marca solo un óvalo.*

si

no

14. ¿Tuviste heridas de arma blanca o balas estando detenide? \*

*Marca solo un óvalo.*

Sí

No

15. ¿Tenes el esquema de vacunación completo? \*

*Marca solo un óvalo.*

Sí  No  No sé

16. ¿Cuándo fue la última vez que te midieron la presión arterial en la unidad penitenciaria? \*

---

17. ¿Padeces alguna limitación permanente o discapacidad? \*

*Marca solo un óvalo.*

si

no

18. Si padeces alguna discapacidad, ¿tenés certificado?

*Marca solo un óvalo.*

Sí

No

19. Si padeces y no tenes certificado, ¿lo reclamaste al SPB?

*Marca solo un óvalo.*

Sí

No

lo reclamé, pero no tuve respuesta

#### MODULO ACCESO A LA SALUD EN CONTEXTO DE ENCIERRO

20. ¿Te hicieron el exámen de ingreso a la unidad penitenciaria? \*

*Marca solo un óvalo.*

si

no

No recuerdo

21. En caso de haber necesitado acudir a sanidad ¿Cuál fue el tiempo de respuesta \* del encargado para llevarte hasta sanidad?

*Marca solo un óvalo.*

- rápido  adecuado  lento  
 no fue necesario atenderme en sanidad

22. ¿solucionaron tu problema de salud?

*Marca solo un óvalo.*

- si  no

23. En una escala de 1 a 10, ¿Cómo calificas la atención de los enfermeros/as?

*Marca solo un óvalo.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

---

24. En una escala de 1 a 10, ¿Cómo calificas la atención de los médicos?

*Marca solo un óvalo.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

---

25. En una escala de 1 a 10, ¿cómo calificas la atención del psicólogo/a?

*Marca solo un óvalo.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



26. ¿Con qué frecuencia tenes visita? \*

*Marca solo un óvalo.*

- una vez por semana  
 cada 15 días  
 una vez por mes  
 con una frecuencia mayor a un mes  
 no tengo visita hace más de tres meses

27. ¿Con qué frecuencia tenes depósito de alimentos y productos de higiene? \*

*Marca solo un óvalo.*

- una vez por semana  cada 15 días  
 una vez por mes  
 con una frecuencia mayor a un mes  
 no tengo depósito hace más de tres meses

28. ¿Tu familia tuvo que traerte algún medicamento alguna vez? \*

*Marca solo un óvalo.*

- si  no

29. Desde que estas alojado en la unidad penitenciaria, ¿tuviste alguna de las siguientes enfermedades o dolencias? \*

*Selecciona todos los que correspondan.*

- acidez estomacal crónica  
 migraña o dolores de cabeza  
fuertes  gripe o anginas



- diarrea  fiebre  
 dolor de muelas  otra  
 ninguna

30. En lo que va del año, ¿te hicieron el control periódico de salud? \*

*Marca solo un óvalo.*

si

no

31. Desde que estas detenide, ¿te hicieron alguna vez el test de HIV? \*

*Marca solo un óvalo.*

si

no

32. ¿Recibiste la vacuna antigripal este año? \*

*Marca solo un óvalo.*

Sí

No

33. ¿Cuántas dosis de vacuna COVID tenés aplicada a la fecha? \*

*Marca solo un óvalo.*

1 dosis

2 dosis

3 dosis

4

dosis

ningu

na

34. Desde que estas en esta cárcel, ¿alguna vez te hicieron un examen

\*

oftalmológico?

*Marca solo un óvalo.*

s

i

n

o

35. Desde que estas en esta cárcel, ¿alguna vez te hicieron un examen

\*

odontológico?

*Marca solo un óvalo.*

s

i

n

o

36. ¿Necesitas realizarte actualmente alguna cirugía, intervención o tratamiento en

\*

hospital tras muro?

*Marca solo un óvalo.*

S

í

N

o

37. Si la respuesta anterior fue SI, describir cual es la necesidad

38. ¿cuánto hace que solicitaste esa atención?

*Marca solo un óvalo.*

menos de 1

mes  más

de un mes

entre un mes y dos

meses

más de dos meses

no recuerdo

39. En caso que aún no te llevaron a atenderte fuera de la cárcel, ¿qué motivo te dijeron?

*Marca solo un óvalo.*

no hay móvil

no hay personal de custodia

no consiguieron turno en el  
hospital

otros motivos

40. ¿Alguna vez tuviste que recurrir a la justicia por un reclamo de salud? \*

*Marca solo un óvalo.*

S

i

n

o

41. ¿Tuviste oportunidad de recibir tratamiento para dejar de fumar?

*Marca solo un óvalo.*

s

i

n

o

no soy fumador/a

42. ¿Tuviste oportunidad de recibir tratamiento para dejar de tener algún  
consumo problemático?

*Marca solo un óvalo.*

s

i

n

o

no tengo problemas de consumo

#### MODULO CONDICIONES DE VIDA (celda)

43. Después de la última fumigación en tu celda, ¿visualizaste cucarachas o ratas? \*

*Marca solo un óvalo.*

s

i

n

o

no fumigaron nunca

hace mucho tiempo no fumigaron

44. Los elementos de higiene personal, ¿por quienes son provistos? \*

*Marca solo un óvalo.*

por el SPB

por mi familia y/o

amigos  por mis

compañeros detenidos

¿Faltan vidrios en las ventanas de tu celda? \*

*Marca solo un óvalo.*

S

i

n

o

45. ¿hay calefacción en el pabellón o celda que te encuentras alojado/a? \*

*Marca solo un óvalo.*

S

í

N

o

46. ¿Funciona correctamente el desagüe del inodoro? \*

*Marca solo un óvalo.*

S

í

N

o

47. ¿cuántas personas de más hay en tu celda según la cantidad de camas? \*

*Marca solo un óvalo.*

1 de mas

2 de mas

3 de mas

4 de mas

5 de mas

más de 5

## ALIMENTACION

48. ¿Qué tipo de alimentación corresponde a tu dieta? \*

*Marca solo un óvalo.*

Com

ún

Ron

cha"

Dieta especial

49. Si tenés dieta especial, ¿cuántos días a la semana la recibís?

*Marca solo un óvalo.*

1 vez por semana

2 veces por semana

más de 2 veces por semana

Necesito "Roncha" pero no la recibo

Necesito dieta "especial" pero no la recibo

50. ¿Consumís la comida que te brinda el SPB ?

*Marca solo un óvalo.*

S

i

N

o

A veces

51. En una escala de 1 a 10, ¿Cómo evalúas la calidad de la comida recibida? \*

*Marca solo un óvalo.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

---

52. En una escala de 1 a 10, ¿Cómo evalúas la abundancia de la porción de la

\*

comida recibida?

*Marca solo un óvalo.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

---

53. En una escala de 1 a 10, ¿Cómo evalúas la variedad de platos semanales? \*

*Marca solo un óvalo.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

---

54. En una escala de 1 a 10, ¿Cómo evalúas el valor nutricional del plato? \*

*Marca solo un óvalo.*



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

---

55. ¿Cuántas porciones de fruta y verdura comes a diario? \*

*Marca solo un óvalo.*

- ninguna
- 1 porción
- 2 porciones
- 3 porciones
- más de 3 porciones

#### MODULO EXCLUSIVO PARA MUJERES

56. ¿Cuántos hijos tienes?

*Marca solo un óvalo.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- más de 4
- no tengo hijos

57. En caso de tener hijos, ¿a qué edad tuviste el primero?

---

58. En caso de tener hijos, ¿a qué edad tuviste tu último hijo?

---

59. ¿Utilizas algún método anticonceptivo femenino?

*Marca solo un óvalo.*

si

no

60. ¿Tuviste alguna complicación ginecológica antes de estar privada de libertad?

*Marca solo un óvalo.*

si

---

no

61. ¿Recibiste atención ginecológica estando en esta cárcel?

*Marca solo un óvalo.*

si

no

62. Si recibiste atención ginecológica, ¿Cómo calificas la atención recibida en una escala de 1 a 10

*Marca solo un óvalo.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



## Anexo 2. Características básicas de las personas entrevistadas

PPL N°	SEXO	EDAD	MES	AÑO
1	MASCULINO	29	DICIEMBRE	2022
2	MASCULINO	36	JUNIO	2022
3	MASCULINO	56	SEPTIEMBRE	2023
4	MASCULINO	33	NOVIEMBRE	2022
5	MASCULINO	31	NOVIEMBRE	2022
6	MASCULINO	61	MARZO	2022
7	MASCULINO	62	NOVIEMBRE	2022
8	MASCULINO	30	NOVIEMBRE	2022
9	MASCULINO	28	JULIO	2023
10	MASCULINO	51	OCTUBRE	2023
11	MASCULINO	50	MAYO	2023
12	MASCULINO	48	NOVIEMBRE	2021
13	MASCULINO	34	DICIEMBRE	2020
14	MASCULINO	47	OCTUBRE	2021
15	MASCULINO	36	MAYO	2022
16	MASCULINO	44	FEBRERO	2023
17	MASCULINO	42	DICIEMBRE	2023
18	MASCULINO	34	JUNIO	2023
19	MASCULINO	51	AGOSTO	2020
20	MASCULINO	35	AGOSTO	2023
21	MASCULINO	43	JUNIO	2020
22	MASCULINO	44	ABRIL	2023
23	MASCULINO	34	AGOSTO	2022
24	MASCULINO	48	DICIEMBRE	2023
25	MASCULINO	45	OCTUBRE	2022
JEFA DE SANIDAD	FEMENINO	45	ABRIL	2022
ENCARGADO N° 1	MASCULINO	41	OCTUBRE	2022
SUBJEFA DE LA GUARDIA	FEMENINO	32	JULIO	2023
JUEZ DE EJECUCION PENAL	MASCULINO	57	ABRIL	2023
PPL ex TRABAJADOR DE SANIDAD	MASCULINO	38	ABRIL	2022
PSICOLOGA	FEMENINO	36	NOVIEMBRE	2022
JEFE DE SANIDAD	MASCULINO	38	SEPTIEMBRE	2023

ENFERMERA	FEMENINO	48	SEPTIEMBRE	2023
MEDICO	MASCULINO	44	SEPTIEMBRE	2023
ENCARGADO N° 2	MASCULINO	29	MARZO	2023

PROMEDIO DE EDAD DE LOS ENTREVISTADOS	41,7
PROMEDIO DE EDAD DE LAS PPL ENTREVISTADAS	42,1
PROMEDIO DE EDAD DEL PERSONAL ENTREVISTADO	40,8