

Atención de la salud de personas privadas de libertad

Edna Maria Alves Valim¹, Ana Maria Lombardi Daibem², William Saad Hossne³

Resumen

El derecho a la salud, garantizado por la actual Constitución, aún no se ha efectivizado para las personas privadas de libertad. Solo en los últimos años tuvieron lugar acciones gubernamentales destinadas a la reinserción social de estas personas, a través de la educación, el trabajo y la salud. Se trata de un estudio cualitativo para verificar la realización de consultas y orientaciones sobre el servicio de salud en el momento del ingreso a una penitenciaría de Minas Gerais, Brasil. Se entrevistaron 21 personas en esta situación, y la mayoría hizo referencia a la falta de atención en el ingreso y a la inexistencia de orientación sobre el funcionamiento de la unidad de salud de la prisión, y a las situaciones en las que se deriva a la atención extramuros. Además, reportaron dificultades en la asistencia, insatisfacción con el enfoque terapéutico y preocupación por la transmisión intrainstitucional de enfermedades. Considerando que la falta de atención y orientación en este momento puede causar daños irreparables, se buscó, sobre la base de la bioética, reflexionar sobre la negligencia del Estado hacia el custodiado en situación de vulnerabilidad.

Palabras clave: Bioética. Accesibilidad a los servicios de salud. Atención a la salud. Prisioneros. Prisiones.

Resumo

Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade

O direito à saúde, assegurado pela atual Constituição, ainda não foi efetivado para as pessoas privadas de liberdade. Somente nos últimos anos ocorreram ações governamentais visando reintegrar socialmente essas pessoas pela educação, trabalho e saúde. Trata-se de estudo qualitativo para verificar a realização de consulta e orientação sobre serviço de saúde no momento do ingresso em uma penitenciária de Minas Gerais, Brasil. Foram entrevistadas 21 pessoas nessa situação, e a maioria referiu ausência de consulta no ingresso e inexistência de orientação sobre funcionamento da unidade de saúde prisional e sobre as situações nas quais são encaminhadas para atendimento extramuros. Ainda foram relatadas dificuldade para atendimento, insatisfação com conduta terapêutica e preocupação com transmissão intrainstitucional de doenças. Considerando que a falta de consulta e orientação nesse momento podem gerar danos irreparáveis, buscou-se, com base na bioética, refletir sobre a negligência do Estado para com o custodiado em situação de vulnerabilidade.

Palavras-chave: Bioética. Acesso aos serviços de saúde. Atenção à saúde. Prisioneiros. Prisões.

Abstract

Attention to the health of people deprived of their liberty

The right to health, guaranteed by the current Constitution, has not yet been implemented for persons deprived of their liberty. Only in the last years did government actions aim at the social reintegration of these people, through education, work and health. This is a qualitative study to verify the accomplishment of consultation and guidance on health service at the time of admission to a penitentiary in the State of Minas Gerais, Brazil. Twenty-one people in this situation were interviewed. The majority reported an absence of consultation at admission, and the lack of guidance on the functioning of the prison health unit as well as on the situations in which they would be referred for extramural care. There were also reports of difficulties in being attended to, dissatisfaction with therapeutic conduct, and concern with intra-institutional transmission of diseases. Considering that the lack of consultation and guidance at the time of admission can cause irreparable damage, this study, based on Bioethics, sought to reflect on State negligence regarding inmates in a vulnerable situation.

Keywords: Bioethics. Health services accessibility. Health care (public health). Prisoners. Prisons.

Aprovação CEP-UFTM CAAE 49917315.0.0000.5154 e CEP-Unisc CAAE 49917315.0.3001.0062

1. **Doutora** edna.valim@uftm.edu.br – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba/MG 2. **Doutora** amldaibem@gmail.com – Centro Universitário São Camilo, São Paulo/SP, Brasil 3. **Doutor** andreaHossne@gmail.com – *In memoriam*.

Correspondência

Edna Maria Alves Valim – Praça Manoel Terra, 330, Centro CEP 38015-050. Uberaba/MG, Brasil.

Declaram não haver conflito de interesse.

Los derechos sociales, previstos en la Constitución Federal¹, no se implementaron simultáneamente a la población brasileña. El derecho a la salud, *un derecho de todos y un deber del Estado*, respaldado por el artículo 196 de la Constitución¹ y por las Leyes 8.080², que instituyó el Sistema Único de Salud (SUS), y 8.142³, que determina la participación de la comunidad en la gestión del SUS, no fue garantizado a personas privadas de libertad (PPL). Con el objetivo de orientar la reinserción social del prisionero, solo en los últimos años se adoptaron medidas gubernamentales para cumplir el deber del Estado en la asistencia a PPL por medio de la educación, el trabajo y la salud, conforme a lo dispuesto en la Ley 7.210⁴, la Ley de Ejecución Penal (LEP).

En lo referente a la salud, después de años de discusiones, se publicó la Orden Interministerial del Ministerio de Salud/Ministerio de Justicia (MS/MJ) 1.777/2003⁵, la cual instituyó el Plan Nacional de Salud en el Sistema Penitenciario (PNSSP), enfatizando la necesidad de una política pública de salud especializada. Al garantizar la transferencia de recursos, esa política debe tener como base principal la justicia, la ética, la ciudadanía, los derechos humanos, la equidad y la participación en el proceso democrático de derechos y del control social. Existen grandes distorsiones en la efectividad del derecho a la salud para una parte representativa de la población brasileña, en la cual se incluyen las PPL.

En el país, las PPL tienen una mayor vulnerabilidad social, debido a la posición que ocupan en la sociedad, con acceso restringido a bienes y servicios y pocas oportunidades. Se encuentran prisioneras en unidades penitenciarias, en condiciones desfavorables de habitación, salubridad y acceso a acciones de salud. Al ser así, esas personas pueden tener más comprometida la salud física y mental, si se comparan con la población en general⁶.

El PNSSP se ha considerado un marco en la atención a la salud en el contexto penitenciario brasileño, al establecer la lógica de la atención básica para los equipos de salud del sistema. Sin embargo, aunque el PNSSP no haya sido implementado de forma homogénea y simultánea en todas las unidades del sistema penitenciario del país, en 2014 se instituyó, en el ámbito del SUS, la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de Personas Privadas de Libertad en el Sistema Penitenciario (PNAISP)⁷. La Orden Interministerial MS/MJ 1/2014⁷ establece las condiciones para la adhesión a esa política y al pacto para prestar atención básica de salud en el sistema penitenciario.

En Brasil, los ciudadanos se consideran insertos en las relaciones sociales, sin embargo, eso no

garantiza que se atiendan las necesidades y derechos de las personas vulnerables. Según Sarmento, *en el proceso de universalización se vislumbra el aspecto más patológico del proceso de afirmación de la dignidad humana en Brasil*⁸. El factor económico está relacionado con la generación de la desigualdad, pero otros factores interfieren en la definición de los que se alcanzarán. Los pobres son estigmatizados y, en circunstancias específicas, *también otros grupos vulnerables como los negros, los indígenas, las mujeres, los homosexuales, los presos y las personas discapacitadas, cada uno a su modo*⁸.

Es responsabilidad del Estado proteger los derechos de las personas, en especial de quienes se encuentran imposibilitadas de ejercerlos plenamente. Si bien existen marcos jurídicos de alcance internacional o regional, se observa el mantenimiento, de modo particular en cada estado, de las dificultades que impiden que personas vulnerables ejerzan plenamente sus derechos. Para los prisioneros, esas dificultades son mayores en varios aspectos, entre los cuales se destacan los relacionados con el acceso a la educación, al trabajo y también a la atención de la salud.

Actualmente, existen ocho tratados internacionales que buscan garantizar los derechos humanos en la atención al paciente. Esos tratados son vinculantes para los Estados que los ratificaron, pero poseen una fuerza moral y política incluso en los países que no lo hicieron⁹. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) supervisa el cumplimiento de los tratados por parte de los Estados y puede recibir y examinar denuncias de violación a los derechos humanos⁹. Uno de esos tratados es el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*¹⁰, ratificado por Brasil en 1992¹¹.

Incluso existen instrumentos internacionales que no tienen la fuerza vinculante de los tratados, pero ayudan a interpretar los derechos del paciente. Entre ellos, con relación estrecha al tema en estudio, está el *conjunto de principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión*¹². Esas orientaciones prevén, en su 24º principio, que la persona *debe pasar por un examen médico adecuado, en el plazo más corto posible desde que ingresa al lugar de detención o prisión; posteriormente, debe disfrutar de cuidados y tratamientos médicos toda vez que sea necesario*¹².

Al considerar que le corresponde al Estado proteger los derechos de los ciudadanos y que las personas en condición de vulnerabilidad tienen más dificultades para garantizar sus derechos, se busca, por medio de la bioética y de los derechos humanos,

encontrar conductas más realistas en los valores y bienes esenciales de la sociedad, las cuales atiendan las necesidades de dichos individuos para una convivencia armoniosa y adecuada a las condiciones de vida. Los referenciales de la bioética propuestos por Hossne¹³ pueden constituir un medio para la discusión y la reflexión de forma que *la voz del otro esté siempre presente*¹⁴ en la definición de prioridades y adopción de medidas para alcanzar la equidad, a partir de la identificación, del reconocimiento y del análisis de las desigualdades, sus causas y eventuales consecuencias¹⁵.

Existen pocos trabajos sobre las condiciones de salud de las PPL. Conocer sus problemas y sus necesidades de atención a la salud, a la luz de la bioética, para garantizar la dignidad humana fue el objetivo general de la investigación realizada por Valim¹⁶. Este estudio es un recorte de esa investigación y tuvo como objetivo verificar si los prisioneros son atendidos por equipos de salud carcelaria al entrar a la penitenciaria localizada en el estado de Minas Gerais, Brasil, y si reciben orientación sobre el funcionamiento de la unidad de salud existente en el lugar.

Método

Se trata de un estudio de alcance cualitativo, del tipo descriptivo y exploratorio, realizado en enero de 2016 en la penitenciaria localizada en el estado de Minas Gerais, destinada a mantener prisioneros de ambos sexos no sentenciados y sentenciados a penas en los regímenes cerrado y semiabierto. Participaron en el estudio 24 PPL de ambos sexos. Esas personas habían sido capacitadas como agentes promotores de salud (APS) entre 2012 y 2014 y se encontraban prisioneras al momento de la realización del estudio. La elección de trabajar con presos y presas formados como APS se justifica debido a que participaron en actividades en que se presentó la organización del SUS, principalmente en cuanto a acciones de promoción de la salud y prevención que deben ser prestadas por el equipo de salud de la prisión.

Después de la aceptación de la dirección de la penitenciaria, la investigación se registró en la Plataforma Brasil y se aprobó. La administración de la penitenciaria realizó el levantamiento de las PPL formadas como APS que todavía se encontraban detenidas. Una vez finalizado el levantamiento, se definió, con la dirección de la penitenciaria, en función de la logística y de la seguridad, la orden de los invitados, el cronograma de las entrevistas y el lugar

para su realización. En la elección del lugar para las entrevistas se consideraron condiciones que aseguraban la privacidad.

La participación en la investigación no fue obligatoria y se garantizó la confidencialidad de la información prestada. Solamente se entrevistaron los presos que, después de la aclaración, concordaron libremente con la participación y firmaron el término de consentimiento informado. Las entrevistas fueron individuales, semiestructuradas y registradas en audio.

Todas las conversaciones se transcribieron y digitaron y cada una de ellas se examinó y comparó con los respectivos audios para verificar y corregir eventuales errores en la comprensión de las conversaciones. Con el objetivo de asegurar la confidencialidad, en algunas partes se eliminaron las conversaciones y se sustituyeron por puntos suspensivos entre paréntesis. Las pausas en la conversación con el entrevistado se marcaron con puntos suspensivos continuos en el texto¹⁷. Donde no fue posible entender lo que se dijo se utilizó línea continua “_____”¹⁷. Para resguardar la identidad de los entrevistados, se identificarán solo como “participantes” y no se presentarán sus perfiles. En las partes transcritas de las entrevistas se utilizó “P” para participante y “E” para entrevistador.

Resultados

Todas las PPL contactadas para participar en el estudio fueron receptivas. No se detectó incomodidad emocional durante las entrevistas, las cuales transcurrieron en un clima agradable. Veintiuna personas acordaron libremente participar, una informó, después de la aclaración, que no le gustaría ser incluida y a dos no se les preguntó, pues se encontraban en régimen semiabierto, con trabajo en servicio externo a la institución. Para que fuera posible abordar a esas PPL para una invitación, aclaración y eventual participación en el estudio, se necesitaría que faltasen al trabajo, de acuerdo con los horarios de retorno a la institución, alrededor de las 16 hrs. Tampoco sería viable programar las entrevistas para después del retorno de las PPL, debido a las rutinas administrativas de cierre de actividades regulares diarias y a la proximidad de los horarios de cambio de equipos de los sectores de seguridad de la penitenciaria. A consecuencia de eso, se optó por excluirlas del estudio.

Los relatos obtenidos en las entrevistas no fueron editados. El análisis de los datos se realizó [o

LOS DATOS SE ANALIZARON] según la propuesta de análisis de contenido de Bardin¹⁸, culminando con la definición de las siguientes categorías y subcategorías temáticas: 1) el ingreso al sistema carcelario; 2) el acceso al servicio de salud; 2.1) la existencia de un problema anterior de salud; 2.2) el desarrollo de un problema de salud después de la cárcel) y 3) el acceso a la atención de la salud a la luz de la bioética.

Este trabajo es un recorte de la investigación, con énfasis en el ingreso al sistema carcelario, en el cual se abordarán la realización de la consulta inicial y la orientación sobre el funcionamiento del servicio de salud. Los relatos de los participantes sugieren que no existe una conducta estandarizada para la consulta inicial y la orientación sobre el funcionamiento del servicio de salud en los últimos diez años, visto que el tiempo de detención de dieciocho PPL entrevistadas varió de dos a diez años y nueve meses y solamente tres PPL estaban detenidas hace menos de un año. La contradicción aparente entre el tiempo de detención inferior a un año y la formación como APS entre 2012 y 2014 se debe al hecho de que las PPL estaban detenidas en el periodo de formación como APS, habían salido del sistema y luego retornado como consecuencia de un recurso de sentencio o nuevo acto ilícito. De las 21 personas privadas de libertad que participaron en el estudio, cinco mencionaron que existía atención de salud en un periodo cercano a la admisión, conforme a los siguientes relatos:

“Cuando llegamos, unos tres o cuatro días después, vamos a la enfermería y nos preguntan si tenemos algún problema de salud, si tomamos algún remedio...controlado... ese tipo de cosas, pero no nos hacen exámenes (P);

“No me pidieron exámenes. Solo me preguntó si tenía algún problema, ese tipo de cosas” (P).

No fue posible identificar, a partir del levantamiento del tiempo de detención, en qué años se realizaron regularmente consultas al momento de la admisión. Igualmente, no fue posible asociar el número de PPL reclusas y la capacidad de ocupación de la penitenciaria para verificar si la superpoblación produjo un aumento de la demanda para atenciones de urgencia en la unidad de salud carcelaria y, en consecuencia, la no realización de las consultas en el momento de ingreso a la institución. Sin embargo, se puede considerar la hipótesis.

Dos participantes mencionaron la realización de atención, uno de ellos como consecuencia de una necesidad puntual: “A veces, cuando estamos

mal, nos llevan. (...)No. No. Solo cuando me enfermé fui” (P). Un participante relató que solamente lo atendieron cuando estaba próximo a salir del sistema penitenciario, al momento de ser recibido por la Comisión Técnica de Clasificación (CTC): “No. No me atendieron. Nunca me preguntaron. Solamente cuando uno pasa por el CTC, para irse” (P). También llama la atención la conversación con una PPL, la cual permite inferir que los exámenes no son de rutina, al contrario, se realizan solo en situaciones específicas: “No, no. Fui directo para la celda. Sería lo correcto, ¿cierto? Que nos hicieron algunos exámenes. Para ver si tenemos VIH, para ver si tenemos otros tipos de enfermedades. Eso sería lo correcto. Pero no fue lo que sucedió” (P).

En relación con la segunda pregunta investigada, los 21 participantes relataron que no recibieron orientación por parte de la administración del establecimiento penitenciario sobre el funcionamiento del servicio de salud existente o sobre los tipos de atenciones que pueden ser prestados por el equipo de unidad local de salud o en qué situaciones el equipo deriva a atenciones en otras unidades de la red pública municipal de salud.

Tres presos relataron que recibieron orientación, pero solamente durante la participación en actividades para la formación como APS. Un participante informó que les recalca frecuentemente la orientación a los otros prisioneros del pabellón en que se encuentra. Cuando una PPL necesita atención, la información en la institución se obtiene de los reclusos de los pabellones donde los recién ingresados se están quedando, con el “libre de celda” o con los agentes de seguridad penitenciarios. Esa comunicación informal se realiza a través de una “nota”, denominada internamente como “hable conmigo”, la cual se entrega a un recluso determinado, al “libre de celda”, quien ejecuta actividades internas en el área, es decir, que no está restringido a su propia celda, conforme se observa en la siguiente conversación:

“No, generalmente cuando uno llega pide asistencia, igual los(as) agentes nos dicen (...)que tenemos que esperar. ¡Porque todo está programado! Que hay mil y tantos presos para dos médicos, entonces tenemos que esperar nuestro turno”. (P)

“¿Pero alguien te explicó qué tienes que hacer o a quién tienes que recurrir si necesitas una atención? (E)

“No, se hace un hable conmigo, se le entrega a los agentes, ellos lo llevan... Y cuando tienen un cupo, el médico lo programa y nos llama”. (P)

“Entonces es el hable conmigo que tú...” (E)

“Sí, el hable conmigo”. (P)

“... ¿se lo entregamos al agente?” (E)

“Se lo entregamos al(la) libre de celda, el(la) libre de celda se lo entrega al(la) agente y ellos(as) bajan y nos llaman para la atención. ¡O, también, si te sientes mal, gritas, haces ruido y te llevan al médico! Ahí ellos(as) también te sacan. Si fuese un caso más grave, ¿entiendes?” (P)

“¿Pero quién te explicó? Quiero entender quién te explicó...” (E)

“¿Quién me explicó?” (P)

“Claro, que tenías que hacer un hable conmigo” (E)

“No, cuando uno llega aquí a la prisión. Cuando te acaban de encerrar” (P)

“Cierto”. (E)

“Uno llega, uno se siente mal. Un(a) compañero(a) de celda ya se dio cuenta de tu problema y te pregunta si estás muy mal. Él(ella) va a llamar a los(as) agentes. Si fuese una cosa menor, hacemos el hable conmigo, se lo entregamos y ellos(as) te van a dar asistencia”. (P)

“¿Entonces son tus compañeros quienes...?” (E)

“Uno siempre llega y alguien te orienta”. (P)

“¿Pero aquí, del servicio, nadie te habló, de la penitenciaria, que trabaja, quien orienta generalmente es otro(a) preso(a)?” (E)

“Sí, un(a) colega”. (P)

En el siguiente relato, se observa la dificultad que puede ocurrir por la ausencia de orientación sobre el tipo de atención prestada por el equipo de salud de la institución y las atenciones que se realizan extramuro:

“El día que me sentía mal, dije que quería que llamaran al Dr. (...). Hablé con (...), con (...). Llámame a un médico, si el Dr. (...) no me puede atender. Entonces él(ella) me dijo: ‘¿usted va a pagar?’ Yo le dije: ‘¡No estoy en condiciones de pagar!’ Entonces me dijo: ‘entonces no tienes cómo, porque el Estado no tiene forma de agendarte una atención. Porque hay que pagar para poder agendar’. Porque el Estado no podía resolverlo y solo ellos podían agendar una hora” (P).

Además, es posible observar en el siguiente relato, además de la ausencia de orientación, la falta de atención y la insatisfacción por la conducta terapéutica y por la transferencia interna de una PPL con sospecha de tuberculosis:

“No dan la atención, nos dejan allí. (...) Siempre pasa. Allá la atención es bien difícil. Les cuesta ir. (...) No traen nada, consiguen el remedio, pero no los traen. (...) Pero a veces está allí, ni siquiera con tuberculosis, hay veces que llegan personas de los anexos que nunca _____ allí, lo llevan y lo colocan al lado de uno (...) Tuberculosis, que nunca pasó aquí para ver lo que es. (...) Llega de la calle y lo colocan junto con uno, termina contagiando la tuberculosis. Uno pide que lo traigan, pero no hay forma, tiene que agendar _____. (...) Uno pide que vengan a atenderlo aquí, los agentes dicen que tienen que agendarlo. (...) Si uno busca su nombre, nunca lo agendaron, entonces tiene que empezar a alborotar el pabellón” (P).

Discusión

Los relatos obtenidos a partir de las entrevistas sugieren una irregularidad en la realización del protocolo mínimo para el diagnóstico de salud previsto en el PNSSP, el cual tiene como objetivo desarrollar acciones de promoción de la salud y de prevención de enfermedades a causa del ingreso del preso en el Sistema⁵.

La observación del conjunto de principios de la ONU para proteger a personas sujetas a detención garantiza que sean sometidas a un examen médico para la detección de una eventual necesidad de cuidados y tratamientos y se evita, de esa forma, que ocurran perjuicios al estado de salud¹². De la misma forma, la *Convención Americana sobre Derechos Humanos*, del 22 de noviembre de 1969, conocida como *Pacto de San José de Costa Rica*¹⁹ y promulgada solamente en 1992 por el gobierno brasileño²², les asegura a todas las personas el respeto a la vida y a su integridad física, psíquica y moral. También le garantiza a toda persona privada de libertad el respeto a su dignidad como ser humano¹⁹.

En una publicación reciente, la Corte Interamericana de Derechos Humanos se pronunció sobre la situación de las personas privadas de libertad en los países bajo su jurisdicción. Destacó casos contenciosos, decisiones y medidas propuestas para el cumplimiento de las obligaciones del Estado en cuanto a las condiciones para la detención, incluso las condiciones sanitarias y la asistencia médica²¹. Se observó en los casos sometidos a la Corte²¹ la

existencia de hechos que configuran la falta de respeto a los derechos de las PPL, en especial la ausencia de atención de la salud, y la Corte²¹, en sus pronunciamientos, consideró en sus decisiones que el derecho a la vida y la integridad personal están directamente ligados a la atención de la salud humana. La ausencia de dicho protocolo, sumado a la falta de orientación, por parte de la administración de la penitenciaria, sobre los procedimientos relativos a la prevención, promoción y asistencia de la salud disponibles en el sistema pueden estar provocando daños a las PPL. Tales daños revelan que el Estado no ha asumido su responsabilidad en relación con las personas bajo su custodia.

Son relativamente raras las investigaciones sobre las condiciones de los prisioneros, así como de los tipos de atención de la salud prestados en el sistema. Se destaca la publicación de 2007 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la guía "Salud en las Prisiones"²². Esa guía, además de abordar enfermedades infecciosas, de transmisión sexual, mentales, abstinencia de drogas, entre otras, también reafirma el principio de que los prisioneros no deben salir de la prisión en una situación peor que con la que ingresaron. Esa preocupación en relación con la salud de los prisioneros es hasta el momento incipiente. Todavía falta mucho por hacer para cambiar el modelo existente en casi todas las instituciones penitenciarias del país.

En la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* está dispuesto que el *reconocimiento de la dignidad inherente a todos los miembros de la familia y de sus derechos iguales e inalienables constituye el fundamento de la libertad y de la justicia y de la paz en el mundo*²³. En consecuencia, la dignidad es la esencia de los derechos humanos que fueron reafirmados por los países de las Naciones Unidas por medio de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (DUBDH). En su artículo 2º, la DUBDH dispone como uno de sus objetivos *contribuir al respeto por la dignidad humana y proteger los derechos humanos, garantizando el respeto por la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales*²⁴.

Por lo tanto, es fundamental para la discusión sobre derechos humanos considerar, entre otros asuntos, la forma en que es posible garantizar el respeto por los derechos de las personas y cómo impedir el desarrollo de acciones que las restrinjan. Con el apoyo de los instrumentos internacionales y, en menor medida, de los regionales, ha sido posible cierto consenso en la interpretación de los derechos, incluso de los pacientes⁹. Dos puntos centrales con

estrecha relación con el tema en discusión están presentes en los instrumentos legales: el derecho a la vida y el respeto a la dignidad inherente al ser humano, es decir, igualdad y protección contra la discriminación.

A todos los seres humanos se les debe el mismo respeto y consideración por parte del Estado y de la comunidad, es decir, las personas privadas de libertad deben también tratarse con humanidad y dignidad. Al omitir en la oferta de atención de la salud a las personas privadas de libertad, el Estado brasileño no respeta los artículos 6º y 10 del *Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos* promulgado en 1992¹¹ y el artículo 4º e inciso 2 del artículo 5º de la *Convención Americana sobre Derechos Humanos*¹⁹.

El análisis de la ocupación carcelaria de la penitenciaria donde se realizó la investigación reveló que, al año siguiente de su inauguración, la población prisionera era 1,59 veces mayor que la capacidad de ocupación. Cuatro años después de la inauguración, la capacidad se amplió un 75%. Al año siguiente, la ocupación carcelaria alcanzó 1,38 veces la capacidad y, en 2016, alcanzó el doble de la capacidad²⁵, o sea, no está de acuerdo con lo dispuesto en la legislación estatal en vigor²⁶.

Una tendencia semejante se observa en el estado de Minas Gerais de manera general, visto que, en 2007, en instituciones con capacidad para 24.876 cupos estaban detenidas 37.354 personas. En 2010, la situación continuó empeorando: para 30.905 cupos había 46.296 prisioneros, llegando, en 2014, a 61.392 personas para 36.685 cupos²⁷. La sobrepoblación es una realidad en Minas Gerais así como en todo el país, aunque, comparativamente, existen estados en que las unidades se encontraban en peores condiciones, ya sea por causa del deterioro de la infraestructura física o de la propia sobrepoblación.

La detención en celdas sobrepobladas, en condiciones degradantes, no respeta la dignidad humana. La sobrepoblación y la falta de evaluación para la adopción de medidas ininterrumpidas de asistencia, prevención y promoción de la salud dirigida a las PPL pueden agravar los cuadros anteriores y desarrollar enfermedades, así como la transmisión intrainstitucional de enfermedades infecciosas. La tuberculosis representa un problema importante de salud en el país. El riesgo de enfermedad por tuberculosis en poblaciones más vulnerables es elevado, si se compara con la población brasileña en general. El riesgo observado en la población en situación de calle en el municipio de Sao Paulo fue 56 veces mayor; en los indígenas, tres veces; en las personas con

VIH/Sida y en la población privada de libertad, 28 veces²⁸. En las prisiones, el problema es reconocido, pero la magnitud todavía no ha sido determinada en función de la falta de acciones regulares de detección de casos y tratamiento de los enfermos^{29,30}.

Al discutir el carácter endémico de la tuberculosis en las prisiones, Larouzé y sus colaboradores³¹ llaman la atención del error de atribuir a las características de las PPL, o sea, provenientes de clases desfavorables, portadoras de VIH y consumidoras de drogas, la justificación para esa situación. La transmisión de tuberculosis dentro de esas instituciones es una realidad, por lo tanto, no procede atribuir los índices elevados a las características predominantes en la población prisionera^{31,32}.

La irregularidad en la realización del protocolo mínimo⁵ al momento del ingreso puede generar riesgos de transmisión intrainstitucional de varias enfermedades, entre ellas la tuberculosis. Además, la reclusión en celdas sobrepobladas, con poca ventilación, puede ocasionar la diseminación de dicha enfermedad, generando un riesgo tanto para las PPL como para sus familias, para los profesionales que trabajan en las penitenciarías e incluso para las comunidades donde las PPL volverán después de salir de la cárcel³⁰.

Tanto en las normativas de la ONU³³ como en la LEP⁴, la asistencia de la salud, de carácter preventivo y curativo, se les garantiza a los prisioneros. Se constata en trabajos publicados sobre atenciones de la salud en el sistema carcelario del país que, en la mayoría de los casos, las acciones son de pronta atención, lo cual repercute en la resolución, es decir, sin la prevención de agravios y cuidado integral y, por lo tanto, sin la conformidad de lo dispuesto en la LEP³⁴⁻³⁶.

Es importante destacar que la institución del PNSSP⁵ deseaba armonizar lo dispuesto en la LEP⁴ y el SUS², de modo que las PPL fueran menos invisibles en la política de salud pública vigente en Brasil. Por su parte, la PNAISP⁷ se orienta a la ampliación de las acciones de salud en el sistema, además de la preocupación de su financiamiento. Aunque uno de los objetivos del PNSSP era el acceso de los prisioneros a la atención de la salud, por medio del SUS, se observa en la penitenciaría donde se realizó el estudio que la concretización de tal objetivo todavía está lejana. La PNAISP buscó garantizar avances, si se comparan con las condiciones previstas en el PNSSP, pero diversas instituciones del sistema carcelario del país todavía no se adhirieron completamente a esa política. De esa forma, se puede concluir que

todavía hay mucho por hacer para revertir la situación actual.

Solamente se podrá garantizar la atención que el prisionero necesita y a la que tendrá derecho si pasa por una evaluación al momento de entrar o, si no es posible, dentro de los primeros días de reclusión. Si no ocurre dicha evaluación, la continuidad del tratamiento de la PPL que ingresa al sistema con problemas de salud no es viable. Esa condición también fue observada por Minayo y Ribeiro³⁶, en un estudio realizado en el sistema carcelario de Rio de Janeiro.

La falta de evaluación de las condiciones de salud en esa situación inicial, junto con la ausencia de orientación sobre el acceso al servicio de salud localizado en la institución carcelaria, ciertamente les provoca daños a esas personas. Tales daños comprometen la dignidad humana y pueden generar consecuencias irreparables. De esa forma, es necesario comprometerse con la observación de lo dispuesto en la legislación específica y en las políticas relacionadas, buscando modificar el escenario actual. Al ser así, es imprescindible que los involucrados estén realmente comprometidos, dispuestos, libres de prejuicios y orientados por los referenciales de la bioética¹³ para abordar la situación y adoptar las conductas necesarias, considerando que se deben promover no solamente los deberes y derechos, sino que también los valores, conceptos y compromisos.

Actualmente, en Brasil, las relaciones sociales todavía se impregnan por la diferencia entre personas, lo que afecta el acceso a los derechos. Es indispensable universalizar la dignidad humana⁸: además de reconocer las desigualdades que estigmatizan a grupos vulnerables, la sociedad necesita estar dispuesta a revertir dicha situación. Es necesario reflexionar y actuar para identificar caminos para superar los desafíos existentes.

Consideraciones finales

Con el objetivo de conseguir prácticas que garanticen la atención de la salud de las PPL, es esencial observar las normas internacionales de iniciativas de la ONU y de la OMS, así también como las legislaciones relacionadas con el sistema carcelario y con la atención de esas personas. Igualmente, es fundamental seguir regularmente el protocolo mínimo para el diagnóstico de la salud de las PPL al momento en que se admiten en el sistema y efectuar la orientación relativa al acceso a las acciones

de salud intramuro y a los tipos de atenciones realizadas extramuro, en la red convenida con el SUS. Por medio de la reflexión crítica que la bioética posibilita,

considerando la dignidad humana, se hace necesario alterar la perspectiva vigente, que ha llevado a la falta de respeto y a la discriminación.

Trabajo realizado en el ámbito del Programa de Posgrado en Bioética del Centro Universitario Sao Camilo, Sao Paulo/SP, Brasil.

Referências

1. Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 5 out 1988 [acesso 9 set 2016]. Disponível: <https://bit.ly/1bIJ9XW>
2. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 20 set 1990 [acesso 13 set 2016]. Disponível: <https://bit.ly/1UVpr2U>
3. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros de áreas da saúde e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 31 dez 1990 [acesso 30 maio 2015]. Disponível: <https://bit.ly/2Evzrei>
4. Brasil. Presidência da República. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 13 jul 1984 [acesso 21 abr 2015]. Disponível: <https://bit.ly/1JeIrcR>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 9 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; nº 176, p. 39-43, 11 set 2003 [acesso 21 abr 2015]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2GMbxBm>
6. Diuana V, Lhuillier D, Sánchez AR, Amado G, Araújo L, Duarte AM *et al.* Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso 11 maio 2018];24(8):1887-96. Disponível: <http://ref.scielo.org/965w5x>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; nº 2, p. 18-23, 3 jan 2014 [acesso 21 abr 2015]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2G1YmN>
8. Sarmiento D. Dignidade da pessoa humana: conteúdo, trajetórias e metodologia. 2ª ed. Belo Horizonte: Fórum; 2016. p. 376.
9. Escuela Andaluza de Salud Pública. Guía práctica sobre derechos humanos en la atención al paciente: capítulos internacionales y regionales actualizados [Internet]. 2015 [acesso 8 mar 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2qfpHAA>
10. United Nations. International covenant on civil and political rights [Internet]. 1966 [acesso 8 mar 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2qhEdaf>
11. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 592, de 6 de julho de 1992. Atos internacionais: pacto internacional sobre direitos civis e políticos: promulgação [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 7 jul 1992 [acesso 31 ago 2016]. Disponível: <https://bit.ly/1UeolAo>
12. United Nations. Body of principles for the protection of all persons under any form of detention or imprisonment [Internet]. 9 dez 1988 [acesso 6 out 2016]. Disponível: <https://bit.ly/1M9rtL4>
13. Hossne WS. Bioética: princípios ou referenciais? *O Mundo da Saúde* [Internet]. 2006 [acesso 11 maio 2018];30(4):673-6. Disponível: <https://bit.ly/2G9abeE>
14. Hossne WS, Pessini L. Bioética: ouvir é preciso. *Bioethikos* [Internet]. 2011 [acesso 11 maio 2018];5(4):359-61. p. 359. Disponível: <https://bit.ly/2G68PkY>
15. Hossne WS. Dos referenciais da bioética: a equidade. *Bioethikos* [Internet]. 2009 [acesso 11 maio 2018];3(2):211-6. Disponível: <https://bit.ly/2Ker8qw>
16. Valim EMA. Atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade à luz da bioética [tese]. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2017.
17. Navarete MLV, Silva MRF, Pérez ASM, Sanmamed MJF, Gallego MED, Lorenzo IV. Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicadas em saúde. Recife: Imp; 2009. p. 130.
18. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Almedina; 2011. p. 279.
19. Organização dos Estados Americanos. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Convenção americana sobre direitos humanos [Internet]. 22 nov 1969 [acesso 20 set 2016]. Disponível: <https://bit.ly/29HCHYS>
20. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969 [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 9 nov 1992 [acesso 9 jun 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2bGzS93>

21. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Cuadernillo de jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos nº 9: personas privadas de libertad [Internet]. 2017 [acceso 20 set 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2HlpuTZ>
22. World Health Organization. Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health [Internet]. Copenhagen: WHO; 2007 [acceso 15 fev 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2H6PpkA>
23. Organização das Nações Unidas. Declaração universal dos direitos humanos [Internet]. 1948 [acceso 19 set 2016]. Disponível: <https://bit.ly/1yAeHbb>
24. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos [Internet]. 2005 [acceso 6 fev 2017]. Disponível: <https://bit.ly/1TRJFa9>
25. Costa BEC. Secretaria de Estado de Defesa Social. Parecer de aprovação de projeto e emenda CEP-UFTM [Mensagem pessoal recebida 29 nov 2016].
26. Minas Gerais. Decreto nº 46.647, de 11 de novembro de 2014. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Defesa Social [Internet]. Diário Oficial de Minas Gerais. Belo Horizonte; 12 nov 2014 [acceso 13 set 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2IEVMZr>
27. Brasil. Ministério da Justiça. Relatórios estatísticos: analíticos do sistema prisional do estado de Minas Gerais [Internet]. 2015 [acceso 15 fev 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2GHhwY9>
28. Brasil. Ministério da Saúde. Tuberculose: populações vulneráveis [Internet]. 2016 [acceso 6 fev 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2IDM9du>
29. Sánchez AR, Massari V, Gerhardt G, Barreto AW, Cesconi V, Pires J *et al.* A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil: uma urgência de saúde pública. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007 [acceso 11 maio 2018];23(3):545-52. Disponível: <http://ref.scielo.org/bt62pm>
30. Sánchez A, Larouzé B. Controle da tuberculose nas prisões, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [acceso 11 maio 2018];21(7):2071-9. Disponível: <http://ref.scielo.org/bs28x7>
31. Larouzé B, Ventura M, Sánchez AR, Diuana V. Tuberculose nos presídios brasileiros: entre a responsabilização estatal e a dupla penalização dos detentos. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [acceso 11 maio 2018];31(6):1127-30. Disponível: <https://bit.ly/2KbM6X5>
32. Le Marcis F. A impossível governança da saúde em prisão? Reflexões a partir da MACA (Costa do Marfim). *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [acceso 11 maio 2018];21(7):2011-9. Disponível: <http://ref.scielo.org/kkz8vb>
33. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Resolution ONU 45/111, de 14 dez 1990. Basic principles for the treatment of prisoners [Internet]. 14 dez 1990 [acceso 6 fev 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2IEXOJ3>
34. Fernandes LH, Alvarenga CW, Santos LL, Pazin-Filho A. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acceso 11 maio 2018];48(2):275-83. Disponível: <https://bit.ly/2Gaq2tk>
35. Soares Filho MM, Bueno PMMG. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [acceso 11 maio 2018];21(7):1999-2010. Disponível: <https://bit.ly/2wB8mYo>
36. Minayo MCS, Ribeiro AP. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [acceso 11 maio 2018];21(7):2031-40. Disponível: <https://bit.ly/2KgR6Ka>

Participación de los autores

Edna Maria Alves Valim concibió y diseñó el estudio y, también, colaboró en la recolección, análisis e interpretación de los datos y redacción del artículo. Ana Maria Lombardi Daibem contribuyó al análisis e interpretación de los datos del estudio y la redacción del artículo. William Saad Hossne participó en la concepción y diseño del estudio y contribuyó al análisis de los datos.

