



UNODC

Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito

**EVALUACIÓN Y RECOMENDACIONES PARA EL
PERFECCIONAMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN AL USO DE DROGAS Y DEL VIH
QUE SE IMPLEMENTAN ACTUALMENTE EN LOS
ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO PENITENCIARIO
FEDERAL**

INFORME DE LA MISIÓN DE LA ONUDD

21-25 JULIO 2008

Julio 2008

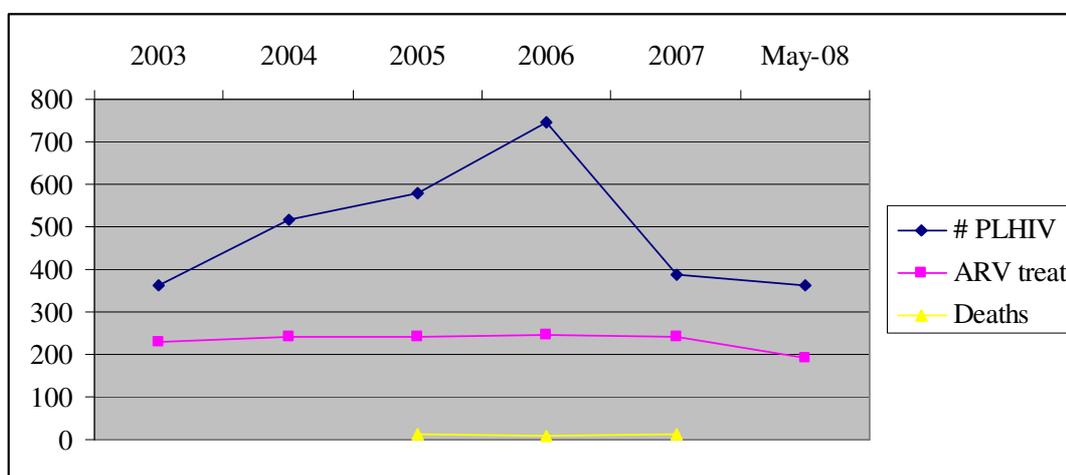
Viena

INTRODUCCIÓN

1. La Argentina es un país federal con una población de más de 36 millones de habitantes según el censo realizado en 2001, integrado por 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Existen marcadas diferencias entre las diferentes provincias con variaciones en población, territorio e indicadores de desarrollo. Las provincias tienen potestad constitucional de definir políticas públicas, en especial las sociales, las de infraestructura y, parcialmente, las fiscales. La Argentina ratificó las 3 convenciones internacionales en materia de drogas (1961, 1971 y 1988), la Convención de Naciones Unidas contra la Delincuencia Transnacional Organizada y sus tres protocolos complementarios – trata de personas, tráfico ilícito de migrantes y tráfico ilícito de armas de fuego.
2. Argentina cuenta con dos sistemas de prisiones, a saber: el Servicio Penitenciario Federal y el Sistema provincial de prisiones. Este reporte se refiere exclusivamente a hallazgos en el Servicio Penitenciario Federal. La situación del Sistema Penitenciario Provincial es aparentemente muy diferente de acuerdo a la información brindada a la misión. El Servicio Penitenciario Federal es una institución que agrupa las fuerzas de seguridad de la Nación cuya misión consiste en la “custodia y guarda de los procesados, y a la ejecución de las sanciones penales privativas de libertad, de acuerdo con las disposiciones legales y reglamentarias en vigor”. La principal misión del Servicio Penitenciario Federal es ejercida por los establecimientos carcelarios distribuidos en todo el territorio, entre los que se incluyen: 4 Complejos Penitenciarios Federales; 24 Unidades Penitenciarias y 10 Alcaldías. El SPF es responsable de cárceles federales. Actualmente ambos sistemas trabajan en la implementación de reformas en los mecanismos para abordar la atención en salud dentro de las prisiones, sin que haya una coordinación entre ambas.
3. El Servicio Penitenciario Federal de Argentina se enfrenta a una serie de retos claves en su intento de reformar el sistema de salud dentro de las prisiones. Estos retos incluyen entre otros, la necesidad de prevenir la transmisión del virus VIH entre la población penitenciaria y proveer tratamiento y cuidados a aquellas personas que viven con VIH;

prevenir y proveer cuidados a reclusos que padecen otras enfermedades infectocontagiosas como la hepatitis B y Tuberculosis; prevenir y garantizar acceso al tratamiento a las personas dependientes de drogas ilícitas; y asegurar la continuidad de tratamiento y apoyo entre la comunidad y el sistema penitenciario así como dentro del sistema penitenciario en sí. Una respuesta efectiva a estos retos requiere un abordaje amplio de los servicios de salud dentro de las prisiones, en concordancia con los servicios de salud en la comunidad.

4. El número de casos de VIH reportados se ha incrementado de manera continua entre el 2003 (364) y 2006 (747) seguido por una disminución en el 2007 (387). El número de muertes por VIH es de alrededor de 10 cada año.



5. En el contexto del proceso de cambios que actualmente emprende el Servicio Penitenciario Federal y con la finalidad de asesorar el progreso y la dirección de los esfuerzos de la reforma, la Dirección de este Servicio solicitó a la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) la conducción de una misión para evaluar y aportar recomendaciones para el perfeccionamiento de los programas de prevención y atención del uso de drogas y del VIH que se implementan actualmente en los establecimientos del Servicio Penitenciario Federal, con un enfoque particular hacia una respuesta más efectiva frente al uso de drogas y el VIH/SIDA dentro del sistema penitenciario. Así mismo, se le solicitó a la ONUDD que determinara en qué áreas podría brindar asistencia. La organización de dicha misión fue coordinada por la Dirección del Servicio Penitenciario Federal, dependiente del Poder Ejecutivo Nacional por intermedio del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos. La ONUDD aprovecha esta oportunidad para agradecer el excelente apoyo proporcionado a la misión.

La misión fue organizada y coordinada por la Dirección del Servicio Penitenciario Federal, y se llevó a cabo del 21 al 25 de Julio de 2008. El cuerpo de la misión se conformó de la siguiente manera:

- Fabienne Hariga, MD: Experta en VIH/SIDA y Cárceles y punto focal de la Unidad para Latinoamérica, Europa y África en la ONUDD, en Viena y, punto focal en HIV y Cárceles de la ONUSIDA.
 - Elizabeth Sáenz, MD: Experta en Tratamiento a Drogodependencias y punto focal de la Unidad de tratamiento para Latinoamérica en la ONUDD, en Viena.
 - Carola Lew: Asesora en VIH, Unidad de VIH/Sida, países del Cono Sur
6. El equipo se reunió con varios grupos de interés dentro del Sistema Penitenciario Federal, con el Comité Asesor de Drogas dependiente del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, Director del Programa Nacional de lucha contra los retrovirus del humano, VIH/SIDA y ETS, con la Defensora de Ejecución de Cárceles e Instituto de Estudios Comparados en Ciencias Penales y Sociales y coordinadores de diferentes programas de salud pertenecientes al Servicio Penitenciario Federal. La misión también tuvo la oportunidad de visitar tres establecimientos carcelarios asistenciales (Unidad 20, Unidad 27 y Unidad 21) y seis establecimientos penitenciarios de seguridad, incluyendo tres donde funcionan Centros de Rehabilitación a Drogodependientes (CRD). El proceso mediante el cual se condujo la misión permitió el intercambio e interacción con diferentes actores y la obtención de gran cantidad de información. Finalmente, el cuerpo de la misión presentó conclusiones preliminares en una reunión a la que asistieron miembros del personal del Servicio Penitenciario Federal tanto directivos como asistencial y Representantes del Comité Asesor de Drogas dependiente del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos.
7. El resultado de una misión tan corta no alcanzaría a ser una investigación amplia de la situación del tratamiento a drogodependencias y prevención y cuidados de VIH y SIDA dentro del Servicio Penitenciario Federal. Sin embargo, dado el alcance de las reuniones organizadas, la amplitud de información recibida y las visitas que se llevaron a cabo, el cuerpo de la misión alcanzó una posición desde la cual plantear un número de conclusiones y recomendaciones que se espera generarán acciones concretas dentro de los planes que actualmente tiene el Servicio Penitenciario Federal en estas áreas.

8. Se identificaron varias áreas fundamentales, mencionadas a continuación, que requieren atención por parte del Servicio Penitenciario Federal. La ONUDD esta preparada para apoyar los esfuerzos del Servicio Penitenciario Federal para continuar las mejoras en el área de salud dentro del sistema penitenciario.

VIH en Argentina

9. La prevalencia de VIH en la población adulta en Argentina se estima en 0.6 por ciento. En los años recientes, la actividad sexual sin protección se ha convertido en la principal causa de transmisión (Cohen, 2006). La mayoría de las personas que se estima viven con VIH, 120.000 (80.000 – 220.000) reside en la Provincia de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fé. Un estimado de cuatro de cada cinco personas diagnosticadas con VIH en el 2005 se atribuyeron a actividad sexual desprotegida (principalmente heterosexual) (Programa Nacional de SIDA, Argentina, 2005). Sin embargo, al igual que en varios otros países de América del Sur, la mayor prevalencia de VIH se ha encontrado entre los hombres que tienen sexo con hombres. Por ejemplo, en estudios centinela de despistaje conducidos entre este sub-grupo poblacional se registró 14% de prevalencia en Buenos Aires en 2000-2001 (Pando et al., 2006). En resumen, se observan dos tipos de epidemia en Argentina, entre los niveles socio-económicos más bajos en los que la transmisión es mayormente heterosexual; en las clases medias y altas, la transmisión es principalmente mediante contacto homosexual.
10. Desde el año 2000 la inmunización contra la hepatitis B (VHB) forma parte del Programa Nacional de Inmunizaciones dirigidos a la población infantil.
11. En Argentina, la administración de drogas por vía endovenosa ha disminuido en la última década, al igual que el uso de equipos no estériles para la inyección. Por ejemplo, el uso de drogas por vía endovenosa estuvo asociado a aproximadamente 5% de las nuevas infecciones por VIH registradas en la capital, Buenos Aires entre 2003 y 2005 (Cohen, 2006). El impacto emocional del SIDA entre las redes de usuarios de drogas endovenosas, unido a los cambios en el precio y calidad de las drogas, ha influido sobre esta tendencia. Como resultado, fumar (en lugar de la inyección) cocaína se ha hecho más común. En un estudio realizado en Buenos Aires, 44% de los usuarios de drogas endovenosas dijeron que ellos estaban “actualmente inyectándose” en una encuesta realizada en 1998, comparado con solo 5% en el 2003. El uso de drogas por vía

endovenosa continua, pero como una práctica crecientemente solitaria y oculta – una situación que representa retos para los esfuerzos de reducción de riesgos (Roíz y col., 2006).

12. La prevalencia de VIH entre los usuarios de drogas endovenosas se reportó por última vez en el 2001, y de acuerdo a la localidad esta varió entre 10 y 60%. La prevalencia de VIH entre los usuarios de drogas que no se inyectan, principalmente usuarios de PACO, es alta, alrededor de 3 - 5%, de acuerdo a cifras de OPS/OMS. Esta organización esta actualmente realizando un estudio de prevalencia entre usuarios de drogas que nunca se han inyectado.

Programa Nacional de VIH

13. No existe una política estrategia nacional de prevención sino intervenciones puntuales. No existen vínculos entre el programa Nacional de VIH y el programa Nacional de Tuberculosis. Aproximadamente 25000 personas reciben terapia antirretroviral (ARV), que corresponde a un porcentaje estimado de cobertura de 75%. Las Normas Nacionales de tratamiento de pacientes VIH positivo no son necesariamente cumplidas. Las actividades relacionadas con la prevención de VIH entre usuarios de drogas endovenosas es limitado. Existe un solo programa de agujas y jeringas en el país.
14. Existe una Comisión Ad-Hoc para el tema de VIH en los recintos penitenciarios del Ministerio de Salud, la cual no es muy activa. Existe un plan para formar un comité con le Ministerio de Salud, NAC y el Servicio Penitenciario Federal para desarrollar un plan de acción amplio y un programa que probablemente será sometido a consideración para financiamiento en la ronda 9 del Fondo Global (GFTAM) .

Uso de drogas ilícitas en Argentina

15. En Argentina se estima que existen unas 440.000 personas que son consumidoras habituales de cocaína y 45,2% de los 56.000 consultados opina que conseguir drogas ilegales es bastante accesible. El consumo de Marihuana se estima en 6,9%. El uso de

"paco", y del éxtasis es del 0,5 por ciento, una cifra proyectada de 80.000 personas.¹ Actualmente, en la Argentina la tenencia y tráfico de estupefacientes se rige por la ley 23.737, dictada en 1989, un año después de la aprobación de la Convención de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes y aunque el consumo de estupefacientes no se encuentra penado, la tenencia para uso personal sí es punible. En la práctica el castigo usualmente recae sobre los consumidores, al entender que son el primer eslabón de una cadena que termina en el narcotraficante.

16. En la Argentina, de una muestra de 12.459 (15 – 64 años), la marihuana es la droga de mayor uso con un nivel de consumo reciente de 7% y edad promedio de inicio de 18 años. El tasa de consumo de cocaína es de 2.7% con una edad de comienzo de uso a los 16 años o menos, para el 25% y 50% lo hicieron a los 18, siendo el consumo similar entre hombres y mujeres. De las personas que consumen cocaína 42% presentan signos de dependencia, siendo la percepción de gran riesgo de consumo mayor de 90%, con un 36% que refiere facilidad de acceso a esta droga. Además de la cocaína, el uso de drogas que son subproductos en la cadena de producción del clorhidrato de cocaína, en general referido a la pasta base registró una prevalencia 0.4 a 0.6% con mayor consumo entre hombres, 63% de personas reveló signos de dependencia y la percepción de riesgo de consumo frecuente muy alta al igual que la percepción de fácil acceso (4% reportó haber recibido oferta para comprar o consumir durante el último año). En el contexto de la región el estudio comparativo muestra que Argentina en general registra un nivel similar de consumo de drogas al registrado en Chile y Uruguay pero superior a Bolivia, Ecuador, Perú y Bolivia.
17. El uso de la Pasta Base de Cocaína, denominada “Paco”² (altamente adictivo) ha aumentado de manera considerable durante los últimos dos años. Los principales consumidores de esta sustancia son los jóvenes, incluso niños de ocho o nueve años de edad, de los barrios pobres de Buenos Aires y especialmente entre los grupos socio-económicos más bajos. Existe acuerdo generalizado en que esta explosión en el uso de Pasta Base, se relaciona en parte con la recesión económica experimentada por el país en décadas recientes y el considerable número de personas enfrentadas a problemas

¹ Encuesta nacional 2007.

² Producto amarillo, pastoso, que contiene sulfato de cocaína, otros alcaloides e impurezas (querosén, alcohol metílico y ácido sulfúrico). Se obtiene en la fase intermedia del proceso de transformación de la hoja de coca a clorhidrato de cocaína (Touzé 2006)..

socioeconómicos como la exclusión social, la marginalización de amplios sectores y la pérdida de confianza.³

18. Del total de personas en tratamiento por problemas de abuso de drogas en Argentina 32.6% correspondió a Cocaína y derivados (cocaína, basuco y crack), 31.9% marihuana, 1.8% anfetaminas, 0.4% éxtasis, 15.3% inhaladas, 15.8% tranquilizantes y 0.6% opiáceos.
19. La norma local señala que si alguien es detenido con drogas para su consumo, se inicia una causa penal que se suspende si el imputado hace un tratamiento, sin embargo se estima que hasta un 80 por ciento de los casos termina prescribiendo porque los tratamientos no se hacen. Existen planes para la elaboración de un proyecto sobre la despenalización del consumo de estupefacientes que es actualmente analizado por el Comité Científico Asesor. Entre los planes se estudia reformar la legislación para dejar de perseguir penalmente a los usuarios de estupefacientes y, en cambio, incluirlos en un sistema de salud. Esto es considerado un primer paso hacia la despenalización, que posteriormente será debatido en el Congreso.

Población penitenciaria y distribución

20. El Servicio penitenciario federal hospeda 9.296 (Mayo 16 2008) personas detenidas, para una capacidad de 10310, lo que corresponde a una tasa de ocupación de 90%. Estas personas están reclusas en 28 centros penitenciarios, 4 Complejos federales ubicados en Buenos Aires y 24 Unidades penitenciarias ubicadas en Buenos Aires y resto de las provincias.
21. La tasa de encarcelamiento (154/100.000) en Argentina es relativamente baja en comparación con el resto de la región, sin embargo Buenos Aires tiene una tasa de encarcelamiento mucho más elevada (200/100.000).
22. Según lo indicado en el documento del Comité Asesor, del total de ingresos al sistema penal, casi el 70% corresponde a tenencia y consumo personal y son producto de decomisos en la vía pública. En el Servicio Penitenciario Federal en Febrero de 2008

³ Informe anual 2007 de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes –JIFE, párrafo 466

sobre un total de 8981 internos alojados en establecimientos del Servicio Penitenciario Federal, 1646 internos estaban imputados por la posible comisión de alguno de los delitos previstos en la Ley N° 23.737, mientras que 1201 se encontraba condenado por la infracción a la Ley de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes. La infracción por este tipo de delitos representaba el 31,70% del total de los detenidos. El 32,67% de los procesados estaban imputados por infracción a la Ley 23.737, mientras que el 30,45% de los condenados habían recibido sentencia por la comisión de alguno de los delitos estipulados en la mencionada ley). Cálculos realizados revelan que el gasto en el sistema penal es el equivalente a casi el 40% del plan nacional materno infantil, o que alcanzaría a duplicar el presupuesto nacional sobre VIH. ⁴

23. Más de la mitad de las personas privadas de la libertad (54%) están con prisión preventiva (o están en espera de juicio). Esta proporción es aún más elevada entre los adultos jóvenes, entre los que solamente el 29% han sido sentenciados (datos de 2007). De acuerdo a la ley, una persona puede estar privada de la libertad hasta un máximo de 3 años en régimen de prisión preventiva. *La mayoría de los detenidos son condenados cerca de 2.5 años después de haber ingresado en la cárcel.*
24. Cerca del 10% del total de la población carcelaria son mujeres (10,42% en 2007).⁵ Las mujeres son alojadas en unidades o módulos separados. Existen módulos especiales para mujeres embarazadas, mujeres con niños/as y para mujeres en edad avanzada. Específicamente existen cuatro unidades: Instituto Correccional de Mujeres (U.3) de máxima seguridad, el Instituto Correccional de Mujeres "Nuestra Sra. del Carmen" (U.13) que aloja internas avanzadas en la progresividad del régimen, la Cárcel Federal de Jujuy (U.22) de mediana seguridad, el Centro Federal de Detención de Mujeres "Nuestra Señora del Rosario de San Nicolás" (U.31) y la Cárcel Federal de Salta (U.23) que alojan embarazadas, madres con niños hasta los cuatro años, una unidad asistencial para internas con patologías psiquiátricas y un sector diferenciado dentro de ésta donde se aplica el Programa para Adultas Mayores en el Servicio Psiquiátrico Central de Mujeres (U.27); y un módulo completo dentro del Complejo Penitenciario Federal I de Ezeiza Módulo Residencial V.

⁴ Documento oficial del Comité Científico Asesor en Materia de control ilícito de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y criminalidad compleja

⁵ A septiembre de 2008, las mujeres representan el 10,84% de la población alojada en el Servicio Penitenciario Federal.

25. Una cuarta parte de la población penitenciaria son extranjeros. Cuarenta por ciento (40%) de las mujeres encarceladas son extranjeras y ochenta por ciento de ellas (80%) están encarceladas por el delito de tráfico de estupefacientes (“mulas”).
26. Los adultos jóvenes (18-21 años) constituyen el cinco por ciento (5%) de la población carcelaria. Entre este grupo alrededor de un 71% son procesados (Mayo/08).
27. Las personas con trastornos mentales son alojadas en unidades psiquiátricas específicas para su atención, a saber, Unidad 20 (U20) para hombres y la Unidad 27 (U27) para mujeres. Las personas con diagnóstico de trastorno mental y con problemas de uso problemático o dependencia a drogas ilícitas son transferidas a una unidad específica para drogodependientes, el Anexo 20.

Condiciones generales de las cárceles

28. Las cárceles que fueron visitadas por la misión estaban en buenas condiciones. Muchos de los edificios son de construcción reciente. Las áreas comunes, celdas y baños estaban limpios, con buena ventilación e iluminación.

Actividades en las cárceles

29. El acceso a actividades en las cárceles es muy limitado. En 2007, aproximadamente una tercera parte de los internos con prisión preventiva y dos tercios de los internos condenados tuvieron acceso a trabajo.

Servicios de Salud en el Servicio Penitenciario Federal

30. El derecho de los presos, como de todas las personas, a “disfrutar del mayor nivel alcanzable de salud” es garantizado por la ley internacional en el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, y el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales. Basada en este principio, la comunidad internacional ha aceptado generalmente que los reclusos mantengan todos los derechos que no se le quitan en virtud de la encarcelación, incluyendo el derecho al mayor nivel alcanzable de salud física y mental. La pérdida de

la libertad en sí misma es el castigo, no la privación de los derechos humanos fundamentales. En este respecto, los Estados tienen la obligación de implementar una legislación, políticas y programas consistentes con las normas internacionales sobre derechos humanos y de asegurar que se le proporcione a los reclusos un nivel de cuidado de la salud equivalente al que se encuentra en la comunidad fuera de la cárcel”. Las necesidades de la población carcelaria debido a sus características socio-económicas son proporcionalmente más altas que aquellas de la comunidad en general. Por ejemplo, dichas características incluyen bajos niveles de salud y nutrición y alta prevalencia del uso problemático de las drogas.

31. La ley de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad N° 24.660 en su artículo 143, garantiza el derecho de las personas privadas de libertad a recibir atención asistencia médica integral de manera oportuna sin que halla interferencias para el accesos a la consulta o tratamientos prescritos. La ley incluso extiende este derecho mas allá del acceso al sistema sanitario y abarca los aspectos relativos a asesoría y educación que permitan a la persona privada de libertad tener conocimiento sobre los modos de maximizar el bienestar integral, que incluye los aspectos físico, psíquico y social.
32. En la actualidad la atención en salud y la provisión de servicios de salud dentro de las cárceles son responsabilidad del Servicio Penitenciario Federal. La atención a la salud se provee en los servicios médicos que existen en cada unidad y en los tres complejos penitenciarios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires , de Ezeiza (N° I) y de Marcos Paz (N° II). Se cuenta con hospitales penitenciarios que atienden los casos de mediana complejidad del área metropolitana. En todos los casos, cuando la necesidad de atención supera la complejidad de los servicios médicos – incluso de los hospitales penitenciarios, ya que no se realizan cirugías – los pacientes son derivados a los nosocomios del medio libre para brindarles adecuada atención. Aunque los internos tienen acceso a los servicios de salud desde un punto de vista general, se observa que estos servicios son en su mayoría curativos. En la práctica, el acceso a los servicios de salud varía de forma significativa de acuerdo a la cárcel. El SPF no ha desarrollado una política de salud para sus internos tanto en lo general como en lo particular que corresponde al VIH..
33. De acuerdo a información suministrada por la autoridades, los servicios de salud dentro del SPF presentan serias dificultades que incluyen: (i) gran tamaño de algunas de las prisiones y por ende la cantidad de población carcelaria que limita la posibilidad de éxito

de intervenciones de salud dentro de las prisiones; (ii) alta demanda de servicios de salud por parte de la población penitenciaria; (iii) altos costos de los servicios de salud que ha contribuido a que actualmente el sistema de salud del SPF sea precario, no sistematizado y que presente carencias de equipamiento, personal y medicamentos/insumos; (iv) dificultades para el reclutamiento de profesionales de salud, particularmente médicos/as dispuestos a trabajar para el SPF debido a los bajos salarios relativos (respecto a otros entes gubernamentales y/o privado). Esto se refleja además en la dificultad para retener al personal que labora en las prisiones; (v) la tensión entre los asuntos relativos a seguridad y servicios de salud; (vi) la alta demanda por los servicios de salud dentro de las prisiones; (vii) Vínculos con el sistema de salud en la comunidad limitados.

34. Hablando en términos generales se observan esfuerzos obvios para la provisión de servicios en las prisiones, pero en la realidad el SPF no ha desarrollado y carece de una verdadera política de salud para sus prisiones⁶. El acceso de los internos a los servicios de salud está definido por la ley 24.660 y un programa nacional para el control de calidad de la atención en salud. Este último, en teoría, incluye como componentes: (i) certificación y clasificación de los servicios de salud; (ii) certificación, capacitación en servicio, y especialización de los/las profesionales de la salud; (iii) la calidad de los procesos de gerencia médica y de atención en salud; (iv) desarrollo de indicadores y estándares para las estructuras, procesos y resultados de la atención en salud; (v) cooperación técnica y desarrollo de capacidades. En la práctica, se evidenció la falta de pautas y normas para la atención en salud dentro de las cárceles, o para los servicios de salud. Por ejemplo, aún cuando existen actividades, no hay un programa para prevención, tratamiento y atención en VIH en cárceles. Se ha notado que los protocolos de tratamiento para pacientes con Sida utilizados en el hospital principal (U1) y en el servicio para enfermedades infecciosas (U21) son diferentes. En forma similar, en uno de los servicios médicos se aplicaba la estrategia TDO para el seguimiento del tratamiento de la Tuberculosis pero no era así en otro servicio. *Como resultado, el nivel y calidad de la atención de salud provista varía significativamente en el tiempo y ubicación.*

⁶ Dado que establecer políticas en salud no es función específica de la administración penitenciaria se han desarrollado tratativas entre los Ministerios de Justicia y Salud para firmar un convenio de colaboración y asistencia de modo de incorporar las políticas sanitarias que dicte este último ministerio en los establecimientos del Servicio Penitenciario Federal.

35. La Ley N° 24.660 asegura a las personas detenidas el derecho al acceso libre a la atención en salud. Este derecho incluye: revisión médica al ingreso; la derivación a hospital especializado del sistema penitenciario o de la comunidad; el acceso a médico privado (costo cubierto por el detenido). Sin embargo, no hay confidencialidad de la información médica: una copia de los antecedentes médicos y estado actual de salud debe ser incluida en el archivo criminológico y los resultados de la revisión médica realizada al ingreso son comunicados al director del centro penitenciario de alojamiento. (Copia de la historia clínica y de sus actuaciones integrará la historia criminológica.; Detectadas las anomalías aludidas, el médico deberá comunicarlas inmediatamente al director del establecimiento.). La ausencia de confidencialidad sobre la información médica reduce el acceso a la atención en salud, especialmente para los dependientes de drogas que representan la mayoría de las personas privadas de la libertad.
36. Las unidades de salud visitadas están en buenas condiciones y cuentan con equipamiento básico. El recientemente construido hospital U1 tiene equipamiento de mediano nivel de complejidad. El edificio del centro para enfermedades infecciosas es antiguo y necesita renovación.
37. Alrededor de 800 personas (783 en 2007) trabajan en el área de salud del sistema federal de cárceles. Durante la misión se observó que diferentes especialidades están representadas.
38. En 2007, se realizaron 259.966 consultas médicas. La demanda más frecuente fue de atención psicológica (12,96%), la segunda de atención odontológica (12,71%), seguida por las enfermedades infecciosas que fueron responsables del 4,3% de de los contactos.
39. Entre las patologías mas frecuentes reportadas en el registro de morbilidad presentado a la misión se encuentran las enfermedades cutáneas, problemas odontológicos, problemas psicológicos y psiquiátricos, tuberculosis y desnutrición. Aproximadamente un 15% de los reclusos sufre también de enfermedades crónicas incluyendo diabetes y presión arterial alta.
40. Con respecto a la atención dental, se encontró un dentista en cada uno de los centros penitenciarios visitados. Los consultorios dentales cuentan con unidad odontológica, equipos para desinfección/esterilización, disposición de material contaminado e insumos,

que permiten la asistencia odontológica curativa y colocación de implantes dentales, sin embargo debido a la carencia de equipos radiológicos las endodoncias se practican solamente en el Hospital Penitenciario Central del Complejo Penitenciario Federal I de Ezeiza. Debe señalarse que la única práctica que no se realiza en el Servicio Penitenciario Federal es la colocación de perno y corona, que tampoco se realiza de manera gratuita en el medio libre) Las personas con VIH son tratadas en las cárceles, y el personal profesional aplica las medidas de prevención para evitar la transmisión de VIH y disminuir las posibilidades de accidentes de tipo laboral.

41. En la visita realizada al Hospital Penitenciario de la Unidad I Ezeiza, se constató la existencia de equipos médicos de alta tecnología como Radiológico, Gastroscopio, oftalmológicos y de Ginecología. Llamó la atención el alto grado de higiene y orden observado en las instalaciones hospitalarias. Se mencionaron los planes de expansión de la planta física y de incrementar nivel de complejidad del recinto mediante la incorporación de una unidad de terapia intensiva y cuidados intermedios. Esta medida permitirá la resolución rápida de patologías de mayor complejidad y particularmente urgencias dentro del hospital y reducir el número de referencias a centros extramuros de los pacientes atendidos en el Hospital Penitenciario del Complejo Penitenciario Federal I de Ezeiza. Por otra parte, la viabilidad de este proyecto depende de la disponibilidad de fondos de manutención de toda su estructura y de las posibilidades de reclutamiento del personal sanitario – vgr. los sueldos que cobran los terapistas superan las posibilidades actuales de oferta de salario por parte del Servicio Penitenciario Federal .

Otros programas de Salud en el Servicio Penitenciario Federal

Atención psiquiátrica

42. La administración de dos unidades psiquiátricas Unidad 20 para hombres y Unidad 27 para mujeres) ha sido dramáticamente modificada y modernizada durante los últimos años. En el pasado, el único abordaje “clínico” era la contención. (En términos generales, la misión fue informada que la atención psiquiátrica en Argentina se basa en estándares antiguos y no actualizados). Después de un período de observación bajo una vigilancia las 24 horas del día durante un período teórico de 48 horas, los pacientes reciben tratamiento o son reorientados.

43. Mientras que los criterios para referencia a las unidades psiquiátricas están bien definidos, en la práctica estos criterios no son seguidos completamente. Por ejemplo, entre enero y junio de 2008, solamente el 15% de los pacientes derivados a unidades psiquiátricas cumplieron con los criterios de admisión. Los pacientes admitidos en las unidades psiquiátricas acceden a psicoterapia, terapia familia y grupos de discusión.
44. La misión visitó tres centros donde son alojados los internos con patologías mentales. Estas unidades están especialmente dotadas, en personal e infraestructura, para dicho fin. El Servicio Psiquiátrico Central de Varones (U.20) recibe internos con patologías mentales sin antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas y el servicio Psiquiátrico de mujeres (U.27) que aloja internas con patologías mentales y mujeres mayores de 50 años con un programa de atención especial para este segmento de la población. El Anexo 20 asiste a internos con trastornos mentales que no cumplen con criterios de admisión en la Unidad 20, generalmente por presentar dependencia de sustancias.
45. En el año 2006, los resultados de un proyecto de diagnóstico del Servicio Psiquiátrico Central de Varones⁷ determinaron la necesidad urgente de formular y construir un modelo distinto de atención al paciente psiquiátrico fundamentado no solo los aspectos preventivos, curativos y de educación, sino además en una cultura de respeto de los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos privados de libertad. Entre las fallas reportadas por el informe se destacan: (i) falta de personal calificado (psiquiatra) a cargo de la dirección; (ii) insuficiente número de especialistas (psiquiatras); (iii) población de internos no acorde a un establecimiento psiquiátrico por encontrarse personas con problemas de consumo de estupefacientes; (iv) historias clínicas inadecuadas; (v) pautas de tratamiento no vigentes; (vi) excesiva utilización de medidas de aislamiento; (vi) poca utilización de medidas terapéuticas grupales.
46. Entre los cambios emprendidos se destacó como uno de los más importantes, la eliminación de las celdas individuales de tratamiento (C.I.T) que fueron sustituidas por una Unidad Psiquiátrica de Observación y Evaluación Penitenciaria (S.O.E.P.) de corta estadía. El cuerpo de la misión fue informado del uso de la S.O.E.P. como puerta de entrada para la observación, evaluación y diagnóstico de pacientes.

⁷ Informe 2006: Proyecto de diagnóstico y reforma del servicio psiquiátrico central de varones (U.20)

Hospital de enfermedades infecciosas – U21

47. Este hospital penitenciario se encuentra ubicado en las instalaciones de del hospital municipal de enfermedades infecciosas. Tiene una capacidad para 38 pacientes. El día en que fue visitado por la misión, había 28 pacientes internados, de los cuales 19 tenían VIH, 5 eran negativos frente al VIH y en 4 casos no se conocía el diagnóstico. El 80% de los pacientes con VIH estaba también afectado por tuberculosis. La mayoría de los pacientes con VIH eran usuarios de drogas inyectables.
48. El tratamiento ARV se inicia cuando los CD4 son menores a 200 o la carga viral es mayor a 100.000 o ante la presencia de una enfermedad oportunista. No hay acceso a cuidados paliativos. No hay continuidad de la atención luego del alta.
49. Existen actividades limitadas de prevención de VIH para el personal y sus familias. No hay disponibilidad de preservativos.

Programa de salud sexual y reproductiva:

50. Desde Abril 2008, se ha implementado en todas las unidades el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Se trata de un programa amplio que incluye la capacitación de profesionales de la salud, acceso libre a diferentes métodos y medios de anticoncepción (orales e inyectables o a DIU y a anticoncepción del día después) acompañados de la respectiva consejería. *Actualmente el programa cubre únicamente la población femenina y se recomienda extender, al menos algunas de las actividades a la población masculina.*
51. En el año 2007 se implementó el programa de Cárceres Saludables con la intención de desarrollar en las unidades penales federales un entorno saludable que contempla los derechos humanos, éticos y legales de los internos alojados y del personal penitenciario federal. El programa contempló una amplia gama de objetivos orientados a mejorar la vigilancia epidemiológica; Evitar la diseminación de enfermedades infectocontagiosas incluyendo las ETS; Asegurar los cuidados, el tratamiento y el apoyo a los internos que viven con enfermedades físicas y/o psíquicas y su entorno, Identificar grupos con necesidades especiales; entre otros. *No se reportaron resultados de una evaluación sistemática de este programa, sus resultados ni impacto.*

52. Entre los planes orientados a revertir la situación antes descrita se mencionaron la inclusión las políticas sanitarias del Ministerio de Salud dentro de las prisiones y la transferencia de la responsabilidad por provisión de servicios de salud dentro de las cárceles al Ministerio de Salud. *Al momento de realizarse esta misión se informó que la firma de ese convenio era inminente.*

VIH en cárceles

53. El problema de VIH y Sida en cárceles en Argentina no es nuevo. En 1994, Hernández R & al , presentaron los resultados de una consulta de prevalencia y incidencia que se realizó en la provincia de Santa Fe en 1992 y 1993 que mostró una prevalencia entre 6.6% y 10.3% y una tasa de incidencia del 2% en las cárceles. Al momento de la misión, la prevalencia de VIH se estimaba en 4,25%.

54. Según el SPF, la prevalencia de VIH se estima en 4,25%, la prevalencia de tuberculosis está estimada a 1,28%, la prevalencia de hepatitis B en 1.24% y 1,61% por hepatitis C. Estas cifras corresponden a los casos conocidos que están basados en la prueba de VIH que se propuso en la entrada y por eso subestima las tasas de la prevalencia real.

55. En mayo 2008 había 260 personas con VIH y 93 pacientes con SIDA. De estas 353 PVVIH, 191 (54%) recibieron tratamiento con ARV. Estas cifras podrían indicar que el diagnóstico de los portadores de HIV se había hecho muy tarde en esta población.

56. En base a lo que fue informado a la misión, la mayoría de las personas con VIH que están en cárceles usan drogas. Los que se inyectan drogas representan menos del 10%.

57. No hay información sobre la prevalencia específica según sexo. En base a los datos recolectados durante la misión, la prevalencia de VIH entre las mujeres parece ser más alta que entre los hombres.

58. Además, aunque mucho más bajas en comparación con el VIH, la prevalencia de tuberculosis, sífilis, hepatitis B y hepatitis C respectivamente es alta.

Marco legal

59. La ley 24 660 y más específicamente la resolución del ministerio 787/91 dan el marco que sostiene el programa de VIH en cárceles.

Los riesgos de VIH en las cárceles del SPF

60. En los servicios médicos, los Principios de Precauciones Universales parecen ser respetados. Sin embargo, existe la necesidad de establecerlos en todo el sistema si las directivas internacionales se respetan en todos los centros médicos: calidad del equipo de esterilización y eliminación de material infectado que no sean agujas así como el acceso a equipo de protección para los oficiales de las cárceles.
61. Se han recolectado datos limitados sobre comportamiento de riesgo dentro de las cárceles. En general, los actores que la misión encontró en las distintas cárceles (1) negaron que existieran relaciones sexuales fuera de los espacios de las visitas íntimas autorizadas; (2) en base al hecho de que en la comunidad la prevalencia de la inyección de drogas esta disminuyendo negaron que pueda haber inyección de drogas en las cárceles; (3) no pensaban que existiera la práctica de tatuaje; (4) reportaron la existencia del piercing. Sin embargo, una encuesta que se ha realizado en 2006 sobre el tema de la salud en cárceles mostró que 80% de los que respondieron eran ex usuarios de drogas y el 5% se había inyectado drogas.

La prueba de VIH y el asesoramiento

62. El testeo voluntario y con consentimiento informado se propone al ingreso de los internos. También es ofrecido o recomendado en el caso de signos clínicos de SIDA o cuando el paciente tiene otra enfermedad marcadora como tuberculosis. Siempre se realiza con el consentimiento del paciente. El asesoramiento es ofrecido solamente para los personas VIH+. No hay ningún asesoramiento para los personas VIH- lo que no está recomendado. De los 510 ingresos producidos entre enero y abril 2008, 33% fueron testeados para el VIH, en 2005 fueron 18,5%. No hay ninguna promoción para el acceso a testeo voluntario y con consentimiento informado durante la permanencia en el cárcel. Durante 2008, se realizaron 264 recuentos de CD4 y 186 cargas virales.

Prevención del VIH

Programa de prevención del VIH:

63. No existe un verdadero programa pero hay actividades que se realizan puntualmente en algunas cárceles.

En 2007, con fondos de FGTSM algunas actividades se han ejecutado en las unidades penitenciarias, incluyendo:

- i. La distribución de preservativos y material informativo;
- ii. Talleres, discusiones de grupo con las personas detenidas en la prevención de la transmisión del VIH, la sensibilización sobre el uso de preservativos para cada relación sexual;
- iii. Dieta complementaria para pacientes con SIDA bajo tratamiento; Promoción de asesoramiento y pruebas voluntarias con la confidencialidad de los resultados;
- iv. Prestación de servicios de tratamiento antirretroviral para las mujeres embarazadas para prevenir la transmisión de madre a hijo;
- v. Prevención de la lactancia materna de los hijos de madres VIH positivas;
Hepatitis B y la campaña de vacunación contra la gripe. (financiado por el FPS).

64. Además, desde 2002, el SPF ha firmado acuerdos con algunas organizaciones externas, como LUSIDA y el ONUSIDA para la distribución gratuita de preservativos y algunas actividades de formación.

Acceso a la información:

65. No hay acceso regular a la información mediante folletos, carteles elaborados en la comunidad, debates en grupo, tanto para el personal como para los reclusos aunque actividades puntuales se han producido. No hay actividades de prevención entre compañeros.

Acceso a los preservativos:

66. No hay acceso a los preservativos en ninguna cárcel, a excepción de las visitas conyugales.

Equipo de perforación seguro y tatuaje

67. No existe el acceso a información ni a los equipos para hacer los tatuajes o la perforación con más seguridad.

Prevención de la transmisión a través de la inyección de drogas:

68. Teniendo en cuenta los últimos datos de la Dirección Nacional sobre el SIDA, el 6,8% de las nuevas infecciones por el VIH ocurren entre los consumidores de drogas intravenosas. Por lo tanto, podría sospecharse que la proporción de consumidores por vía parenteral en las cárceles puede ser mayor que percibe. No hay datos disponibles para la población penitenciaria. No hay acceso a los equipos para la prevención del VIH o la hepatitis C y B.

La vacunación de la hepatitis A y B:

69. Una campaña aislada de aplicación de vacuna contra la hepatitis A y B se organizó en 2007. La cohorte de la población que entra en la cárcel actualmente no es parte de la cohorte de niños que se benefician de la vacunación sistemática (en la comunidad).

La profilaxis post-exposición (PPE)

70. Sobre la base de la información, tanto el personal como los reclusos tienen acceso a PPE. Sin embargo, se desconoce en qué medida los internos son conscientes de esta posibilidad.

Prevención de la transmisión de madre a hijo:

71. Las mujeres embarazadas VIH positivas reciben el tratamiento ARV para prevenir la transmisión vertical a sus hijos. Las mujeres embarazadas VIH + son desalentadas a amamantar a sus hijos para prevenir la transmisión.

Visitas conyugales:

72. Por el reglamento, cada interno tiene derecho a una visita conyugal por lo menos cada 6 meses; los condones están disponibles para estas visitas.

VIH tratamiento, cuidado y apoyo

73. No existe un protocolo para el seguimiento de los casos VIH+ estipulando, por ejemplo, la frecuencia de los recuentos de CD4.
74. Todos los medicamentos antirretrovirales están preparados por el Ministerio de Salud. La calidad del tratamiento y del cuidado es muy buena. Sin embargo, las mismas directivas no se utilizan en todo el sistema. Por ejemplo, los criterios para la prevención de las enfermedades oportunistas varían entre el U1 y el U21.
75. Pacientes con SIDA tienen acceso a nutrición suplementario.
76. No hay ninguna continuación efectiva del tratamiento y del cuidado entre la cárcel y la comunidad. La mayoría de los internos que son liberados no tiene acceso al tratamiento en la comunidad e interrumpen sus tratamientos. Además, los riesgos de desarrollar la resistencia, especialmente por TB están creciendo.
77. Todos los medicamentos son puestos a disposición por el Ministerio de Salud. A finales de 2007, 243 personas estaban bajo tratamiento, lo que representa el 3% de la población penitenciaria.

Consumo de Drogas y Tratamiento a drogodependencias en las cárceles

78. Los reportes indican que en la Argentina, las drogas ilegales más consumidas son la Marihuana, Cocaína, Pasta Base de Cocaína. El cuerpo de la misión no tuvo acceso a informes oficiales sobre prevalencia y patrón de uso de drogas y estupefacientes dentro de las cárceles pero, según la información suministrada por las personas entrevistadas, las drogas más consumidas son la cocaína, marihuana y psicofármacos. El consumo de heroína y otros opiáceos es reportado como limitado o nulo, al igual que la administración de drogas por vía endovenosa. Las estadísticas reflejadas en los reportes de drogas dentro de los recintos son producto de datos y decomisos, registrados durante requisas esporádicas. La droga incautada con mayor frecuencia es presuntamente la pasta base de cocaína. Otras drogas comúnmente confiscadas son el cannabis y los tranquilizantes. La misión fue informada sobre una disminución en el número de

consumidores de drogas inyectables en los últimos años, tanto en la población general como dentro de las cárceles, observándose un rápido aumento del consumo de pasta base.

79. En las entrevistas la información sobre consumo de drogas dentro de las cárceles fue contradictoria ya que mientras algunos funcionarios refirieron la existencia de un reducido consumo de drogas dentro de las cárceles, los resultados de una Encuesta realizada en el marco del proyecto Cárceles Saludables, arrojaron que un 80% de la población carcelaria era usuaria de drogas, 25% de estos por vía inyectable.
80. Existe en el ámbito del Servicio Penitenciario Federal, específicamente en el Departamento de Estudios y Proyectos, la creación de un registro sobre el consumo de sustancias psicoactivas vinculada a la comisión de delitos a fin de diseñar políticas que produzcan cambios en este sentido.
81. En tratamiento de desintoxicación y rehabilitación, previo consentimiento por parte del infractor, esta estipulado en la Ley N° 23.737 que responsabiliza al Servicio Penitenciario Federal por la ejecución de la medida de seguridad comprendida por la disponibilidad de un lugar para la provisión del tratamiento de rehabilitación. Esta medida es aplicada por el juez de la causa, una vez que los expertos determinan la orientación terapéutica mas adecuada, en función del grado de consumo y/o adicción y el delito cometido.
82. La atención de reclusos con problemas de drogodependencias se realiza en los Centros de Rehabilitación a Drogodependientes (C.R.D). Existen cinco Centros de Rehabilitación a Drogodependientes (C.R.D) ubicados en igual número de Unidades del Servicio Penitenciario Federal los cuales funcionan con un régimen de Comunidad Terapéutica Profesionalizada cerrada adecuadas al ámbito penitenciario. Existe un programa de Orientación y Asistencia del Drogodependiente en el C.F.J.A. En las unidades del norte del país (U22, U10) el tratamiento a drogodependencias se realiza en centros asistenciales extramuros.
83. El establecimiento de los CRD se fundamenta en el régimen penal de Estupefacientes (Ley 23.737) que ordenó que el Servicio Penitenciario Federal y los Provinciales la disposición de un lugar donde, en forma separada del resto de los demás internos, se pudiera ejecutar la medida de seguridad curativa que el tribunal fijara para los internos

drogodependientes. Posteriormente en el año 1996, la Ley de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad (Ley 24.660) dispuso que los establecimientos penitenciarios deberán contar con secciones separadas e independientes para el alojamiento y tratamiento de internos drogodependientes, y en cuanto a la formación de personal, estableció que éste debe ser cuidadosamente capacitado y especializado, especificando la necesidad de reorganizar o facilitar la formación del personal, de acuerdo a los diferentes roles que deba cumplir, así como garantizar una permanente actualización y perfeccionamiento profesional.⁸

84. El cuerpo de la misión tuvo oportunidad de visitar los siguientes Centros de Rehabilitación a Drogodependientes:

- Centro Federal de Tratamientos Especializados para Jóvenes Adultos “Malvinas Argentinas”, que aloja internos de 18 a 21 años, pudiendo extenderse hasta los 25. Este centro tiene una capacidad real de 44 internos y en la actualidad alberga a 44 internos.
- “San Agustín” CFP I, que aloja varones mayores, prioritariamente procesados. Tiene capacidad real para 24 internos y en la actualidad alberga 23.
- “Beata Teresa de Calcuta”- Unidad 3 que aloja internas mujeres tiene capacidad para 24 internas y residen en la actualidad 18.

85. En un año y medio la capacidad de los C.R.D. ha aumentado. De acuerdo a la información recibida la capacidad real en los C.R.D. es de 125. Al momento de la misión se encuentran alojados 97 internos y existen 28 plazas disponibles. Llama la atención que el cuerpo de la misión fue informado de la existencia de “listas de espera” para el ingreso a los C.R.D. La misión fue informada de los planes para la expansión mediante la creación de nuevos C.R.D. con el objetivo de incrementar la capacidad a 250.

86. La oferta de servicios se concentra en un tipo o modalidad de tratamiento: Comunidad terapéutica con variación entre los C.R.D. visitados respecto a existencia de otras modalidades. Por ejemplo, en la Unidad 21 se mencionó la visita esporádica de miembros de N/A al igual que en el C.R.D. del C.F.T.J.A., pero esta actividad no es regular. *Los estrictos criterios de inclusión a los C.R.D sumado a la limitada oferta de una gama más*

⁸ La cantidad de internos con medidas curativas a fecha 24/10/08 era del orden del 3,3% de los condenados.

amplia de servicios de tratamiento a drogodependencia, limita el acceso a estos servicios.

87. No existen mecanismos estructurales y/o programáticos de referencia y contrarreferencia a centros de tratamiento a drogodependencias fuera de los recintos penitenciarios que permitan garantizar la continuidad de tratamiento posterior a la liberación.
88. No existen mecanismos para el monitoreo y evaluación continua y sistemática de las actividades de los C.R.D. que permitan identificar la eficacia, eficiencia y efectividad de estos centros, en particular en los referente a recaídas y reincidencia. Por ejemplo, la tasa de reincidencia en el 2007 fue de 29,34% para condenados y 55,33% para los procesados. Se recomienda determinar el porcentaje de los reincidentes que recibieron tratamiento a su problema de drogodependencia en prisión.
89. Actualmente el S.P.F está diseñando el Programa de Tratamiento Ambulatorio, dirigido a internos que por sus características personales, historia de uso/abuso de drogas y/u otras razones no cumpla con los criterios para el tratamiento en los C.R.D. El tratamiento tiene una base Cognitivo-Conductual, con intervenciones individuales y grupales además de taller de laborterapia. La misión fue informada que este Programa esta siendo implementado en la Unidad 20. *Se recomienda sistematizar esta experiencia piloto, realizar la evaluación pertinente y de obtenerse resultados positivos, desarrollar las bases para la implementación en otros centros penitenciarios.*

Rehabilitación y Reinserción en la Sociedad

90. La rehabilitación social y la preparación para la liberación deben comenzar desde el primer día de la sentencia y continuar durante todo el periodo post-liberación. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece que el principio esencial para el tratamiento de los reclusos debería ser su formación y su rehabilitación social. Las reglas estándares Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos ponen en claro que el propósito y la justificación de la sentencia de reclusión es finalmente proteger a la sociedad del crimen y que una vez que el delincuente regrese a la sociedad, deberá tener la voluntad de llevar una vida de constante autoapoyo y respeto a las leyes.

91. El cuerpo de la misión se sorprendió por los programas que existen dentro de los recintos penitenciarios federales para la rehabilitación y la reinserción de los internos. Se informó de la existencia de talleres de convivencia, lectoescritura, deportes, resolución de problemas, cine, habilidades cognitivas, entre otras. El cuerpo de la misión visitó la Unidad 3 una cárcel donde se realizan intentos activos para instruir a las reclusas y ofrecer actividades como la costura y confección de ropa. Las reclusas comprometidas en estas tareas trabajan por un pequeño salario. En general, las internas visitadas presentaron una conducta positiva y se mostraron deseosas de conversar sobre su trabajo con el cuerpo de la misión. Los funcionarios de la cárcel demostraron un alto grado de compromiso para asegurar actividades viables para los reclusos. Los esfuerzos que se llevan a cabo en deben ser reconocidos como ejemplo de buenas prácticas dentro del país. Sin embargo, a pesar de los programas, al conversar con las algunas de las reclusas nos percatamos de las graves dificultades que atraviesan en la práctica para la verdadera reintegración.
92. Uno de los aspectos mas preocupantes identificados es la carencia de mecanismos programáticos que permitan al referencia de los reclusos/as a centros de tratamiento a drogodependencias post liberación. Es importante recordar que la drogodependencia es una condición crónica y que una de las características que al definen es la aparición de recaídas recurrentes lo que no debe interpretarse como falla de las estrategias terapéuticas sino como parte de la naturaleza propia de la enfermedad.

RECOMENDACIONES

93. La Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD) apoya fuertemente el proceso de cambios emprendidos por el Servicio Penitenciario Federal en particular aquellos relacionados con el tratamiento a drogodependencias y prevención y cuidados del VIH y SIDA dentro de los recintos penitenciarios. Aunque no fue posible realizar una evaluación detallada durante el corto período de tiempo disponible para la misión las discusiones detalladas con algunos agentes claves, representantes de los servicios de tratamiento, así como las visitas a las cárceles y centros de salud permiten afirmar que el Servicio Penitenciario Federal cuenta con la estructura organizativa, recursos humanos y voluntad para emprender los desafíos actuales y lograr los objetivos planteados a fin de perfeccionar los programas de prevención y atención al uso de drogas y del VIH. A continuación se proporciona un resumen de recomendaciones fundamentales:
94. La salud en las prisiones es un componente esencial de salud pública. Un medio para garantizar el acceso de los reclusos a sistemas de cuidados de salud con niveles adecuados es asegurando un vínculo más estrecho entre los servicios de salud de las cárceles y los de salud pública. El programa de salud en el SPF se encuentra bajo la responsabilidad del SPF, con poca o ninguna coordinación con el Ministerio de Salud. Los médicos tienen que informar al director de los resultados del examen médico al ingreso. La transferencia de la responsabilidad de la atención de la salud de la SPF para el Ministerio de Salud permitirá un enfoque de salud pública de la salud de la población penitenciaria, que facilitaría la continuidad de la atención, garantizar el acceso a los mismos programas de salud tanto en la cárcel como en la comunidad. Muchos países trabajan para crear y reforzar dichos vínculos. Por ejemplo, el Comité de Ministros del Consejo de Europa ha recomendado que “las políticas de salud bajo custodia deberían ser integradas y ser compatibles con las políticas nacionales de salud”. La Organización Mundial de la Salud ha proporcionado también una serie de argumentos sobre por qué las cárceles y la salud pública deberían estar más integradas. Algunos de los motivos incluyen: (i) Las cárceles contiene un número desproporcionado de grupos marginados, personas en malas condiciones de salud y con enfermedades crónicas no tratadas, y aquellos que se involucran en prácticas riesgosas como el consumo de drogas y la comercialización del sexo; (ii) El alto índice de movilidad de las personas desde la sociedad hacia las cárceles, donde el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión es

alto, y de las cárceles a la sociedad, sin haber recibido un tratamiento efectivo o un seguimiento; (iii) La condición de las cárceles es en sí poco saludable, faltando espacio para el alojamiento, buenos niveles de higiene, agua potable, alimentos. Además, los reclusos están sujetos a altos niveles de violencia. Por lo tanto, el cuerpo de la misión está de acuerdo con la iniciativa del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de traspasar la responsabilidad por la salud de los reclusos al Ministerio de Salud Pública para asegurar un nivel equitativo de cuidados.

95. La cuestión de la calidad de la atención de la salud en las cárceles en la Argentina, no sólo se refieren a la SPF, pero también el sistema provincial. Sería preferible que los debates se iniciaran con todos los actores del sistema penitenciario, a fin de desarrollar una estrategia nacional y plan de acción.

Recomendaciones específicas para VIH y SIDA en las cárceles:

96. Hay una necesidad de desarrollar en los centros penitenciarios una estrategia y un programa para el VIH que sea: integral, sostenible, sensible al género y basado en evidencias. Para ello es necesario desarrollar las siguientes actividades:
- a. La recopilación de las evidencias: la primera prioridad es llevar a cabo una evaluación exhaustiva de la situación, incluyendo encuestas voluntarias y anónimas de comportamiento (sexual, de inyección de drogas, tatuajes, piercing), encuestas serológicas y evaluación de la seguridad de la atención dental y cuidado de la atención de la salud, la evaluación de riesgos para los funcionarios de prisiones.
 - b. La revisión de las prácticas y el desarrollo de directrices y protocolos para las actividades de prevención, de gestión clínica del VIH, de los pacientes con hepatitis y tuberculosis, de acuerdo con directrices nacionales del Ministerio de Salud;
 - c. Creación de capacidades: para evaluar las necesidades de formación, y desarrollar un programa de capacitación sobre la prevención del VIH el tratamiento y la atención;

d. Un acceso de todos los reclusos a las medidas de prevención basada en la evidencia y a los productos básicos: el acceso a los preservativos, el acceso a material de inyección para consumidores de drogas intravenosas, equipos de perforación, para el tratamiento farmacológico y apoyo;

e. La implicación de los internos en la ejecución de las actividades y el desarrollo de la capacidad de las ONGs para aumentar su participación en las actividades de prevención, apoyo y por la continuidad de la atención

f. Un mejor acceso a testeo voluntario con consejería y asesoramiento y consentimiento informado para el VIH y la hepatitis;

g. Una mejor recopilación de datos y sistema de análisis de datos, en particular en lo que se refiere a la prevalencia e incidencia de las enfermedades infecciosas;

h. Seguimiento y evaluación del programa;

97. Todos los diferentes actores deben ser movilizados para preparar, ejecutar y supervisar este programa. Esto podría hacerse por ejemplo, a través de un grupo de trabajo incluidos los actores externos e internos de la administración penitenciaria: ONG, Ministerio de Salud, del PAN, N. Programa de TB, la Agencia Nacional de Drogas.

Recomendaciones específicas para el mejoramiento de los servicios de tratamiento a drogodependencias en las cárceles

98. Establecer sistemas efectivos para estimar la prevalencia real de drogodependencias dentro de la prisiones garantizando la confidencialidad y privacidad de los internos y, sin que existan riesgos para quien revele su condición pero que permitan la planificación e implementación de medidas de prevención (información, educación, capacitación), tratamiento a drogodependencias de calidad y oportunos, que respondan a las necesidades de los drogodependientes en las cárceles, así como la continuidad de tratamiento posterior a la liberación.

99. Dados los desafíos que se enfrentan dentro del sector carcelario respecto del uso de las drogas, existe la necesidad de comenzar intervenciones significativas en el área de tratamiento del consumo de drogas. Las intervenciones y servicios para personas con uso problemático de drogas o dependientes constituyen un componente esencial de los sistemas de salud pública ya que los prisioneros son parte y reflejo de la comunidad. Resultados de diferentes estudios en distintas regiones indican que el porcentaje de personas con problemas de uso de drogas en prisiones varía entre 40 y 80% y existe evidencia que el trabajo con drogodependiente dentro de las prisiones puede reducir la reincidencia en el delito y la dependencia a drogas. La evidencia científica permite hoy en día pensar en la posibilidad de aplicación de nuevas estrategias de tratamiento dentro del sistema de justicia (Redonna K et al. 2009), con el potencial de transformar el enfoque tradicional focalizado en la sanción como medio para garantizar la seguridad pública⁹. Como ejemplo, estudios realizados en los Estados Unidos de Norteamérica han demostrado que por cada dólar (EEUU) invertido en tratamiento a drogodependencias dentro del sistema de justicia, la sociedad ahorra un promedio de cuatro dólares. La ONUDD apoya la iniciativa tomada en este respecto por la Dirección del Servicio Penitenciario Federal y buscará continuar brindando asistencia técnica en el área de tratamiento del consumo de drogas en prisiones.

100. Si bien el programa de tratamiento actualmente en práctica en los C.R.D , la evidencia científica indica que el tratamiento a drogodependencias debe responder y adaptarse a las necesidades individuales y particulares de cada individuo, así como a la evolución misma de la condición. Los mejores resultados en el tratamiento a drogodependencias se obtienen cuando el tratamiento se adapta para responder a las necesidades individuales y para esto se requiere de la disponibilidad de una amplia gama de servicios y modalidades de tratamiento.

101. Para mejorar el acceso a los servicio de tratamiento a drogodependencias dentro de las prisiones, éstas deben proveer una variedad de opciones de tratamiento a drogodependencias, basados en las necesidades locales e individuales. No debería existir diferencia entre las opciones de tratamiento disponibles fuera y dentro de las de las cárceles. *El acceso a los servicios de tratamiento debe garantizarse sobre la base de la necesidad y la demanda.*

⁹ Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system. 2009, JAMA; 301(2):183-190.

102. Se recomienda la implementación de programas integrales de tratamiento a drogodependientes que garantice la continuidad, tanto para aquellos que ingresan a la prisión recibiendo algún tipo de tratamiento como aquellos que inician el tratamiento mientras permanecen en la prisión y que posteriormente son liberados. La adicción es una enfermedad crónica por lo que el tratamiento, para ser efectivo debe proveerse garantizando la continuidad de cuidados.¹⁰
103. Se recomienda el desarrollo de normas estandarizadas y protocolos de tratamiento a drogodependencias adaptados a las realidades propias de los recintos penitenciarios.
104. La oferta de servicio de tratamiento a drogodependencias, de calidad, basado en evidencia científica y oportuna requiere de la existencia de personal capacitado, con un entrenamiento específico y debe incluir a todo el personal que labora en las prisiones en el área de salud.
105. Los servicios de tratamiento a drogodependencias en las prisiones deben ser sometidos a monitoreo continuo y evaluaciones periódicas.
106. La continuidad de tratamiento a drogodependencias para los prisioneros que entran y salen de la prisión requieren de la colaboración entre las prisiones y agencias externas.
107. Formar a los jueces sobre las ventajas de las sanciones sin prisión, en especial para aquellas personas afectadas por el consumo de drogas y aquellas afectadas por problemas de salud mental. Alentar la creación de una ley que habilite a los jueces a utilizar las medidas alternativas a la prisión que hoy se limitan al transcurso del proceso para que puedan emplearse como verdaderas alternativas a las penas impuestas por la sentencia que finaliza el juicio.
108. En general, es importante lograr la movilización de apoyos y actores externos a la prisión. Puede explorarse la creación de grupos de trabajo que incorporen representantes de otros organismos gubernamentales, tales como Ministerio de Trabajo, Educación, Finanzas y Desarrollo Social, entre otros, para el diseño de políticas públicas inclusivas orientadas a garantizar acceso a la personas que permanecieron dentro del sistema

¹⁰ Nora Volkow, 2009. NIDA (National Institute of Drug Addiction, USA)

penitenciarios, cumplieron su condena y posteriormente requieren ser integradas a la sociedad y así brindarles verdaderos espacios de participación educativa, laboral y social. *Acción coordinada a nivel de políticas sociales a nivel general y a nivel local y comunitario.*

109. Monitoreo y evaluación continua de las intervenciones actualmente en práctica así como la elaboración e implementación de protocolos de investigación orientados a obtener información en incorporarla en el diseño de las políticas y la implementación de nuevas y mas eficientes estrategias adaptadas a las realidades locales. Un ejemplo es la necesidad actual de clarificar el tipo de sustancia que circula en la forma denominada “paco” y/u otras sustancias similares y determinar manera científica y objetiva los componentes fundamentales de esta sustancia y aplicar las medidas sanitarias adecuadas, y las estrategias para la prevención y tratamiento de las personas afectadas.