

ASISTENCIA DE SALUD EN LUGARES DE DETENCIÓN

GUÍA PRÁCTICA



CICR



CICR

Comité Internacional de la Cruz Roja
19, avenue de la Paix
1202 Ginebra, Suiza
Tel.: +41 22 734 60 01 Fax +41 22 733 20 57
shop@icrc.org www.icrc.org
© CICR, septiembre de 2016

ASISTENCIA DE SALUD EN LUGARES DE DETENCIÓN

GUÍA PRÁCTICA

La primera edición de esta guía se redactó en septiembre de 2004, para uso interno del CICR.

Los doctores Andrew Moscrop, Carole Dromer, Elena Leclerc y Ghirmai Yiehdego prepararon esta segunda edición, para distribución pública, entre 2013 y 2014.

La supervisión de la presente edición estuvo a cargo del doctor Raed Aburabi, coordinador médico del equipo del CICR que trabaja en el tema de asistencia de salud en lugares de detención. Este trabajo contó también con el aporte de los siguientes integrantes del CICR: Manuel Duce, Isabel Márquez, Valerie Captier, Mary Murphy, Catherine Deman, Isabel Hight, Andrés Casal y el doctor Robert Paterson.

Esta guía está dedicada a todos los miembros del personal del CICR, tanto expatriados como nacionales, que perdieron la vida mientras trabajaban para salvar las vidas de otros.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 5 |
| 1.1. Presentación de la guía | 5 |
| 1.2. Conceptos básicos | 6 |
| 1.3. El papel de los profesionales de la salud en las evaluaciones de establecimientos penitenciarios | 9 |
| 1.4. Organización de las evaluaciones de establecimientos penitenciarios..... | 10 |
| 1.5. Diálogo con los detenidos | 10 |
| 1.6. Normas de detención y reclusión | 11 |
| 2. ALOJAMIENTO, AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE | 15 |
| 2.1. Alojamiento y superpoblación..... | 15 |
| 2.2. Agua: fuente, almacenamiento, distribución y acceso..... | 19 |
| 2.3. Higiene personal | 22 |
| 2.4. Retretes..... | 24 |
| 2.5. Aguas residuales y sistemas de desagüe..... | 26 |
| 2.6. Gestión de residuos e higiene de las instalaciones | 27 |
| 2.7. Vectores y plagas..... | 29 |
| 3. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN | 31 |
| 3.1. La cadena de alimentación | 32 |
| 3.2. Suministro de alimentos | 33 |
| 3.3. Almacenamiento de los alimentos | 35 |
| 3.4. Preparación de comidas | 37 |
| 3.5. Acceso a los alimentos | 41 |
| 3.6. Nutrición | 43 |
| 3.7. Desnutrición | 46 |
| 3.8. Evaluar el estado nutricional en las poblaciones carcelarias | 49 |
| 4. SERVICIOS DE ASISTENCIA DE SALUD | 51 |
| 4.1. Principios básicos..... | 51 |
| 4.2. Personal de salud | 52 |
| 4.3. Instalaciones de salud y equipamiento médico | 55 |
| 4.4. Acceso a la asistencia de salud DENTRO de la cárcel | 57 |
| 4.5. Acceso a la asistencia de salud FUERA de la cárcel | 63 |
| 4.6. Historias clínicas individuales | 66 |
| 4.7. Registros clínicos..... | 67 |
| 4.8. Medicamentos y presupuesto para asistencia de salud | 69 |
| 4.9. Asistencia de salud para mujeres privadas de libertad | 71 |
| 4.10. Promover la salud penitenciaria | 73 |
| 5. ESTADO DE SALUD DE LOS DETENIDOS | 76 |
| 5.1. Evaluación del estado de salud y recolección de indicadores medibles | 76 |
| 5.2. Mortalidad | 77 |
| 5.3. Morbilidad | 79 |
| 5.4. Tortura y otras formas de maltrato | 82 |
| 5.5. Casos médicos individuales | 85 |
| 6. RECURSOS ADICIONALES | 87 |
| Anexo: Normas sobre temas relacionados con la asistencia de salud en las cárceles | 92 |
| Índice alfabético | 94 |

Aclaración

- Las listas con ejemplos de preguntas para cada tema se incluyen en recuadros como este. Estas listas no son exhaustivas: no abarcan *todas* las preguntas ni *todos* los lugares de detención. Cada evaluación de un establecimiento penitenciario debe adaptarse a la situación específica y a las realidades de la cárcel que se visita.

Abreviaciones

| | |
|--------------|---|
| AMM: | Asociación Médica Mundial |
| CPT: | Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes |
| ONG: | Organización no gubernamental |
| ONU: | Organización de las Naciones Unidas |
| RMTR: | Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela) |
| TBC: | Tuberculosis |
| VIH: | Virus de la inmunodeficiencia humana |

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Presentación de la guía

Destinatarios de la guía

La presente guía está destinada a personas y organizaciones abocadas a la asistencia de salud penitenciaria. El personal de salud (médicos y enfermeros) que visita instalaciones penitenciarias o trabaja en ellas la encontrará especialmente pertinente.

Se espera que los contenidos de esta guía se apliquen en una amplia variedad de contextos. Asimismo, si bien hace referencia principalmente a las cárceles, el enfoque que plantea para evaluar la salud y sus factores determinantes puede utilizarse en otros lugares de detención, como comisarías o centros de detención de inmigrantes¹.

Objetivo

El objetivo de esta guía es asistir en la **evaluación y documentación** de aquellos aspectos de la vida en prisión que pueden afectar la salud de los detenidos. El hecho de recopilar esta información puede ofrecer una perspectiva objetiva respecto de los problemas o dificultades que pueden suscitarse en una cárcel. La información puede utilizarse luego para ayudar a las autoridades penitenciarias a garantizar los mejores niveles de salud posibles entre los detenidos, conforme lo exige la ley.

Esta guía brinda un enfoque lógico y uniforme para evaluar la salud y sus factores determinantes en un lugar de detención, lo que a su vez permitirá:

- definir las condiciones básicas –salud y condiciones de vida– de la población,
- evaluar la posible evolución de la situación con el paso del tiempo, e
- identificar los principales problemas que pueden requerir medidas específicas o una evaluación más detallada.

Asimismo, al seguir un enfoque uniforme para la evaluación y la documentación, la guía permitirá hacer comparaciones *entre* establecimientos penitenciarios.

Uso de la guía

Los capítulos de la guía abordan aspectos particulares de la vida en prisión que pueden afectar la salud de los detenidos. Los capítulos se dividen en secciones que versan sobre temas específicos. Por lo general, dichas secciones incluyen antecedentes respecto del tema en cuestión, referencias a normas pertinentes y ejemplos de preguntas que se pueden utilizar al momento de visitar las cárceles.

Esta guía no aborda todos los aspectos de la salud en las cárceles. El último capítulo incluye una lista de recursos que brindan información complementaria.

¹ En aras de la simplicidad, en esta guía los términos “cárcel”/“prisión”/“lugar de detención” se utilizan para hacer referencia a cualquier establecimiento donde las personas están detenidas. Se prefieren los términos “detenido” y “recluso” en lugar de “prisionero” por dos razones: en primer lugar, para enfatizar el espectro de personas a las cuales se pueden aplicar los contenidos de la guía, dado que no todas han sido condenadas o están en prisión y, en segundo lugar, porque en muchos contextos el término “prisionero” suele tener una connotación desfavorable.

1.2. Conceptos básicos

La “pirámide de la salud”

La “**pirámide de la salud**” resulta útil para evaluar la salud en centros de detención (v. figura 1.1). Si se sigue este modelo, un entorno saludable se basa en el acceso a los **alimentos y nutrición** adecuada, y en la **higiene, el saneamiento** y el **hábitat** apropiados. Para construir sobre esta base, se deben adoptar medidas para la **protección y promoción de la salud**. En la cúspide de la pirámide se encuentra un **enfoque curativo**, que forma parte del sistema para mantener la salud en general. Sin embargo, la atención médica curativa puede ser eficiente solo cuando se suma a los componentes esenciales de nutrición, agua, saneamiento y hábitat, y a las medidas encaminadas a promover la salud y prevenir enfermedades.

En la base de la pirámide de la salud, en todos los niveles, se encuentran los “factores psicosociales”, que se analizan a continuación.



Figura 1.1 A “Pirámide de la salud” para las cárceles

Factores psicosociales

La mayoría de los aspectos de la vida en prisión tienen algún tipo de impacto en la salud. La pirámide de la salud describe los factores básicos y esenciales que influyen sobre la salud en las cárceles (alimentos y nutrición, higiene y saneamiento, alojamiento, protección y promoción de la salud y, por último, la atención curativa). Sin embargo, al evaluar la salud penitenciaria, es importante ir más allá de estos elementos básicos. Otros factores –menos obvios o incluso invisibles– también pueden tener una fuerte influencia en la salud. En ocasiones, se los incluye en la expresión general “**factores psicosociales**”, y comprenden los efectos psicológicos del arresto y la detención, la separación de las estructuras de apoyo, las jerarquías internas de los detenidos, la violencia (con inclusión de la violencia sexual), el consumo de drogas, las rutinas carcelarias, el respeto (o no) de las garantías judiciales y la promiscuidad.

Efectos psicológicos del arresto y de la reclusión

Durante su arresto o interrogatorio, la mayoría de las personas experimentan elevados niveles de estrés. También pueden ser objeto de tortura o mal trato, los cuales pueden causar consecuencias duraderas para su salud física, mental y social. En el curso de su detención, las personas inevitablemente sentirán ansiedad respecto del futuro (por ejemplo, si serán liberadas después del interrogatorio, si serán enviadas a juicio o, en caso de que se declare su culpabilidad, cómo será la vida en la cárcel y cuál será el impacto en sus familias). Para gran parte de los detenidos, estas tensiones e incertidumbres exceden

ampliamente su rango de experiencia personal. Además, mientras permanecen en prisión, muchos se sienten desesperanzados y sufren de depresión y desánimo.

Separación de las estructuras de apoyo

Las personas que repentinamente se ven apartadas de su mundo cotidiano y son enviadas a la cárcel se encuentran privadas de sus mecanismos de adaptación y de sus estructuras de apoyo habituales (como familia, amigos y, en muchos, casos, su entorno laboral), lo cual las torna más vulnerables al daño psicológico.

Jerarquías internas

Las jerarquías internas entre los reclusos y las “normas” penitenciarias informales existen, en mayor o menor medida, en los centros de detención de todo el mundo. En una cárcel, distintos grupos criminales, políticos o étnicos fijan normas que los reclusos deben obedecer. Estos grupos compiten entre sí con el propósito de obtener influencia, poder o algún beneficio material, para lo cual pueden recurrir a actos tales como extorsión, coerción, acoso o violencia física o sexual. También puede haber distintas formas de discriminación, por ejemplo, restringir el acceso a las instalaciones de salud. Es posible que las autoridades penitenciarias toleren estas actividades a sabiendas y que, en algunos casos, estén directamente involucradas en ellas.

Consumo de drogas

En muchos contextos, existe dentro de las cárceles una subcultura de consumo de drogas que suele estar interrelacionada con las jerarquías internas antes mencionadas. El consumo de drogas por vía intravenosa incrementa significativamente los riesgos para la salud en los entornos carcelarios. Dos son los factores que contribuyen a este riesgo agravado: el primero es la prevalencia de enfermedades transmitidas por la sangre, que tiende a ser mayor entre los reclusos que entre la población general; el segundo es la escasez de agujas limpias y el hecho de que toda la parafernalia relacionada con las drogas debe ocultarse a las autoridades, lo cual conduce a un mayor uso compartido de las agujas y de otros elementos. Algunas cárceles han puesto en práctica programas de canje de agujas para hacer frente a estos problemas.

Comportamiento sexual

El comportamiento sexual en las cárceles puede ser consensuado o no y puede incluir violencia sexual. Con frecuencia existe el riesgo de exposición a infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, debido a la mayor prevalencia de la enfermedad en las cárceles y a la escasez de preservativos. En respuesta a esta problemática, algunos establecimientos penitenciarios han implementado programas de distribución de preservativos.

Rutinas y ámbito penitenciario

Muchos aspectos de las rutinas y del ámbito penitenciario que se rigen por normas carcelarias oficiales pueden también traer consecuencias para la salud. El alcance del contacto de los detenidos con sus familias, ya sea a través del correo (y de los mensajes de Cruz Roja) o por medio de visitas de familiares; el acceso al empleo o la obligación de trabajar; el acceso al aire libre, la actividad física o los deportes; la posibilidad de que los reclusos puedan disfrutar de actividades recreativas, como la lectura o los juegos de mesa, profesar su religión, acceder a la educación (en especial, para los menores, pero también la educación superior para adultos), y, por supuesto, acceder a la asistencia de salud son todos factores que pueden tener un impacto directo o indirecto sobre la salud, pero

pueden también verse afectados por las jerarquías de los prisioneros o por los guardias y la administración penitenciaria.

Por lo dicho anteriormente, resulta claro que la expresión “factores psicosociales” abarca la mayoría de los aspectos de la vida en las cárceles, muchos de los cuales pueden ser difíciles de comprender, enfrentar o modificar. Sin embargo, es importante tener conciencia de ellos y de sus posibles efectos en la salud de la población carcelaria.

Disponibilidad, accesibilidad y calidad

Al evaluar la salud penitenciaria, es importante hacer una distinción entre *disponibilidad* y *accesibilidad*. El término DISPONIBILIDAD describe la existencia de infraestructura y servicios dentro de la cárcel: estructuras de salud, medicamentos, agua e instalaciones sanitarias, cocinas, alimentos, etc. El término ACCESIBILIDAD describe en qué medida los reclusos tienen un acceso igualitario a estas estructuras y servicios, sin ningún tipo de impedimento o interferencia.

Las instalaciones y servicios dentro de las cárceles deberían basarse en el principio de no discriminación y todos los detenidos deberían gozar de igualdad de acceso a ellos; también deben hacer lugar al hecho de que determinados grupos vulnerables o marginados pueden tener mayores necesidades (por ejemplo, las mujeres, los niños, los ancianos, las personas con discapacidad, los enfermos de VIH/SIDA y las minorías étnicas). La accesibilidad se puede dividir a su vez en **accesibilidad física** (por ejemplo, ¿la ubicación de las instalaciones interfiere con el acceso físico?), **accesibilidad económica** (¿existe alguna barrera económica que obstaculice el acceso a instalaciones, servicios, alimentos, etc.?) y **acceso a la información** (por ejemplo, ¿pueden los reclusos solicitar y recibir información sobre salud, saneamiento y nutrición y pueden a su vez brindar información o hacer comentarios?).

La **accesibilidad** y la **calidad** de los servicios y la infraestructura son dos de los determinantes principales de la salud en centros de detención.

Comprender al personal carcelario

En ocasiones, se cae en la tentación de considerar a las autoridades penitenciarias como los “malos de la película”, en especial, cuando el tratamiento de los reclusos parece ser especialmente deficiente. Sin embargo, en la mayoría de los casos, las autoridades no encajan en esta descripción, y una posición de confrontación hacia el personal carcelario probablemente no beneficie a nadie, en especial, a los detenidos. Durante la evaluación del centro de detención, es importante tratar de no encerrarse en una visión simplista de las autoridades a cargo.

De ser posible, se deben examinar las instalaciones destinadas al personal carcelario para su alojamiento, higiene y recreación. También se debe analizar la calidad de los alimentos y la asistencia de salud que reciben. En ocasiones, las instalaciones y servicios con que cuentan no son mucho mejores que los de los reclusos. Es evidente que lo antedicho no sirve de justificativo para las deficientes condiciones de estos últimos. Sin embargo, debe reconocerse que las malas condiciones de vida del personal carcelario afectan su moral y su bienestar, lo que en definitiva repercute en su trabajo y en su actitud hacia los detenidos.

Evalúe la motivación del personal y los problemas que debe enfrentar. Averigüe su estructura salarial y sus beneficios laborales. Consulte si solicitaron ese empleo y, en tal caso, por qué, y si les gusta su trabajo y por qué les gusta (o no). Estas conversaciones podrán brindarle información útil y le ayudarán a desarrollar relaciones de colaboración más sólidas.

1.3. El papel de los profesionales de la salud en las evaluaciones de establecimientos penitenciarios

Los profesionales de la salud (médicos o enfermeros) suelen evaluar la salud penitenciaria desde el punto de vista de la salud pública: analizan la salud de la población carcelaria como un todo, y no la salud de reclusos individuales². El profesional de la salud debe evaluar la organización de la cárcel y las condiciones en su interior, así como también los efectos que *ambos factores* tienen en la salud general de la población carcelaria. Estos profesionales deben también identificar todo aquello en las condiciones o en el régimen que tenga un efecto adverso en la salud del detenido. Por último, se deben redactar recomendaciones y sugerencias prácticas para su presentación ante las autoridades carcelarias. El objetivo de esta guía es servir de ayuda durante la realización de evaluaciones penitenciarias. Con este fin, se señalan aquellos aspectos de las condiciones y del régimen penitenciario que muy probablemente afecten la salud, y se ofrecen ejemplos de preguntas que podrían ser útiles para el análisis. Cabe destacar que las listas de preguntas incluidas en cada sección son *solamente ejemplos* y se las deberá adaptar a cada lugar de detención. Asimismo, esta guía **no** es una lista de verificación, sino que ofrece un enfoque para la evaluación general y analítica de establecimientos penitenciarios. **Cuando la evaluación revela deficiencias en las condiciones o en el régimen, el objetivo del profesional de la salud debe ser analizar las causas y evaluar su impacto en la salud de los detenidos.**

Una evaluación exhaustiva de la salud penitenciaria incluye analizar el sistema de salud penitenciaria en profundidad mediante la observación, los intercambios con el personal penitenciario de salud y conversaciones privadas con reclusos enfermos o sanos. Esto lleva tiempo. El profesional de la salud tal vez tenga que evaluar también cuestiones tales como el alojamiento, la alimentación, la higiene, el agua y el saneamiento en general, así como diversos factores psicosociales vinculados con la detención. Cuando sea posible, la evaluación de un establecimiento penitenciario debería incluir una visita al centro de salud local para comprobar el nivel de asistencia de salud a disposición de la comunidad y determinar si hay algún problema vinculado con los reclusos que fueron derivados allí.

Es importante tener en claro lo que un profesional de la salud **no** debe hacer durante la evaluación de la salud penitenciaria. En general, **no** debe tomar a su cargo el trabajo del personal penitenciario ni dirigir un sistema de salud paralelo que realice controles de salud individuales y brinde atención a los reclusos. En líneas generales, no se debería alentar a las autoridades penitenciarias ni a los miembros del equipo de evaluación a redactar listas de detenidos que “quieren ver al médico”.

Sin embargo, el profesional de la salud debería reunirse individualmente con algunos reclusos, a fin de tratar cuestiones vinculadas con el sistema de salud. El profesional de la salud podrá utilizar criterios *generales* o *específicos* para seleccionar a estos reclusos. Entre los *criterios generales* pueden incluirse los siguientes: detenidos arrestados más recientemente, mujeres detenidas o reclusos por encima o por debajo de una edad determinada. Los *criterios específicos* pueden incluir a los reclusos que pasaron por lugares de interrogación específicos, que presentan características de una enfermedad en particular o que demuestran claros signos de enfermedad mental.

En los contextos en los que el maltrato es un problema, es probable que el profesional de la salud quiera evaluar a los detenidos que han sido víctima de esos tratos, a fin de documentarlos desde el punto de vista médico.

2 H. Reyes, *The role of the physician in ICRC visits to prisoners*, CICR, Ginebra, 1994.
V: <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/misc/57jmk5.htm>

1.4. Organización de las evaluaciones de establecimientos penitenciarios

Las evaluaciones de establecimientos penitenciarios por parte de los profesionales de la salud con frecuencia tienen lugar durante las visitas de los equipos a las cárceles. En el CICR, estos equipos suelen estar formados por delegados de detención, asesores jurídicos, ingenieros hidráulicos y especializados en saneamiento y nutricionistas, entre otros. Durante estas visitas, otros miembros del equipo pueden evaluar aspectos específicos de una cárcel y dialogar con los detenidos. Se necesita buena coordinación y trabajo en equipo para garantizar que ningún tema se pase por alto durante una evaluación y que no haya duplicación de tareas. Todos los miembros del equipo deben saber **quién** recopilará **qué** información dentro del centro de detención. La división de tareas dependerá del tamaño del equipo y de las cuestiones y circunstancias asociadas con la cárcel en cuestión. Por ejemplo, una crisis sanitaria aguda en una cárcel podría captar la atención del profesional de la salud que realiza la visita y requerir que delegue gran parte de su volumen de trabajo habitual.

Los miembros del equipo que no son médicos pueden evaluar los aspectos de alojamiento, alimentos, higiene, agua y saneamiento en general, así como también muchos de los factores psicosociales asociados con la detención. Un profesional de la salud puede utilizar luego las conclusiones para juzgar el impacto en la salud dentro de la cárcel o para determinar si es necesario continuar con la investigación. Por estas razones, los miembros no médicos del equipo a cargo de la evaluación seguramente hallarán de utilidad los contenidos de esta guía. Sin embargo, la intención no es que la guía ocupe el lugar de un profesional de la salud en el equipo de evaluación del establecimiento penitenciario. Se requieren conocimientos médicos para comprender muchos temas vinculados con la salud. Los miembros del equipo sin formación médica que evalúan las cuestiones vinculadas con la salud penitenciaria deben hablar de sus conclusiones con un profesional de la salud.

Luego de una visita a la cárcel, los miembros del equipo, con inclusión del profesional de la salud, deben colaborar en la comunicación de sus conclusiones y en la redacción de recomendaciones. Estas últimas podrán ser para uso interno (por ejemplo, estrategias para supervisar los avances en la cárcel) o para su presentación ante las autoridades penitenciarias (por ejemplo, recomendar cambios en el entorno o en el régimen penitenciario). Se debe procurar que las recomendaciones sean integrales y tengan en cuenta todas las dificultades y a todas las partes interesadas. Esta guía aborda solamente el proceso vinculado con la *evaluación* de la salud penitenciaria; no incluye consejo alguno respecto de las medidas que se deban adoptar.

1.5. Diálogo con los detenidos

El diálogo con los detenidos es una fuente importante de información acerca de la salud en general, sus factores determinantes y la asistencia de salud en las cárceles. A continuación se incluyen algunas sugerencias para que estas conversaciones sean lo más fructíferas posibles.

Coordinar las entrevistas

Antes de llegar a la cárcel, decida con cuáles grupos de detenidos desea reunirse. Procure hablar con detenidos pertenecientes a grupos vulnerables, como mujeres, niños, ancianos, personas con discapacidad y extranjeros. Las personas detenidas también pueden ser vulnerables por razones étnicas o religiosas, o por sus afiliaciones políticas. Los grupos vulnerables están particularmente expuestos a los problemas de salud.

No permita que las autoridades penitenciarias seleccionen a los reclusos con los que conversará.

Utilice un lugar tranquilo para conversar, donde ni los otros detenidos ni las autoridades puedan escuchar la conversación.

En la medida de lo posible, evite cualquier disparidad en la situación; por ejemplo, trate de utilizar sillas de la misma altura y procure que los reclusos no lleven esposas durante las entrevistas.

Trabajar con intérpretes

Conviene que los intérpretes sepan por adelantado los temas que tratará con los detenidos, sobre todo si se trata de cuestiones delicadas. De esa manera, tendrán tiempo para preparar las expresiones y el vocabulario adecuados y evitarán ser tomados por sorpresa.

Hable de manera lenta y clara, con oraciones cortas. Trabajar con intérpretes puede plantear dificultades; asegúrese de continuar hablando lenta y claramente, aun cuando se sienta frustrado.

Presentaciones

Preséntese ante los reclusos con su nombre y cargo; cuénteles para qué está allí. Explique que aunque hablarán de cuestiones vinculadas con la salud, no puede tratarlos ni brindar asesoramiento clínico. Esto es importante: no debe darles la impresión de que usted intervendrá personalmente en su nombre. De este modo, evitará que le soliciten medicamentos o derivaciones.

Garantíeles la confidencialidad de las conversaciones que mantendrá con ellos. Explíqueles que si no quieren que revele ningún detalle de las conversaciones a nadie, no lo hará, y que si le permiten hablar con otras personas al respecto, mantendrá el carácter anónimo de las fuentes de la información que usted vaya a transmitir.

Explique a los detenidos que no están obligados a hablar con usted.

Durante la conversación

Sea amable y respetuoso en todo momento.

Los diferentes grupos dentro de una cárcel pueden brindarle historias y perspectivas muy diferentes. Esto puede reflejar diferencias reales en la experiencia o diferentes formas de pensar acerca de cómo deberían ser las cosas. Dado que no hay una única "verdad", no se sorprenda si escucha relatos contradictorios.

Cierre de la entrevista

Al finalizar la conversación, pregúntele al detenido si tiene alguna pregunta o algo más para decir. Esto señalará el fin de la entrevista. También le permitirá obtener información útil, dado que para ese momento el detenido tendrá cierta idea del tipo de información que usted procura obtener y podrá brindarle información sobre cuestiones que no sacó a relucir.

1.6. Normas de detención y reclusión

Las "normas" incluyen leyes, recomendaciones y principios de prácticas idóneas para la mayoría de los aspectos de la detención. En los casos en los que no se cumplen, las normas se pueden utilizar como guía para las medidas que se deben adoptar.

Existen tres clases principales de normas a las que remitirse durante la evaluación de un establecimiento penitenciario:

- normas **nacionales**, presentes en la legislación nacional referidas a la detención o en publicaciones de organismos nacionales de salud (como asociaciones de salud pública);
- normas **regionales** establecidas por organismos regionales, como el Consejo de Europa y la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos;
- normas **universales** sobre las condiciones carcelarias establecidas por la ONU.

Los tres tipos de normas se describirán en forma más detallada a continuación.

El CICR también ha establecido algunos valores de referencia en los ámbitos del agua, el saneamiento y el alojamiento, tomados de su larga experiencia de trabajo en cárceles³. Las normas no siempre incluyen indicadores o cifras específicos. En general, no se dispone de valores de referencia para indicadores de salud básicos (como las tasas brutas de mortalidad y la cantidad de consultas médicas) para la población carcelaria. Sin embargo, en ocasiones, los valores de referencia para personas desplazadas (con inclusión de los refugiados) se utilizan como una aproximación o “mejor estimación” para las poblaciones carcelarias⁴.

En relación con la accesibilidad de la asistencia de salud, la norma que se suele invocar es la de la *equivalencia* con la comunidad: en otras palabras, los reclusos deben tener acceso a una asistencia de salud que sea *al menos equivalente* a la que se brinda a los miembros de la comunidad.

Normas nacionales

Muchos países tienen legislación nacional sobre la detención. Tales leyes con frecuencia llevan nombres como “Ley Penitenciaria” o “Ley de Cárcels”. Estas leyes no definen las condiciones de los centros de detención, sino que suelen estipular la redacción de “normas carcelarias” o “reglamentaciones penitenciarias” que contienen disposiciones detalladas acerca de la administración de las cárceles, lo que comprende cuestiones vinculadas con la salud. Las reglamentaciones penitenciarias con frecuencia establecen responsabilidades para médicos o enfermeros penitenciarios que van más allá de la prestación de asistencia de salud curativa e incluyen el control de cuestiones vinculadas con la higiene y la nutrición, por ejemplo. Sin embargo, algunas disposiciones de estas “normas carcelarias” nacionales podrían estar desactualizadas o ser contrarias a la práctica internacional aceptada.

Es probable que las asociaciones profesionales de salud, tales como las asociaciones médicas nacionales, hayan publicado otras normas nacionales⁵ o hayan participado en reuniones intersectoriales sobre asistencia de salud en lugares de detención y adoptado sus conclusiones. No tienen fuerza de ley, pero podrían ser puntos de referencia útiles.

Normas regionales

Algunos organismos de derechos humanos regionales han desarrollado normas sobre las condiciones de la detención que también tratan algunos aspectos vinculados con la salud. Ejemplo de ello son las Reglas Penitenciarias Europeas adoptadas por el Consejo de Europa⁶. Uno de los principios básicos que subyacen a dichas reglas es el cuidado de la salud de las personas en custodia. El Consejo de Europa también ha creado el

3 P.G. Nembrini, *Agua, saneamiento, higiene y hábitat en las cárceles*, 2.ª edición, CICR, Ginebra, 2013. Disponible en: <http://www.icrc.org/spa/resources/documents/publication/p0823.htm>

4 P. Perrin, H.E.L.P.: *Public Health Course in the Management of Humanitarian Aid*, CICR, Ginebra, 2001; El proyecto Esfera, Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria, 3.ª ed., El Proyecto Esfera, Ginebra, 2011. Disponible en: <http://www.sphereproject.org/>

5 V., por ejemplo: American Public Health Association Task Force on Correctional Health Care Standards, *Standards for Health Services in Correctional Institutions*, 3.ª ed., APHA (Asociación Americana de Salud Pública), Washington D.C., 2003.

6 Las Reglas Penitenciarias Europeas, que el Consejo de Europa adoptó en 1973, se revisaron en 1987 y modificaron en 2006. V. Consejo de Europa, Recomendación Rec (2006) 2 del Comité de Ministros a los Estados Miembros acerca de las Reglas Penitenciarias Europeas. Adoptadas el 11 de enero de 2006.

CPT (Comité Europeo para la Prevención de la Tortura, por sus siglas en inglés), que ha elaborado normas vinculantes para la custodia policial y el encarcelamiento que incluyen disposiciones sobre la salud⁷, así como también recomendaciones sobre la ética y la organización de la prestación de salud en las cárceles⁸.

La Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos adoptó en 2002 las Directrices de Robben Island⁹, cuyo principal objetivo es la prevención de la tortura, si bien también incluyen disposiciones sobre las condiciones de detención. El Comité para la Prevención de la Tortura en África¹⁰ está encargado de difundir las Directrices de Robben Island y promover su implementación. La declaración de Kampala sobre las condiciones penitenciarias en África, adoptadas por las Naciones Unidas en 1997, analiza las condiciones carcelarias en ese continente y, en especial, la sobrepoblación. Las recomendaciones del Relator Especial sobre prisiones y condiciones de detención en África, designado por la Comisión Africana de los Derechos Humanos y de las Personas, constituyen un punto de referencia útil.

En América Latina, son pertinentes las conclusiones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Normas universales

La principal fuente de orientación para el tratamiento de los reclusos y la administración de las instituciones penitenciarias son las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos (RMTR)¹¹. Las primeras RMTR fueron aprobadas por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas en 1957. Estas fueron modificadas sustancialmente, reflejando una evolución significativa en las prácticas y normas aceptadas internacionalmente (derechos humanos; ciencia penitenciaria; servicios médicos y ética médica). Las RMTR revisadas (ahora llamadas también “Reglas Nelson Mandela”) fueron adoptadas unánimemente por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en 2015¹². Sin embargo, estas reglas no constituyen un tratado vinculante, sino un conjunto de recomendaciones o directrices¹³. Estas “reglas” se deben adaptar a cada país, ya que las condiciones sociales, económicas, jurídicas, climáticas y geográficas varían de un Estado a otro¹⁴.

En 1988, la ONU adoptó el Conjunto de principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión¹⁵. Los Principios 24 a 26 expresan

7 El CPT se constituyó sobre la base del Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes adoptado por los Estados miembros del Consejo de Europa en 1987. V. CPT, *The CPT Standards: “Substantive” Sections of the CPT’s General Reports*, CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2011 (<http://www.cpt.coe.int/eng/docsstandards.htm>)

8 Comité de Ministros del Consejo de Europa, Recomendación (98) 7 relativa a los aspectos éticos y organizativos del cuidado de la salud en el medio penitenciario. Adoptada el 8 de abril de 1998.

9 Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, *Resolution on Guidelines and Measures for the Prohibition and Prevention of Torture, Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Africa*, 32.º período de sesiones, 17 a 23 de octubre de 2002, Banjul, Gambia.

10 Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Declaración de Kampala sobre las condiciones penitenciarias en África, Resolución 1997/36, 36.ª asamblea plenaria, 21 de julio de 1997.

11 Reglas mínimas para el tratamiento de reclusos, adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C del 31 de julio de 1957 y del 13 de mayo de 1977.

12 El proceso de revisión fue liderado por un grupo de expertos nominado por la Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal. La División Jurídica del CICR también participó en el proceso. Las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos revisadas (“Reglas Nelson Mandela”) fueron adoptadas por la Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal de las Naciones Unidas en mayo de 2015, aprobadas por el Consejo Económico y Social en julio de 2015, y adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 17 de diciembre de 2015.

13 A este tipo de documento se lo considera de “derecho blando” (o derecho indicativo), dado que no es un tratado suscrito por Estados, sino un conjunto de normas y principios mínimos acordados universalmente y que los Estados deberían respetar.

14 Para una explicación de las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, ver: *Penal Reform International (Reforma Penal Internacional), Making Standards Work: An International Handbook on Good Prison Practice*, 2.ª ed., 2001. Este manual, que recibió amplia aceptación y fue traducido a numerosos idiomas, brinda una reseña de las reglas de las Naciones Unidas sobre las condiciones penitenciarias y el trato de los reclusos y explica el valor y significado prácticos de las reglas para la política y la práctica carcelarias. **Se recomienda enfáticamente realizar un estudio detallado de este útil análisis de las RMTR.** (Se puede descargar del sitio web de *Penal Reform International*: <https://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2013/05/man-2001-making-standards-work-es.pdf>, aunque no fue actualizado luego de la aprobación de las nuevas RTMR.

15 Asamblea General de las Naciones Unidas, Conjunto de principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión, A/Res. 43/173 del 9 de diciembre de 1988. Disponible en: <http://www.un.org/documents/ga/res/43/a43r173.htm>

claramente la necesidad de realizar un examen médico apropiado para cada nuevo detenido que ingresa, con acceso irrestricto a la prestación de salud, y de que quede debida constancia de la atención médica brindada.

Otras normas pertinentes son las Reglas de las Naciones Unidas para la protección de menores privados de libertad, de 1990, y las Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok), de 2010.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es un tratado vinculante que entró en vigor en 1976. En su artículo 12, garantiza “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Una explicación más detallada de esa declaración establece que las partes del tratado se abstendrán de “denegar o limitar el acceso igualitario a todas las personas, incluyendo prisioneros o detenidos minorías, solicitantes de asilo y migrantes ilegales, a los servicios de salud, preventivos, curativos y paliativos”.

En relación con la ética médica universal durante la detención, se puede hacer referencia a las declaraciones y manifestaciones efectuadas y a los principios definidos por organismos tales como las Naciones Unidas¹⁶, el Consejo Internacional de Enfermería¹⁷ y la Asociación Médica Mundial (AMM)¹⁸. Particular importancia reviste la Declaración de Tokio, que la AMM adoptó en 1975, la cual establece principios rectores para los médicos con respecto a la “tortura u otros tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes”, con inclusión de la alimentación forzada.

Normas para la detención durante conflictos armados (derecho internacional humanitario) y el papel del CICR

El III Convenio de Ginebra hace referencia al internamiento de los prisioneros de guerra durante conflictos armados internacionales; el internamiento de civiles se trata en el IV Convenio de Ginebra. Ambos contienen artículos específicos que hacen referencia a la prestación de asistencia de salud, como asimismo al alojamiento, la alimentación, el agua, el ejercicio físico, etc. Se debe consultar el Convenio pertinente y prestarle especial atención¹⁹. Las normas aplicables a los conflictos armados no internacionales se incluyen en el artículo 3 común a los cuatro Convenios de Ginebra y en el Protocolo II adicional a los Convenios de Ginebra del 8 de junio de 1977 (Protocolo adicional II)²⁰, así como también en el derecho internacional humanitario consuetudinario²¹.

El CICR tiene el cometido de trabajar por la protección tanto de los prisioneros de guerra como de los civiles durante conflictos armados internacionales. Además, en virtud del artículo 3 común, el CICR puede ofrecer sus servicios a las partes en un conflicto armado no internacional. Asimismo, de conformidad con los Estatutos del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, el CICR puede tomar iniciativas humanitarias en circunstancias que no alcancen el umbral de un conflicto armado²².

16 Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, adoptados por la Asamblea General en su resolución 37/194, del 18 de diciembre de 1982.

17 V. por ejemplo: Consejo Internacional de Enfermería, El papel de la enfermera en los cuidados a los prisioneros y reclusos, 1998.

18 V. por ejemplo: Asociación Médica Mundial, Código Internacional de Ética Médica, adoptado en 1949 y enmendado en 1968, 1983 y 2006 (V.: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/c8/>). Respecto de la ética médica para los médicos que trabajan en cárceles, v. también: Consejo Internacional de Servicios Médicos de Instituciones Penales, Juramento de Atenas, 1979.

19 III Convenio de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo al trato debido a los prisioneros de guerra; IV Convenio de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra.

20 V. en particular los artículos 4 (Garantías fundamentales) y 5 (Personas privadas de libertad) del Protocolo adicional II.

21 J.-M. Henckaerts, “Estudio sobre el derecho internacional humanitario consuetudinario: una contribución a la comprensión y al respeto del derecho de los conflictos armados”, *Revista Internacional de la Cruz Roja*, n.º 857, marzo de 2005. Disponible en: <http://www.icrc.org/spa/resources/documents/publication/p0860.htm>

22 Estatutos del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, artículo 5(3).

2. ALOJAMIENTO, AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE

2.1. Alojamiento y superpoblación

Las autoridades penitenciarias deben garantizar que los reclusos cuenten con alojamiento y protección adecuados contra las inclemencias climáticas, tengan acceso a instalaciones sanitarias y de higiene, gocen de espacio suficiente para dormir, hacer ejercicio físico y para recreación, y estén protegidos contra la violencia. También deben garantizar la prevención de la propagación de enfermedades infecciosas. Los mencionados son elementos esenciales del alojamiento en los establecimientos penitenciarios, que no deben verse en absoluto afectados por los requisitos de seguridad y privación de la libertad que son inherentes a un lugar de detención.

Capacidad

Los centros de detención y las cárceles tienen una **capacidad oficial**, es decir, la cantidad de reclusos que pueden albergar, de modo de satisfacer sus necesidades básicas de espacio, luz, ventilación, higiene, instalaciones sanitarias, agua, cocina con capacidad suficiente y servicios de asistencia de salud, así como también cumplir con los requisitos de seguridad física y de las instalaciones. La capacidad oficial se determina en el momento de construir el edificio: hay una cantidad determinada de celdas, cada una para un número determinado de reclusos. La **ocupación** se refiere a la cantidad real de detenidos alojados en la cárcel. **Tasa de ocupación** es el indicador que se suele citar.

$$\text{Tasa de ocupación (\%)} = \frac{\text{Ocupación}}{\text{Capacidad}} \times 100$$

Cuando la tasa de ocupación es del 100%, la cárcel alberga la cantidad de reclusos para la cual fue diseñada. Cuando ese porcentaje es mayor al 100% (en especial, cuando supera el 150%), es probable que no se puedan satisfacer adecuadamente las necesidades básicas (véase la sección sobre “superpoblación” más adelante).

Espacio

“Espacio” hace referencia tanto al **tamaño del centro de detención** como al **espacio de alojamiento** disponible para cada individuo. Asimismo, la evaluación debe tener en cuenta cuánto tiempo los reclusos se encuentran encerrados en sus celdas. La regla 13 de las RMTR establece que:

“Los locales de alojamiento de los reclusos, y especialmente los dormitorios, deberán cumplir todas las normas de higiene, particularmente en lo que respecta a las condiciones climáticas y, en concreto, al volumen de aire, la superficie mínima, la iluminación, la calefacción y la ventilación”.

La vaguedad de este enunciado refleja la imposibilidad de definir el espacio necesario por recluso, en vista de la amplia variedad de centros de detención que existe en el mundo. Las normas que versan sobre el espacio en las cárceles varían considerablemente según

el lugar de que se trate. En Europa existe una norma general que establece 6 m² por detenido para el alojamiento en celdas, en tanto que 3,0 a 3,5 m² se considera aceptable para un alojamiento de tipo dormitorio. La Federación de Rusia ha establecido un espacio mínimo de 2,5 m² por delincuente adulto de sexo masculino en sus cárceles. En una reunión interministerial sobre establecimientos carcelarios celebrada en Guinea-Conakry en 2002, se fijó un mínimo de 2 m².

El CICR recomienda – *estrictamente como lineamiento y no como norma absoluta* – un mínimo de 20-30 m² por detenido dentro de un recinto penitenciario. En los dormitorios, el espacio mínimo recomendado es de 3,4 m² de superficie por detenido para celdas comunitarias y de 5,4 m² para celdas individuales²³.

Luz

La regla 14 de las RMTR establece normas relativas a luz y la ventilación:

En todo local donde vivan o trabajen reclusos:

- a) Las ventanas serán suficientemente grandes para que puedan leer y trabajar con luz natural y estarán construidas de manera que pueda entrar aire fresco, haya o no ventilación artificial.
- b) La luz artificial será suficiente para que puedan leer y trabajar sin perjudicarse la vista.

Temperatura y ventilación

La temperatura en la prisión y los requisitos relacionados con este aspecto dependen del clima del país: debería haber calefacción adecuada en los climas fríos y sistemas de enfriamiento en los lugares con clima cálido. La ventilación de las celdas es importante para garantizar la circulación de aire fresco e impedir la propagación de infecciones transmitidas por el aire, como la tuberculosis y la gripe.

El CICR recomienda que el tamaño de la abertura de la celda sea igual a por lo menos 1/10 de su superficie, de modo de permitir la renovación del aire y una iluminación adecuada.

Ropa de cama

La ropa de cama de las cárceles debe adaptarse al clima; por lo general se espera que incluya algún tipo de colchón o bolsa de dormir, sábanas o mantas. Se hacen extensivos a ellas los requisitos referidos a la higiene personal. Los colchones deben estar limpios, ventilados y exponerse a la luz del sol regularmente. También se deben proveer sábanas limpias o bien instalaciones y elementos para que los reclusos puedan lavarlas.

Acceso al aire libre

Para su bienestar físico y mental, a los reclusos se les debe permitir el acceso regular al aire libre. Asimismo, deben tener acceso a instalaciones deportivas o contar con espacio adecuado para hacer ejercicio físico. Según se consigna en las RMTR, el mínimo generalmente aceptado implica conceder acceso al aire libre a todas las clases de reclusos durante al menos **una hora por día**, tiempo durante el cual deberán contar con protección ante las inclemencias climáticas mediante áreas cubiertas y ropa adecuada (por ejemplo, en invierno se deberían proveer abrigos). Idealmente, los reclusos deberían estar fuera de sus celdas tanto como sea posible.

23 P. G. Nembrini, *Agua, saneamiento, higiene y hábitat en las cárceles*, 2.ª edición, CICR, Ginebra, 2013. Disponible en: <http://www.icrc.org/spa/resources/documents/publication/p0823.htm>
Agua, saneamiento, higiene y hábitat en las cárceles: guía complementaria, CICR, Ginebra, 2013. Disponible en: <http://www.icrc.org/spa/resources/documents/publication/p4083.htm>

Recomendaciones mínimas para el alojamiento

| | | |
|--|-------------------------------|--------|
| Espacio disponible total en el recinto | 20–30 m ² /persona | (CICR) |
| Superficie mínima en una celda individual | 5,4 m ² /persona | (CICR) |
| Superficie mínima en una celda comunitaria | 3,4 m ² /persona | (CICR) |

Memorice el diseño del recinto y dibuje un plano luego de la visita.

Superpoblación

La sobrepoblación en las cárceles provoca problemas de salud como resultado de la sobreutilización de recursos y de la lucha por obtenerlos. No se trata simplemente de una cuestión de espacio físico. Dada la presión que ejerce en cada aspecto de sus vidas (alimentos y agua, instalaciones sanitarias, trabajo, servicios médicos, descanso y recreación, e incluso en la mayor competencia por las visitas de sus familiares), la sobrepoblación afecta la salud física y mental de los reclusos.

Esta competencia por los recursos puede contribuir a la nutrición deficiente o a la desnutrición. Puede amenazar el mantenimiento de la buena higiene de la población carcelaria y causar la propagación de enfermedades (transmitidas por vectores, de transmisión fecal-oral, etc.). Puede también provocar tensiones entre los reclusos y el personal penitenciario, lo que contribuye al acoso, la coerción y la violencia física y sexual. Asimismo, la superpoblación puede traducirse en un incremento en el consumo de drogas, lo que aumenta el riesgo de enfermedades transmitidas por la sangre. Todos estos factores también pueden impactar en la salud mental de los reclusos en mayor o menor medida.

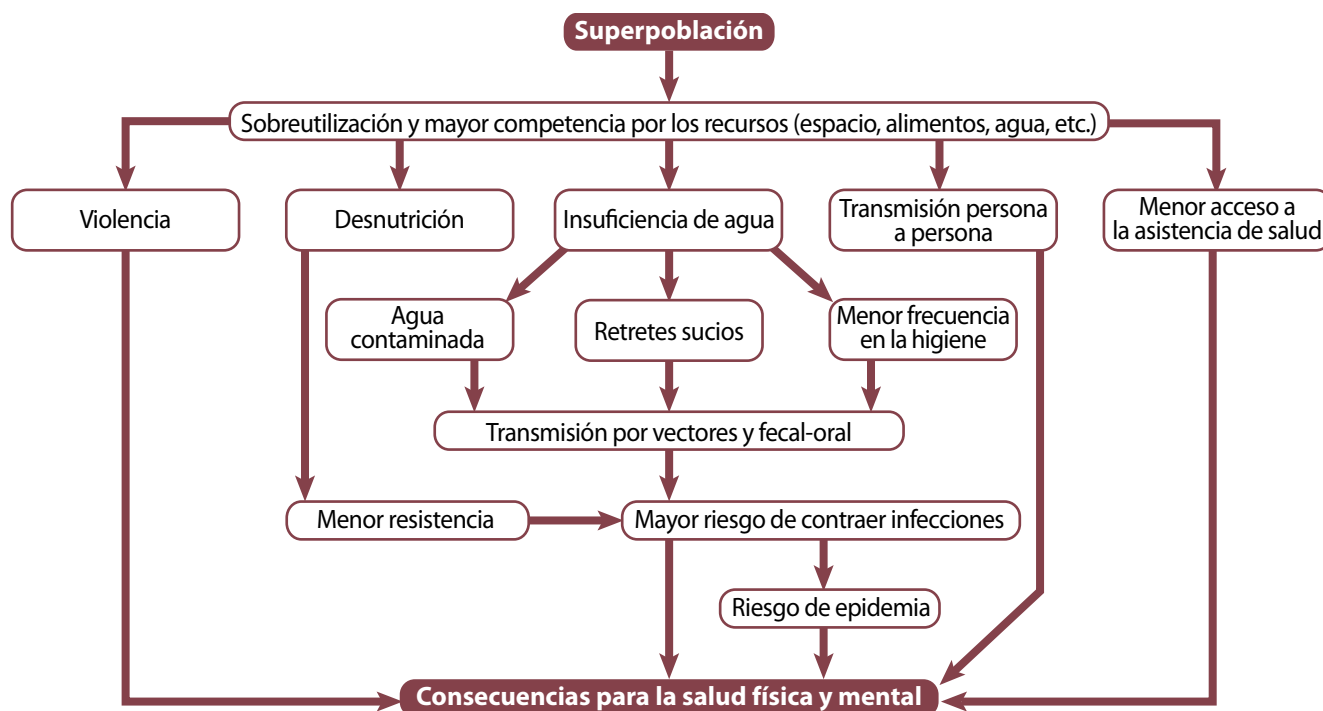


Figura 2.1 Superpoblación en las cárceles y sus efectos en la salud

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE ALOJAMIENTO

Espacio

- ¿Cuál es la capacidad oficial de la cárcel?
- ¿Cuál es la población carcelaria *real* (ocupación)?
- Calcule el espacio disponible por persona: la superficie total en m²/cantidad total de reclusos. Esto puede variar entre una celda y otra, y con frecuencia se deberá calcular para diferentes sectores de la prisión.
- Tenga en cuenta que el espacio por recluso es de particular importancia cuando los detenidos pasan la mayor parte de su tiempo dentro de sus celdas, pero no lo es tanto cuando tienen acceso irrestricto a zonas al aire libre durante el día. Averigüe los horarios de cierre y apertura de las celdas a lo largo del día.

Edificios

- ¿Cuál es el estado general de los edificios? ¿El techo tiene goteras? ¿Hay señales de moho o humedad (crecimiento visible de hongos, olores mohosos, exceso de condensación en las ventanas)? ¿Hay alguna señal de infestación por roedores o insectos (heces o excrementos, agujeros o túneles en paredes o materiales, insectos vivos o muertos)?
- ¿Cuál es la protección contra las inclemencias climáticas (viento, lluvia, calor, frío)? ¿Qué medidas se toman para controlar la temperatura de las celdas o dormitorios? ¿Hay ventanas u otras aberturas? ¿Las ventanas tienen vidrios o postigos que se puedan abrir? ¿Permiten la entrada de la luz del día y una ventilación adecuada? ¿Tienen las celdas iluminación artificial? ¿Cómo se la controla y cuándo se encienden y apagan las luces?

Condiciones generales de vida y rutinas

- ¿Se les permite a los reclusos salir al aire libre? ¿En qué circunstancias? ¿Hay alguna restricción? ¿Durante cuánto tiempo y con qué frecuencia se les permite salir? ¿Las zonas al aire libre están protegidas de las inclemencias climáticas (cubiertas o protegidas)?
- ¿La ropa de cama es adecuada para el clima? ¿Qué medidas se adoptan para su limpieza y ventilación? ¿La ropa de cama se reemplaza en algún momento? ¿Hay presupuesto para esto?
- ¿Qué se puede decir acerca del alojamiento y las instalaciones de los reclusos en comparación con los del personal penitenciario, en especial, los de los guardias?

Superpoblación

- ¿Qué medidas han adoptado las autoridades para mejorar esta situación? ¿Se han transferido reclusos a otros centros de detención? ¿Se han construido nuevos edificios? ¿Los detenidos se turnan para dormir? ¿Hay algún cronograma para esto?
- ¿Cómo se adaptan los reclusos a la superpoblación? Describa los efectos de la superpoblación en las condiciones generales de vida y la salud de los detenidos (utilice el diagrama de flujo precedente).

2.2. Agua: fuente, almacenamiento, distribución y acceso

Al analizar el agua en las cárceles, es útil pensar en **AGUA ENTRANTE** –el agua que llega al establecimiento penitenciario– y **AGUA SALIENTE** –las aguas residuales (provenientes de las tareas de cocina, lavado y limpieza) y las aguas servidas que se generan y que *deben* salir de la prisión. Las aguas residuales se analizan en la sección 2.5.

La evaluación del “agua ENTRANTE” debe seguir las diversas etapas de su recorrido, ya que esto ayudará a identificar el origen de cualquier problema que pueda generarse (véase la figura 2.2). La evaluación del agua ENTRANTE debe incluir los siguientes aspectos:

- **Fuente del agua:** el agua puede venir del sistema de la ciudad, de pozos, de un río o proveerse en tanques.
- **Abastecimiento:** cómo llega el agua a la cárcel.
Los tratamientos que se utilicen para potabilizar el agua (hacerla apta para el consumo).
- **Almacenamiento primario de agua:** la reserva principal en la cárcel que permite hacer frente a cualquier interrupción en el abastecimiento; debe ser de por lo menos 15-20 litros por recluso.
- **Distribución del agua:** dentro del establecimiento penitenciario – por cañerías, baldes, etc.
- **Lugares de almacenamiento secundario:** reservas de agua más pequeñas en cada sector o pabellón.
- **Puntos de agua y grifos:** cantidad y ubicación.
- **Acceso al agua:** el grado de **acceso** que los reclusos tengan al agua es un factor esencial; existe la posibilidad de que el agua no se distribuya de forma equitativa entre sectores o entre diferentes grupos de la población carcelaria como consecuencia de factores diversos, tales como la categoría de los reclusos, su ubicación en el establecimiento penitenciario, la corrupción y el tiempo que los detenidos están encerrados en celdas sin agua.
- En definitiva, debe analizarse la **cantidad** y la **calidad** del agua disponible.

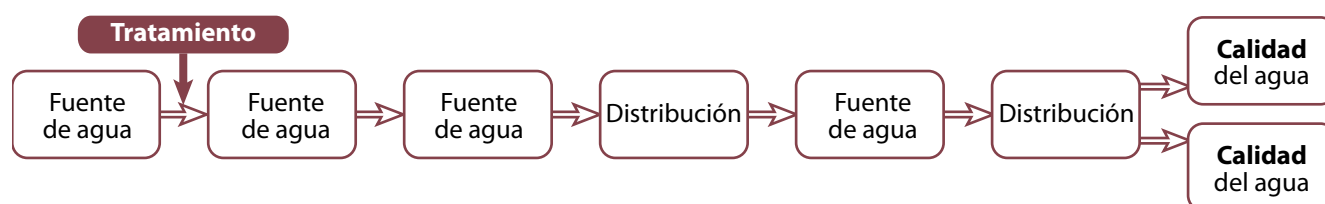


Figura 2.2 Agua ENTRANTE (ejemplo): El recorrido del agua a través de un centro de detención

Cantidad y calidad del agua

Respecto del agua, es necesario abordar las cuestiones relacionadas con la **cantidad** antes de dedicarse a las que tienen que ver con su **calidad**. Los datos sobre enfermedades vinculadas con el agua demuestran que es mejor tener la *cantidad justa de agua de mediana calidad* que pequeñas cantidades de agua de alta calidad. Asimismo, hay formas sencillas de potabilizar el agua (hervirla durante 20 minutos, cloración, filtrado, etc.).

La **cantidad** de agua se define como el número de litros disponibles por persona por día. La cantidad de agua que las personas utilizan varía de un lugar a otro en función de la disponibilidad, el clima y las prácticas y preferencias culturales. El CICR considera que **10-15 litros por recluso por día** es la cantidad mínima de agua suficiente para todos los fines. Este volumen comprende el agua para beber y cocinar y para la higiene personal (lavar la ropa, utilizar los retretes, limpiar las instalaciones). Dado que las celdas con frecuencia están cerradas desde el anochecer hasta el amanecer, cada detenido debería tener a su disposición al menos 2 litros de agua durante la noche, pero esto también depende del clima y de la disponibilidad. Las mujeres detenidas requieren especial atención porque el embarazo, la menstruación y el amamantamiento de los bebés incrementan la necesidad de agua. Las salas hospitalarias y las clínicas también aumentan la necesidad de agua en las cárceles.

La prevalencia de bajos niveles de limpieza en una prisión, así como la deficiente higiene personal y las enfermedades conexas (mayormente enfermedades dermatológicas), pueden indicar que la prisión necesita más agua.

La **calidad** del agua depende de su nivel de contaminantes químicos y microbiológicos. Sin embargo, en la práctica también se deben tener en cuenta aspectos tales como su color, sabor y olor, dado que el agua se bebe y se utiliza para cocinar. Cabe señalar que la mera presencia de agentes químicos o microbiológicos no implica que el agua esté contaminada; es solo cuando se alcanzan umbrales específicos que pueden surgir problemas. Es usual que cada país defina niveles aceptables de agentes microbiológicos o de sustancias químicas (a través de las compañías de agua o ministerios de salud pública, por ejemplo); cuando no sea así, se puede recurrir a las normas de la OMS.

El agua de pozo por lo general es apta para consumo humano. Sin embargo, todas las fuentes de agua y los contenedores para almacenamiento secundario (baldes, barriles, bidones) pueden, en principio, constituir fuentes de contaminación.

La prevalencia de enfermedades transmitidas por el agua entre los reclusos puede ser una forma sencilla de determinar que la calidad del agua es deficiente.

Al evaluar la cantidad y la calidad del agua en las cárceles, es importante también estudiar y comprender las limitaciones que quizás enfrenta la población civil circundante en relación con el acceso al agua.

Valores de referencia respecto del abastecimiento de agua*

| | | |
|--|---|--------|
| Abastecimiento mínimo por persona para todas las necesidades | 10-15 litros/ persona /día | (CICR) |
| Cantidad de puntos de agua | 1-2 grifos/100 personas (mínimo absoluto) | (CICR) |
| Caudal de agua en los grifos | 10 litros/minuto (mínimo absoluto: 3-5 litros/minuto) | (CICR) |

Valores de referencia sobre las reservas de agua

| | |
|--|------------------------|
| Capacidad de reserva mínima para todo el establecimiento penitenciario | 15-20 litros/persona |
| Cantidad mínima para la noche en las celdas | 2 litros/persona/noche |

* Nota: los volúmenes señalados son exclusivamente recomendaciones. Los requerimientos de agua reales dependerán de factores como el clima, los hábitos de aseo y la existencia de retretes con sistema de descarga.

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE EL AGUA

Fuente de agua

- ¿Cuál es la principal fuente de agua para la prisión (red de la ciudad, pozo, manantial, río)? ¿Dónde está ubicada? ¿El abastecimiento es confiable? ¿Se encuentra protegida (cubiertas para pozos, por ejemplo)?
- ¿Hay fuentes adicionales de agua, como sistemas de recolección de agua de lluvia?
- ¿Cómo se abastece de agua a la prisión (cañerías, bombas, camiones cisterna, baldes)? ¿Cuál es la cantidad y frecuencia del abastecimiento? ¿El abastecimiento es continuo (24 horas) o se interrumpe?
- ¿Qué tratamiento recibe el agua para su potabilización (filtrado, cloración, hervido)? ¿Quién es el responsable del tratamiento del agua? ¿De dónde provienen los materiales/productos químicos para el tratamiento? ¿El abastecimiento es confiable?
- ¿Cuál es la fuente de agua de la comunidad que rodea al establecimiento y qué limitaciones, si las hay, deben enfrentar estas personas respecto del acceso al agua? ¿Esas limitaciones son comparables a las de la cárcel?

Almacenamiento primario de agua

- ¿Qué tipo de sistema de almacenamiento primario de agua se utiliza en el recinto penitenciario (depósito de hormigón, tanques de agua de plástico)? ¿Dónde está ubicado? ¿Cuál es su capacidad (en litros) y su estado? ¿Hay algún tanque elevado? ¿Cuál es su capacidad de almacenamiento? ¿Funciona adecuadamente? ¿Cómo se llena (durante la noche, mediante un sistema de bombeo)?
- ¿Cuántos litros de agua por detenido se pueden abastecer con esa capacidad de almacenamiento?

Distribución

- ¿Cómo se distribuye el agua desde el lugar de almacenamiento primario hasta donde se la necesita (mediante cañerías, baldes, manguera)?
- ¿Qué clases de puntos de agua se utilizan (bombas, grifos, piletas, baldes)? ¿En qué estado se encuentran y dónde están ubicadas (en el recinto o dentro de las celdas)?
- En caso de haber algún problema en relación con la cantidad de agua disponible, el caudal de agua se puede calcular mediante el llenado de un recipiente de volumen conocido (por ejemplo, 5 litros) en un punto de agua y tomar nota del tiempo necesario para llenarlo (aplicable únicamente en cárceles pequeñas).

Almacenamiento secundario de agua

- ¿Se almacena el agua cerca o dentro de las celdas/pabellones, retretes, zonas de baño y lavandería? ¿Qué clases de contenedores de almacenamiento secundario se utilizan? ¿Cuántos hay y cuál es su capacidad? La utilización de un gran número de contenedores para almacenar agua podría ser un signo de abastecimiento irregular o insuficiente.
- ¿Hay almacenamiento secundario de agua suficiente dentro de las celdas mientras los reclusos están encerrados, especialmente por la noche? ¿Cuánta agua se almacena para este fin?

Acceso (cantidad/calidad)

- ¿Todas las categorías de reclusos tienen el mismo grado de acceso al agua?
- ¿Existen limitaciones para acceder al agua (por ejemplo, se exige un pago)?
- ¿Cuál es la cantidad de agua disponible por detenido por día? ¿Cuánta agua hay disponible para beber?
- ¿Cuán confiable es el abastecimiento? ¿Cuál es el caudal? ¿Hay problemas con el almacenamiento o la distribución?
- ¿Cómo es el agua? ¿Es potable? ¿Se produjeron enfermedades epidémicas que podrían estar vinculadas con agua contaminada?
- ¿Cómo se controla la calidad del agua y con qué frecuencia?

2.3. Higiene personal

Una mala higiene personal se traduce en una mayor incidencia de enfermedades dermatológicas y en la transmisión de infecciones por vía fecal-oral. También puede afectar el bienestar mental de la población. Los colchones y la ropa infestados pueden dar lugar a una propagación interminable de enfermedades de la piel, así como también a algunas enfermedades transmitidas por vectores.

El agua es esencial para el mantenimiento de la higiene personal, pero debe estar acompañada por cantidades suficientes de jabón y de un acceso periódico a las instalaciones de ducha. En beneficio de la higiene personal, pero también de la salud pública dentro de la prisión, se debe informar a los reclusos sobre las normas básicas de higiene (ver recuadro más adelante) y alentar su cumplimiento. Se puede instruir en el tema a las enfermeras o asistentes de salud de la cárcel, quienes pueden luego llevar a cabo las sesiones de promoción de la higiene para los reclusos.

Cada detenido debe recibir regularmente jabón de tocador (100 a 150 gramos mensuales) y jabón para lavar la ropa. Se debe tener en cuenta que algunos jabones solo sirven para este último uso, dada la cantidad de álcali que contienen, por lo que se debe controlar el tipo de jabón que se entrega. La frecuencia de las duchas o baños dependerá del clima y de la carga de trabajo de los detenidos. Las mujeres embarazadas y con el período menstrual, así como también las que están detenidas con sus hijos, necesitan bañarse con mayor frecuencia. También deben tomarse en cuenta las normas culturales y religiosas, ya que probablemente requieran que las personas se bañen con mayor frecuencia. Si bien las RMTR (Regla 16) recomiendan al menos una ducha por semana en climas templados, en aquellos con clima tropical la ducha debe ser más frecuente. A los reclusos que realicen actividad física de manera moderada a intensa, se les debe permitir ducharse diariamente.

El nivel de higiene personal depende también de la frecuencia de los lavados de ropa. Una vez más, esto depende del clima y del nivel de actividad física que se realice. Probablemente los detenidos no reciban ropa limpia con regularidad, en cuyo caso deben tener acceso a la lavandería y al jabón de lavar para poder lavar sus ropas. La ropa de cama también debe lavarse periódicamente y también se la debe ventilar a intervalos regulares, siempre que sea posible.

Se debe garantizar el acceso irrestricto y gratuito a artículos de higiene personal para mujeres (toallas femeninas, etc.) y niños (pañales).

Higiene básica para detenidos y personal penitenciario

- Mantener limpios el cuerpo y la ropa. Cortarse el cabello (excepto cuando no sea aceptable por cuestiones culturales) y las uñas regularmente.
- Ventilar y lavar la ropa de cama regularmente.
- Lavarse las manos con jabón después de ir al retrete y antes de comer y también después de manipular basura o trabajar en el sistema de desagüe, así como luego de estar en contacto con posibles gérmenes.
- Mantener limpios los retretes.
- Colocar la basura en contenedores para residuos y garantizar la recolección periódica.
- No escupir en el piso.
- No guardar alimentos perecederos en la celda.

Recomendaciones mínimas para la higiene del personal

| | | |
|------------------|---|--------|
| Acceso a duchas | 1 instalación de ducha cada 25 personas | (CICR) |
| | Mínimo 1 ducha/semana | (RMTR) |
| | 1 ducha/día cuando las condiciones climáticas o la realización de ejercicio físico intenso lo requieran | (CICR) |
| Jabón de tocador | 100-150 gramos/por persona/mes | (CICR) |

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE LA HIGIENE PERSONAL Y EL ACCESO AL AGUA

Zonas de lavabos/duchas y lavandería (para “retretes”, véase la sección 2.4)

- ¿Dónde están ubicados los baños y los sectores de lavado y lavandería y en qué estado se encuentran?
- ¿Hay instalaciones separadas para mujeres y hombres? Si no es así, ¿cómo se garantiza la privacidad?
- ¿Cuál es la proporción entre duchas y puntos de agua y la cantidad de reclusos? ¿Dónde se encuentran los grifos y las duchas? ¿Funcionan y están en buen estado?
- ¿Dónde están ubicados los sectores de lavandería? ¿Funcionan y están en buen estado?

Higiene

- ¿Qué grado de acceso tienen los reclusos a las duchas, los puntos de agua y los sectores de lavandería? ¿Con qué frecuencia las utilizan y durante cuánto tiempo?
- ¿Los detenidos tienen suficiente jabón? ¿Dónde lo obtienen (distribución oficial, familiares, lo compran)? ¿Cuánto jabón tienen y con qué frecuencia lo reciben? ¿Cuál es la calidad del jabón?
- ¿Existe algún inconveniente con el abastecimiento de agua a los baños? ¿El abastecimiento es regular y adecuado?
- ¿Pueden los reclusos lavar su ropa y ropa de cama? ¿Con qué frecuencia? ¿Se les entrega jabón de lavar? ¿Se ventila la ropa de cama?
- ¿Se ofrecen sesiones de promoción de la higiene a los detenidos? ¿Quién lo hace y con qué frecuencia? ¿Todos los reclusos tienen acceso a estas sesiones?
- ¿Se ofrecen sesiones de promoción de la higiene al personal de cocina?
- ¿Hay problemas de salud generalizados que se vinculen con la higiene personal, como sarna, infecciones micóticas de la piel o brotes de infecciones gastrointestinales? Establezca un período de estudio y averigüe cuántos detenidos o qué proporción de la población carcelaria están afectados.

2.4. Retretes

Habrà un uso excesivo de los retretes si su cantidad no es suficiente. Esto reducirà el nivel de higiene básica y facilitará la propagación de enfermedades contagiosas.

Los reclusos deben tener acceso a algún tipo de retrete en todo momento. A modo de ejemplo, los pabellones con los retretes pueden estar ubicados en el recinto si los reclusos gozan de libre acceso a ese sector de la cárcel. Si están encerrados en celdas o pabellones (por ejemplo, por la noche) y no pueden salir, la celda o el pabellón deberían estar equipados con retretes. Si estos se cierran con llave, se debería entonces evaluar la forma de acceder: a modo de ejemplo, ¿la llave está en poder de un guardia o de un detenido? Los restos de defecación en lugares abiertos, en cualquier lugar del establecimiento penitenciario, sugieren un problema relacionado con el acceso a los retretes o a su mal funcionamiento.

En muchos contextos, las limitaciones en materia de recursos pueden impedir la instalación de retretes en las celdas. En tales circunstancias, un balde con una tapa es una alternativa aceptable. Los retretes dentro de la celda deberían estar separados de la zona de estar por motivos de privacidad e higiene. Si se utiliza un balde, se lo debe vaciar diariamente en un lugar adecuado y a cierta distancia de las fuentes de agua y de los alimentos.

Se debe brindar acceso al agua y el jabón para el lavado de manos luego de utilizar los retretes. Las condiciones sanitarias en la proximidad de los retretes dentro de la cárcel son fundamentales para la salud de los reclusos.

Valores de referencia aplicables a los retretes

| | | |
|----------|---------------------------------------|------------|
| | 1 cada 20 personas – Óptimo | (SPHERE) * |
| Retretes | 1 cada 25 personas – Recomendado | (CICR) |
| | 1 cada 50 personas – Mínimo aceptable | (CICR) |

* El Proyecto Sphere (www.sphereproject.org) define las normas mínimas para la respuesta humanitaria. Sin embargo, en los contextos penitenciarios, las limitaciones de espacio e infraestructura preexistentes pueden obstaculizar la construcción de retretes adicionales (a diferencia de los campos de refugiados y otras situaciones de crisis humanitaria, en las que suele haber espacio suficiente para construir la cantidad de retretes necesaria). La experiencia del CICR ha demostrado que 1 retrete cada 50 personas puede ser aceptable en contextos con recursos limitados, pero solo si está limpio y bien mantenido. Lo antedicho no debería ser impedimento para la construcción de retretes adicionales cuando ello sea aconsejable y factible.

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE RETRETES E HIGIENE

- ¿Cuántos retretes hay en cada sector de la cárcel (complejo, pabellón, celda, etc.)? ¿De qué tipo son? ¿Dónde están ubicados y en qué estado se encuentran?
- ¿Cuál es la proporción entre retretes y reclusos (cantidad de retretes por detenido)?
- ¿Cuán bien funcionan los retretes y cuán limpios están? ¿Quién está a cargo de su limpieza y qué materiales se proveen para tal fin?
- ¿Hay algún problema obvio, por ejemplo, retretes obstruidos?
- ¿Hay signos de dificultades referidas al acceso (por ejemplo, la defecación en lugares abiertos en pabellones donde los retretes están cerrados con llave)?
- ¿Se puede acceder a los retretes en todo momento?
- ¿Qué acceso hay a los retretes durante la noche? ¿Cuántos retretes o baldes (de haberlos) hay en los pabellones/celdas? ¿De qué tipo son? ¿Dónde están ubicados y en qué estado se encuentran? ¿Cuán limpios están? Si se utiliza un balde, ¿tiene tapa? ¿Con qué frecuencia y dónde se vacía el balde? ¿Hay riesgo de contaminación de agua o alimentos en el lugar de eliminación?
- ¿Hay ciertos detenidos o categorías/grupos de detenidos para los que el acceso a los retretes resulte particularmente difícil? ¿La discriminación es una causa del acceso limitado a los retretes? ¿Hace falta pagar un soborno o tarifa?
- ¿Hay instalaciones separadas para hombres y mujeres? ¿Se garantiza la privacidad de ambos sexos?

2.5. Aguas residuales y sistemas de desagüe

La disposición inadecuada de excrementos humanos se traduce en la contaminación fecal del ambiente, que puede ser causada por filtraciones o desbordes del sistema de alcantarillado o por la defecación en lugares abiertos (cuando los retretes están rotos u obstruidos, o si el acceso a ellos es limitado). Las heces pueden contener patógenos (virus, parásitos, bacterias) que pueden infectar a otros directamente (transmisión fecal-oral) a través de la contaminación directa del agua o los alimentos o a través de las moscas u otros vectores que los propagan.

Los ingenieros hidráulicos clasifican el agua en aguas “blancas”, “grises” o “negras”.

“Agua blanca” es el agua limpia y apta para el consumo.

“Agua gris” o “agua residual” es el agua sucia proveniente del lavado (de manos o cuerpos) y puede incluir también la que proviene de las cocinas o lavanderías.

“Agua negra” o “agua servida” es el agua que contiene heces u orina humanas.

En ausencia de un sistema de alcantarillado municipal, se deben suministrar medios de drenaje por separado para las aguas grises y negras. Las aguas grises o residuales pueden reciclarse luego (y utilizarlas para el riego, por ejemplo), pero solo si no están contaminadas con aguas servidas. La eliminación de aguas grises puede realizarse mediante un sistema cerrado de cañerías o tanques o mediante canales de drenaje a cielo abierto. La eliminación de aguas servidas puede realizarse directamente en letrinas de fosa o tanques sépticos, o mediante un sistema de tuberías cloacales. En una situación ideal, el sistema de aguas negras/servidas debería ser cerrado o estar cubierto. Estas aguas se pueden depositar en tanques sépticos, pero para que estos funcionen adecuadamente, no deben estar contaminados con los detergentes que pueden estar presentes en las aguas grises. Los reclusos responsables de limpiar los sistemas de eliminación de aguas residuales y servidas deben contar con vestimenta de protección (botas, delantal y guantes de látex) y jabón adicional; además, se les debe permitir ducharse.

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE AGUAS RESIDUALES Y AGUAS SERVIDAS

Drenaje de aguas residuales y aguas superficiales

- ¿Cuál es el sistema de drenaje para aguas residuales provenientes de duchas/baños, de la lavandería y de la cocina? ¿Y para las aguas superficiales (agua de lluvia)? ¿Son sistemas abiertos o cerrados?
- ¿Funciona adecuadamente el sistema? ¿Se lo limpia y mantiene regularmente? ¿Hay agua estancada en la cárcel o en sus proximidades?
- Identifique la ubicación y la causa de los problemas de desborde de los drenajes, si los hay.

Sistema de drenaje de aguas servidas

- ¿El sistema utiliza letrinas de fosa, tanques sépticos o tuberías cloacales cerradas?
- ¿En qué estado se encuentra el sistema? Mencione problemas específicos, si los hay (obstrucciones, roturas, filtraciones) y su ubicación.
- ¿Los tanques sépticos son pozos filtrantes (o sumideros) que no necesitan ser vaciados? ¿O se trata de tanques sellados que sí deben vaciarse? En este último caso, ¿con qué frecuencia se vacían? (Una vez al año o dos puede ser suficiente, si no se los sobreutiliza).
- ¿Quién está a cargo de las aguas servidas y de vaciar los tanques sépticos (por ejemplo, la municipalidad, las autoridades penitenciarias)?
- ¿Cómo afecta a la comunidad el funcionamiento del sistema de aguas residuales y servidas?

2.6. Gestión de residuos e higiene de las instalaciones

Los sectores donde los reclusos viven se deben limpiar a diario con agua y, una vez a la semana, con desinfectante. Lo anterior se aplica también a los pabellones que alojan la cocina y los retretes.

Los **residuos sólidos**, que pueden clasificarse en **orgánicos** (alimentos) o **inorgánicos**, deben almacenarse antes de su recolección y, una vez retirados de la prisión, incinerarse o enterrarse. Los residuos orgánicos almacenados deben colocarse en fosas a prueba de roedores (se trata simplemente de cilindros de hormigón de bordes lisos). Las fosas deben taparse, para evitar la presencia de moscas y otros insectos. Si es posible, la cárcel debería recurrir a los servicios de recolección de residuos sólidos de la comunidad (si es que existen). Los residuos orgánicos –restos de alimentos, por ejemplo– también pueden darse como alimento a los animales (cerdos, por ejemplo). La frecuencia del retiro de residuos dependerá no solo del clima (en los climas cálidos se debe hacer diariamente), sino también (en los lugares donde tales servicios existen) del cronograma de recolección de residuos de la comunidad. Cabe recordar que, como las cárceles concentran grandes cantidades de personas en un espacio cerrado, los riesgos para la salud pública son mayores cuando el sistema de recolección de residuos no funciona bien o es inexistente.

Los **desechos médicos** (agujas, gasas usadas, etc.) son una fuente significativa de infecciones, que pueden contraerse a través de lesiones provocadas por jeringas o por la exposición a patógenos. Todos los residuos de este tipo se deben recolectar por separado (por ejemplo, en “cajas de cortopunzantes” para agujas usadas) y luego enterrarse o incinerarse.

Recomendaciones para residuos sólidos

| | |
|------------------|--|
| Residuos sólidos | Contenedor tapado de 100 litros cada 50 personas |
|------------------|--|

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE HIGIENE GENERAL

Estado general de higiene en la cárcel

- ¿Hay restos de comida o basura esparcidos en el recinto?
- ¿Quién es responsable de la limpieza del recinto?
- ¿Con qué frecuencia se realiza la limpieza y qué materiales se proporcionan para tal fin?

Estado general de higiene en los alojamientos

- ¿Hay restos de comida o basura en las celdas o pabellones?
- ¿Quién es responsable de la limpieza del alojamiento?
- ¿Con qué frecuencia se realiza la limpieza y qué materiales se proporcionan para tal fin?

Eliminación de residuos sólidos (orgánicos o inorgánicos)

- ¿Cómo se recolectan los residuos dentro de la cárcel?
- ¿Cuántos contenedores de residuos hay? ¿Cuál es su capacidad? ¿Dónde están ubicados? ¿Están tapados? ¿Son a prueba de roedores?
- ¿Los residuos se eliminan dentro o fuera de la prisión? En el primer caso, ¿se colocan en fosas a cielo abierto, se entierran o se incineran? ¿Se usan los residuos orgánicos para alimentar a los animales? Si los residuos se eliminan fuera de la cárcel, ¿esta tarea está a cargo de la municipalidad, de contratistas o de los reclusos que los trasladan fuera del establecimiento? ¿Con qué frecuencia se realiza la recolección o eliminación? ¿Cómo se eliminan estos residuos?
- ¿Cuáles son las dificultades de la recolección y eliminación de residuos?

Desechos médicos

- ¿Cómo se recolectan y almacenan los desechos médicos (por ejemplo, en “cajas de seguridad a prueba de perforaciones (recipientes de desecho de objetos cortopunzantes)”)?
- ¿Cómo se eliminan (incineración, enterramiento, otros)?

2.7. Vectores y plagas

Los insectos, parásitos y roedores encuentran en las cárceles un ambiente propicio. Algunos de ellos son huéspedes de patógenos y pueden actuar como vectores de enfermedades, que se transmiten a través de picaduras, excreciones, o simplemente a través del transporte mecánico (por ejemplo, moscas que transportan de un lugar a otro materia fecal con agentes patógenos).

La deficiente higiene personal de los reclusos, la superpoblación, los bajos niveles de limpieza dentro de la prisión y la existencia de refugios y criaderos (orificios o fisuras en las paredes, agua estancada y basura acumulada) son todos factores que alientan la proliferación de moscas, mosquitos, piojos, cucarachas y otros insectos, además de roedores, en las cárceles.

Los insectos y roedores pueden ser vectores de enfermedades y transmitirlas a los seres humanos, por lo que su control es una medida importante para evitar su propagación en el establecimiento penitenciario. Los métodos de control son los siguientes, entre otros: garantizar una buena higiene entre los reclusos y en las instalaciones, eliminar periódicamente refugios y criaderos, colocar mosquiteros en puertas y ventanas, usar espirales para mosquitos y fumigar y pulverizar los locales con insecticidas (cabe recordar que estas dos actividades requieren la participación de un técnico idóneo).

Los perros, gatos y demás animales callejeros (por ejemplo, los cerdos) también pueden actuar como fuentes de enfermedades o contribuir a condiciones no higiénicas.

Principales vectores y enfermedades transmitidas por vectores

| Vector | Ejemplos de enfermedades (<i>la lista no es exhaustiva</i>) |
|------------|---|
| Mosquitos | Malaria, filariasis, dengue, fiebre amarilla, encefalitis japonesa, chikungunya |
| Piojos | Tifus epidémico, fiebre recurrente |
| Pulgas | Peste bubónica, tifus murino |
| Garrapatas | Encefalitis, rickettsiosis, enfermedad de Lyme |
| Ácaros | Sarna, fiebre tsutsugamushi |
| Moscas | Salmonelosis, tracoma, etc. |
| Chinches | Provocan picaduras/irritación, pero no transmiten ninguna enfermedad |
| Cucarachas | Hepatitis A, fiebre tifoidea, amibiasis, etc. |
| Roedores | Leptospirosis, fiebre de Lassa |

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE VECTORES

- ¿Es obvia la presencia de roedores, insectos u otras plagas en las instalaciones?
- ¿Hay alguna señal de la existencia de infestación por roedores o insectos (heces o excrementos, agujeros o túneles en paredes o materiales, insectos vivos o muertos)?
- ¿Padecen los reclusos de enfermedades transmitidas por vectores, como malaria, fiebre recurrente o problemas gastrointestinales? ¿Hay casos de estas enfermedades en la comunidad?
- ¿Cuenta la cárcel con un programa de prevención/desinfestación? ¿Dicho programa está integrado con algún programa nacional de control (por ejemplo, de control del dengue o de la malaria)? ¿Qué métodos se utilizan (fumigación, pulverización, mosquiteros)? ¿Qué productos químicos se utilizan y cómo se adquieren (mercado abierto, departamento/ministerio de salud o departamento/ministerio de agricultura, entre otros)? ¿Quién realiza la desinfestación? ¿Son personas entrenadas para esa tarea? ¿Cuentan con equipo de protección?
- ¿Qué medidas se adoptan para el control de roedores? ¿Los sitios para almacenaje de alimentos y de eliminación de residuos sólidos (basura) son a prueba de roedores? ¿Se han colocado cebos?

3. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

La alimentación es una cuestión importante y compleja en las cárceles. Es indispensable contar con importantes recursos económicos para garantizar el suministro normal de alimentos; aplicar prácticas idóneas de higiene en materia de almacenamiento y preparación; proveer la alimentación en la forma de una dieta bien equilibrada; y distribuirla equitativamente. La importancia de la alimentación y las sensibilidades en torno al tema en los establecimientos penitenciarios son tales que pueden generar tensiones e incluso disturbios en este tipo de contexto.

El término “alimentos” hace referencia a artículos comestibles y el término “nutrición” al impacto metabólico que la comida tiene en las personas.

En este capítulo se tratan cuestiones relativas a los alimentos. Se utiliza el concepto de **CADENA DE ALIMENTACIÓN**, el cual hace referencia al abastecimiento y almacenamiento de artículos comestibles y su preparación, así como también al acceso a ellos o su distribución. Luego se trata el tema de la **NUTRICIÓN**. A tal fin, se incluye una reseña de los requisitos calóricos y de nutrientes básicos del cuerpo humano y de las causas subyacentes e inmediatas de desnutrición, y se ofrecen ejemplos de preguntas para evaluar el estado nutricional de las poblaciones carcelarias.

Siempre es aconsejable, como práctica idónea, realizar una evaluación rápida del sistema de suministro de alimentos dentro de una cárcel y registrar las conclusiones, aun cuando en lo inmediato no parezca haber problemas significativos. Esta evaluación permitirá determinar el funcionamiento básico del sistema de distribución de alimentos del establecimiento penitenciario y resultará útil en caso de futuros problemas o para hacer una comparación entre distintos establecimientos. Cuando la evaluación rápida inicial revele un problema nutricional o con los alimentos, se debe hacer un análisis más exhaustivo. La evaluación nutricional debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario que incluya a un profesional de la salud con experiencia y conocimientos en nutrición.

En este capítulo, se hace referencia a dos documentos, a saber:

1. *Guidelines for ICRC Activities on Behalf of Persons Deprived of their Freedom in the Event of Nutritional Problems* (2010), que brinda un marco de acción para actividades relacionadas con la nutrición en lugares de detención. Es este el documento que guía las decisiones del CICR en cuanto a si intervenir y tomar el lugar de las autoridades.
2. *Alimentación y nutrición en lugares de detención: Guía práctica para los equipos de Detención* (2016), cuyo objetivo es brindar referencias prácticas y normativas para evaluar los problemas nutricionales en los lugares de detención y darles respuesta. Las directrices están destinadas a todo el equipo que trabaja en el lugar de detención (personal de protección, enfermeras, médicos, nutricionistas, personal a cargo de la seguridad económica, etc.) y se dividen en tres guías prácticas:
 - Guía práctica 1: Conceptos básicos sobre la nutrición en lugares de detención (1ª edición: 2015)
 - Guía práctica 2: Evaluación de la situación alimentaria y nutricional en lugares de detención (1ª edición: 2015)
 - Guía práctica 3: Programas alimentarios y nutricionales en lugares de detención (1ª edición: 2016)

3.1. La cadena de alimentación

La expresión **CADENA DE ALIMENTACIÓN** hace referencia al suministro de alimentos e incluye la elaboración de presupuestos, el almacenamiento, la preparación y el acceso (distribución). Es probable que todos estos factores estén sujetos a limitaciones en los establecimientos carcelarios; a lo largo de la cadena de alimentación penitenciaria, el volumen de alimentos suele disminuir. La evaluación debe concentrarse en los eslabones más débiles. Algunos de sus puntos críticos incluyen el presupuesto para el suministro de alimentos, el sistema de compra, la fase de abastecimiento o almacenamiento (en especial, respecto de artículos valiosos desde el punto de vista nutricional, como los aceites y las legumbres), las condiciones de almacenamiento y los procedimientos de cocción. La evaluación de la cadena de alimentación implica mantener entrevistas con autoridades, cocineros y detenidos, además de inspeccionar los almacenes y las cocinas y examinar los métodos de preparación y distribución de comidas.

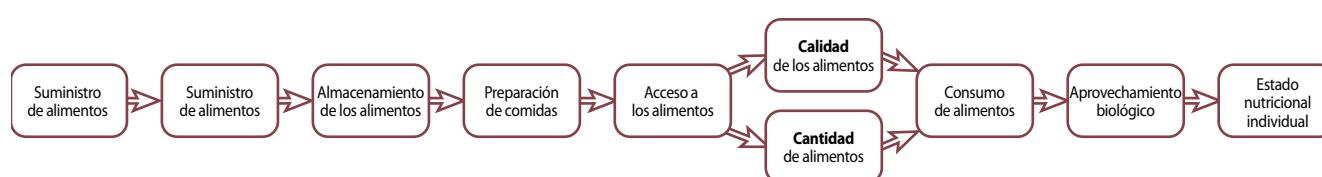


Figura 3.1 Cadena de alimentación. Un diagrama más representativo podría mostrar recuadros de tamaño decreciente, reflejando la tendencia de los alimentos a menguar a lo largo de la cadena.

La evaluación de la **nutrición** incluye aquellos elementos que tienen lugar o están presentes “aguas abajo” del suministro y almacenamiento de los alimentos y de la preparación y el acceso a las comidas. Una evaluación nutricional considera el contenido nutricional real de los alimentos que los reclusos consumen y se basa en su calidad y cantidad. Implica, además, considerar el potencial aprovechamiento biológico de los alimentos ingeridos (por ejemplo, es posible que la presencia de parásitos en el intestino reduzca la disponibilidad de nutrientes). Por último, se podría evaluar también el estado nutricional general de los detenidos. Las muestras de desnutrición en una cárcel son signo de un problema de nutrición o alimentación. Otros factores que pueden exacerbar la situación incluyen, entre otros, el estado de salud de los reclusos (tuberculosis, VIH, salud mental, etc.), la relación entre los detenidos y cómo se comparten los alimentos y otros aspectos.

Al evaluar la situación alimentaria en las cárceles, se deben ponderar cuidadosamente todos los testimonios. Debe tenerse en cuenta que tanto las autoridades como los detenidos probablemente tengan sus propios motivos para influir en la opinión que los visitantes se formen respecto de la alimentación en sus establecimientos y sus propias maneras de hacerlo. A modo de ejemplo, las autoridades penitenciarias podrían preparar comidas –distintas de las que se suelen ofrecer a los reclusos– específicamente para complacer a los visitantes. A su vez, los detenidos a veces se quejan de la comida simplemente para liberar la tensión contenida. También resulta útil comparar la situación alimentaria en la cárcel con la de la **comunidad exterior** (hábitos y patrones dietarios locales durante circunstancias “normales” y “excepcionales”, por ejemplo).

3.2. Suministro de alimentos

Todos los grupos de alimentos esenciales deben estar presentes en cantidades suficientes en la comida que se ofrece en las cárceles, de modo que los detenidos puedan aprovechar los beneficios de una dieta equilibrada y variada. El suministro adecuado de alimentos en un establecimiento penitenciario requiere de:

- **Planificación y elaboración de presupuestos por parte de las autoridades penitenciarias**
Es probable que las normas carcelarias locales o nacionales establezcan una ración diaria para cada recluso.
- **Manejo de la logística**
Los alimentos pueden proveerse diariamente (si están precocidos) o en forma semanal (si se adquieren en el mercado abierto), mensual o incluso trimestral (cuando su suministro está a cargo de las autoridades centrales). El abastecimiento se debe coordinar adecuadamente para garantizar que sea confiable. En ocasiones, los alimentos provienen también de las huertas de los establecimientos penitenciarios; esta opción también requiere planificación y manejo apropiados.

El suministro insuficiente por parte de las autoridades puede deberse a una planificación deficiente, a la falta de fondos, a fluctuaciones en los precios de los alimentos o a la corrupción. Tanto las raciones estipuladas oficialmente como los alimentos que los reclusos reciben realmente se deben evaluar y comparar con las necesidades nutricionales.

Con frecuencia, los alimentos que el establecimiento penitenciario suministra oficialmente se complementan con alimentos que los detenidos reciben de sus familias, de donaciones provenientes de ONG o de comercios o negocios dentro de la cárcel misma, así como también de detenidos que obtienen alimentos adicionales mientras realizan tareas en la comunidad, fuera de la prisión. Sin embargo, de las autoridades penitenciarias se espera que suministren una ración diaria cuya calidad y cantidad satisfaga las necesidades nutricionales de la población carcelaria. Al calcular el suministro de alimentos de un lugar de detención, no se deben incluir las fuentes adicionales mencionadas, sino que se las debe evaluar por separado. Dichas fuentes (y su distribución a menudo desigual) se tratan con mayor detenimiento en la sección 3.5, que se refiere al acceso a los alimentos.

EJEMPLOS DE PREGUNTAS ACERCA DEL SUMINISTRO DE ALIMENTOS

Presupuesto

- ¿Cómo se calcula el presupuesto a nivel del lugar de detención y a nivel de la sede central?
- ¿Existen planes de contingencia para el caso en que se produzca un aumento repentino de las admisiones en un lugar de detención o en todo el sistema?
- ¿El personal está incluido en el mismo presupuesto o está sujeto a un sistema distinto?
- ¿Hay un presupuesto que abarque la energía, el equipamiento y el mantenimiento de la infraestructura relacionada con la nutrición? (V. Guía 1: Conceptos básicos sobre la nutrición en lugares de detención.)
- ¿Existen mecanismos de supervisión para el cálculo y la asignación del presupuesto y para los procesos de adquisición a nivel central y a nivel del lugar de detención?
- ¿Cuáles son los procedimientos para el pago de los suministros?
- ¿Ambas partes cumplen con esos procedimientos? En caso contrario, ¿cuáles son las consecuencias y cómo se soluciona el incumplimiento?

Pedido y recepción de alimentos

- ¿La cárcel solo recibe alimentos o también los compra ella misma?
- ¿Cómo solicita alimentos a la autoridad penitenciaria la persona encargada de hacerlo? ¿Cuál es la frecuencia de los pedidos?
- ¿Cuál es la frecuencia y fiabilidad de las entregas de insumos? (variaciones estacionales, precios de mercado, etc.) ¿Hay problemas con la regularidad de los pedidos y la recepción de insumos?
- ¿Cómo se calcula la cantidad de los alimentos que se piden? ¿Qué cantidad de insumos se adquieren para períodos fijos? ¿Las cantidades de insumos son siempre las mismas o se adaptan a las necesidades? ¿Qué ajustes debe hacer la autoridad penitenciaria cuando el número de detenidos es particularmente grande?
- ¿Cómo hace la persona encargada para verificar la cantidad y la calidad de los productos al recibirlos?
- ¿Cuál es el proceso para determinar la calidad de los productos? ¿Cómo se rechazan y reemplazan los productos cuya calidad se estima deficiente?

Suministro oficial por la autoridad penitenciaria

- ¿Cuál es el presupuesto total para la alimentación (téngase en cuenta que, además del efectivo, algunos productos se reciben en especie), para toda la cárcel o por detenido, y qué período abarca?
- ¿La provisión presupuestaria y en especie es suficiente para las necesidades reales? ¿Toma en cuenta los precios actuales del mercado?
- ¿Cuál es la fuente del suministro oficial de alimentos? ¿Almacenes del gobierno, mercado local, terrenos de la cárcel, huertas, etc.?
- Si la cárcel recibe insumos de su propia granja, ¿cuáles son las cantidades, la frecuencia, las variaciones estacionales?
- ¿Cuáles son los ingredientes de la dieta penitenciaria?
- ¿Hay un menú oficial diario o semanal?
- ¿Quiénes consumen la comida de la cárcel? ¿El personal del establecimiento también la consume?

Disponibilidad de alimentos

- ¿Cuál es la disponibilidad general de alimentos para la prisión (materias primas) procedentes de fuentes oficiales y de otro tipo?
- ¿Se desvía algún insumo antes o en el momento de arribo al lugar de detención? ¿Quién lo hace, adónde se desvía y en qué cantidades?
- ¿La disponibilidad es afectada por factores externos, como el clima, los precios del mercado, las condiciones sociales, los conflictos o la ubicación geográfica del lugar de detención?
- ¿El proveedor de insumos es confiable en cuanto a las entregas? Si no lo es, ¿por qué?
- ¿Cuál es la disponibilidad de alimentos para los detenidos? ¿Hay diferencias entre categorías o grupos o entre los lugares en que se alojan los detenidos dentro del lugar de detención? ¿Qué proporción de los detenidos recibe visitas y alimentos de sus familiares?
- ¿Qué proporción de los detenidos trabaja? ¿Qué tipo de trabajo realizan?

3.3. Almacenamiento de los alimentos

Los alimentos se deben almacenar adecuadamente para evitar su contaminación y los daños provocados por plagas, así como para preservar su contenido nutricional (los cereales y legumbres infestados tienen menos proteínas, por ejemplo). El almacén debe estar limpio y seco, al amparo de las inclemencias climáticas, y libre de roedores e insectos. Los lugares destinados a almacenar alimentos se deben inspeccionar y se debe tomar nota de las pérdidas de alimentos causadas por deficiencias en el almacenamiento.

Recomendaciones mínimas para el almacenamiento de alimentos

| | | |
|-----------|-----------------------------------|--------|
| Almacenes | 50 m ² /1.000 personas | (CICR) |
|-----------|-----------------------------------|--------|

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE ALMACENAMIENTO DE ALIMENTOS

Lugares de almacenamiento de productos alimenticios

- ¿Dónde se almacenan los insumos? ¿El local está bien construido? ¿En qué estado se halla? (por ejemplo, ¿hay techos con goteras?) ¿Está en buenas condiciones de mantenimiento y limpieza? ¿Cómo se lo protege contra la intemperie, los insectos y los roedores?
- ¿El almacén es adecuado para el tipo de productos, la rotación de productos y el número de beneficiarios?
- ¿El almacén es adecuado en lo que respecta a la temperatura (<30 °C, controlada con termómetro), el acceso (puertas y ventanas cerradas) y la ventilación?
- ¿Las ventanas están protegidas con mosquiteros?
- ¿Vio usted roedores o insectos en el almacén, o sus excrementos?
- ¿Qué se hace para combatir la infestación por insectos o roedores y con qué frecuencia?
- ¿Los alimentos se colocan sobre tablones de madera? ¿Los alimentos se apilan a cierta distancia de las paredes?
- ¿Cuál es la calidad general de los productos que se reciben? ¿Bolsas o cajas limpias y bien cerradas, libres de insectos, o ya infestadas, con embalajes húmedos y rotos?

Control de existencias

- ¿Quién está a cargo del control de las existencias? (Esta tarea incluye registrar las cantidades usadas y restantes, reordenar el almacén y hacer nuevos pedidos.)
- ¿Cuáles son las existencias normales de alimentos que se mantienen (tipos y cantidades)? ¿Qué período de tiempo cubren las existencias? ¿Cuál es la fecha de caducidad de los productos principales? ¿Cuál es su impresión general acerca del estado de las existencias de alimentos?
- ¿Qué cantidad de productos se pierde cada año debido a los roedores, los insectos y la humedad? (Los encargados de los almacenes usualmente saben cómo estimarla.)
- ¿Qué procedimientos se aplican para prevenir el hurto de alimentos por los detenidos, el personal u otras personas?
- ¿En el almacén se guardan otros productos además de los alimentos? En caso afirmativo, ¿pueden ser dañinos si se mezclan accidentalmente con los alimentos (medicamentos, plaguicidas, insecticidas)? ¿O producen un olor que puede afectar el consumo de alimentos (combustible, jabón, cloro, etc.)?
- Sobre la base del número actual de detenidos alojados en el establecimiento, ¿cuánto durarán las existencias de alimentos?
- ¿Cuál es el nivel mínimo de existencias que la autoridad penitenciaria desea mantener?
- ¿Se respeta el principio de la rotación de existencias “primero en caducar, primero en usarse”?
- ¿Se envían los insumos a la cocina en forma puntual?
- ¿Se respetan las fechas de caducidad? ¿Qué se hace con los alimentos caducados para el consumo o que están infestados por alimañas o afectados por moho?
- ¿Funcionan o se usan las balanzas para alimentos? ¿Se usan para pesar los productos cuando llegan a la cárcel y cuando salen del almacén? ¿O se cuentan las bolsas y se calculan los pesos en función del tamaño de las bolsas?
- Registrar la fecha de entrega y las cantidades de los diversos productos alimenticios recibidos en los últimos 30 días, según consta en el libro de registro (opcional).
- Realizar un recuento o inventario de las existencias de alimentos y registrar la información en una tarjeta de control, con indicación de los números de lote y de las fechas de caducidad.

3.4. Preparación de comidas

La cocina suele ser un lugar crítico en la cadena de alimentación, ya que es allí donde se pueden producir los robos o desvíos. Los procesos de cocción deficientes pueden también traducirse en la pérdida de nutrientes. El manejo inadecuado de los alimentos en la cocina podría resultar en su contaminación y provocar enfermedades entre los detenidos. Las cocinas de los establecimientos penitenciarios son además lugares de trabajo, con los consiguientes riesgos que ello implica para la salud (riesgos ocupacionales). Las inspecciones de las cocinas siempre deben formar parte de una evaluación de la salud penitenciaria.

Es probable que la cocina se visite como parte del recorrido general de las instalaciones. También hay que hacerlo en otros momentos, para observar la preparación y provisión de las comidas y conversar con los cocineros y con el personal a cargo.

Nutrición y preparación de comidas

El contenido de nutrientes de las comidas se modifica significativamente en función de su procesamiento y cocción. A modo de ejemplo, las vitaminas hidrosolubles se pierden en el agua durante el lavado o hervido, en tanto que el contenido de vitamina de las frutas disminuye cuando se las deseca.

Salud ocupacional y preparación de comidas

Las cocinas de los centros de detención son lugares de trabajo y están expuestas a riesgos ocupacionales, tales como quemaduras y cortes, así como a enfermedades causadas por la exposición prolongada a altas temperaturas, al humo y a la humedad. Deberían estar ubicadas en lugares cubiertos y bien ventilados, además de contar con un conducto extractor y con un abastecimiento periódico de agua en cantidades suficientes.

Higiene y preparación de comidas

Las cocinas son fuentes potenciales de enfermedades de transmisión alimentaria, las cuales podrían dar lugar a epidemias. La comida puede contaminarse con patógenos (agentes causantes de enfermedades) durante su preparación. Entre las fuentes posibles de patógenos, se cuentan el agua contaminada, los insectos (en especial, las moscas), los animales (en muchas cocinas de establecimientos penitenciarios hay ratas y gatos) o los seres humanos infectados (los cocineros pueden ser portadores de bacterias). La manipulación y preparación de las comidas se deben regir por estrictas prácticas de higiene. El personal de salud del establecimiento penitenciario debe asegurarse de que quienes trabajan allí reciban formación en higiene alimentaria y cumplan con las normas básicas de higiene (véase el recuadro “Normas de higiene en la cocina”).

Otra precaución que conviene aplicar es alentar a las personas que manipulan alimentos a que informen a su supervisor antes de comenzar a trabajar si es que han experimentado diarrea o vómitos durante las 48 horas previas o si tienen infecciones cutáneas, forúnculos o quemaduras, o infecciones de nariz, garganta u oído. Otra posible solución es la realización de controles de salud de rutina de todos aquellos que manipulan alimentos (para detectar la presencia de salmonella, tenia, etc.).

No hay evidencia de que la tuberculosis, la hepatitis B o C o el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual se transmitan a través de alimentos o bebidas, de modo que no se debería impedir que las personas con VIH/SIDA trabajen en contacto con alimentos. Las principales enfermedades de transmisión alimentaria son las intoxicaciones, la fiebre tifoidea, la salmonelosis, el cólera, la hepatitis A, la leptospirosis y la parasitosis intestinal.

Cuando un grupo numeroso de reclusos presenta problemas gastrointestinales, el personal de salud penitenciaria debería tener una idea de las causas posibles y estar en condiciones de sugerir soluciones. Si el personal penitenciario no puede definir o resolver la cuestión, se debe solicitar ayuda al hospital, centro de salud u oficina de salud pública locales. Esto no solo debería resolver el problema, sino que serviría también para promover los vínculos entre la cárcel y el sistema de salud pública de la comunidad.

Normas de higiene en la cocina²⁴

Mantenga la limpieza

- Lávese las manos antes de preparar alimentos y después de ir al baño; hágalo con frecuencia al manipular alimentos.
- Asegúrese de usar ropa limpia y de mantener una buena higiene personal, las uñas cortas y el cabello cubierto. No use relojes ni alhajas mientras prepara la comida; cubra cortes, quemaduras y heridas con vendas impermeables.
- No se debe comer ni fumar en los lugares donde se preparan los alimentos.
- No se debe permitir que ninguna persona con síntomas o signos de una enfermedad de transmisión alimentaria trabaje en las cocinas.
- Lave y desinfecte todas las superficies y equipos usados en la preparación de alimentos.
- Proteja los alimentos y las áreas de cocina contra insectos, plagas y otros animales.

Separe alimentos crudos y cocinados

- Separe las carnes rojas, la carne de ave y el pescado crudos de los alimentos cocidos. Conserve los alimentos crudos en recipientes separados. Use equipos y utensilios diferentes (por ejemplo, cuchillos y tablas de cortar) para los alimentos crudos y cocidos.

Cocción completa

- Cocine completamente los alimentos, especialmente las carnes rojas, la carne de ave, los huevos y el pescado. Los jugos de las carnes rojas y de ave deben ser claros y no rosados.
- Caliente los alimentos como sopas y guisos a 70 °C.
- Tenga cuidado al recalentar los alimentos cocidos; caliéntelos completamente.

Mantenga los alimentos a temperaturas seguras

- No deje alimentos cocidos a temperatura ambiente durante más de 2 horas. Consuma los alimentos cuanto antes luego de cocinarlos, en especial, en climas cálidos.
- Refrigere lo antes posible los alimentos cocidos y los perecederos (preferiblemente por debajo de los 5 °C).
- Mantenga la comida muy caliente (a más de 60 °C) antes de servir.

Use agua y materias primas seguras

- Use agua potable o potabilizada.
- Use frutas, verduras y hortalizas; lávelas antes de usarlas (especialmente si se van a comer crudas).
- Elija alimentos procesados para su inocuidad, como la leche pasteurizada.

²⁴ Adaptadas del *Manual sobre las cinco claves para la inocuidad de los alimentos de la OMS*, OMS, Ginebra, 2006. Disponibles en: http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/manual_keys.pdf

Recomendaciones mínimas para la preparación de los alimentos

| | | |
|--|----------------------------------|--------|
| Necesidades en cuanto a capacidad de cocción | Olla de 1,2 - 1,4 litros/persona | (CICR) |
| Cantidad de agua en la cocina | 3 m ³ /1.000 personas | (CICR) |

Además de la cantidad de agua y la capacidad de las ollas recomendadas, es necesario contar con combustible suficiente para las hornallas, para que las comidas se cocinen adecuadamente.

Recuerde que, además de inocuas y equilibradas desde el punto de vista nutricional, las comidas para los detenidos también deben ser sabrosas y atractivas. Se debe procurar que sean variadas.

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE PREPARACIÓN DE COMIDAS

Cocina

- ¿Existe un contrato escrito entre la autoridad penitenciaria y el contratista externo? ¿Cuáles son las condiciones estipuladas en el contrato con respecto al tipo de comida, la frecuencia, los ajustes de las cantidades, etc.?
- ¿Qué políticas, directrices o funciones son aplicables a la gestión de los servicios de comidas en el lugar de detención en lo que respecta a la higiene, el control de calidad, el transporte, etc. (por ejemplo, normas del Ministerio de Salud)?
- ¿Es adecuada la cocina en lo que respecta al espacio, la iluminación, la ventilación, la temperatura ambiente y la proximidad a los retretes y baños, y el estado de higiene de éstos?
- ¿Quién es responsable de la gestión de los servicios de preparación de las comidas?
- ¿La calidad y el estado de conservación de los utensilios (ollas, platos y cubiertos) son adecuados? ¿Su número es suficiente en relación con el número de detenidos?
- ¿Hay un programa de mantenimiento para las instalaciones de cocina?
- ¿Cuál es el nivel de higiene? Por ejemplo, ¿las personas se lavan las manos, hay jabón, hay toallas, están limpias? ¿Las personas se quitan los relojes y las alhajas mientras cocinan, llevan el cabello cubierto, los cocineros tienen delantales? ¿Quién lava los delantales, cómo lo hace?

Manipulación/cocción de los alimentos

- ¿Quién es responsable de la gestión general de la cocina? ¿Cuáles son las funciones de los detenidos y del personal? ¿Hay un componente de capacitación profesional? Si lo hay, ¿cómo funciona?
- Cocineros: ¿cuántos hay? ¿Son empleados internos o externos? ¿Hay detenidos que cocinan? En caso afirmativo, ¿a qué categoría pertenecen?
- ¿El número de cocineros y personal de cocina es apropiado para las necesidades? ¿Hay demasiados cocineros y ayudantes de cocina? El número excesivo suele reducir el nivel de responsabilidad y ocasiona desviaciones o casos de contaminación de los alimentos. En general, cuantos menos sean, mejor.
- ¿Hay algún examen de salud sistemático para los cocineros (por ejemplo, para detectar la presencia de salmonella o tenia)?
- ¿Los cocineros tienen formación? ¿Conocen las normas básicas de higiene? ¿Alguien controla su comportamiento en materia de higiene?
- ¿Los alimentos básicos se muelen con máquinas o en forma manual? ¿Están suficientemente molidos?
- Si el acceso es limitado a molinos y otras instalaciones de procesamiento (dentro o fuera del lugar de detención), ¿afecta la cantidad de alimentos que se proveen y el número de comidas diarias? Analizar formas motorizadas de procesamiento de alimentos (con inclusión de la trituración o molienda), ya que ello reduce no solo el tiempo, sino también las cantidades de agua y de combustible necesarios para cocinar.
- Procedimientos de manipulación de alimentos: ¿los ingredientes crudos o cocidos se almacenan en forma separada, a las temperaturas correctas y protegidos contra insectos? ¿Hay posibles fuentes de contaminación o de contaminación cruzada?
- Procesos de preparación y cocción: ¿se usan métodos que pueden reducir el contenido de micronutrientes (vitaminas y minerales), por ejemplo, excesivos tiempos de remojo o de hervor?
- Una vez lavadas, ¿las verduras se agregan recién al final del proceso de preparación, a fin de evitar la cocción excesiva (para prevenir la pérdida de micronutrientes)?
- Manipulación de residuos orgánicos: ¿el sistema y los intervalos de eliminación de residuos orgánicos son adecuados?
- Una vez preparada, ¿dónde se mantiene la comida previo a su distribución? ¿Cuánto tiempo queda al aire libre o al sol? ¿Se deja cubierta o descubierta?
- ¿Se han reportado casos de lesiones ocupacionales (quemaduras y cortes) o casos de exposición prolongada a altas temperaturas, humedad y humo?

Cocinas y combustible

- Cocinas: ¿cuántas hay, cuál es su tipo de construcción, qué capacidad tienen en relación con las necesidades? ¿Son eficientes en cuanto al consumo de combustible?
- ¿Qué tipo de combustible se usa? ¿Las cantidades por día o por comida son suficientes para lograr una cocción adecuada? ¿Las autoridades penitenciarias reducen los tiempos de cocción debido a la escasez de combustible?
- ¿El suministro de combustible y su presupuesto son adecuados? ¿Hay dificultades con el abastecimiento de combustible? ¿Cada cuánto tiempo?
- ¿Se cubren las ollas con tapas para reducir el tiempo de cocción?

3.5. Acceso a los alimentos

“Acceso a los alimentos” hace referencia a: a) las raciones oficiales que las autoridades penitenciarias preparan y distribuyen, y b) a las fuentes adicionales de alimentos, tales como visitas de los familiares, los guardias o los comercios dentro de las cárceles.

La distribución oficial de comidas en la cárcel debería ser equitativa. Sin embargo, el acceso por parte de algunos detenidos puede verse influido o limitado por la categoría o grupo al que pertenecen. A modo de ejemplo, es probable que los extranjeros sean los últimos en recibir las comidas (y por ende, menos cantidad) y que los menores reciban porciones más pequeñas porque a los adultos se les sirve más. Es necesario evaluar la organización de la distribución de comida (por ejemplo, por celdas o en un lugar central) teniendo en cuenta estos aspectos; también se debería considerar la aplicación de medidas para garantizar que las porciones sean iguales (por ejemplo, mediante el uso de cucharones). En ocasiones, las jerarquías entre los detenidos influyen en el acceso a la comida incluso luego de una distribución oficial equitativa, ya que las “clases” más bajas de detenidos pueden verse forzadas a “donar” o “pagar” con comida a las “clases” más altas.

El acceso a la comida proveniente de otras fuentes posiblemente sea desigual. Es probable que los reclusos sin familia, dinero ni empleo (en las cárceles, el derecho a trabajar y a tener un pequeño ingreso suele ser un privilegio) tengan menos acceso a la comida.

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE EL ACCESO A LOS ALIMENTOS

Acceso a los alimentos y cantidades disponibles para los detenidos

- ¿Cómo se distribuye la comida? ¿Quién lo hace y a quién?
- ¿Todos los detenidos reciben la misma cantidad de comida? Si no es así, ¿cuáles son las diferencias y sus motivos?
- ¿Quién recibe qué comida y por qué?
- Identificar a los detenidos vulnerables que probablemente tengan menos acceso a los alimentos, que no pueden influir en su acceso a la alimentación adecuada sin recurrir a comportamientos negativos (hurto, prostitución, etc.).
- ¿Cuáles son las características de los detenidos con poder de compra? ¿Y las de los detenidos vulnerables?
- ¿Hay detenidos con derechos especiales que gozan de privilegios en la alimentación? ¿Quiénes son y por qué gozan de esos derechos? (los detenidos con enfermedades crónicas como la TBC y el VIH a veces reciben comidas adicionales debido a la medicación que toman).
- ¿Los detenidos desnutridos gozan de un régimen nutricional diferente?

Acceso a otras fuentes de alimentos

- ¿Qué proporción de los detenidos recibe alimentos durante las visitas familiares? ¿Qué tipo de alimentos reciben generalmente? ¿Con qué frecuencia?
- ¿Cuáles son las cantidades y las frecuencias con la cuales se reciben alimentos donados por ONG y otros terceros? (Nota: una regla práctica útil es no tener en cuenta las donaciones de alimentos si se producen menos de dos veces al mes). ¿Esas donaciones o comidas reemplazan o complementan la dieta de la cárcel?
- Visitar la tienda de comestibles de la cárcel: ¿qué productos ofrecen, hay problemas estacionales y cuántos detenidos compran sus alimentos allí?
- ¿Qué proporción de los detenidos obtienen alimentos a cambio de trabajo? ¿Las cantidades o los tipos de alimentos varían en función del tipo de trabajo (por ejemplo, trabajo físico)?
- ¿Qué proporción de los detenidos cuenta con ingresos de dinero “estables”? ¿Qué proporción de los detenidos cuenta con una entrada de alimentos estable (aparte de los que les proporcionan sus familiares)?
- ¿Pueden los detenidos preparar sus propias comidas (combustible, electricidad, espacio)?
- ¿Qué proporción de los detenidos comparte sus alimentos (en forma voluntaria o involuntaria) con los demás? Por ejemplo, ¿las raciones proporcionadas por los familiares son parcialmente consumidas por los guardias o por detenidos más poderosos? ¿Parte de la ración penitenciaria es apropiada por el “jefe de celda” y sus amigos?

Cantidad y calidad de los alimentos consumidos

- ¿Cómo se controla la cantidad y la calidad de la comida? ¿Con cuánta frecuencia? ¿Quién lo hace?
- ¿Hay un sistema de quejas que los detenidos puedan utilizar en caso de no recibir la dieta prescrita?
- ¿Hay grupos o categorías de detenidos en desventaja en relación con la distribución de alimentos, por ejemplo, los detenidos de alta seguridad, los condenados a muerte, los delincuentes juveniles, los reincidentes, etc.? ¿Esta discriminación es impuesta por las autoridades o por algunos detenidos? En este último caso, ¿es tolerada o alentada por las autoridades?
- Describir el acceso general a los alimentos en el lugar de detención: ¿hay celdas o zonas que reciben menos alimentos y, en tal caso, por qué?

3.6. Nutrición

Para mantener la salud, el cuerpo humano necesita una dieta de **cantidad** (cantidad suficiente de kilocalorías o kcal) y **calidad** (equilibrio entre los distintos grupos de alimentos) adecuadas.

Las autoridades penitenciarias son las responsables de suministrar una dieta adecuada a todos los detenidos. Como una sola comida no basta para satisfacer todas las necesidades nutricionales, se deben servir **al menos dos comidas** diarias.

El contenido energético de la ración de los reclusos debe ser de 2.400 kcal como mínimo, pero debe adaptarse en función de los perfiles de los detenidos y la actividad física que realizan (véase la tabla 3.2) Si bien las necesidades nutricionales varían según la edad, el género, el nivel de actividad física y el estado de salud de los reclusos y la temperatura ambiente, las cifras que se incluyen en las tablas a continuación ofrecen una aproximación útil.

Durante la evaluación del establecimiento penitenciario, se debe calcular el equilibrio nutricional de la dieta y su contenido energético. Los valores obtenidos se deben comparar con las recomendaciones de los grupos de alimentos que se incluyen en la tabla 3.1 y cotejar con las necesidades de energía indicadas en la tabla 3.2.

| Grupos alimentarios | Cantidad recomendada en la dieta por persona, por día* | Ejemplos de alimentos |
|--|--|--|
| Carbohidratos Alimentos básicos | 400 g | Granos y cereales (con inclusión de trigo, arroz, pan, avena, cebada, pasta y fideos) Tubérculos y raíces (mandioca, batata, papas) Nota: el valor nutricional de los tubérculos y raíces es inferior al de los cereales. Si se utilizan en reemplazo de los cereales, se deben duplicar las cantidades. |
| Proteínas Carne, pescado, lácteos, alubias, frutos secos | 130 g | Frijoles, arvejas y lentejas Carne roja, aves de corral, pescado Productos lácteos (leche, yogur, cuajadas y quesos, leche en polvo), huevos y frutos secos |
| Energía Grasa | 65 g | Mantequilla, ghee, margarina Aceite vegetal o de palma (fortificado con vitamina A) |
| Micronutrientes Hortalizas y frutas | 200 g | Hortalizas y frutas (en especial, las variedades anaranjadas/rojas y verduras de hoja verde) |
| Condimentos/complementos socioculturales | 6 g de sal | Sal yodada, azúcar, pasta de tomate, té, hierbas y especias |
| | 30 g de azúcar | |

* Los pesos corresponden a alimentos crudos y se basan en una dieta que provee aproximadamente 2.400 kcal (> 10% de energía deriva de las proteínas y > 25% de las grasas)

Tabla 3.1 Grupos alimentarios: cantidades recomendadas (por persona, por día) y ejemplos de alimentos para garantizar una dieta equilibrada. Se trata solamente de recomendaciones; los grupos de alimentos disponibles varían de un contexto a otro.

| | | Nivel de actividad | | |
|---|---------|--|--|---|
| | | Bajo (muy poca o ninguna actividad) | Moderado (caminata, ejercicio físico ocasional) | Alto (actividades agrícolas, construcción) |
| Necesidades energéticas (Kcal/persona/día) | Hombres | 2.400 | 2.900 | 3.400 |
| | Mujeres | 1.950 | 2.100 | 2.350 |

Tabla 3.2 Necesidades individuales de energía de los reclusos, por género

Una persona podría estar desnutrida aun cuando reciba una dieta adecuada tanto en términos de calidad como de cantidad. Ello puede deberse a una enfermedad que altere el aprovechamiento biológico que el cuerpo hace de los alimentos. Ciertas enfermedades incrementan las necesidades nutricionales (en especial, el SIDA, la disentería, la tuberculosis, el cáncer, las infecciones graves), al tiempo que inhiben o reducen el consumo de alimentos (al provocar náuseas, disminución del apetito, úlceras bucales o problemas del tracto digestivo, por ejemplo). Además, posiblemente la enfermedad reduzca la absorción de los alimentos ("síndrome de malabsorción") y afecte el aprovechamiento de los nutrientes (a modo de ejemplo, las personas que sufren diarrea suelen tener grandes cantidades de bacterias en el intestino delgado, lo cual probablemente reduzca la cantidad de vitaminas en los alimentos).

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE LA DIETA

- Verificar si el menú oficial diario/semanal efectivamente se proporciona y es consumido por la mayoría de los detenidos.
- ¿Las comidas son atrayentes? ¿Son sabrosas? ¿Gustan a los detenidos? ¿Los detenidos parecen disfrutar de la comida? ¿Comen con rapidez?
- ¿Qué se observa con respecto a la variedad de las comidas que consume cada detenido? Estimar la composición de las comidas en porcentajes de alimentos básicos, legumbres, verduras, etc.
- Evaluar a personas que estén enfermas y verificar las comidas que consumen.
- Comprobar si los detenidos siguen con hambre después de comer y averiguar por qué.
- ¿La mayoría de las comidas se consumen por completo? ¿Hay sobras? Pedir ver las sobras y averiguar qué se hace con ellas.
- Calcular la cantidad de alimento que se consume: pesar las comidas individuales que se proporcionan a los detenidos. Como guía, tomar no menos del 10% como muestra representativa de la población total (cuanto mayor la variabilidad que se espera entre las porciones servidas, tanto mayor debe ser la muestra) y pesar los alimentos cocidos que se sirven. Seleccionar las comidas al azar y asegurarse de que las muestras se tomen a lo largo de toda la distribución, no solo al comienzo y al final.
- Pesar los diferentes cuencos/platos que contienen comida y dividir el peso por el número de personas que van a consumirla. Verificar la información sobre el consumo de alimentos obtenida el día de la visita al lugar de detención (lo que se ha observado y medido) mediante entrevistas con los detenidos y con miembros del personal del lugar de detención acerca de lo que realmente comen.
- Realizar el pesaje en distintas partes del lugar de detención, por ejemplo, en zonas de alta seguridad, en partes más “ricas” de la cárcel, en áreas de “castigo”, etc., y comparar los pesos y la diversidad de alimentos de los diferentes lugares.
- Pesar las raciones de alimento proporcionadas por familiares o preparadas por los propios detenidos, si esta es una fuente de alimentos importante para la población de detenidos.
- ¿Los grupos especiales (mujeres embarazadas o lactantes, ancianos, niños, etc.) consumen alimentos adicionales/particulares? ¿Cuáles?
- ¿Los detenidos con preferencias dietarias particulares (por ejemplo, de índole religiosa) consumen alimentos especiales?
- ¿Existen problemas de salud generales que pueden afectar el consumo de alimentos (por ejemplo, úlceras bucales, fiebre, falta de piezas dentarias, etc.) o que pueden afectar el aprovechamiento biológico de los alimentos (por ejemplo, parásitos intestinales, brotes de enfermedades diarreicas)?
- Verificar qué alimentos consumen los enfermos que padecen TBC y VIH. Comprobar también si están en tratamiento médico y si se les ofrece comida cuando toman la medicación.
- Verificar qué consumen los detenidos con prescripciones especiales en materia de alimentación, por ejemplo, si están incluidos en un programa alimentario y reciben alimentos adicionales porque están desnutridos.
- Verificar si los alimentos que consumen los distintos grupos de detenidos se ajustan en función de sus niveles de actividad física o de las condiciones climáticas. ¿Los detenidos que realizan trabajos físicos u otras labores en el sistema penitenciario reciben más comida o comida diferente? ¿Se distribuyen mayores cantidades de alimentos cuando hace frío?

3.7. Desnutrición

La desnutrición se produce cuando la ingesta diaria de alimentos de un detenido en cuanto a su *cantidad* (energía expresada en kcal) o *calidad* (equilibrio de grupos de alimentos, presencia de vitaminas y minerales) es insuficiente a lo largo del tiempo. Esto se debe con frecuencia, aunque no siempre, a la falta de comida. La desnutrición puede asociarse a otras enfermedades, ya sea como causa o consecuencia, dado que afecta el funcionamiento del sistema inmunológico. La desnutrición podría ser *consecuencia* de una enfermedad (y de la falta de comida), ya que muchas enfermedades aumentan la necesidad de nutrientes del organismo al tiempo que afectan su capacidad para utilizarlos.

En términos generales, la desnutrición en adultos puede clasificarse en dos tipos:

- **Desnutrición aguda:** provocada por una deficiencia general de nutrientes.
- **Deficiencia de micronutrientes:** provocada por la falta de micronutrientes específicos.

Las manifestaciones de estas formas de desnutrición y su evaluación se tratan por separado en las secciones siguientes. No obstante lo anterior, la división es artificial. En realidad, una persona desnutrida siempre sufre de desnutrición aguda y *también* de deficiencia de uno o más micronutrientes.

Desnutrición aguda

La causa de la desnutrición aguda es la ingesta insuficiente de alimentos básicos (hidratos de carbono, proteínas, grasas) que son necesarios para el crecimiento y el metabolismo corporal general. Cuando no se los consume en cantidades suficientes (y cuando la dieta no cumple con las necesidades de energía que se consignan en la tabla 3.2), el cuerpo recurre a sus propias reservas de proteínas y grasas. En los adultos, esto suele resultar en *emaciación*, es decir, en la pérdida de masa muscular y grasa corporal. Quienes la presentan suelen ser personas que están muy delgadas y tienen poca fuerza o energía. Menos frecuente, el *edema* –acumulación de líquido, inicialmente en los miembros inferiores– puede ser un segundo signo clínico de la desnutrición aguda. Es probable que las personas se vean hinchadas; la acumulación de líquido podría enmascarar la pérdida de grasa y músculo. En los adultos se debe hacer un diagnóstico diferencial del edema tropical, el edema duro o el asociado con la insuficiencia renal.

La desnutrición aguda está asociada con una elevada tasa de mortalidad.

El **índice de masa corporal (IMC)** se utiliza para establecer el estado nutricional de una persona y, en ocasiones, para identificar la desnutrición aguda (ya sea grave o moderada). El IMC se calcula a partir del peso y la talla de la persona, para lo cual se divide el peso en kilogramos por el cuadrado de la talla expresada en metros.

$$\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{(\text{Talla (m)})^2}$$

Es posible correlacionar el IMC con las distintas categorías de estado nutricional (véase la tabla 3.3).

| Estado nutricional | Estado nutricional normal | Desnutrición leve | Desnutrición moderada | Desnutrición grave |
|--------------------------|---------------------------|-------------------|-----------------------|--------------------|
| IMC (kg/m ²) | 18,5–25 | 17,0–18,4 | 16,0–16,9 | Menos de 16 |

Tabla 3.3 OMS - Criterios de clasificación del estado nutricional según el IMC

Los puntos de corte del IMC a partir de los cuales se considera que existe desnutrición son los mismos para todos los adultos, independientemente de su edad, sexo o talla. Sin embargo, el IMC **no** debe utilizarse para evaluar el estado nutricional de niños y adolescentes, mujeres embarazadas o personas con edema. En el caso de los niños y adolescentes, se deben utilizar tablas de peso-talla. El estado nutricional de las embarazadas se determina en función de lo que arroje la medición del perímetro del antebrazo (perímetro braquial). Si bien no hay niveles de corte de esta medida para adultos con reconocimiento universal, se sugiere un perímetro braquial de 23 cm como el valor inferior para un adulto con un estado nutricional normal, por debajo del cual se puede hablar de desnutrición. En el caso de las personas con edema, el edema podría de por sí ser indicio de desnutrición; el perímetro braquial podría aportar evidencia adicional. El examen para detectar la existencia de edema implica aplicar presión con el pulgar durante tres segundos en el empeine del pie o sobre la zona tibial de la pierna del paciente. Luego de tres segundos se libera la presión; si en la piel queda una depresión, estamos en presencia de edema nutricional. El edema provocado por desnutrición siempre afecta a *ambos* pies.

Deficiencias de micronutrientes

Los micronutrientes son necesarios para funciones metabólicas *específicas*. Adoptan diversas formas, entre ellas, distintas vitaminas y minerales que se encuentran en frutas, verduras y hortalizas y alimentos proteicos. Los micronutrientes se almacenan en el cuerpo, con frecuencia en tejidos específicos. Cuando una dieta carece de un micronutriente, los depósitos que existen en el cuerpo se agotan gradualmente hasta que desaparecen, y con ello, cesa la función metabólica específica que dependía de él. En este punto, se presentan signos y síntomas físicos *específicos* que indican la deficiencia de micronutrientes, la cual no tiene un efecto directo en el crecimiento ni en la masa corporal general (salvo la deficiencia de yodo en los niños), pero podría de todos modos provocar la muerte.

A continuación, se describen los signos y síntomas de las deficiencias de micronutrientes más importantes. Su evaluación clínica continúa siendo un método de diagnóstico importante, ya que los análisis bioquímicos de sangre y orina suelen ser muy costosos o, simplemente, imposibles de realizar.

- **Deficiencia de hierro** (anemia)
Cansancio; dificultad respiratoria; palmas de las manos, mucosa bucal y conjuntivas pálidas; frecuencia cardíaca rápida.
- **Deficiencia de vitamina A** (xeroftalmia)
Inicialmente provoca ceguera nocturna (visión deficiente en presencia de luz tenue). En una etapa posterior se observa sequedad de los ojos con acumulación de queratina en la conjuntiva (manchas de Bitot). Finalmente, se manifiesta con córnea seca, opaca o lechosa (xerosis corneal), con ulceración y ablandamiento de la córnea (queratomalacia).
- **Deficiencia de yodo**
Puede provocar bocio, así como también cretinismo (menor desarrollo físico y mental) en los niños.
- **Deficiencia de vitamina B1 (tiamina)** (beriberi)
Los primeros síntomas incluyen fatiga, irritabilidad, pérdida de apetito y falta de concentración. Luego aparecen dolor y hormigueo en los miembros (con frecuencia comienza con adormecimiento en los pies), sensibilidad a la presión en los músculos de las pantorrillas y calambres musculares, debilidad/atrofia muscular (dificultades para caminar o levantarse de la posición en cuclillas), disminución de los reflejos tendinosos. Otros síntomas posibles son: edema de miembros inferiores, edema

pulmonar, dificultad respiratoria y palpitaciones. En el caso de la “forma seca” de la neuropatía periférica (beriberi), las características son predominantemente neurológicas, mientras que en la “forma húmeda” prevalece la insuficiencia cardíaca. Ambas formas de la enfermedad suelen superponerse.

- **Deficiencia de vitamina B3 (niacina)** (pelagra)

Síntomas iniciales: debilidad, ansiedad, pérdida del apetito.

Posteriormente: cambios epiteliales: dermatitis, vaginitis, estomatitis, lengua rojo brillante. Una manifestación “clásica” es la hiperpigmentación en las zonas expuestas al sol (en especial, el dorso de las manos, el cuello y el rostro). En etapas posteriores, también pueden presentarse diarreas y alteraciones del estado de ánimo.

- **Deficiencia de vitamina C** (escorbuto)

El escorbuto se desarrolla gradualmente, con síntomas tales como fatiga, dolor óseo/articular en miembros inferiores, tumefacción y hemorragia de encías, posible caída de dientes, cicatrización lenta, hemorragia perifolicular, cabello frágil, tumefacción y dureza de miembros inferiores y hematomas espontáneos.

3.8. Evaluar el estado nutricional en las poblaciones carcelarias

La nutrición es un tema importante en los establecimientos penitenciarios. Determinar el estado nutricional de los reclusos y la naturaleza, alcance y gravedad de la desnutrición entre la población de un centro de detención puede ser parte importante de la evaluación general de la salud penitenciaria.

Al considerar el estado nutricional de los detenidos, cabe recordar que la desnutrición normalmente afecta a *uno o más grupos* (los signos de desnutrición en un único detenido probablemente sugieren una enfermedad de base que se debería investigar). Además, la desnutrición suele afectar en primer lugar a *grupos vulnerables* (en las cárceles, estos pueden incluir a las personas de edad, las minorías étnicas y los reclusos que reciben escasas o ninguna visita de sus familiares).

Entre las señales de alarma que indican un problema nutricional en un centro de detención, se incluyen las siguientes:

- tasas de mortalidad inusualmente elevadas;
- tasas de enfermedad inusualmente elevadas;
- detenidos desnutridos (observado durante la visita al centro de detención).

Es posible que el personal de salud cuente con datos sobre las tasas de mortalidad y enfermedad entre los detenidos, además de llevar registro del estado nutricional de cada recluso (a modo de ejemplo, el peso documentado en las historias clínicas). Sin embargo, tales registros podrían no ser un indicador confiable del estado nutricional de la población penitenciaria en general, ya que los datos hacen referencia exclusivamente a los detenidos que han recibido asistencia de salud, que no necesariamente son representativos de la población penitenciaria en general. Además, el registro y análisis de los datos nutricionales, que el personal de salud procura realizar junto con sus tareas clínicas diarias, no siempre resulta preciso o sistemático.

Encuestas sobre el estado nutricional de la población penitenciaria

La norma establece la realización de encuestas anuales en los centros de detención que podrían tener un problema de nutrición y trimestrales en aquellos donde estos problemas son constantes.

En la mayoría de los casos, este tipo de análisis procura evaluar el estado nutricional de toda la población penitenciaria y, en los casos en que ello no es posible dado el elevado número de reclusos, de una muestra de dicha población.

Para que una encuesta nutricional tenga éxito, hay que dedicarle tiempo, esfuerzo y buena organización. Probablemente implique la evaluación clínica de muchos detenidos a lo largo de varios días. Si se utiliza una muestra de la población carcelaria (en lugar de su totalidad), es necesario asegurarse de que la muestra represente verdaderamente a todos los detenidos, con inclusión de los miembros de grupos vulnerables que más riesgo tienen de sufrir problemas nutricionales. Las encuestas como la descrita posiblemente aporten información sobre la prevalencia y gravedad de la desnutrición en el centro de detención. Se las puede realizar como una práctica de rutina o en respuesta a inquietudes específicas sobre la nutrición en la cárcel. (Véase el capítulo 8 de la Guía práctica 2: Evaluación de la situación alimentaria y nutricional en los lugares de detención.)

Una evaluación nutricional exhaustiva podría incluir lo que se menciona a continuación (véase el capítulo 8, tabla 10 de la Guía práctica 2: Evaluación de la situación alimentaria y nutricional en los lugares de detención):

Componentes obligatorios:

- Medición del IMC (o perímetro braquial, en caso de indicarse)
- Examen clínico para detectar signos de edema

Componentes posibles:

- Deficiencias específicas de micronutrientes o enfermedad
- Preguntas sobre síntomas de desnutrición y de enfermedad y sobre el acceso a los alimentos

Los resultados de la encuesta nutricional se deben interpretar cuidadosamente. Dicha interpretación debería incluir un análisis de la prevalencia y el grado de desnutrición. Por ejemplo: ¿la desnutrición en la cárcel afecta a muchos reclusos o solo a algunos? ¿Es grave o moderada? Igual importancia reviste el análisis de qué grupos dentro del centro de detención son los más afectados. Una encuesta del estado nutricional no mostrará las causas subyacentes de un problema de nutrición; sin embargo, su identificación es fundamental y exigirá el análisis de toda la cadena de alimentación (como se mencionó antes en este capítulo) y de los factores de enfermedad.

4. SERVICIOS DE ASISTENCIA DE SALUD

4.1. Principios básicos

La reclusión no debería incrementar el riesgo para la salud de los reclusos. En el contexto de los servicios de asistencia de salud, esto se traduce en la aplicación del **principio de equivalencia**, es decir, que la asistencia de salud que se brinda en la cárcel debería ser por lo menos equivalente a la que existe para la comunidad vecina. En consecuencia, es importante que todas las visitas a un lugar de detención incluyan también los centros de salud locales, ya que así se podrán apreciar los niveles de servicio que se brindan a la comunidad, además de evaluar las disposiciones existentes para los detenidos que quizás sean derivados a ese centro para recibir asistencia adicional. Es importante observar qué trato reciben los detenidos allí y dialogar con los médicos locales sobre las inquietudes específicas que se tengan al respecto.

Podría decirse que incluso el principio de equivalencia es inadecuado en relación con los servicios de asistencia de salud en las cárceles. Estas alojan a individuos que con frecuencia son vulnerables a las enfermedades debido a sus orígenes, su entorno y su comportamiento en la cárcel. Los detenidos suelen estar en desventaja tanto en su educación como en los planos económicos y sociales antes de ingresar a un centro de detención; todo esto incrementa el riesgo de que tengan problemas de salud y reduce la probabilidad de que hayan recurrido a los servicios de salud antes de entrar a la cárcel. Además, es más probable que durante su reclusión estén expuestos a comportamientos (tales como violencia física y sexual, consumo de drogas y otras conductas de riesgo) que aumentan el peligro de contraer enfermedades infecciosas, como la hepatitis y el VIH, lo cual incrementa a su vez la incidencia de trastornos psicológicos entre la población penitenciaria. En consecuencia, los servicios de salud de los centros de detención se ven más exigidos que los que asisten a la comunidad, a pesar de lo cual las cárceles suelen recibir mucha menos ayuda tanto en términos de fondos como de recursos. Por esta razón, la calidad de los servicios de salud que se brindan a los detenidos suele ser inferior a la de aquellos que están a disposición de la comunidad. Un componente significativo de la asistencia de salud en la comunidad que raras veces tiene su equivalente en las cárceles es la posibilidad de elegir al prestador de asistencia de salud. Normalmente, los reclusos no tienen la opción de elegir a otro prestador si el que tienen no les gusta, si no confían en él o si consideran que el nivel de atención es inadecuado.

4.2. Personal de salud

Roles y responsabilidades del personal de salud

El nivel de asistencia de salud que se brinda en un centro de detención depende del número de profesionales de la salud que integren el equipo, así como también de su formación, preparación y motivación. Todos estos factores deben evaluarse en el transcurso de una visita a un centro de detención.

Es probable que, en algunos contextos, el papel del personal de asistencia de salud esté definido en las **“normas carcelarias”** del país. Estas pueden especificar que el personal de salud de la cárcel tiene a su cargo no solo la prestación de servicios de asistencia de salud, sino también otras tareas, como controlar la higiene, el saneamiento y la nutrición. Lo anterior condice con el ideal de que el personal de salud desarrolle tareas que van más allá de la atención curativa, para responsabilizarse además por la protección y la promoción de la salud.

Estructura y jerarquías de la asistencia de salud en la cárcel

En muchos contextos, la autoridad a cargo de la gestión y la seguridad del centro de detención (en general, el Ministerio de Justicia o el Ministerio del Interior) tiene autoridad sobre el personal de salud en la cárcel y es responsable de la salud penitenciaria en general. Puede ocurrir que el personal de salud no tenga vinculación con el Ministerio de Salud y deba rendir cuentas exclusivamente al Ministerio de Justicia. Quizás tenga incluso rango militar o policial. En consecuencia, ese personal suele no continuar su formación y no tiene contacto profesional con sus colegas en el sistema nacional de salud, lo cual puede influir negativamente en las prestaciones de servicios que ofrece a los detenidos. En estas circunstancias, su independencia profesional podría también verse comprometida por la “doble lealtad” (véase más adelante), lo cual puede afectar aún más su desempeño.

Una herramienta útil para comprender mejor las fuerzas a las que está sometido el personal de asistencia de salud penitenciaria es determinar la estructura de las jerarquías existentes entre los distintos miembros del personal de salud, identificando las líneas de dependencia del personal dentro de la propia cárcel y con las autoridades sanitarias locales o el ministerio de salud, así como también los puntos de contacto entre el personal de salud y los servicios de salud de la comunidad, las autoridades de distrito y los ministerios pertinentes. Una vez establecida, esta estructura contribuirá a garantizar que toda medida que se adopte en pos de generar un cambio esté dirigida a las personas o autoridades apropiadas, o al nivel correcto.

Relaciones entre el personal de salud y los detenidos

Las relaciones entre el personal de salud y los detenidos varían significativamente en los entornos carcelarios. Parte del personal probablemente realice su labor con empatía y compasión y trate a los detenidos como a cualquier otro paciente; quizás conozca a cada uno por su nombre de pila y esté dispuesto a atender a todo aquel que desee una consulta médica. Otros quizás les den un trato impersonal (al llamarlos por su número carcelario, por ejemplo) e incluso sospechen de sus intenciones y consideren que simplemente fingen estar enfermos. A veces, algunos agentes de salud tratan de atender al menor número posible de pacientes, en especial, cuando los salarios son bajos o cuando trabajan en el sistema penitenciario por obligación (y no por su propia elección).

Durante su visita al centro de detención, procure evaluar la actitud que el personal de salud tiene hacia los detenidos.

Doble lealtad y la ética médica en las cárceles

El personal de salud que trabaja en los entornos penitenciarios suele tener una **“doble lealtad”**. Este problema se ha definido como “obligaciones simultáneas (...) para con un paciente y un tercero”²⁵. Las obligaciones pueden ser expresas o tácitas, y reales o percibidas. El tercero puede ser un empleador, un asegurador, un familiar del paciente, el Estado o las autoridades penitenciarias. Doble lealtad no es sinónimo de conflicto de interés: en una situación de conflicto de interés, los intereses del profesional de la salud rivalizan con los de otra persona u otro grupo; en cambio, cuando se trata de doble lealtad, los intereses de ese profesional no necesariamente están en juego, no tiene nada que ganar del resultado y el conflicto se da entre dos responsabilidades que son incompatibles. Sin embargo, en la práctica, e incluso cuando lo que está en juego es la doble lealtad (por ejemplo, en el caso de un conflicto entre los intereses del paciente por su salud y los de las autoridades penitenciarias en materia de seguridad), seguramente el profesional de la salud experimente también un conflicto de interés, dado que es probable que su empleo y sus ingresos dependan de las autoridades penitenciarias, por lo cual le convenga estar alineado o ser leal a los intereses de las autoridades. Así, en situaciones en las que su independencia clínica se ve amenazada por el conflicto entre su lealtad para con las autoridades penitenciarias y con los pacientes, hay un riesgo considerable de que estos últimos sufran las consecuencias.

Es importante reconocer, sin embargo, que **los profesionales de la salud que trabajan en las cárceles se rigen por las mismas obligaciones éticas que los colegas que brindan servicios de salud en la comunidad.**

En los centros de detención, el personal de salud puede verse ante diversos dilemas éticos cuya naturaleza y frecuencia (y la respuesta que el personal de salud les da) ameritan una evaluación cuidadosa y sensible. El profesional de la salud que visita un establecimiento penitenciario debe obtener información de diversas fuentes, entre ellas, la observación directa y el diálogo con los detenidos, con el personal de la salud y con las autoridades.

Ejemplos de problemas de ética médica en los entornos penitenciarios

- Pedidos para que se revele información de la historia clínica a personal no médico
- Detenidos con esposas durante la realización de prácticas médicas o su internación
- Denegación de asistencia de salud
- Tratamiento no consentido
- Huelgas de hambre
- Falsificación de informes médicos
- Certificación de aptitud para interrogatorios, castigo o confinamiento solitario
- Participación del médico en hechos de tortura, maltratos o ejecuciones

El diálogo con el personal de salud penitenciaria debería darse en una atmósfera de confianza, para poder abordar las cuestiones de índole ética en profundidad. La conversación puede tornarse improductiva si el personal de salud ha subvertido a sabiendas su ética en favor de las necesidades de seguridad de la cárcel y cuando, por esta causa, se lo pone a la defensiva. Cuando el personal penitenciario no tiene en claro cuáles son sus deberes éticos, se pueden brindar seminarios de capacitación²⁶. Es probable,

25 Médicos por los Derechos Humanos y Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Ciudad del Cabo, *Dual Loyalty and Human Rights in Health Professional Practice: Proposed Guidelines and Institutional Mechanisms*, Boston, MA, 2002. Disponible en: <http://physiciansforhumanrights.org/library/reports/dual-loyalty-and-human-rights-2003.html>

26 La página web de la Asociación Médica Mundial (www.wma.net/es) es un recurso muy útil. De allí se puede descargar el Manual de Ética Médica de la AMA; además, la página contiene enlaces a cursos en línea sobre ética médica y medicina penitenciaria y ofrece también enlaces al texto del Código Internacional de Ética Médica y a la Declaración de Ginebra; de la Declaración de Tokio; Normas Directivas para Médicos con respecto a la Tortura y otros Tratos o Castigos crueles, inhumanos o degradantes, impuestos sobre personas detenidas o encarceladas; y de la Declaración de Malta sobre las Personas en Huelga de Hambre.

además, que el personal necesite apoyo para cumplir con los códigos de ética que rigen sus acciones. Todo caso de grave infracción de la ética que se descubra se debe tratar y aclarar con el personal de salud en cuestión y documentarse en forma detallada; luego se puede solicitar asesoramiento en cuanto a si se lo debería denunciar o no a las autoridades penitenciarias, al Ministerio de Salud o a la asociación médica nacional.

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE EL PERSONAL DE SALUD

Formación del personal

- Registre las impresiones de los médicos y demás personal de salud respecto de su competencia, profesionalismo y motivación. Estas impresiones se pueden obtener a partir de la observación de las prácticas de trabajo, de reuniones con el personal, de consultas con los pacientes y de las historias clínicas de los pacientes, así como también de diálogos con los detenidos y el personal de salud.
- ¿Qué capacitación tiene el personal de salud penitenciaria? ¿Mantiene contacto periódico con el sistema de salud nacional? ¿Recibe educación o formación continua? ¿Recibe formación específica en salud penitenciaria?

Motivación y asistencia del personal

- ¿Cuál es el horario de trabajo oficial del personal de salud? ¿Y cuántas horas trabaja realmente?
- ¿El horario de trabajo del personal de salud es suficiente como para garantizar que los detenidos tengan acceso a la asistencia de salud?
- ¿Cómo se mide el acceso a la salud? ¿Hay una enfermera a disposición en todo momento? ¿Hay un médico en el establecimiento penitenciario todos los días? ¿Las normas para medir el acceso a la salud constan en las normas penitenciarias u otras directivas?
- ¿Alguno de los miembros del personal falta al trabajo de manera notoria? ¿El personal de salud trabaja en el centro de detención por elección propia? ¿O debe estar allí aunque no quiera?
- ¿Al personal de salud se le asignan deberes/responsabilidades adicionales a los servicios de atención curativa? ¿Deben inspeccionar el estado de higiene del establecimiento, las celdas, las instalaciones sanitarias y la cocina? ¿Deben controlar la comida y la nutrición? ¿Estas tareas están definidas en las normas penitenciarias o en otras órdenes escritas?

Estructura del servicio de salud penitenciaria

- ¿Quién contrata al personal de salud penitenciaria (Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia, Ministerio del Interior o Ministerio de Defensa)? ¿Hay un servicio médico penitenciario que dependa de estos ministerios? De ser así, ¿tiene vínculos formales con el Ministerio de Salud? ¿Los servicios de salud penitenciaria están integrados con el sistema nacional de salud?
- ¿Los reclusos trabajan para el servicio de salud? ¿Cuáles son sus roles y responsabilidades?
- Determine la estructura del personal de salud dentro del centro de detención, con inclusión de médicos, enfermeras, asistentes de salud, personal de laboratorio, dentistas y reclusos. Elabore una breve lista con sus nombres, títulos, nivel de formación y fecha aproximada de incorporación.
- ¿Hay puestos vacantes en el equipo de salud penitenciaria? ¿Desde cuándo datan esas vacantes?
- Determine los vínculos existentes entre el servicio de salud penitenciaria y las autoridades centrales o de distrito pertinentes (autoridad de salud local, Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia, etc.).

Relaciones entre el personal y los detenidos

- ¿Cómo son las relaciones entre el personal de salud y los detenidos? Procure hacerse una idea a partir de su observación de la rutina clínica diaria, el tratamiento de los pacientes internados y el diálogo con el personal y los detenidos.

4.3. Instalaciones de salud y equipamiento médico

Clínica

Todas las cárceles y lugares de detención deberían tener una clínica o una instalación de salud dentro del recinto (que puede denominarse “puesto de salud” o “unidad de atención ambulatoria”)²⁷. El sector de la clínica debería estar formado por un consultorio, un sector para tratamiento y una sala de espera para los pacientes. El consultorio debe permitir el diálogo confidencial y privado durante el examen clínico de los pacientes. Debe, además, contar con una camilla y con el equipamiento médico básico (termómetro, estetoscopio, tensiómetro, etc.); el examen clínico no podrá realizarse adecuadamente si se carece de estos elementos.

Es importante prestar atención a la ubicación de la clínica: es probable que esté situada fuera del perímetro de seguridad principal si se trata de la clínica para la comunidad local o si el personal de salud no puede ingresar al predio del centro de detención (por motivos de seguridad o por otras causas). En tal caso, ello podría obstaculizar el acceso de los reclusos (en especial, si los guardias bloquean el paso o si exigen sobornos); también puede ser señal de que el personal de salud no ingresa periódicamente a la cárcel para controlar el estado de higiene de las celdas, cocinas, retretes y otras instalaciones compartidas o para evaluar la comida y observar en forma directa la salud de los detenidos.

Enfermería/Hospital

Los grandes centros penitenciarios quizás cuenten con un hospital o una enfermería, lo cual permite a los reclusos recibir controles y tratamiento continuos, estar aislados de la población carcelaria general y recuperarse de su enfermedad en un entorno tranquilo y con fácil acceso a las instalaciones sanitarias.

Que una cárcel cuente o no con un hospital o sala de guardia puede depender de factores tales como los criterios para la construcción del hospital establecidos en la Ley de Cárceles o las normas penitenciarias del país, de las instalaciones con que cuente la comunidad y de la estructura del servicio nacional de salud. Los hospitales penitenciarios tienen la ventaja de estar “dentro del sistema”, lo que significa que habrá menos trámites burocráticos en el momento de trasladar a un recluso y también que no habrá problemas con el transporte y el personal de custodia. Sin embargo, esos hospitales tienen la desventaja de que, en algún momento, se transforman en un problema: en un sistema en el que el financiamiento no abunda, posiblemente no haya dinero suficiente para mantenimiento e insumos y para tener personal disponible en todo momento.

Lo que se considera aceptable para un hospital o sala de guardia de un establecimiento penitenciario puede variar en función de las normas que rigen los establecimientos de salud a disposición de la comunidad exterior, la gravedad de las enfermedades que se tratan dentro de la cárcel y la posibilidad de derivar a hospitales externos a los reclusos gravemente enfermos. No obstante lo anterior, las salas para pacientes internados deberían contar como mínimo con buenos niveles de higiene, instalaciones sanitarias adecuadas, buena ventilación y un sistema de calefacción o refrigeración (según el clima local), y estar dotadas de personal que tenga la formación apropiada y de todos los insumos y equipamiento médico necesarios.

Todos los establecimientos penitenciarios más grandes deberían estar equipados con una **sala de aislamiento** a fin de **separar a los reclusos portadores de enfermedades infecciosas** y evitar así su propagación al resto de la población carcelaria. Debería

²⁷ Es probable que en una comisaría no haya una clínica, pero debería haber un botiquín de primeros auxilios y una persona con conocimientos básicos para brindarlos. La policía debería poder acceder velozmente a la clínica local o bien contar con un médico o enfermero/a a quien se pueda convocar con urgencia.

haber al menos una habitación libre que se pueda convertir rápidamente en sala de aislamiento en caso de necesidad.

Los laboratorios ubicados dentro de la cárcel (de existir) se deben evaluar para determinar su estado de mantenimiento, el suministro de repuestos y reactivos y el conocimiento del personal respecto del uso del equipamiento, entre otros factores.

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE INSTALACIONES DE SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO

Clínica de la cárcel

- ¿Hay una clínica en la cárcel o los detenidos recurren a la clínica existente en la comunidad local? ¿Dónde está ubicada la clínica? ¿Dentro o fuera del recinto penitenciario principal?
- Brinde una breve descripción de la clínica: tamaño, iluminación, ventilación, suministro de agua, higiene, mobiliario, camilla, etc.
- ¿Con qué equipamiento médico cuenta? ¿Termómetro, estetoscopio?
- ¿La zona donde está ubicada la clínica garantiza a los pacientes la confidencialidad? ¿La zona de consulta está separada de la sala de espera?
- ¿Se guardan medicamentos en la clínica? ¿Están almacenados en un lugar seguro y se los guarda en forma adecuada? (los tipos de medicamentos se describirán más adelante en la sección 5.7).
- ¿La clínica cuenta con espacio para tratamientos? ¿Hay equipamiento y espacio para que un paciente reciba fluidos o medicamentos por vía intravenosa?
- Recuerde visitar el centro de salud u hospital local que se utiliza para las derivaciones y redacte una breve descripción del establecimiento.

Enfermería/Hospital

- ¿Dónde está ubicada la enfermería? ¿En qué estado se encuentra el suministro de agua? ¿En qué condiciones se hallan la iluminación, la ventilación, el mobiliario, la ropa de cama y demás elementos?
- ¿Hay una sala de aislamiento?
- ¿Hay un laboratorio? ¿Tiene equipamiento de diagnóstico (radiografías, ultrasonido)? ¿Con qué frecuencia se lo utiliza? ¿El personal está capacitado y tiene experiencia en el uso de este equipamiento?
- En caso de haber un hospital penitenciario, ¿cuántas salas tiene y qué tipo de servicios ofrece (medicina general, cirugía, psiquiatría, enfermedades infecciosas, para mujeres)? ¿Qué capacidad tiene para realizar cirugías? ¿Cómo están organizados los servicios del banco de sangre?
- ¿En qué estado se encuentran las salas? ¿Qué personal tienen? ¿Cómo están organizados los servicios (cocina, lavandería, esterilización, etc.)?

Instalaciones de laboratorio

- ¿Con qué equipamiento de laboratorio se cuenta y en qué estado se encuentra?
- ¿El personal está adecuadamente capacitado en el uso del equipamiento?
- ¿Cómo se garantiza y controla la calidad?
- ¿Qué análisis se realizan y con qué frecuencia?
- ¿De dónde provienen los reactivos/insumos de laboratorio? ¿Hay faltantes de existencias?
- ¿Existen y se respetan los procedimientos de salud y seguridad?
- En caso de realizarse análisis fuera de la cárcel, ¿el detenido tiene que ir en persona al establecimiento o simplemente se envían las muestras?
- ¿Quién interpreta los resultados que se reciben del laboratorio? ¿Hay algún sistema para verificar los resultados? ¿Existe un sistema para garantizar que el personal clínico sea informado de los resultados de laboratorio anormales?

4.4. Acceso a la asistencia de salud DENTRO de la cárcel

El nivel de la infraestructura de salud no refleja necesariamente la clase de asistencia de salud que los reclusos reciben realmente. Dicho de otro modo, la existencia de una infraestructura de salud comparativamente bien desarrollada no garantiza que los detenidos reciban asistencia de salud de alta calidad. Es importante evaluar el **ACCESO A LA ASISTENCIA DE SALUD**, es decir, el grado de acceso que los reclusos tienen al personal de salud, a las consultas y al tratamiento médico. Se deben considerar dos niveles: el acceso a la asistencia de salud **dentro de la cárcel** (que se trata en esta sección) y **fuera de la cárcel** (véase la sección 4.5 más adelante). Se debe contar con la posibilidad de acceder a la asistencia de salud fuera de la cárcel cuando las necesidades excedan las capacidades del personal de salud y las instalaciones sanitarias del establecimiento penitenciario.

La función del personal de salud penitenciaria en asegurar el acceso a los servicios de salud

La asistencia de salud que reciben los detenidos en un lugar de detención debería ser por lo menos equivalente a la que se brinda a los miembros de la comunidad.

En los grandes establecimientos penitenciarios o en contextos en los que la comunidad exterior cuenta con un acceso relativamente fácil a la asistencia de salud, puede haber uno o más médicos que trabajen en la cárcel con dedicación exclusiva. Por el contrario, en las cárceles pequeñas o donde el acceso a la atención médica de la comunidad vecina es limitado, es posible que un médico que no trabaja a tiempo completo visite el lugar de detención de tanto en tanto. En muchos casos, las enfermeras o asistentes de salud tienen más disponibilidad y se encargan de muchas de las tareas relacionadas con la asistencia de salud en las cárceles, como la evaluación inicial de la salud de los detenidos que ingresan y el tratamiento de detenidos aquejados de dolencias menores o comunes. Sin embargo, este personal de salud de primera línea debe estar en condiciones de derivar a los pacientes a un médico si requieren atención adicional, así como también de reconocer qué casos requieren derivación. Su horario de trabajo y disponibilidad reflejan la situación de la comunidad en lo que a asistencia de salud se refiere. Independientemente de las variaciones que dependen del contexto, el grado de acceso a la asistencia de salud es aceptable solo si los detenidos con síntomas agudos pueden lograr que un miembro del equipo de salud los evalúe en el mismo día (con prontitud, de ser posible o necesario) y si aquellos que padecen enfermedades crónicas o complejas reciben seguimiento médico periódico.

Dentro de la cárcel, todos los detenidos deberían gozar de igualdad de acceso a los servicios de salud. La asistencia de salud suele ser un recurso que no abunda. Su racionamiento debe regirse por la necesidad clínica, que debe ser determinada por un integrante del personal médico. El personal no médico no debería examinar a los detenidos ni limitar su acceso a la asistencia de salud, por varios motivos. Por un lado, este personal carece de los conocimientos necesarios para determinar las necesidades de asistencia de salud de los detenidos. Por otro, podrían hacer elecciones o imponer restricciones por motivos que no están relacionados con la salud (por ejemplo, las simpatías políticas o el soborno). Por último, porque el principio de confidencialidad médica establece que un detenido no debería verse obligado a revelar su estado de salud a personal no médico. En una situación ideal, los detenidos deben poder informar su nombre y dolencia directamente a un integrante del personal de salud, ya sea en la clínica misma o durante las rondas que el equipo de salud realiza en la cárcel. Sin embargo, la realidad es otra: el que suele elaborar la lista de detenidos que desean ver al médico o a la enfermera es el personal no médico, por lo que conviene prestar especial atención para asegurarse de que el proceso no esté teñido de discriminación.

Factores no médicos que determinan el acceso a la asistencia de salud

La dificultad para **acceder** a la asistencia de salud en los lugares de detención es un problema común, que puede afectar a toda la población penitenciaria o a ciertos grupos de reclusos solamente. Cuando la que se ve afectada es *toda la población*, los factores determinantes pueden ser varios: cuestiones geográficas o demográficas que limitan el suministro o la disponibilidad de insumos médicos o personal, falta de presupuesto para el pago de los sueldos del personal de salud, los insumos o los medicamentos, o negligencia o falta de voluntad por parte de las autoridades penitenciarias.

El acceso a la asistencia de salud por parte de *personas o grupos específicos* puede verse limitado por la existencia de jerarquías o “bandas” dentro de la cárcel: a veces, un grupo de reclusos no quiere que otro grupo reciba asistencia de salud. Entre los grupos vulnerables se puede mencionar a las mujeres, los menores, las personas de edad, las minorías, los reclusos que tienen problemas de salud mental y los detenidos que están en categorías o lugares específicos (por ejemplo, los condenados a muerte o en confinamiento solitario). Posiblemente estos grupos sean objeto de discriminación porque se los considera inferiores y menos merecedores o, en el caso de los detenidos por razones políticas o de seguridad, porque se los considera “enemigos” o “traidores”.

La corrupción (de la que pueden ser partícipes las autoridades penitenciarias e incluso otros reclusos) es otro factor que afecta el acceso a la asistencia de salud. En prácticamente todas las cárceles del mundo existe alguna forma de corrupción o soborno. Se trata de un problema complejo y delicado, que con frecuencia resulta difícil de evaluar y mucho más de abordar. No obstante, se debe formular una respuesta estratégica para el caso de que la corrupción obstaculice el acceso de los detenidos (o incluso de algunos de ellos) a los servicios básicos.

La información sobre la asistencia de salud se puede obtener del personal médico, de la administración, de los detenidos mismos y de la observación directa. Las historias clínicas resultan también una fuente útil de información en este sentido, ya que es posible que contengan un registro de los días en que las clínicas están abiertas y del número y los motivos de las consultas que reciben.

Número de consultas

La cantidad de consultas médicas en un lugar de detención revela información sobre cuestiones tales como el acceso de los reclusos a los servicios médicos, la disponibilidad de personal de salud y su predisposición a atender a los pacientes y el estado de salud general de la población penitenciaria. Sin embargo, *estas conclusiones se deben interpretar con cuidado*.

No existen valores basales o de referencia sobre la cantidad de consultas de salud que se deberían realizar en los lugares de detención. Las referencias a las poblaciones desplazadas (que incluyen a los refugiados) sirven de guía, pero también se las debe interpretar con cuidado. Se estima que, en una población de 1.000 personas desplazadas, haya 10 consultas diarias (cifra que representa aproximadamente el 1% de la población)²⁸. La existencia de cifras más elevadas podría indicar que el estado de salud de la población es deficiente. Cuando el número de consultas diarias supera el 3%, se deben evaluar cuidadosamente los patrones de morbilidad. Es importante determinar si el aumento en la cantidad de consultas guarda relación con dolencias menores (como jaquecas o dolores de espalda) o con enfermedades graves. Al mismo tiempo, se debe considerar si los pacientes que el personal de salud examina representan nuevos casos de enfermedad o si se trata de reclusos con enfermedades crónicas que concurren a la clínica varias veces por semana.

28 P. Perrin, H.E.L.P.: *Public Health Course in the Management of Humanitarian Aid*, CICR, Ginebra, 2001.

Cabe recordar que el diálogo con el personal de salud y con los detenidos, así como la observación directa de la población penitenciaria enferma son otras herramientas importantes para evaluar la salud de los reclusos y el acceso a la asistencia de salud. La presencia de reclusos claramente enfermos que no han concurrido a la clínica, o de detenidos con enfermedades crónicas o lesiones a los que no se les ha hecho un seguimiento médico, sugiere un problema potencialmente grave que afecta el acceso a la asistencia de salud en la cárcel.

Evaluación médica de los detenidos que ingresan al lugar de detención

Los establecimientos penitenciarios deberían contar con un sistema para evaluar el estado de salud de todos los detenidos que ingresan. Se deben documentar los antecedentes médicos del recluso y realizar un examen clínico a la mayor brevedad posible luego de su llegada, preferentemente dentro de las 24 horas siguientes. Sería ideal que el examen inicial sea realizado por un médico o, en su defecto, por una enfermera matriculada. Este tipo de examen no siempre es posible en las comisarías, pero sí se debería poder realizar una consulta médica a pedido del detenido o si las autoridades tienen motivos para creer que se justifica. Toda la información de índole médica que se obtiene durante el examen inicial es confidencial y se debe conservar conforme a esta premisa.

Es importante que los reclusos que ingresan al lugar de detención sean sometidos a una evaluación para determinar su estado de salud. Los motivos son diversos:

1. Quizás tengan necesidades médicas inmediatas que requieren tratamiento (lo cual podría incluir un cuadro agudo, una herida, un miembro fracturado o una infección aguda, por ejemplo) o un cuadro crónico (un diabético que necesite seguir recibiendo insulina; una persona con un problema de salud mental que deba seguir tomando sus antipsicóticos, etc.).
2. Los detenidos podrían tener enfermedades contagiosas al ingresar a la cárcel y es probable que se los deba aislar hasta que reciban tratamiento o hasta que haya pasado la etapa de contagio. Quizás resulte apropiado aislar temporalmente a los recién llegados hasta tanto una evaluación médica inicial confirme que no constituyen un riesgo para la población penitenciaria en general. La sala de aislamiento debe cumplir con las mismas normas y ofrecer igual nivel de comodidad que el resto de la cárcel, de modo tal que los reclusos que deban mantenerse aislados por padecer una enfermedad contagiosa no sientan el aislamiento como un castigo. Dicho aislamiento debería finalizar de inmediato una vez superado el período de contagio (a modo de ejemplo, no es necesario que los reclusos en la fase de continuación del tratamiento para la tuberculosis continúen aislados una vez que el análisis del esputo arroja resultados negativos).
3. A veces, los detenidos exhiben signos físicos o psicológicos de maltratos que es necesario documentar. A modo de ejemplo, si provienen de centros de interrogación o de comisarías donde han sido víctimas de abusos, se debe consignar esa circunstancia y describir las cicatrices o marcas. Esto puede redundar en beneficio tanto del detenido como de las autoridades penitenciarias. La documentación médica de las pruebas de maltrato podría ayudar al detenido en un futuro, en caso de acciones judiciales contra los responsables; además, el hecho de registrar las pruebas de lesiones o de sufrimiento psicológico al llegar al lugar de detención posiblemente contribuya a demostrar que ello ocurrió antes de la llegada del recluso y que no fueron provocados por las actuales autoridades penitenciarias.

Intervención del personal médico en los casos de detenidos en confinamiento solitario

No existe aún un acuerdo internacional sobre la definición del **confinamiento solitario** en los lugares de detención ni, consecuentemente, sobre su prohibición. No obstante, es cada vez más mayor el rechazo de las formas extremas y prolongadas o períodos indefinidos de “separación involuntaria de la población general”, y de su aplicación a ciertas categorías de detenidos (especialmente aquellos considerados “vulnerables”). En las RTMR revisadas (Reglas Nelson Mandela), se ofrece una definición, se enumeran restricciones en la aplicación y se hace énfasis en la doble responsabilidad de las autoridades de “mitigar los posibles efectos perjudiciales” y guiar al profesional de la salud sobre su responsabilidad hacia el detenido que enfrente dicha situación de aislamiento²⁹. Los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos (1990), de la ONU, alientan los esfuerzos por abolir o restringir el uso del confinamiento solitario³⁰. Las Reglas Penitenciarias Europeas revisadas (2006) recomiendan que el aislamiento se utilice en casos excepcionales y por períodos definidos y tan cortos como sea posible³¹. La Declaración de Estambul sobre el empleo y los efectos de la reclusión en régimen de aislamiento (2008) establece que “el régimen de aislamiento debería utilizarse lo menos posible, en casos muy excepcionales, por un período de tiempo también lo más breve posible y solo como último recurso” y también señala las circunstancias en las que debe “prohibirse totalmente”³². No obstante lo anterior, si bien su uso está prohibido en algunos países, en otros un juez podría autorizarlo y, en ciertos otros, los directores de las cárceles podrían decidir si recurrir a esta medida o no.

Este puede ser un tema delicado para los médicos que trabajan en lugares de detención, ya que es contrario a la ética médica que participen en la “certificación médica para el castigo” y, dado que el confinamiento solitario puede utilizarse con ese fin, el médico que certifica que un recluso puede soportarlo estaría actuando de manera inmoral³³. No obstante, es deber del médico y, por ende, un acto aceptable, velar por la salud de los detenidos que se encuentran en confinamiento solitario³⁴.

29 RMTR (Reglas Nelson Mandela), 37 (d) y 43-46.

30 Párrafo 7 de los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos de la Asamblea General de las Naciones Unidas (A/Res. 45/111), 14 de diciembre de 1990.
Disponible en: www.un.org/es/documents/ag/res/45/list45.htm

31 Párrafo 7 de los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos de la Asamblea General de las Naciones Unidas (A/Res. 45/111), 14 de diciembre de 1990.
Disponible en: www.un.org/es/documents/ag/res/45/list45.htm

32 Declaración de Estambul sobre el empleo y los efectos de la reclusión en régimen de aislamiento. 2008; 18: 63-6, *Torture*. 2008; 18: 63-6.
Disponible en: http://solitaryconfinement.org/uploads/Istanbul_expert_statement_on_sc.pdf

33 Cabe destacar que esto se contradice con la declaración incluida en la Regla 32(1) de las RMTR, ya en desuso: “Las penas de aislamiento y de reducción de alimentos solo se aplicarán cuando el médico, después de haber examinado al recluso, haya certificado por escrito que éste puede soportarlas”.

34 Para obtener más información y opiniones sobre el tema v.: S. Shalev, A, *Sourcebook on Solitary Confinement*, Mannheim Centre for Criminology, London School of Economics, Londres, 2008.
Disponible en: www.solitaryconfinement.org

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE ACCESO A LA ASISTENCIA DE SALUD DENTRO DE LA CÁRCEL

Procedimientos para tener acceso a la asistencia de salud

- Según las *autoridades* (de salud y administrativas), ¿qué procedimiento observan los detenidos para acceder al personal de salud o a la clínica para tener una consulta médica? Por ejemplo, ¿hay listas preparadas por los guardias, los reclusos o el personal de salud? ¿Los distintos grupos de detenidos tienen acceso solo en fechas específicas?
- Según los *detenidos*, ¿qué procedimiento observan para acceder al personal de salud o a la clínica para hacer una consulta médica?
- Si quien realiza la mayoría de las consultas es una enfermera o un auxiliar de salud, ¿qué grado de supervisión tienen de un médico? ¿Existe algún procedimiento especial para la derivación de los reclusos al médico penitenciario?
- ¿Cómo es el seguimiento de casos complejos o crónicos? ¿Depende de la iniciativa del paciente o del personal de salud?
- ¿El acceso a la asistencia de salud constituye un problema para toda la población penitenciaria? ¿Por qué? ¿Qué consecuencias tiene esto para la salud de los reclusos?
- ¿Existen diferencias en el acceso a esa asistencia entre distintos grupos o categorías de detenidos? ¿O para reclusos en determinados lugares dentro del establecimiento penitenciario? ¿Por qué? ¿Qué consecuencias tiene eso para su salud?

Consultas

- Compruebe el registro de consultas para determinar cuántos detenidos atiende la enfermera, el auxiliar de salud o el médico de la cárcel en promedio por día o por semana. Observe también las variaciones estacionales en las cifras.
- ¿Se deja constancia en el registro de la fecha, el nombre del detenido, por qué recurre a la consulta, el diagnóstico y el tratamiento?
- ¿Existe algún vínculo lógico entre los diagnósticos y el tratamiento que se prescribe?
- ¿El registro refleja los medicamentos que se indican, o ese dato se consigna en algún otro lugar?
- ¿Los reclusos reciben antibiótico-terapia completa o un tratamiento incompleto?
- ¿La categoría o clase de detenido es un factor limitante en cuanto al número de consultas?
- ¿La clínica está abierta a todos los detenidos enfermos que solicitan una consulta en un día dado? ¿Los detenidos pueden solicitar una consulta después de que se ha preparado la lista de pacientes?
- ¿Cuál es el horario de trabajo de la clínica? ¿Las distintas celdas o grupos de detenidos tienen acceso a la clínica en días u horarios diferentes?

Evaluación previa al ingreso

- ¿Existe algún procedimiento para evaluar la salud de los nuevos reclusos? ¿Quién realiza la evaluación es el médico, la enfermera o el auxiliar de salud?
- ¿Las autoridades penitenciarias informan al personal de salud acerca de la llegada de nuevos detenidos, o estos tienen que presentarse en la clínica?
- ¿Dónde se registran las notas que se tomaron durante la evaluación (en una historia clínica personal, en un registro, por ejemplo)? ¿Qué detalles se registran (edad, historia clínica previa pertinente, lesiones, cuadros crónicos, medicación habitual, examen clínico general, medición de la presión arterial, etc.)? ¿El registro es confidencial, es decir, está disponible solo al personal de salud?
- ¿Se realizan análisis de rutina, por ejemplo, enfermedades de transmisión sexual, VIH, hepatitis? ¿Se requiere el consentimiento informado de los detenidos? ¿Hay análisis que sean obligatorios? ¿Qué sucede si un detenido se niega a realizarse algún análisis? Si los resultados de un análisis son positivos, ¿se brinda asesoramiento y tratamiento (especialmente en el caso del VIH)?
- ¿Se mantiene a los reclusos en aislamiento temporario hasta luego de la evaluación médica inicial?
- ¿Qué medidas se adoptan respecto de los nuevos reclusos que sufren de una enfermedad contagiosa (tuberculosis, sarna, etc.)?

Confinamiento solitario

- ¿Cuándo y por qué se utiliza el confinamiento solitario y quién debe dar la orden para que se aplique?
- ¿El personal de salud penitenciaria está involucrado en la evaluación o en la certificación para la aplicación del confinamiento solitario a los detenidos?
- ¿El personal de salud controla diariamente a los detenidos que están en confinamiento solitario?
- ¿Qué acceso a la asistencia de salud tienen los reclusos en confinamiento solitario?
- ¿Cuáles son las condiciones generales de este tipo de confinamiento (acceso al agua, a los alimentos, a la luz, etc.)?
- ¿Qué grado de acceso tienen estos detenidos al aire libre y cuánto tiempo pueden estar con otros reclusos?

Guardia nocturna / Emergencias

- ¿Quién está de guardia fuera del horario laboral y durante la noche? ¿Hay un miembro del personal de salud presente en todo momento o está a la espera de ser llamado?
- ¿Cuáles son los pasos para seguir en caso de una emergencia durante la noche? ¿Se requiere autorización para realizar un tratamiento urgente, en especial, si se debe trasladar a un detenido enfermo a un hospital de la comunidad? ¿Cuánto más tiempo se necesita para comunicarse con el personal de salud durante la noche?
- ¿Las emergencias nocturnas se consignan en un registro o en fichas individuales?
- Pregunte cómo se manejó la emergencia nocturna más reciente. La información obtenida le permitirá saber qué procedimientos se utilizan efectivamente.

Visita de especialistas y asistencia de salud específica

- ¿Los médicos de los hospitales de la comunidad visitan la cárcel con regularidad? ¿Cuáles son sus especialidades y a qué hospital pertenecen? Registre a qué especialidades se dedican estos médicos, cuándo visitaron el establecimiento penitenciario y a cuántos pacientes vieron.
- ¿Qué debe hacer un detenido dentro de la cárcel para que se lo derive al especialista visitante?
- ¿Qué seguimiento se hace de esos casos (si es necesario que el detenido vea nuevamente al médico, si se lo debe derivar para que se realice análisis, etc.)? ¿Hay discriminación o dinero de por medio?
- ¿Hay consultorios de odontología? ¿O un dentista permanente o visitante? ¿Qué clases de tratamientos odontológicos se ofrecen?
- En el caso de cárceles que albergan a mujeres y niños: ¿se brinda atención prenatal/posparto y ginecológica? ¿Quién la brinda? ¿Los partos se realizan dentro del establecimiento penitenciario o en instalaciones externas? ¿Se vacuna periódicamente a los niños?
- ¿Se brinda asistencia psiquiátrica? En caso contrario, ¿qué se hace con estos pacientes?

Vínculos con los programas nacionales de salud y las ONG dedicadas a la salud

- ¿La cárcel recibe visitas de representantes de los programas de salud del gobierno o de ONG dedicadas a la salud?
- ¿Participa el programa nacional para la tuberculosis? ¿Hay campañas para la erradicación de la malaria y el VIH/SIDA?
- ¿Implementan actividades o programas de salud específicos en el lugar de detención (campañas de vacunación, programas sobre tuberculosis, niños en lugares de detención, etc.)?

4.5. Acceso a la asistencia de salud FUERA de la cárcel

En su mayoría, las cárceles solo brindan asistencia de salud básica, por lo que resulta esencial que haya vínculos con establecimientos médicos externos. Las razones para que los detenidos usen los servicios de salud fuera de la cárcel son variadas: internación urgente, investigaciones médicas, consultas con especialistas e intervenciones médicas y quirúrgicas. Al igual que sucede con las derivaciones que llegan de la comunidad, los detenidos pueden estar en el hospital en calidad de *pacientes externos* (la visita al hospital abarca un único día, por ejemplo, para concurrir a un turno en un consultorio (denominada a veces atención “ambulatoria”) o como *pacientes internados* (el paciente es admitido durante la noche).

La cantidad de derivaciones a un hospital externo dependerá del nivel de asistencia de salud disponible *dentro* de la cárcel, de la disponibilidad de servicios de salud *fuera* del lugar de detención, del estado de salud general de la población penitenciaria y de la capacidad y voluntad de la administración de trasladar a los casos que lo requieran. El acceso de los detenidos a servicios de salud externos podría también verse obstaculizado por otros factores, como las normas de seguridad, el transporte, las restricciones del hospital y las limitaciones económicas.

La logística del transporte y la seguridad probablemente causen dificultades. Quizás no haya un vehículo para transportar a los detenidos desde la cárcel hasta el hospital o, si lo hay, el espacio podría ser limitado. También es posible que no haya guardias de seguridad suficientes para escoltar a los pacientes o que no estén disponibles en forma regular. En algunos contextos, no es el lugar de detención, sino la policía o el ejército los que deben proveer la seguridad para los detenidos fuera de la cárcel, lo cual puede generar problemas de comunicación y coordinación. La necesidad de comparecer en juicio es otra situación que probablemente complique las visitas de los detenidos al hospital, ya que encontrar un día adecuado podría resultar difícil.

A veces, el hospital impone ciertas restricciones en cuanto a los momentos en los que los reclusos pueden concurrir al centro de salud, el número de detenidos que pueden hacerlo y el período de internación. El origen de estas limitaciones puede hallarse en preocupaciones por la seguridad o en la percepción de que su presencia altera la rutina del hospital.

Las limitaciones económicas también pueden limitar el acceso a la asistencia de salud fuera del lugar de detención. Es probable que a los reclusos se los excluya de la cobertura del seguro de salud y que las autoridades penitenciarias cuenten con un presupuesto de salud limitado e insuficiente. La corrupción quizás esté presente en todos los niveles. Como las condiciones en el hospital son en general más favorables que en el lugar de detención (menores medidas de seguridad, mejor comida, mejor acceso a las familias en algunos casos), los detenidos influyentes probablemente paguen para permanecer allí más tiempo del necesario o incluso, aunque no estén enfermos. Algunos podrían llegar a fingir una enfermedad para lograr que se los interne.

Una visita al hospital de derivación permitirá entender mejor las dificultades que enfrentan el lugar de detención, el hospital y los detenidos, y contribuirá a la formulación de respuestas efectivas en los casos necesarios, a fin de garantizar el acceso a la asistencia de salud fuera de la cárcel. Se debería evaluar la situación de los detenidos internados, el tratamiento que reciben y las actitudes del personal del hospital hacia ellos.

Un último aspecto del acceso a los servicios de salud fuera de la cárcel que se debería evaluar es el mecanismo para garantizar la comunicación entre el lugar de detención y el hospital. El personal de salud penitenciaria debería transmitir sus pedidos e inquietudes al personal del hospital (en una ficha de derivación); este, a su vez, debería informar de los resultados de investigación, los diagnósticos, los planes de manejo del

caso y el seguimiento necesario que el personal de salud de la cárcel debe realizar (en un resumen de historia clínica o ficha donde se consigne el alta del paciente). Se debe mantener la confidencialidad de estas comunicaciones. Además, debería existir un sistema que garantice que se hará un seguimiento o que se adoptarán las medidas que allí se solicitan.

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE ACCESO A LA ASISTENCIA DE SALUD FUERA DE LA CÁRCEL

Transporte y escolta de seguridad

- ¿Quién está a cargo de la escolta de seguridad para el transporte de los reclusos a los establecimientos de salud externos? ¿La policía del distrito, los guardias de la cárcel o el ejército?
- ¿Quién proporciona el vehículo? ¿La policía, la cárcel o el ejército?
- Si la cárcel no provee los guardias ni el vehículo, ¿quién tiene que pagarlos?
- ¿Cuáles son las principales dificultades de los traslados en cuanto a transporte y seguridad?
- ¿La escolta de seguridad impone algún límite en cuanto al traslado de detenidos? ¿O es el hospital el que lo restringe?
- ¿Cómo se coordinan el transporte y la seguridad en los casos de emergencia, incluso durante la noche?
- ¿Cómo es el manejo de los detenidos durante el traslado? ¿Llevan grilletes o esposas?

Procedimiento para la derivación de pacientes a consultorios externos

- ¿A qué centro de salud se deriva a los reclusos? Incluya una breve descripción del personal y de las instalaciones.
- ¿Quién está autorizado a realizar derivaciones y qué implica el proceso?
- ¿Qué problemas tienen los reclusos o el personal de salud penitenciaria en relación con las derivaciones a instalaciones de salud externas? ¿Hay discriminación o dinero en juego?
- ¿Qué actitud adopta el personal de la clínica o el hospital hacia los detenidos?
- ¿Cuántas derivaciones se realizan por semana o por mes? ¿Hay algún cupo o límite?
- ¿Qué sucede con los casos de emergencia?
- ¿Existen días específicos para cada especialidad? ¿Se envía a los detenidos en las fechas correctas?
- ¿Los reclusos llevan grilletes o esposas durante las consultas en el hospital?

Procedimiento para los análisis médicos

- Si la cárcel no cuenta con un laboratorio u otras instalaciones para realizar análisis médicos, ¿cómo se realizan los análisis de rutina, tales como radiografías y análisis de sangre, orina y materia fecal?
- ¿Los detenidos tienen que recurrir al hospital externo para un simple análisis de laboratorio o se puede tomar la muestra en la cárcel y enviarla al laboratorio externo?
- ¿El sistema hospitalario o la escolta de seguridad están bajo presión a raíz de la cantidad de detenidos que reciben para practicarles análisis? ¿Hay cupos? ¿Hay algún costo? ¿Quién debe pagarlo?
- ¿Cómo se informan los resultados y de qué manera se hace el seguimiento?

Procedimiento de internación

- ¿Alguna vez se interna a los reclusos en los hospitales externos? ¿En cuáles? ¿Quién toma la decisión? ¿Quién está autorizado a realizar derivaciones y qué implica el proceso? ¿Cuáles son las demoras?
- ¿Hay alguna sala especial dentro del hospital (cerrada o con medidas de seguridad) destinada a los reclusos?
- ¿Los detenidos llevan grilletes o esposas mientras están internados?
- ¿Qué autoridad (penitenciaria, policial, ejército) está a cargo de la custodia de los reclusos en el hospital?
- ¿Qué dificultades tienen los hospitales con los detenidos internados? ¿Cómo son las relaciones entre el personal de salud y los detenidos?
- ¿Qué dificultades enfrentan los reclusos (costos, acceso a la comida o a sus familiares, por ejemplo)?
- ¿Existen casos claros de corrupción relacionados con la internación (amenazas al personal del hospital, detenidos que pagan para permanecer más tiempo del necesario o que fingen enfermedades para lograr que se los interne, etc.)?

4.6. Historias clínicas individuales

La historia clínica individual –también denominada “historial médico” o “expediente médico”– debería ser un elemento común de la mayoría de los sistemas de asistencia de salud. En ella se vuelca información sobre el estado de salud de un individuo, por ejemplo, sus antecedentes y la documentación de las distintas consultas con los médicos, los resultados de los análisis de laboratorio, los tratamientos, notas sobre la evolución y planes de atención. Permite también hacer un manejo y seguimiento apropiados del estado de salud de esa persona a lo largo del tiempo (la importancia del manejo apropiado de las historias clínicas se menciona en las RMTR, Regla 26). Sin embargo, en la cárcel las historias clínicas individuales con frecuencia no existen y, cuando las hay, suelen estar desordenadas y desorganizadas.

Al evaluar la historia clínica de detenidos individuales, es importante confirmar dos cuestiones. En primer lugar, que sus problemas de salud se hayan consignado en forma precisa y honesta; quizás necesite confirmarlo mediante un muestreo aleatorio y la lectura de las historias clínicas de los reclusos. Es sabido que, en ocasiones, las autoridades penitenciarias fuerzan al personal de salud a actualizar o falsificar las historias clínicas antes de recibir una inspección. En segundo lugar, se debe confirmar que el personal de salud sea el único encargado de manejar la información que en ellas consta y velar por su confidencialidad, sin interferencia del personal administrativo del establecimiento penitenciario. Lo antedicho se aplica también a individuos y organizaciones que visitan las cárceles: solo los profesionales de la salud deberían tener acceso a las historias clínicas de los detenidos.

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE HISTORIAS CLÍNICAS INDIVIDUALES

- ¿Hay una historia clínica individual para cada detenido? ¿Es el equipo de salud penitenciaria el que se encarga de su registro y organización? ¿O son los detenidos en sus celdas los que llevan sus propios registros y toman nota de los resultados de sus análisis?
- ¿Se respeta y garantiza la confidencialidad de las historias clínicas? ¿Quién tiene acceso a esta información? ¿A qué se debe (si fuere ese el caso) que el personal no médico tenga acceso a las historias clínicas?
- ¿Se envían las historias clínicas de los reclusos junto con ellos cuando son trasladados o liberados?
- ¿Llegan los detenidos provenientes de otros centros de detención con sus historias clínicas anteriores o con un resumen de su historial médico?
- ¿Qué registros hay en el caso de los detenidos que han sido derivados a establecimientos de salud externos?

Historias clínicas de pacientes externos

- ¿Dónde se registran los exámenes clínicos, las recomendaciones y los análisis realizados en el hospital? ¿El personal de salud penitenciaria lleva fichas con la atención ambulatoria en el hospital o la información se registra directamente en la historia clínica individual que la cárcel lleva del detenido? ¿Se envía al recluso al hospital junto con su historia clínica? ¿Cómo hace el personal de salud penitenciaria el seguimiento, en especial de las recomendaciones del hospital y de los posteriores turnos con los médicos?

Historias clínicas de pacientes internados

- ¿Se archiva en la cárcel un resumen del alta médica? ¿Y los demás registros del tratamiento mientras el recluso estuvo internado? ¿El sistema de mantenimiento de registros afecta el seguimiento de los casos (por ejemplo, resulta sencillo recuperar los registros para turnos futuros)?

4.7. Registros clínicos

Estos registros se suelen utilizar para dejar constancia de las actividades que se realizan en el marco de la asistencia de salud. Por lo general **no** es la intención usarlos como fuentes o repositorios primarios de información clínica sobre los detenidos. Cabe recordar que probablemente contengan información médica que identifique al paciente. Se trata de información confidencial y se la debe tratar como tal. Esto significa que se la debe archivar adecuadamente y su acceso debe limitarse exclusivamente al personal de salud.

Si una cárcel no cuenta con registros clínicos, se debería implementar un sistema básico para ello, y podría utilizarse como modelo el que se utiliza en la comunidad, si es que hay alguno. Los registros deberían incluir las consultas, los fallecimientos, las enfermedades infecciosas más importantes, las existencias en la farmacia y los cambios en el presupuesto. A continuación se ofrecen algunos ejemplos de registros clínicos que probablemente se utilizan en las cárceles.

Registro de exámenes clínicos iniciales

Las cárceles rara vez llevan registro de la evaluación médica inicial de los reclusos que recién ingresan. Los resultados se registran en las historias clínicas o legajos administrativos individuales de los detenidos o en el registro principal.

Registro de consultas

Estos registros deberían incluir el nombre de cada detenido al que se recibe en la clínica, la fecha de la consulta, la naturaleza del cuadro que aduce, el diagnóstico y el tratamiento prescripto. Es importante registrar la información con exactitud, ya que los datos que de allí se tomen pueden esclarecer cómo fue la asistencia que el personal de salud brindó, la cantidad de consultas clínicas diarias, los patrones de morbilidad (enfermedad) y mortalidad (fallecimiento) entre los detenidos, las derivaciones a hospitales, las tendencias en la prescripción y administración de medicamentos y, en ocasiones, la existencia de malos tratos. Estos indicadores se pueden utilizar para supervisar el desempeño de los servicios de salud penitenciaria y el estado general de salud de la población carcelaria.

Si los síntomas de los pacientes (y su tratamiento) se registran adecuadamente, los registros de consulta pueden indicar también la calidad de la atención, al mostrar el vínculo existente entre el diagnóstico y el tratamiento.

Existencias en la farmacia y registro de administración de medicamentos

En el registro de existencias de la farmacia se indican la cantidad y las clases de fármacos que se reciben y almacenan. Esto puede servir para justificar los presupuestos y evitar (o detectar) casos de corrupción asociada con la medicación y otros insumos médicos.

En un registro distinto se debería tomar nota de los medicamentos que se utilizan en la clínica. La cantidad de fármacos que figuran en el registro de existencias de la farmacia, menos los que figuran en el registro de administración de medicamentos y la pérdida de existencias por caducidad o daño (que también debería registrarse), debería arrojar como resultado la cantidad de medicamentos que hay en existencia. Cuando esta cifra es inferior a lo previsto, se debe investigar el faltante, ya que podría deberse a hurto o corrupción.

Otros registros

Puede haber otros tipos de registros, por ejemplo, donde se hacen constar las emergencias nocturnas, los traslados hacia y desde el hospital, los fallecimientos mientras el recluso está bajo custodia y otras circunstancias. Es necesario revisar el contenido de estos registros e indagar en lo sucedido.

Estadísticas de salud

Es posible registrar periódicamente e informar a las autoridades externas (servicios médicos penitenciarios, responsable médico del distrito, departamento de estadísticas sanitarias, etc.) los datos referentes a la salud (cantidad de consultas por mes, de enfermedades contagiosas, de fallecimientos, etc.). Algunas normas penitenciarias o los manuales para establecimientos carcelarios quizás especifiquen las clases de registros que un lugar de detención debe llevar. Es probable que las autoridades nacionales de salud exijan que se tome nota de ciertos tipos de datos (la obligación de informar acerca de enfermedades contagiosas como la tuberculosis y la lepra, por ejemplo).

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE LOS REGISTROS MÉDICOS

- Tome nota de qué detalles de la evaluación médica inicial se incluyeron en el registro médico y qué medida se adoptó en respuesta a conclusiones significativas.
- Observe qué se incluyó en el **registro de consultas**.
- Registre qué se incluyó en los **registros de existencias de la farmacia** y de administración de medicamentos. ¿El uso de las existencias está justificado con las anotaciones en el registro de administración de medicamentos o hay faltantes de existencias que no se pueden explicar?
- Tome nota de qué otros registros hay y qué información contienen.
- Observe los datos sobre salud informados a las autoridades sanitarias. ¿El equipo que visita la cárcel tiene acceso a estos datos, ya sea en el lugar de detención o a nivel central?

4.8. Medicamentos y presupuesto para asistencia de salud

Existencias de farmacia

Las existencias de medicamentos en la clínica de la cárcel deberían ser suficientes como para tratar todas las enfermedades que suelen producirse entre la población penitenciaria. Los medicamentos deberían ser de buena calidad y eficacia comprobada y no haber alcanzado su fecha de caducidad. Deberían ser acordes a la “lista nacional de medicamentos esenciales” que existe en la mayoría de los países en desarrollo. La clase y cantidad de medicamentos que debe haber en existencia en un lugar de detención varían de un país a otro. Esta variación podría deberse a patrones locales de morbilidad (enfermedades endémicas, por ejemplo), al estado de salud general de la población penitenciaria (en una población desnutrida, las tasas de morbilidad son elevadas) y al nivel de formación del personal de salud penitenciaria (sobre todo en las cárceles en las que solo hay un auxiliar de salud disponible, los medicamentos que se administran por vía oral deberían bastar para tratar la mayoría de las enfermedades comunes; solo el personal capacitado debería tener acceso a los medicamentos inyectables).

Las dificultades relacionadas con los presupuestos, el suministro, la corrupción, la seguridad o el uso inapropiado podrían traducirse en faltantes de medicamentos dentro de la cárcel. Se debería alentar a las autoridades penitenciarias a que encaren estas cuestiones. Cabe recordar que en un lugar de detención hay pocos bienes tan valiosos como los medicamentos, por lo que podrían transformarse en una “moneda paralela” utilizada para intercambiarla por bienes o servicios.

Durante las visitas a un establecimiento penitenciario, los profesionales de la salud deberían intentar determinar si los fármacos se prescriben y utilizan adecuadamente.

EJEMPLOS DE PREGUNTAS

Existencias en la farmacia y entrega de medicamentos

- ¿Hay una lista normalizada de medicamentos que todas las cárceles puedan tener como parte de sus existencias? ¿Está a disposición ese listado? ¿Los fármacos que se utilizan son de marcas determinadas o genéricos?
- ¿Las existencias actuales de medicamentos en la farmacia coinciden con las que constan en el registro de existencias?
- ¿Los fármacos sirven para tratar todas las enfermedades comunes? ¿Hay faltantes significativos de medicamentos esenciales?
- ¿Hay medicamentos caducados en las existencias?
- ¿Las existencias incluyen fármacos no aptos para el grado de formación del personal de salud (por ejemplo: inyectables, antipsicóticos o fármacos de segunda línea para el tratamiento de la tuberculosis)?
- Mediante el análisis de las existencias de la farmacia y de los registros de tratamiento y consulta, ¿es posible extraer conclusiones sobre los hábitos de prescripción de medicamentos del personal? ¿Parecen estar actuando como deberían?

Elabore una lista *breve* con las *clases* de fármacos que la cárcel tiene en sus existencias. El registro de existencias de la farmacia, que se puede agregar como anexo de ser necesario, posiblemente incluya una lista más detallada.

Suministro de medicamentos

- ¿Dónde suelen obtenerse los fármacos? ¿Se los solicita a una farmacia central que depende de los ministerios de Salud o de Justicia? ¿Con qué frecuencia se realizan los pedidos? ¿Quién debe autorizar el pedido? ¿Se reciben efectivamente los medicamentos que se solicitan? ¿Es suficiente el suministro? ¿Se producen demoras en la entrega?
- ¿Los detenidos tienen algunas otras fuentes de las cuales obtener medicamentos (donantes privados, ONG, familiares, mercados o farmacias locales, etc.)? Procure calcular la proporción proveniente de cada fuente.
- ¿Los detenidos solicitan a los guardas de la cárcel que les compren fármacos en el mercado o en una farmacia privada? ¿Cómo es el procedimiento?
- ¿Cuántos detenidos solicitan medicamentos a sus familiares? ¿Y cómo acceden a ellos? ¿Hay algún registro donde conste la recepción de medicamentos? ¿Es difícil para los reclusos recibir los medicamentos que sus familiares les traen?
- ¿Hay algún control respecto de los fármacos que ingresan a la cárcel a través de fuentes externas? ¿Podrían plantear estos medicamentos problemas específicos para la población penitenciaria (psicotrópicos, por ejemplo, o medicamentos para la tuberculosis que se traduzcan en resistencia a la droga si se los utiliza incorrectamente)?

Presupuesto de salud

A veces, resulta difícil obtener información sobre presupuestos para medicamentos y otras actividades relacionadas con la salud que se desarrollan en las cárceles. En ocasiones, las autoridades penitenciarias se resisten a divulgar las cifras. Además, con frecuencia el presupuesto está mezclado con otros “rubros de gastos” (alimentos, materiales sanitarios, salarios, etc.). Sin embargo, probablemente sea necesario acceder a esta información, en particular, si se encuentran problemas graves de salud entre los detenidos que se relacionan con restricciones presupuestarias, así como también si los problemas de presupuesto están vinculados con prácticas de corrupción dentro del sistema carcelario. El personal de salud penitenciaria con frecuencia constituye una importante fuente de información sobre las deficiencias del gasto en salud y el uso corrupto del presupuesto que se destina a brindar asistencia.

El presupuesto de salud se debe analizar junto con las autoridades del lugar de detención y junto con el servicio penitenciario o ministerio competente. Las medidas referidas a los presupuestos de salud de las cárceles normalmente impactan a todo el sistema penitenciario. Así, la información obtenida de todas las cárceles pertinentes se puede compilar a fin de contar con un panorama general que permita identificar los problemas comunes y las medidas para adoptar.

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE EL PRESUPUESTO DE SALUD

- ¿De dónde proviene el presupuesto de salud de la cárcel? ¿Del departamento a cargo del sistema penitenciario? ¿De los ministerios de Salud/Justicia/Defensa?
- ¿Cómo se asigna el presupuesto? ¿La asignación depende del número de reclusos? ¿Cuál es el presupuesto para este establecimiento penitenciario?
- ¿Es insuficiente el presupuesto o se gasta más de lo presupuestado? ¿Cuáles son los motivos subyacentes?
- ¿El establecimiento penitenciario tiene acceso a otras fuentes de financiamiento? ¿Las utiliza?
- Si se necesitan fondos adicionales o de emergencia (por ejemplo, durante brotes de enfermedades epidémicas o para pagar los costos de una cirugía), ¿de dónde se obtienen?

4.9. Asistencia de salud para mujeres privadas de libertad

Las mujeres privadas de libertad enfrentan problemas de salud específicos y tienen necesidades de asistencia de salud también específicas. Sin embargo, las cárceles y los regímenes penitenciarios están diseñados generalmente por hombres y para hombres: las mujeres que son parte de las autoridades penitenciarias no están en posición de tomar decisiones; además, en la mayoría de los países las mujeres representan menos del 10% de la población carcelaria. Es muy probable, por ende, que las normas relativas a asistencia de salud, seguridad, contacto con familiares y oportunidades de formación dentro de las cárceles prioricen las necesidades de los hombres en detrimento de las de las mujeres privadas de libertad, a quienes se suele descuidar y que quedan por ende en una situación de vulnerabilidad. Las Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas (las Reglas de Bangkok)³⁵, adoptadas en 2010, incluyen disposiciones destinadas a garantizar que se dé respuesta a las necesidades específicas de asistencia de salud de las mujeres privadas de libertad.

Problemas de salud específicos de las mujeres privadas de libertad

- Alta probabilidad de que se hayan visto expuestas a violencia y abuso sexual *antes* de su reclusión
- Vulnerabilidad a la violencia y al abuso sexual *dentro* de las cárceles
- Alto porcentaje de traumas físicos y mentales
- Elevada incidencia de enfermedades de transmisión sexual
- Mayores necesidades en materia de salud mental en general, con inclusión de la drogodependencia y el alcoholismo
- Necesidades de asistencia de salud específicas del género, entre las que se pueden mencionar la necesidad de servicios de obstetricia y ginecológicos

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE NECESIDADES DE LAS MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD EN CUANTO A HIGIENE Y ASISTENCIA DE SALUD

- ¿Las mujeres acceden fácilmente a elementos de higiene, con inclusión de toallas femeninas, sin necesidad de solicitarlos a las autoridades?
- ¿Las mujeres tienen acceso adicional al agua para higienizarse?
- ¿Hay médicas y personal de salud femenino a disposición? En caso contrario, ¿se utilizan acompañantes de sexo femenino durante los exámenes clínicos?
- Durante la evaluación inicial de su estado de salud, ¿se consulta a las reclusas sobre aspectos relativos a las enfermedades de transmisión sexual y factores de riesgo de estas enfermedades, salud mental y reproductiva, abuso y violencia sexual?
- ¿Los servicios penitenciarios de salud para mujeres son equivalentes a los existentes en la comunidad (lo cual incluye, por ejemplo, el acceso a controles para detectar la presencia de cáncer de mama o de cuello de útero)?
- ¿Las mujeres privadas de libertad tienen acceso a servicios de asistencia de salud específicos para su género, incluso a un ginecólogo y a un obstetra?

³⁵ Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok). Adoptadas por la Asamblea General de la ONU el 21 de diciembre de 2010, A/RES/65/229. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/65_229_Spanish.pdf

El embarazo en las cárceles

En circunstancias ideales, no se debería encarcelar a mujeres embarazadas, salvo que haya motivos imperiosos para hacerlo. Si en una cárcel hay mujeres embarazadas, es necesario garantizar que puedan acceder a agua adicional para su higiene, a una dieta que satisfaga sus necesidades nutricionales (con inclusión de proteínas y frutas y hortalizas frescas), así como a todos los controles de salud y a la asistencia prenatal y posparto necesarios. Además, deberían poder acceder a establecimientos dedicados a la interrupción del embarazo, si es que existen en la comunidad que rodea a la cárcel.

No debería haber alumbramientos en los lugares de detención, ya que el entorno en general no alcanza a reunir las condiciones de seguridad e higiene que se encuentran en el hospital. Las mujeres no deberían usar esposas ni ningún otro sistema que restrinja sus movimientos durante el parto. A las que están en período de lactancia, se les debería garantizar privacidad y una dieta adecuada. Se deberían preparar partidas de nacimiento oficiales para los recién nacidos. Como lugar de nacimiento se debería consignar el hospital donde la madre dio a luz. Si el parto tuvo lugar en la cárcel, esa circunstancia no debería constar en la partida de nacimiento.

4.10. Promover la salud penitenciaria

La expresión “promoción de la salud” hace referencia a las actividades que permiten que los individuos tengan un mayor control sobre su salud y sus factores determinantes. Se debería promover la salud en las cárceles. Para ello es necesario brindar educación sanitaria y adoptar medidas para la prevención de enfermedades, entre otras posibles actividades. La promoción de la salud cumple dos objetivos: por un lado, garantizar que los reclusos no contraigan enfermedades ni hábitos perjudiciales para la salud; por el otro, lograr que adopten actitudes y prácticas que promueven la buena salud y que les permitan mantenerse saludables a lo largo del período de reclusión y luego de ser liberados.

La Organización Mundial de la Salud ha establecido que, para proteger y promover la salud en las cárceles, es indispensable brindar información y educación sanitaria a los detenidos y proveer los medios para prevenir enfermedades³⁶. No obstante lo anterior, los detenidos necesitan también sentir que tienen control sobre su salud, de modo que puedan tomar decisiones al respecto y actuar en consecuencia. Lógicamente, ello requiere que las autoridades penitenciarias demuestren su compromiso con la salud y el bienestar mediante la implementación de políticas y prácticas que respalden este cometido. El personal de salud penitenciaria también desempeña un papel esencial en la evaluación de las necesidades sanitarias de la población carcelaria y de cada individuo, además de garantizar que los programas de promoción de la salud satisfagan las necesidades de los detenidos.

Entre las actividades para la promoción de la salud en las cárceles, se pueden mencionar la educación en aspectos de salud e higiene, tales como la prevención del VIH y las enfermedades de transmisión sexual, la formación en higiene alimentaria y nutrición, y la orientación en materia de consumo de drogas y alcohol, lo cual incluye la educación sobre la reducción del daño. También se pueden llevar a cabo actividades de promoción de la actividad física y para dejar el tabaquismo.

Problemática de la promoción y protección de la salud en las cárceles

La promoción y protección de la salud son aspectos que se suelen desatender en las cárceles. Una evaluación de la salud penitenciaria puede contribuir a incorporar este tema en la agenda de las autoridades carcelarias, pero de todos modos, la promoción y protección de la salud en los lugares de detención plantea numerosas dificultades. Los reclusos pueden no gozar de buena salud, tener malos hábitos relacionados con ella y carecer de conocimientos al respecto cuando llegan a la cárcel. Es probable, además, que no les resulte fácil participar en actividades de educación sanitaria y de promoción de la salud. Quizás les cueste modificar sus hábitos mientras están en prisión. Esto puede deberse a diversos motivos, entre ellos, la pérdida de la independencia y la baja autoestima. Entre tanto, las condiciones imperantes en la cárcel, como el hacinamiento, el tabaquismo y el consumo de drogas generalizados, de por sí ponen en peligro la salud. El personal y las autoridades penitenciarias quizás no reconozcan la necesidad de adoptar medidas ni estén comprometidos con la protección y la promoción de la salud.

Beneficios de la promoción y la protección de la salud en las cárceles

Las iniciativas para proteger y promover la salud en las cárceles deberían planificarse, de modo tal que generen beneficios para los detenidos tanto inmediatos como en el largo plazo. Hay, sin embargo, otros beneficios que se pueden destacar y que se generan simultáneamente con la promoción de las iniciativas entre las partes interesadas.

³⁶ En 2003, los delegados ante la Reunión Internacional conjunta Organización Mundial de la Salud/Federación de Rusia sobre la salud en las cárceles y la salud pública hicieron un llamamiento a “la adopción de una serie de medidas urgentes destinadas a evitar la propagación de enfermedades entre los reclusos y de una vigorosa tarea de información y educación de la población carcelaria, sumado a la provisión de los medios para evitar enfermedades”. (V. Declaración de la OMS sobre la salud en las cárceles como parte de la salud pública, Moscú, 24 de octubre de 2003). El mismo llamamiento se repitió en España en 2009. (V. Organización Mundial de la Salud, Recomendación de Madrid: la protección de la salud en las prisiones como parte esencial de la salud pública, Madrid, 30 de octubre de 2009.)

El personal penitenciario puede beneficiarse indirectamente de los esfuerzos de promoción de la salud destinados a los reclusos, ya que la mejor salud de los detenidos se traducirá en un lugar de trabajo también más saludable para el personal. Los esfuerzos destinados a promover la salud en las cárceles deberían también incluir al personal penitenciario en forma directa, por su propio bienestar y porque una fuerza laboral saludable y motivada estará en mejores condiciones para promover a su vez la salud de los detenidos. La promoción de la salud en las cárceles puede también beneficiar a la comunidad en su conjunto, ya que elimina o reduce drásticamente el papel que los lugares de detención desempeñan como caldo de cultivo de enfermedades infecciosas que se propagan luego al mundo exterior. Además, las mejores condiciones de salud se traducirán en menos asistencia de salud para los reclusos luego de su liberación. Así, la protección y promoción de la salud en las cárceles puede reducir la carga que la asistencia de salud representa para la sociedad.

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE PROMOCIÓN DE LA SALUD

- ¿Qué actividades para la promoción de la salud se llevan a cabo en el lugar de detención?
- ¿Entienden las autoridades penitenciarias la necesidad de promover la salud?
- ¿Las autoridades penitenciarias evalúan periódicamente las necesidades de la población carcelaria en este aspecto para garantizar que los programas de protección y promoción de la salud respondan a las necesidades de los detenidos?
- ¿Las evaluaciones del estado de salud de los detenidos que ingresan se utilizan como oportunidades para brindarles información sobre la salud o sobre actividades para promover la salud en la cárcel?

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE EDUCACIÓN E INFORMACIÓN SANITARIA

- ¿Existe un programa que instruya a los detenidos sobre cuestiones sanitarias? En caso contrario, ¿existe un plan para desarrollarlo?
- ¿El programa incluye información básica sobre salud física y mental? ¿Sobre dietas y estilo de vida saludables? ¿Sobre prevención de enfermedades contagiosas? ¿Sobre la prevención de las sobredosis de drogas?
- ¿Se adoptan medidas para proteger la salud mental de los detenidos y preservar su bienestar (por ejemplo, al alentar la interacción social, las actividades positivas y el desarrollo y mantenimiento de relaciones familiares sólidas)?
- ¿Existe un programa de educación entre pares?
- ¿Se dispone de otras fuentes de información sanitaria?
- ¿Se cuenta con información sobre enfermedades específicas, en especial, sobre la transmisión, prevención y tratamiento del VIH, la hepatitis y la tuberculosis?
- ¿Las autoridades penitenciarias realizan actividades relativas a la promoción y la protección de la salud? ¿Permiten que los demás departamentos (por ejemplo, el de salud pública) u otros organismos (como las ONG) lo hagan?

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE EL APOYO PARA EL CAMBIO DE HÁBITOS NOCIVOS

- ¿Se puede acceder al apoyo psicológico o a talleres para el desarrollo de aptitudes psicológicas (tales como comportamiento cognitivo, manejo del enojo, autoestima)?
- ¿Los detenidos encuentran apoyo en su entorno inmediato para modificar sus hábitos relacionados con la salud (tales como restricción de fumar, acceso a instalaciones para hacer ejercicio físico, comidas saludables en el comedor)?
- ¿Los detenidos pueden acceder fácilmente (y en forma confidencial, si fuese necesario) a información sanitaria?

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE REDUCCIÓN DEL DAÑO

- ¿Los reclusos tienen acceso a agujas y jeringas estériles y elementos para tatuajes seguros? ¿Tienen preservativos a su disposición en forma irrestricta? Estos servicios podrían estar disponibles a través del servicio de salud de la cárcel o de ONG/servicios externos que trabajan en los lugares de detención.
- ¿Se ofrece la posibilidad de análisis, orientación y tratamiento de VIH y de hepatitis B y C en forma voluntaria y confidencial?
- ¿Se ofrece a los detenidos que sufren de dependencia de los opioides una terapia de sustitución?
- ¿Hay jeringas con naloxona disponibles para casos de emergencia por sobredosis?
- ¿Existe profilaxis posexposición para las mujeres, los hombres, los niños y las niñas que han estado expuestos a riesgo?

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS

- ¿Hay servicios de salud especializados para casos de VIH? ¿Y de hepatitis? ¿Y de enfermedades de transmisión sexual?
- En caso de haber mujeres privadas de libertad, ¿tienen acceso a servicios de salud reproductiva, con inclusión de atención prenatal y posparto?
- ¿Qué servicios de salud mental se brindan? ¿Los detenidos tienen acceso a servicios de asistencia psicosocial?
- ¿Hay contacto profesional con los servicios existentes en la comunidad, a fin de facilitar el acceso a estos en caso necesario?
- ¿Los detenidos tienen acceso a las iniciativas sanitarias desarrolladas en la comunidad, como campañas de vacunación y programas de control?

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE PREPARATIVOS PARA LA LIBERACIÓN DE LOS DETENIDOS

- ¿Hay actividades de preparación y planificación respecto de las necesidades de salud de los detenidos luego que dejan la cárcel? ¿Cómo se implementan?
- ¿Qué medidas se adoptan para los detenidos que corren el riesgo de ser víctimas de sobredosis de drogas en el período inmediatamente posterior a su liberación?
- ¿Cuáles son las disposiciones para los detenidos que deberán continuar con su tratamiento médico luego de recuperar la libertad? En relación con lo anterior, ¿hacen los arreglos necesarios para abordar necesidades en materia de salud mental, problemas de dependencia de sustancias, enfermedades contagiosas (en particular, VIH/SIDA, hepatitis, enfermedades de transmisión sexual y tuberculosis), enfermedades no transmisibles (diabetes, enfermedades respiratorias, cáncer y otras enfermedades crónicas)?
- ¿Qué sucede con la historia clínica de un detenido? ¿Se les entrega a los reclusos una copia de sus historias clínicas?

5. ESTADO DE SALUD DE LOS DETENIDOS

5.1. Evaluación del estado de salud y recolección de indicadores medibles

A fin de evaluar el estado de salud general de los reclusos, es necesario recabar información de una amplia variedad de fuentes y por diversos medios, entre ellos, el diálogo con el personal de salud y con los detenidos, el análisis de las historias clínicas, la observación directa de las clínicas y de los procedimientos de asistencia de salud, y el análisis de determinados indicadores de salud medibles relativos a esta población.

Durante las visitas a los establecimientos penitenciarios, se deberían recabar en forma sistemática los siguientes indicadores:

- **Mortalidad:** es decir, el número de fallecimientos dentro de una determinada población. Es posible calcular la tasa de mortalidad, registrar las causas de muerte, tomar nota del número y la proporción de fallecimientos debidos a cada causa e identificar las más comunes.
- **Morbilidad:** es decir, la salud o enfermedad en una población. Es posible observar la prevalencia de enfermedades entre los detenidos y registrar las causas de morbilidad más comunes.

Otros indicadores de salud útiles son la relación entre el número de miembros del personal de salud y de detenidos, el número de consultas relacionadas con la salud que se realizan por día, la cantidad de derivaciones a hospitales o clínicas externos, los fallecimientos de detenidos derivados a otros centros de salud, la cantidad de visitas a la cárcel en virtud de programas de asistencia de salud específicos (como los relacionados con el VIH o la tuberculosis) y el número de visitas a especialistas externos. Asimismo, los indicadores referidos al tratamiento de enfermedades específicas incluyen el número de detenidos inscriptos en los programas de tratamiento, el número de reclusos que reciben la totalidad del tratamiento apropiado para enfermedades incluidas en el indicador y las existencias de fármacos disponibles para su tratamiento.

Los profesionales de la salud que visitan las cárceles deberían asegurarse de que exista un sistema de recolección de datos que se utilice para recabar estos indicadores.

La recolección sistemática de indicadores de salud básicos debería ser un elemento integral de toda visita a un lugar de detención, ya que provee los datos básicos y permite el ulterior reconocimiento de cambios y tendencias en el estado de salud general de la población penitenciaria y en el sistema de prestación de asistencia de salud. Es posible observar tendencias en cada prisión en particular o en el sistema penitenciario de un país en su conjunto. Las conclusiones obtenidas a partir del control sistemático podrían servir también como base para planificar las visitas y los programas de asistencia. En las cárceles en las que se han implementado programas de asistencia médica (por ejemplo, prevención del VIH, provisión de medicamentos, programas de alimentación), tales programas deberían incluir desde un principio la recolección sistemática de indicadores pertinentes. Esta medida permite evaluar la efectividad del programa (es decir, su contribución al logro de resultados predeterminados) e introducir cambios si no se logran los objetivos.

5.2. Mortalidad

La cantidad de fallecimientos que se producen en una población penitenciaria a lo largo de un plazo determinado es un indicador importante del estado de salud de esa población.

La tasa bruta de mortalidad (TBM), que se define como la cantidad de fallecimientos que se producen en una población en riesgo durante un período determinado, se puede calcular con facilidad.

Cómo calcular la tasa bruta de mortalidad³⁷

$$\text{Tasa bruta de mortalidad} = \frac{\text{Número de fallecimientos durante un período determinado}}{\text{Población en riesgo de muerte} \times \text{Duración del período}} \times \text{Unidad de población}$$

Las tasas de mortalidad suelen expresarse en unidades de “fallecimientos por cada 1.000 individuos por año”. En este caso, el período es de un año y la unidad de población es 1.000. La “población en riesgo de muerte” es por lo general una estimación del tamaño de la población al promediar el año. El cálculo se realiza de la siguiente manera:

$$\text{TBM (Fallecimientos/1.000/año)} = \frac{\text{Número de fallecimientos en un año}}{\text{Población en riesgo de muerte} \times \text{un año}} \times 1.000$$

A modo de ejemplo, durante un año fallecen 18 personas en una población con un tamaño estimado al promediar el año de 241 personas. La tasa bruta de mortalidad se calcula como se indica a continuación:

$$\text{TBM (Fallecimientos/1.000/año)} = \frac{18}{241 \times 1} \times 1.000 = 74,7 \text{ fallecimientos/1.000/año}$$

La cantidad de fallecimientos por cada 1.000 individuos por año constituye una medida útil para poblaciones relativamente estables. Sin embargo, en situaciones de emergencias agudas con un alto número de fallecimientos y tasas de mortalidad que varían rápidamente, tiene sentido utilizar un plazo más corto y una unidad de población mayor para hacer los cálculos. En tales situaciones, la tasa de mortalidad se suele calcular como “fallecimientos por cada 10.000 individuos por día”.

A modo de ejemplo, a lo largo de 120 días fallecen 440 personas en una población con un tamaño estimado de 18.000 personas a mediados de año. La tasa bruta de mortalidad se calcula como se indica a continuación:

$$\text{TBM (Fallecimientos/10.000/año)} = \frac{440}{18.000 \times 120} \times 10.000 = 2,04 \text{ fallecimientos/10.000/día}$$

También es posible calcular las tasas de mortalidad por mes, lo cual posiblemente resulte útil si se analizan informes mensuales. Las tasas mensuales suelen informarse como “fallecimientos por cada 1.000 individuos por mes”.

A modo de ejemplo, a lo largo de dos meses fallecen nueve personas en una población con un tamaño estimado de 1.300 personas al promediar el período. La TBM mensual promedio se calcula conforme se describe a continuación:

$$\text{TBM (Fallecimientos/1.000/mes)} = \frac{9}{1.300 \times 2} \times 1.000 = 3,46 \text{ fallecimientos/1.000/mes}$$

A modo de referencia, 1 fallecimiento cada 10.000 personas por día = 3 fallecimientos cada 1.000 personas por mes = 36 fallecimientos cada 1.000 personas por año. Cabe destacar que las unidades en estos cálculos difieren, pero los cálculos son esencialmente los mismos. La conversión de un formato a otro es un ejercicio aritmético.

Al calcular las tasas de mortalidad, normalmente es preferible utilizar formatos y unidades que sean congruentes con los que ya se emplean, para facilitar así la comparación de los datos.

³⁷ En 2003, los delegados ante la Reunión Internacional conjunta Organización Mundial de la Salud/Federación de Rusia sobre la salud en las cárceles y la salud pública hicieron un llamamiento a “la adopción de una serie de medidas urgentes destinadas a evitar la propagación de enfermedades entre los reclusos y de una vigorosa tarea de información y educación de la población carcelaria, sumado a la provisión de los medios para evitar enfermedades”. (V. Declaración de la OMS sobre la salud en las cárceles como parte de la salud pública, Moscú, 24 de octubre de 2003.) El mismo llamamiento se repitió en España en 2009. (V. Organización Mundial de la Salud, Recomendación de Madrid: la protección de la salud en las prisiones como parte esencial de la salud pública, Madrid, 30 de octubre de 2009.)

Se debe calcular la tasa de mortalidad durante cada visita a la cárcel; esta información ofrecerá datos básicos útiles. No existen estadísticas mundiales sobre tasas de mortalidad en las poblaciones penitenciarias, y las correspondientes al ámbito penitenciario nacional probablemente no estén disponibles o resulten poco confiables, por lo que con frecuencia es muy importante hacer cálculos precisos que sirvan de base. Un aumento de la tasa de mortalidad por encima del porcentaje básico posiblemente revele el deterioro de la salud de la población penitenciaria en general o un brote de enfermedad. La comparación con las tasas de mortalidad de base permitirá juzgar la gravedad del problema. Estas tasas pueden mostrar tendencias estacionales. Quizás resulte útil calcular las tasas de mortalidad básicas por mes o por temporada.

Simultáneamente con el estudio de la mortalidad en las poblaciones penitenciarias, es importante analizar no solo el porcentaje en sí, **sino también las causas de muerte**. De ellas se puede inferir la existencia de condiciones de detención insatisfactorias o deficiencias en los servicios de salud, en particular, cuando los detenidos han fallecido a causa de enfermedades curables. Seguramente resulte de utilidad hacer un recuento del número de fallecimientos y luego calcular las proporciones, desglosadas por causa.

Las causas de fallecimiento podrían reflejar, hasta cierto punto, las tendencias en la población local y probablemente resulte útil obtener de las autoridades locales, datos sobre la salud y la mortalidad en el seno de la comunidad. No obstante lo anterior, esta información puede no resultar una fuente de referencia confiable para las cárceles, en razón de la mayor prevalencia de VIH, tuberculosis y otras enfermedades entre los detenidos.

Se recomienda realizar un análisis inmediato y exhaustivo cuando el crecimiento de la mortalidad supera la tasa de mortalidad básica de la cárcel, cuando la mortalidad se debe a enfermedades curables o cuando supera el valor de referencia para la región. Se deben identificar los factores determinantes de dicho aumento y negociar con las autoridades para que adopten medidas al respecto. En estos casos, es aconsejable seguir de cerca la situación y efectuar visitas de seguimiento.

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE MORTALIDAD

- ¿Qué sistema se utiliza para registrar los fallecimientos durante la detención? ¿Es un sistema confiable?
- Calcule la tasa de mortalidad.
- Documente las causas de fallecimiento. Registre el número y la proporción de fallecimientos según cada causa. Tome nota de los fallecimientos producidos por enfermedades curables.
- ¿Qué reglamentaciones existen para la investigación y los procedimientos post mórtem? Por lo general, quienes las especifican son las autoridades penitenciarias y el código de procedimiento penal del país.
- Inspeccione el registro de fallecimientos, las partidas de defunción y los informes post mórtem de todos los fallecimientos ocurridos en la cárcel.
- ¿Qué registros se llevan para el caso de los detenidos fallecidos en el hospital de derivación? Si la mayoría falleció el mismo día en que se los ingresó, esto podría indicar que las derivaciones se realizan demasiado tarde.
- ¿Los fallecimientos se deben a enfermedades que se deben notificar? Es decir, ¿se deben informar a las autoridades sanitarias locales o centrales los fallecimientos provocados por determinadas causas? ¿Para qué enfermedades? ¿Cuáles son las estadísticas recientes?
- ¿Reciben las familias una partida de defunción? Este documento es importante en muchos contextos, ya que se necesita para solucionar problemas relacionados con la herencia.

5.3. Morbilidad

Como sucede con cualquier otra población, quienes están en la cárcel sufren una gran variedad de enfermedades. Sin embargo, las enfermedades infecciosas y los problemas de salud mental son especialmente comunes.

En muchos contextos, los reclusos provienen de entornos sociales con prevalencia de ciertas **enfermedades infecciosas**, como el VIH, la hepatitis y la tuberculosis. Las condiciones generales de detención pueden alentar la propagación de este tipo de enfermedades a causa de deficiencias en la higiene, en el suministro de agua o en el saneamiento, o en la higiene alimentaria. La superpoblación y la presión que esta genera sobre los recursos probablemente contribuyan a la propagación de las enfermedades. El consumo de drogas, el sexo y la violencia (incluida la violencia sexual) entre los detenidos también incrementan los riesgos sanitarios.

Quienes padecen **problemas de salud mental** probablemente tengan mayor riesgo de terminar en prisión. Quizás estén recluidos porque estos problemas contribuyeron a que cometieran un delito, o tal vez su reclusión se deba simplemente al hecho de tener un problema de salud mental, en especial, en los contextos en los que no se tolera el comportamiento "inusual" o donde no se cuenta con servicios de salud mental adecuados. En las sociedades en las que las condiciones para las personas que sufren de estos problemas son malas, la situación que impera en las cárceles es aún peor. La reclusión podría también provocar este tipo de problemas o agravarlos. Entre las condiciones de detención que podrían afectar la salud mental, pueden mencionarse el contacto reducido con el mundo exterior (incluso con los amigos, los familiares y las redes de apoyo social), las menores oportunidades para hacer ejercicio físico y actividades recreativas, la alteración de los vínculos personales con el trabajo, la educación y la religión, y la pérdida de libertad e independencia. Las consecuencias que la reclusión tiene para la salud mental pueden manifestarse a través de síntomas inexplicables o psicosomáticos, enojo o desánimo, en un aumento de los trastornos psiquiátricos y en la incidencia de casos de lesiones autoinfligidas y de suicidio.

Si bien no se limitan a las personas detenidas, las huelgas de hambre –ya sea por motivos personales o para protestar contra un régimen– son más comunes en las cárceles. Lógicamente, estos actos también tienen efectos sobre la salud.

Enfermedades que se suelen asociar con las condiciones de detención

Enfermedades de la piel: por ejemplo, infecciones micóticas, sarna, piojos. Entre sus posibles causas se incluyen la falta de agua, la higiene deficiente y la superpoblación.

Enfermedades de la vista: por ejemplo, tracoma y conjuntivitis. Se las asocia con la falta de agua y de higiene.

Enfermedades del tracto respiratorio: por ejemplo, tuberculosis o enfermedades de las vías aéreas superiores. Se las asocia con la superpoblación, la mala nutrición y las condiciones de humedad.

Enfermedades gastrointestinales: por ejemplo, diarrea, fiebre tifoidea, cólera y parasitosis intestinal. Transmisión fecal/oral a través de agua contaminada, la eliminación inadecuada de residuos humanos o la presencia de vectores.

Hepatitis A: transmisión fecal-oral.

VIH, hepatitis B y C: asociadas con el consumo de drogas por vía intravenosa, el sexo consensuado y la violencia sexual.

Enfermedades de transmisión sexual: a través de la violencia sexual y el sexo consensuado.

Enfermedades transmitidas por vectores

Enfermedades mentales: asociadas con la superpoblación, el régimen de detención, los malos tratos y las condiciones preexistentes.

Síntomas inexplicados: los síntomas psicosomáticos podrían ser una expresión de sufrimiento.

Cómo medir la morbilidad

Los epidemiólogos recurren a dos elementos diferentes –incidencia y prevalencia– para medir la morbilidad. La **incidencia** indica cuántos nuevos casos de una enfermedad surgieron durante un período en particular. Nos permite saber la *velocidad* a la que se propaga o diagnostica la enfermedad. La **prevalencia** indica cuántas personas realmente *tienen* la enfermedad en un momento en particular. La prevalencia no diferencia entre casos anteriores y nuevos; nos dice *cuán común* es la enfermedad en un momento determinado.

A continuación, se incluyen los cálculos de las tasas de incidencia y prevalencia, expresados como porcentajes:

Tasa de incidencia (%) = cantidad de nuevos casos de una enfermedad durante un período especificado / Tamaño de la población en riesgo de sufrir la enfermedad x 100

Tasa de prevalencia (%) = cantidad de personas enfermas en un momento particular / Tamaño de la población en riesgo de sufrir la enfermedad x 100

Estas mediciones brindan información muy diferente, pero ambas pueden ser útiles. La prevalencia resulta de mayor utilidad que la incidencia como indicador del impacto de la afección en el seno de la comunidad y de los servicios de salud que se deberán brindar. La **incidencia** podría servir para evaluar el riesgo de contraer la enfermedad. Es probable que una enfermedad crónica como el VIH/SIDA tenga una baja tasa de incidencia, pero una tasa de prevalencia relativamente elevada. Un cuadro de breve duración, como el resfrío común, podría tener una alta tasa de incidencia, pero su tasa de prevalencia sería relativamente baja.

Brotos de enfermedad en las cárceles

Se dice que estamos en presencia de un brote o una epidemia cuando en una zona dada, o entre un grupo de personas determinado, y a lo largo de un período en particular se presenta un mayor número de casos de una enfermedad que lo esperado. Se supone que los casos están interrelacionados o que tienen una causa común³⁸.

Si durante la visita a una cárcel se observa que muchos reclusos sufren de una enfermedad en particular, se debería cuantificar la cantidad de casos. Para ello, se puede analizar el registro de consultas y conversar con el personal de salud penitenciaria. Si es necesario, se puede determinar la tasa de prevalencia exacta de la enfermedad mediante una evaluación de la población penitenciaria o de una muestra representativa de detenidos, para determinar cuántos están enfermos³⁹.

Cabe recordar que un brote **no** se define por la cantidad de casos que alcanzan un umbral numérico específico, sino por un número *inusualmente elevado* de casos. Claramente, esto depende de lo que se considera un número aceptable o usual. En consecuencia, resulta esencial contar con datos básicos y confiables sobre morbilidad.

La respuesta a la confirmación de un brote debería consistir en una evaluación inmediata y en la implementación de medidas para combatirlo.

38 Definición de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés). Los términos “brote” y “epidemia” se definen de manera muy similar y en ocasiones se los usa indistintamente. Sin embargo “brote” suele usarse con más frecuencia para indicar situaciones presentes en grupos o zonas más pequeños, como poblados o pueblos, o en instituciones específicas, como cárceles, en tanto que “epidemia” suele reservarse para situaciones que implican un mayor número de personas y una zona geográfica amplia.

39 Los CDC también han publicado una guía breve, *Steps of an Outbreak Investigation*, disponible en: <http://www.cdc.gov/excite/classroom/outbreak/steps.htm>

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE MORBILIDAD

- ¿Existen enfermedades o problemas de salud entre la población penitenciaria que podrían propagarse como consecuencia de las condiciones de detención? ¿Cuál es la prevalencia de la tuberculosis, VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual y la hepatitis B y C? ¿Cuáles son los factores específicos que las promueven?
- En caso de existir enfermedades contagiosas o problemas de salud, ¿hay programas específicos para darles respuesta (mediante la promoción de la salud, medidas preventivas, tratamiento)? Por ejemplo, ¿hay un programa DOTS/TAES (tratamiento acortado estrictamente supervisado) para la tuberculosis? ¿Está incluido en el programa nacional de lucha contra la tuberculosis? ¿Existen medidas para responder al VIH/SIDA, las enfermedades de transmisión sexual o la drogodependencia?
- ¿Se observan consecuencias para la salud o enfermedades derivadas de problemas específicos presentes en las cárceles relacionadas con la higiene, el agua o el saneamiento?
- ¿Se observan consecuencias para la salud derivadas de problemas en la cadena de alimentación?
- ¿Se han producido brotes de enfermedades? ¿Cómo los manejó el equipo de salud penitenciaria?
- ¿Hay variaciones estacionales en la prevalencia de enfermedades?
- ¿Qué problemas de salud mental existen entre los detenidos?
- ¿Qué factores imperantes en el lugar de detención podrían incrementar el riesgo de problemas de salud mental?
- ¿Las autoridades tienen conocimiento de problemas de salud mental? ¿Las autoridades penitenciarias o las organizaciones externas ponen en práctica programas para evitar o tratar los problemas de salud mental?
- ¿Cómo se maneja a los detenidos con trastornos mentales graves? ¿Qué tipos de tratamientos se ofrecen? ¿A los reclusos con trastornos mentales graves se los aloja en otro lugar (en una unidad psiquiátrica segura)?
- ¿Los detenidos con trastornos mentales graves desarrollaron síntomas antes de ser detenidos o *durante* su reclusión?
- ¿Se discrimina a los reclusos con problemas de salud mental en lo que atañe a alojamiento, comida, agua o acceso a los servicios de salud?

Seguridad e higiene ocupacional

El trabajo en las cárceles continúa rigiéndose por normas internacionales y reglamentaciones nacionales. Algunos de los aspectos médicos pertinentes para el personal de salud penitenciaria son, entre otros, los exámenes de salud obligatorios para determinar la aptitud física y mental de los reclusos para el trabajo y las evaluaciones de la seguridad en el lugar de trabajo, los horarios y la carga de tareas. No obstante lo anterior, sería inadecuado que el personal de salud participase en estos controles y evaluaciones si el trabajo de los reclusos fue involuntario o si se impuso como una forma de castigo.

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE SEGURIDAD E HIGIENE OCUPACIONAL

- ¿Se realiza un chequeo médico para evaluar la aptitud de los detenidos para trabajar? ¿El chequeo responde a la naturaleza y las condiciones de trabajo efectivas?
- ¿Cuál es el límite de edad para trabajar en la cárcel?
- ¿Cómo podrían la seguridad en el lugar de trabajo, los horarios y el rigor del trabajo afectar o poner en peligro la salud de los trabajadores?

5.4. Tortura y otras formas de maltrato

El equipo que realiza la visita debe contar siempre, sin excepciones, con la presencia de un médico cuando se sepa que la tortura o el maltrato de otra naturaleza constituyen un problema en un lugar de detención. Los visitantes no médicos podrían recabar denuncias sobre casos de tortura, pero luego un médico debe examinar a los detenidos en cuestión.

Es deber de los médicos entrenados en esta labor complementar la documentación general de los casos de maltrato realizada por el personal no médico, con la documentación clínica de las consecuencias que el maltrato tienen para la salud y, cuando sea pertinente, con documentación forense sobre los presuntos actos cometidos. El personal médico es el único autorizado para realizar este tipo de evaluación y solicitar acceso a las historias clínicas de los pacientes. Por consiguiente, se necesita el apoyo de un médico en todas las situaciones de maltrato graves frecuentes o sistemáticos.

Dado que tiene especial acceso al personal de salud en el lugar de detención y a las autoridades a cargo de las cuestiones médicas, el médico que realiza la visita también tiene la responsabilidad de analizar las funciones y las responsabilidades del personal médico y su papel en los malos tratos, así como también de promover, siempre que sea necesario, la independencia de los trabajadores de la salud y el respeto de la ética médica.

Ante las denuncias de los detenidos sobre casos de tortura u otras formas de maltrato, la función del médico es evaluar las necesidades de asistencia de salud y, cuando corresponda, trabajar en coordinación con las autoridades para facilitar el tratamiento. El médico visitante debería asegurarse de que los reclusos que necesitan tratamiento reciban la atención adecuada, además de respaldar y alentar al personal de salud penitenciaria para que en las historias clínicas de los detenidos quede constancia de las denuncias de maltrato y de sus consecuencias físicas y mentales. Si el personal de salud penitenciaria no quiere o no puede hacerlo, el médico visitante debería consignar los malos tratos que se denuncian y, simultáneamente con ello, brindar a los detenidos una explicación detallada sobre qué uso podría darse a esa información, además de obtener de ellos su consentimiento informado.

Es necesario prestar especial atención a los casos de maltrato; al hacerlo, es importante tener siempre en mente el principio de “no causar daño”. El médico que visita el lugar de detención podría aliviar los sufrimientos de las víctimas de maltrato al escuchar con empatía su relato de las experiencias vividas e informarles no solo de las posibles repercusiones que podrían tener, sino también de las formas de subsanarlas. Posiblemente los reclusos confíen en la independencia del médico visitante y agradezcan la opinión médica y el consuelo de un profesional ajeno a la cárcel.

El médico visitante y el personal de salud penitenciaria deben respetar la ética médica durante sus evaluaciones, brindar asistencia y documentar sus conclusiones.

En el transcurso de los diálogos con las víctimas de la tortura u otras formas de maltrato, es importante recordar que en circunstancias como esas es muy probable que la mayoría de los detenidos no pueda comunicar o expresar su sufrimiento fácilmente, por lo que se debe ser particularmente cuidadoso al acercarse para dialogar con ellos. Es importante recordar también que las personas responden de manera diferente a esta cuestión según la cultura de la que provengan. Algunos sienten la necesidad de “abrirse” a los demás y de “manejar” las reacciones; otros, por culpa o vergüenza, quizás deseen guardar para sí sus pensamientos y sentimientos y no compartirlos con nadie. El médico debería ganarse la confianza del recluso y generar una atmósfera que propicie la comunicación de información difícil o dolorosa. La entrevista debe realizarse sin la presencia de testigos. Es necesario explicar a los detenidos afectados el papel que el equipo que realiza la visita tiene respecto de los maltratos, así como también las limitaciones a su trabajo.

Los pasos para documentar la tortura o los malos tratos desde el punto de vista médico se explican en una serie de publicaciones⁴⁰. La documentación médica debería incluir información sobre qué se hizo, quién fue el responsable y dónde y cómo se cometieron esos actos; la atención médica que se dispensó; la curación de las heridas recibidas; las conclusiones clínicas alcanzadas durante el examen del médico visitante y si dichas conclusiones coinciden con las denuncias de maltrato.

Al interactuar con las autoridades involucradas y al redactar informes que podrían llegar a sus manos, quizás resulte prudente remitirse a las definiciones de la tortura y otras formas de malos tratos contenidas en la legislación. Se debe ser claro respecto de las denuncias que se van a presentar ante las autoridades y, en caso de no obtenerse el consentimiento explícito de quien formula las denuncias o aporta evidencias, se debe garantizar que no sea posible identificar esas fuentes.

Existen esencialmente tres etapas en la documentación médica de la tortura y otras formas de malos tratos:

1. La descripción de cada una de las formas de maltrato, que debería indicar cuándo se produjeron, qué vestimenta tenía la víctima, si estaba sentada, de pie, acostada o sujeta a una mesa y también si tenía los ojos vendados, si estaba atada, esposada, etc.

Cabe recordar que el maltrato incluye el abuso tanto psicológico (amenazas verbales, insultos, juramentos, gritos) como físico, y que se los debe documentar en caso de ocurrir.

El maltrato podría incluir también las condiciones en las que la persona fue detenida, si tienen consecuencias físicas y psicológicas y si se impusieron con la intención de doblegar al detenido. A modo de ejemplo, sería pertinente documentar las condiciones de detención, con inclusión de la higiene, el estado de los retretes, el tamaño de la celda y la negación de alimentos o de atención médica, que se considerarían factores agravantes.

Asimismo, es necesario documentar las denuncias relativas a la participación del personal de salud. Esta puede ser directa (participar activamente), indirecta (sugerir métodos o cómo mejorar las técnicas) y por omisión (falsificar exámenes o informes médicos).

Cabe destacar que el maltrato suele ser más común en la fase de arresto y detención; pueden ocurrir también en las cárceles, pero, en ese caso, probablemente se vinculen con normas y castigos disciplinarios (tanto oficiales como no oficiales).

2. Una descripción de las consecuencias (tanto físicas como mentales) que se produzcan inmediatamente después del hecho en cuestión. Esta descripción debería incluir una lista de heridas abiertas, hematomas y pérdida de las funciones de alguno de los miembros, así como también consecuencias adversas para el estado mental o

40 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: *Protocolo de Estambul: Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, 2004. HR/P/PT/8/Rev.1. Disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1sp.pdf>

Consejo Internacional para la Rehabilitación de las Víctimas de la Tortura, *Preventing Torture through Investigation and Documentation* [página web].
Disponible en: <http://www.ircr.org/Default.aspx?ID=1396>

M. Staiff, "Visits to detained torture victims by the ICRC (I): Management, documentation, and follow-up," *Torture*, Vol. 10, n.º 1, 2000, pp. 4-7.
Disponible en: <https://www.icrc.org/eng/resources/documents/article/other/57jqum.htm>

M. Staiff, "Visits to detained torture victims by the ICRC (II): The psychological impact of visits and interviews with detained torture victims," *Torture*, Vol. 10, n.º 2, 2000, pp. 41-44.
Disponible en: <https://www.icrc.org/eng/resources/documents/article/other/57jqum.htm>

H. Reyes, "Doctors in prison: Documenting torture in detention," *Torture*, Vol. 18, n.º 3, 2008, pp. 176-182.
Disponible en: http://www.ircr.org/Files/Filer/TortureJournal/18_03_2008/176-182_Doctors_in_prison.pdf

emocional del detenido mientras se le infligen los maltratos o poco después de haber sido víctima de ellos. Además, se debería consultar a los reclusos sobre el tratamiento médico que recibieron y su recuperación (secuelas) después del abuso. Se trata de una parte clave de la documentación, ya que permite corroborar el maltrato incluso si no hay consecuencias perdurables. En otras palabras, aun cuando la persona no tenga signos físicos de maltrato al momento de documentarlos, su descripción de los hechos puede ofrecer pistas significativas y respaldar la denuncia.

3. La última parte del proceso implica determinar si hay consecuencias físicas o psicológicas crónicas de la tortura o los maltratos, consultar acerca del tratamiento reciente recibido y realizar un examen físico y psicológico.

Maltrato antes de la llegada al lugar de detención

- ¿Hubo maltrato en lugares oficiales de detención (comisaría, por ejemplo) o en lugares no oficiales/secretos?
- ¿Los detenidos son maltratados en forma sistemática en ese contexto?
- ¿Cuál es la naturaleza del maltrato? ¿Qué formas adopta?
- ¿Cuáles eran las condiciones generales de detención?

Maltrato en el lugar de detención

- ¿Qué formas de castigo están permitidas en las normas penitenciarias? ¿Confinamiento solitario? ¿Confinamiento solitario prolongado? ¿Otras formas de regímenes restrictivos? ¿Uso de grilletes? ¿Quién decide el método de castigo? ¿Qué garantías existen para evitar los abusos?
- ¿Los castigos no oficiales los infligen los guardias penitenciarios u otros detenidos que actúan como tales?
- ¿Hay maltrato relacionados con la violencia o las jerarquías entre los detenidos?
- ¿Cuál es la naturaleza del maltrato? ¿Qué formas adopta?

Siempre se debe utilizar el proceso común de tres pasos para documentar la tortura/el maltrato desde el punto de vista médico.

5.5. Casos médicos individuales

El médico que realiza la visita debe entrevistar y practicar exámenes médicos a una muestra de detenidos a fin de obtener información sobre el estado de salud general de la población carcelaria y la calidad de la asistencia de salud que reciben de parte de las autoridades penitenciarias. El grupo de detenidos elegidos como muestra debería estar integrado por reclusos sanos procedentes de diferentes sectores de la cárcel y por detenidos enfermos que hayan sido identificados por otros reclusos y por las autoridades o bien por observación directa.

Es importante aclarar a los detenidos y al personal penitenciario que los profesionales de la salud que visitan el lugar de detención no brindarán asistencia de salud directa a la población penitenciaria. Si el profesional de la salud a cargo de la visita encuentra reclusos gravemente enfermos que no han recibido asistencia de salud apropiada, debe alertar a las autoridades al respecto, ya sea al finalizar la visita o de inmediato en caso de urgencia. Estos casos deberían utilizarse como *ejemplos* para ilustrar las falencias del sistema de asistencia de salud, a fin de fomentar la introducción de mejoras que beneficien a la población penitenciaria en su conjunto. El objetivo no es generar una lista de todos los reclusos que necesitan alguna forma de atención médica: es mucho más probable que las autoridades penitenciarias hagan un seguimiento de listas que contienen solo los casos más graves más que de listas de detenidos con dolencias menores.

Pedidos de liberación por motivos de salud

Algunos casos dan lugar a que se considere la posibilidad de liberar a reclusos que se hallan gravemente enfermos. Estos pedidos no pueden ser una práctica de rutina; se los debe reservar para los casos graves, de lo contrario comenzarán a perder credibilidad. La liberación en estas circunstancias puede describirse como debida a “motivos humanitarios” o simplemente a “causas médicas”. No todos los países tienen procedimientos y fundamentos jurídicos para liberar detenidos por causas médicas. Esta forma de liberación posiblemente se solicite por diversas razones, por ejemplo, si el detenido sufre una enfermedad o impedimento graves, crónicos y debilitantes para los cuales no es posible brindar atención y asistencia apropiadas en la cárcel (por ejemplo, parálisis permanente, problemas de salud mental graves o demencia) o que el hecho de continuar la detención contribuiría a agravar el estado del recluso, lo cual podría evitarse en otras circunstancias; o bien, si el detenido atraviesa las etapas finales de una enfermedad terminal y su liberación le permitiría morir dignamente en su hogar o en otro entorno apropiado. Otros factores que podrían considerarse incluyen la edad y vulnerabilidad del detenido, el riesgo de reincidencia, el peligro que constituye para el público y las condiciones generales de detención.

A partir del diálogo confidencial con los detenidos

- Hágase un cuadro de situación respecto del estado de salud de la población penitenciaria. Identifique casos de tortura o maltratos. Identifique problemas en el sistema de asistencia de salud penitenciaria.
- ¿Hay casos que ilustran fallas específicas en el sistema de salud? ¿Hay casos de reclusos gravemente enfermos que ameriten el debate con las autoridades a fin de obtener con urgencia el acceso necesario a la asistencia de salud o su liberación por causas médicas o humanitarias?
- En las visitas posteriores, se debe hacer un seguimiento de los casos que se hayan informado a las autoridades penitenciarias.

Recuerde que los profesionales de la salud visitantes deben respetar la confidencialidad médica en todo momento. Se debe proteger y restringir el acceso a los diagnósticos y a las historias clínicas de los reclusos enfermos; además, es necesario mantener el anonimato de los pacientes al incluir datos sobre ellos en informes internos. Es posible que se recomiende a las autoridades el seguimiento de reclusos enfermos, o bien su liberación por motivos médicos o humanitarios, **pero solo una vez que estos hayan dado su consentimiento.**

6. RECURSOS ADICIONALES

A continuación se enumeran algunos recursos adicionales que revisten pertinencia para la salud en las cárceles. La lista no pretende ser exhaustiva.



Health in Prisons: A WHO Guide to the Essentials in Prison Health. Editado por Stefan Enggist, Lars Møller, Gauden Galea y Caroline Udesen. Oficina Regional de la OMS en Europa, Copenhague, 2014.

Disponible en:

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/prisons-and-health>

189 páginas. Inglés, ruso y árabe.

Se trata de una guía completa sobre los problemas de salud y de asistencia de salud en los lugares de detención. Incluye capítulos sobre asistencia primaria de salud, enfermedades contagiosas, enfermedades no transmisibles, salud dental, problemas éticos de la asistencia de salud en los lugares de detención y consumo de drogas. Si bien se concentra en la asistencia de salud y en la prestación de servicios de calidad, la guía de la OMS fomenta la adopción de un enfoque para el lugar de detención en su conjunto, que promueve la salud y el bienestar de los detenidos. Véase también el proyecto *Health in Prisons Project*, de la Oficina Regional de la OMS para Europa.



Good governance for prison health in the 21st century
A policy brief on the organization of prison health

Documentos del CICR

“La protección de los detenidos: la acción del CICR tras las rejas”

Alain Aeschlimann. *Revista Internacional de la Cruz Roja*, n.º 857, marzo de 2005.

Disponible en:

<https://www.icrc.org/spa/resources/documents/article/review/6e3lt2.htm>

Español.

El artículo describe los principios y el objetivo de la labor del CICR en los lugares de detención, las características y limitaciones de su enfoque y el contexto jurídico e histórico que justifica la forma de trabajar de la Institución.



El cometido del médico en las visitas del CICR a los prisioneros

Hernán Reyes. CICR, Ginebra, 1994.

Disponible en: <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/misc/57jmk5.htm>

Breve reseña (3.000 palabras) sobre el papel del médico del CICR en los lugares de detención.

Doctrina respecto de la tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes infligidos a las personas privadas de libertad, aprobada por el Consejo de la Asamblea del CICR el 9 de junio de 2011. *Revista Internacional de la Cruz Roja*, n.º 882, 2011.

Disponible en:

<https://www.icrc.org/spa/resources/documents/article/review-2011/irrc-882-policy-torture.htm>

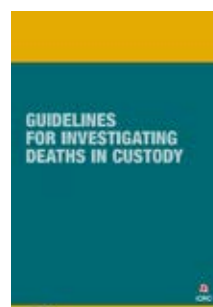
Reafirma el compromiso del CICR respecto de la represión de la tortura y explica la política y las prácticas de la Institución.



Guidelines for Investigating Death in Custody, octubre de 2013.

Disponible en:

<https://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4126.pdf>



Agua, saneamiento, higiene y hábitat en las cárceles, 2.ª ed. Pier Giorgio Nembrini. CICR, Ginebra, 2013. (CICR - Publicación Ref. 0823) Disponible en: <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/publication/p0823.htm>

159 páginas. Disponible en español en formato pdf. Idiomas: árabe, chino, español, inglés, francés.

Este texto ilustrado y de fácil lectura ofrece directivas técnicas para la aplicación de medidas prácticas destinadas a mejorar las condiciones básicas en los lugares de detención. Sus contenidos se superponen en algún punto con los del capítulo 2 de la presente *Guía práctica sobre la Asistencia de salud en lugares de detención*, pero *Agua, saneamiento, higiene y hábitat en las cárceles* es más específico y constituye una fuente útil de información detallada sobre estos temas.



Agua, saneamiento, higiene y hábitat en las cárceles: guía complementaria.

CICR, Ginebra, 2013. Disponible en:

<https://www.icrc.org/spa/assets/files/publications/icrc-002-4083.pdf>

80 páginas. Disponible en línea en español, inglés y francés.

Guía práctica adicional elaborada para complementar el manual titulado *Agua, saneamiento, higiene y hábitat en las cárceles*. El objetivo es ofrecer directivas más completas y aplicables a la amplia variedad de lugares de detención existentes en todo el mundo. Incluye capítulos sobre mujeres, niñas y menores a cargo, y jóvenes.



ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN LUGARES DE DETENCIÓN: GUÍAS PRACTICAS

Guía práctica 1: Conceptos básicos sobre la nutrición en lugares de detención (1ra edición, 2015)

Guía práctica 2: Evaluación de la situación alimentaria y nutricional en lugares de detención (1ra edición, 2015)

Guía práctica 3: Programas alimentarios y nutricionales en lugares de detención (1ra edición, 2016)

CICR, Ginebra, disponibles en:

<http://intranet.gva.icrc.priv/ecosec/topics/nutrition/index.jsp>

Documentos de la Organización de las Naciones Unidas

La ONU ha preparado numerosos documentos que son pertinentes para la labor que el CICR desarrolla en las cárceles. A muchos de ellos se puede acceder a través de la página web *Refworld* de ACNUR (la agencia de la ONU para los refugiados).

Las primeras **Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos** (RMTR) fueron adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, llevado a cabo en Ginebra en 1955. Su revisión fue dispuesta por una resolución de la Asamblea General (65/230), adoptada el 21 de diciembre de 2010, en la que se exhortó a la Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal de las Naciones Unidas a establecer un grupo de expertos que llevase a cabo un intercambio de información sobre las mejores prácticas, las legislaciones nacionales y las leyes internacionales existentes, con miras a realizar una revisión de las RMTR vigentes en la que se reflejaran los avances de la ciencia penitenciaria y las mejores prácticas. El CICR participó activamente en el proceso de revisión. Las RMTR revisadas, ahora denominadas Reglas Nelson Mandela, adoptadas unánimemente por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2015, son una verdadera fuente de inspiración y de orientación sobre los múltiples temas que se deben abordar en los lugares de detención, así como sobre las disposiciones que deberían incorporarse en las leyes, reglamentos y prácticas nacionales para guiar a las autoridades penitenciarias y otros organismos del Estado responsables del manejo de los centros de detención, con el objeto de asegurar que el derecho internacional y las normas universalmente reconocidas sobre la protección de los detenidos sigan proporcionando orientaciones actualizadas acerca del respeto de la dignidad de las personas detenidas y de su valor como seres humanos. Véase también: *Manual de Buena Práctica Penitenciaria - Implementación de las Reglas Mínimas de Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos* (2001), que se puede descargar del sitio web de Reforma Penal Internacional: <https://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2013/05/man-2001-making-standards-work-es.pdf>. Este documento continúa siendo relevante a pesar de estar desactualizado con respecto a la última revisión de las RTMR.

Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, adoptada por la Asamblea General de la ONU el 10 de diciembre de 1984, A/RES/39/46. Disponible en:

<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>

Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (el "Protocolo de Estambul"). Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2004, HR/P/ PT/8/ Rev.1. Disponible en: www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1sp.pdf. El Protocolo de Estambul ofrece un conjunto de directivas para evaluar los casos de tortura y maltratos y para informar las conclusiones obtenidas al poder judicial y otros organismos dedicados a la investigación.

Manual para operadores de establecimientos penitenciarios y gestores de políticas para mujeres encarceladas. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Septiembre de 2008.

Disponible en:

https://www.unodc.org/documents/ropan/Manuales/Manual_mujeres_encarceladas.pdf

Capítulos pertinentes sobre las necesidades especiales de las detenidas y la gestión de las cárceles de mujeres.



Manual sobre reclusos con necesidades especiales. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Marzo de 2009.

Disponible en:

https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/MANUAL_RECLUSOS_CON_NECESIDADES_ESPECIALES_1.pdf

Ofrece una descripción de las necesidades de determinados grupos de personas vulnerables en los lugares de detención, citas sobre normas internacionales pertinentes y recomendaciones. Incluye capítulos sobre reclusos con necesidades de cuidado de la salud mental, presos con discapacidades, minorías étnicas y raciales y pueblos indígenas, reclusos extranjeros, reclusos homosexuales, bisexuales y transexuales, reclusos de la tercera edad, reclusos con enfermedades terminales y reclusos condenados a la pena de muerte.



Otras fuentes útiles

Asociación Médica Mundial. www.wma.net

La segunda edición (2009) del **Manual de Ética Médica** se puede descargar en forma gratuita de la página web de la Asociación Médica Mundial. El Manual, que tenía por objeto servir de guía pedagógica para los alumnos de la carrera de medicina, ofrece una valiosa introducción a la deontología.

El sitio web de la AMA brinda acceso a otros documentos útiles de la Asociación, por ejemplo, la Declaración de Malta sobre las personas en huelga de hambre (1991/1992/2006), la Declaración de Edimburgo sobre las condiciones carcelarias y la propagación de la tuberculosis y de otras enfermedades contagiosas (2000/2011) y la Declaración sobre la responsabilidad de los médicos en la documentación y la denuncia de casos de tortura o trato cruel, inhumano o degradante (2003/2007).

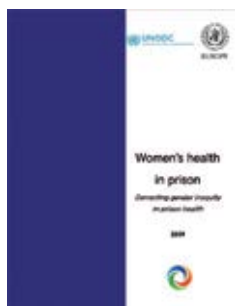
Hay también un enlace a un curso gratuito en línea ("Médicos que trabajan en prisiones: derechos humanos y dilemas éticos") para el personal de asistencia de salud que trabaja en las cárceles, preparado por la Asociación Médica de Noruega y la AMA.



Médicos sin Fronteras (MSF)

MSF pone a disposición varias fuentes clave de referencia en línea y sin cargo alguno: <http://www.refbooks.msf.org/>

Se puede acceder a los siguientes títulos: *Tuberculosis; Measles; Obstetrics in Remote Settings; Refugee Health; Rapid Health Assessment of Refugee or Displaced Populations; Public Health Engineering; Medicaments essentiels; Guía clínica y terapéutica.*



Women's Health in Prison: Correcting Gender Inequity in Prison Health. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. 2009.

Disponible en:

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/76513/E92347.pdf

56 páginas. Inglés, francés, alemán, ruso.

Con frecuencia, las necesidades de las mujeres privadas de la libertad no son atendidas; este documento brinda pruebas de ello y hace un llamamiento al cambio. El documento resalta los elevados niveles de enfermedad mental, dependencia del alcohol y las drogas y el abuso y la violencia sexual y física entre las mujeres encarceladas, además de las necesidades en materia de asistencia de salud específicas de su género y las responsabilidades familiares de las mujeres.



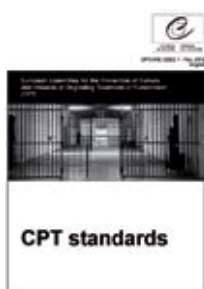
Libro de referencia sobre aislamiento solitario. Sharon Shalev. Mannheim Centre for Criminology, London School of Economics, Londres, 2008.

Disponible en:

<http://www.solitaryconfinement.org/libro-de-referencia-sobre-aislamiento-solitario>

98 páginas. Inglés, francés, ruso, chino, español.

Este documento ofrece pruebas de los efectos que el aislamiento solitario tiene para la salud y el daño que provoca; describe también el papel de los profesionales de la salud y expone directivas éticas y jurisprudencia en materia de derechos humanos.



Normas del CPT. Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT).

El Consejo de Europa creó el CPT en 1987 para evitar los maltratos de las personas privadas de su libertad en Europa. Las **Normas del CPT** reúnen secciones de los Informes Generales anuales del Comité con el objetivo de brindar directivas claras para el tratamiento de los reclusos. Contienen capítulos sobre mujeres privadas de libertad, delincuentes juveniles, asistencia psiquiátrica y servicios de asistencia sanitaria en las prisiones. (Disponible en: www.cpt.coe.int/lang/esp/esp-standards.pdf)

Medical Investigation and Documentation of Torture: A Handbook for Health Professionals. Michael Peel, Noam Lubell y Jonathan Beynon. Human Rights Centre, Universidad de Essex, 2005. Disponible en línea en forma gratuita.

Se refiere al mismo tema que el *Protocolo de Estambul*, pero en forma más accesible y fácil para el usuario.

ANEXO: NORMAS SOBRE TEMAS RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA DE SALUD EN LAS CÁRCELES

NOTA: estas normas son simplemente INDICATIVAS y no absolutas.

Recomendaciones sobre alojamiento

| | | |
|--|---------------------------------|--------|
| Espacio disponible total en el recinto | 20–30 m ² /persona | (CICR) |
| Superficie mínima en una celda | 3,4–5,4 m ² /persona | (CICR) |

Recomendaciones sobre el abastecimiento de agua

| | | |
|--|--|--------|
| Abastecimiento mínimo por persona para todas las necesidades | 10–15 litros/persona/día | (CICR) |
| Cantidad de puntos de agua | 1–2 grifos/100 personas (mínimo absoluto) | (CICR) |
| Caudal de agua en los grifos | 10 litros/minuto (mínimo absoluto: 3–5 litros/minuto) | (CICR) |

Recomendación sobre el almacenamiento de agua

| | | |
|---|------------------------|--|
| Capacidad de reserva para todo el establecimiento penitenciario | 15–20 litros/persona | |
| Existencias mínimas de agua en las celdas durante la noche | 2 litros/persona/noche | |

Recomendaciones sobre la higiene personal

| | | |
|------------------|---|--------|
| Acceso a duchas | 1 ducha cada 25 detenidos | (CICR) |
| | 1 ducha/semana como mínimo | (RMTR) |
| | 1 ducha/día cuando las condiciones climáticas o la realización de ejercicio físico intenso lo requieran | |
| Jabón de tocador | 100–150 gramos/por persona/mes | (CICR) |

Recomendaciones sobre los retretes

| | | |
|----------|---------------------------------------|----------|
| Retretes | 1 cada 20 personas – Óptimo | (SPHERE) |
| | 1 cada 50 personas – Mínimo aceptable | (CICR) |

Recomendaciones sobre los residuos sólidos

| | | |
|------------------|--|--|
| Residuos sólidos | Contenedor tapado de 100 litros cada 50 personas | |
|------------------|--|--|

Recomendación sobre el almacenamiento de alimentos

| | | |
|---------|--|--------|
| Almacén | Mínimo 50 m ² /1.000 personas | (CICR) |
|---------|--|--------|

Preparación de comidas

| | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|--------|
| Necesidades de capacidad de cocción | Olla de 1,2 – 1,4 litros/persona | (CICR) |
| Cantidad de agua en la cocina | 1 litro/persona/día | (CICR) |

Categorías del índice de masa corporal (IMC)

| | |
|----------------------------------|-----------|
| Estado nutricional satisfactorio | > 18,5 |
| Desnutrición moderada | 16,1–18,4 |
| Desnutrición grave | < 16,0 |

Uso previsto de la asistencia de salud

| | |
|-------------------------|--|
| Número de consultas/día | 1–3% de la población penitenciaria/día |
| Internación | 1/10.000 personas/día |

**Tasa bruta de mortalidad (TBM) de referencia, por región
(fallecimientos/10.000/día)⁴¹**

| Regiones | TMB (básica) - Año 2004 | TMB (crisis de salud) |
|---|-------------------------|-----------------------|
| África subsahariana | 0,44 | 0,9 |
| Medio Oriente, África del norte | 0,16 | 0,3 |
| Europa central/Europa oriental, CEI, Estados bálticos | 0,30 | 0,6 |
| Asia oriental/Pacífico | 0,19 | 0,4 |
| Asia meridional | 0,25 | 0,5 |
| América Latina y el Caribe | 0,16 | 0,3 |
| Países menos desarrollados | 0,38 | 0,8 |
| Países industrializados | 0,25 | 0,5 |

A modo de ejemplo, en Medio Oriente o África del norte, una tasa de mortalidad penitenciaria superior al 0,3/10.000/día (que corresponde a 3 fallecimientos por mes en una cárcel con 1.000 detenidos) indica una crisis de salud grave.

41 El proyecto Sphere, *Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria*, El Proyecto Sphere, Ginebra, 2004, p. 261.

ÍNDICE ALFABÉTICO

| | | | |
|---|----|--|--------|
| Acceso | | Comité para la Prevención de la Tortura (CPT) | 13 |
| Asistencia de salud DENTRO de la cárcel | 57 | Comportamiento sexual en las cárceles | 7 |
| Asistencia de salud FUERA de la cárcel | 63 | Confidencialidad | 11, 86 |
| Servicios de salud | 8 | Historias clínicas | 67 |
| Agua | 19 | Registros clínicos | 66 |
| Ejemplos de preguntas | 21 | Confinamiento solitario | 60-62 |
| Normas sobre el almacenamiento de agua | 20 | Libro de referencia | 91 |
| Normas sobre el abastecimiento de agua | 20 | Consumo de drogas en la cárcel | 7 |
| Aguas grises | 26 | Control de ingreso. Véase Evaluación médica de los reclusos que ingresan al lugar de detención | 59 |
| Aguas negras | 26 | Corrupción | 58 |
| Aguas residuales | 26 | Deficiencias de micronutrientes | 46 |
| Ejemplos de preguntas | 26 | Derivación a servicios de salud fuera de la cárcel | 63 |
| Aislamiento por motivos de salud | 59 | Desnutrición | 46 |
| Alimentos | | Proteína-Energía | 43 |
| Acceso | 41 | Detenidos/reclusos | 5 |
| Acceso, ejemplos de preguntas | 42 | Diálogos/entrevistas | 10, 11 |
| Cadena | 32 | Directrices de Robben Island | 13 |
| Distribución | 41 | Doble lealtad | 53 |
| Nutrición. Véase Nutrición | 43 | Educación sanitaria | 73 |
| Preparación | 37 | El embarazo en las cárceles | 72 |
| Preparación, ejemplos de preguntas | 39 | Enfermedad. Véase Morbilidad | 79 |
| Preparación, normas | 39 | Espacio (alojamiento) | 15 |
| Almacenamiento | 35 | Estado de salud de los detenidos | 76 |
| Almacenamiento, ejemplos de preguntas | 36 | Ética | 53 |
| Almacenamiento, normas | 35 | Manual de Ética Médica de la AMA | 90 |
| Suministro | 33 | Evaluación médica de los reclusos que ingresan al lugar de detención | 59 |
| Suministro, ejemplos de preguntas | 33 | Factores psicosociales | 6 |
| Alojamiento | 15 | Farmacia | 67 |
| Normas sobre alojamiento | 17 | Registro de existencias de la farmacia y de administración de medicamentos | 67 |
| Ejemplos de preguntas | 18 | Gestión de residuos | 27 |
| Asistencia de salud | 51 | Higiene | 22 |
| Clínica | 55 | Normas de higiene en la cocina | 37 |
| Instalaciones de salud y equipamiento médico | 55 | De las instalaciones | 15 |
| Principios | 51 | Personal | 22 |
| Asistencia de salud | 51 | Personal, ejemplos de preguntas | 23 |
| Acceso DENTRO de la cárcel | 57 | Personal, normas | 23 |
| Acceso DENTRO de la cárcel, ejemplos de preguntas | 61 | Historial médico. Véase Historias clínicas | 66 |
| Acceso FUERA de la cárcel | 63 | Historias clínicas | 66 |
| Acceso FUERA de la cárcel, ejemplos de preguntas | 64 | Indicadores de salud | 76 |
| Presupuesto | 70 | Índice de Masa Corporal | 46 |
| Aislamiento | 59 | Jabón | 22 |
| Instalaciones de salud y equipamiento médico, ejemplos de preguntas | 56 | Jerarquías | 52 |
| Mujeres | 71 | Internas entre los detenidos | 7 |
| Brote (de enfermedad) | 80 | Liberación por motivos humanitarios | 85 |
| Cálculo de la tasa de incidentes | 80 | Liberación por motivos de salud | 85 |
| Cálculo de la tasa de prevalencia | 80 | Luz (alojamiento) | 15, 16 |
| Capacidad (alojamiento) | 15 | Maltratos. Véase Tortura y otras formas de maltrato | 82 |
| Casos médicos individuales | 85 | | |
| Cocina | 37 | | |

| | | | |
|--|----|--|--------|
| Morbilidad..... | 79 | Personal de salud | 52 |
| Cómo medir la morbilidad | 80 | Ejemplos de preguntas | 54 |
| Ejemplos de preguntas | 81 | Pirámide, salud | 6 |
| Mortalidad..... | 77 | Plagas..... | 29 |
| Cómo calcular la tasa bruta de mortalidad | 77 | Principio de equivalencia | 51 |
| Ejemplos de preguntas | 78 | Profesional de la salud | 9 |
| Mujeres..... | 71 | Papel en las evaluaciones de establecimientos | |
| Baño | 71 | penitenciarios | 9 |
| Necesidades de asistencia a la salud en la cárcel | 71 | Promoción de la salud..... | 73 |
| Embarazo..... | 72 | Registros clínicos | 67 |
| Documento de la ONU sobre mujeres encarceladas | 90 | Reglas Penitenciarias Europeas. Véase Normas universales | 12 |
| Documento de la OMS, Correcting Gender Inequity | | Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos. | |
| in Prison Health..... | 91 | Véase Normas universales | 13 |
| Nutrición..... | 43 | Luz | 16 |
| Evaluar el estado nutricional..... | 49 | Confinamiento solitario | 60 |
| Dieta, ejemplos de preguntas..... | 45 | Retretes | 24 |
| Grupos de alimentos: cantidades recomendadas | 43 | Ejemplos de preguntas | 25 |
| Necesidades individuales de energía | 44 | Valores..... | 24 |
| Desnutrición..... | 46 | RMTR. Véase Reglas mínimas para el tratamiento | |
| Deficiencias de micronutrientes | 47 | de los reclusos..... | 13, 89 |
| Nutricionales..... | 49 | Ropa de cama (alojamiento) | 16 |
| Encuestas..... | 49 | Salud mental..... | 79 |
| Normas de detención..... | 11 | Superpoblación..... | 17 |
| Nacionales..... | 12 | Temperatura (alojamiento) | 16 |
| Regionales..... | 12 | Tortura y otras formas de maltrato..... | 82 |
| Universales..... | 13 | Convención contra la Tortura | 89 |
| Normas de detención..... | 11 | Doctrina del CICR..... | 88 |
| Relacionadas con la salud | 12 | Protocolo de Estambul | 89 |
| Normas de higiene en la cocina | 38 | Documentación médica | 83 |
| Número de consultas | 58 | Vectores | 29 |
| Pedidos de liberación por motivos de salud | 85 | Ejemplos de preguntas | 30 |
| Papel de los profesionales de la salud en las evaluaciones | | Ventilación (alojamiento)..... | 16 |
| de establecimientos penitenciarios..... | 9 | | |

MISIÓN

El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), organización imparcial, neutral e independiente, tiene la misión exclusivamente humanitaria de proteger la vida y la dignidad de las víctimas de los conflictos armados y de otras situaciones de violencia, así como de prestarles asistencia. El CICR se esfuerza asimismo en prevenir el sufrimiento mediante la promoción y el fortalecimiento del derecho y de los principios humanitarios universales. Fundado en 1863, el CICR dio origen a los Convenios de Ginebra y al Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, cuyas actividades internacionales en los conflictos armados y en otras situaciones de violencia dirige y coordina.



CICR