

# guardias hospitalarias y violencia institucional

# guardias hospitalarias y violencia institucional

## índice

1. Presentación  
y metodología  
**p. 03**
2. Relaciones entre  
efectores/as de salud  
y fuerzas de seguridad  
**p. 07**
3. La violencia institucional  
en las guardias  
**p. 13**
4. Obstáculos para una  
atención integral de las  
víctimas de violencia  
institucional  
**p. 17**
5. Conclusiones  
**p. 25**
6. Protocolo de abordaje  
integral a víctimas de  
violencia institucional  
**p. 27**
7. Algunas cuestiones  
éticas sobre la atención  
en salud a víctimas de  
violencia institucional  
**p. 31**
8. Lugares para  
realizar denuncias  
**p. 37**

# 1

## Presentación y metodología

Este informe parte de dos preguntas: ¿cómo son identificados y abordados los casos de violencia institucional que llegan a los servicios de guardia y de salud mental de los hospitales públicos? y ¿qué factores favorecen u obstaculizan su atención integral? Nos proponemos que sus resultados y recomendaciones contribuyan a la adopción de prácticas respetuosas de los derechos de las víctimas.

La noción de violencia institucional abarca una gama muy heterogénea y amplia de situaciones (Perelman, Tufro, 2016). Como categoría política posibilitó visibilizar las violencias ilegítimas arraigadas en las rutinas de las burocracias del sistema penal (Tiscornia, 2017 y Pita, 2017). A los fines de este trabajo la entenderemos como la generación de un daño a una persona en su integridad física o psíquica por parte de un funcionario público. Puede determinarse legalmente a partir del uso de parámetros que delimitan el uso racional de la fuerza. En Argentina, este tipo de violencia se destaca por su gravedad respecto de otras problemáticas de derechos humanos. Los datos del CELS muestran que en la Ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires murieron al menos 4119 personas en hechos de violencia con participación de funcionarios policiales y de seguridad en los últimos 20 años.

Las repercusiones de la violencia institucional en la salud física y mental de las víctimas son altamente lesivas y de largo alcance. Particularmente en la asistencia a víctimas de tortura, los expertos confirman que esta práctica es desestructurante para el psiquismo, que afecta negativamente la integridad y la dignidad y vulnera “la sexualidad, la intimidad, la confianza, el tacto, el amor, el sentido de sí mismo y el control sobre el cuerpo”. Como afirma Cubillos Nieto, “la clave para comprender las consecuencias psicológicas y físicas de la tortura es reconocer el poder y el control omnipotente que ejerce el torturador sobre la víctima”. La tortura es reconocida como una forma de violencia extrema por el Estado y se encuentra tipificada en el Código Penal. Muchas veces su investigación y sanción se complejizan, en particular cuando las o los autores integran las fuerzas de seguridad.

El CELS tiene un amplio recorrido en la denuncia de la violencia institucional y en la incidencia en políticas públicas para su prevención y sanción. Una parte de este trabajo se relaciona con el sistema de justicia penal donde es central que las lesiones sean constatadas por profesionales de la salud para probar los hechos. El rol de las y los profesionales de la salud

también podría ser clave para detectar este tipo de violencia de manera temprana, para poner fin a su reproducción y evitar otros más graves. Sin embargo, las y los efectores de salud quedaron al margen de estas discusiones.

La Ley Nacional de Salud Mental y los marcos regulatorios sobre violencia de género y derechos de las y los niños y adolescentes establecen que las y los profesionales de la salud deben desplegar una atención integral. Este tipo de abordaje se basa en una atención interdisciplinaria e intersectorial que debe incluir la protección psíquica y física sobre la base de la consideración de la dimensión subjetiva de la persona afectada; el cese de la violencia; el acceso al sistema de justicia y a la protección social. Además, el personal profesional de la salud puede tener un rol central en el registro y documentación de marcas o pruebas de la violencia sobre el cuerpo y la subjetividad de la víctima y del contexto y forma de proceder de la violencia.

Antes del ingreso a una institución de encierro, penitenciaria o de salud mental, se realiza una evaluación que en general hacen profesionales de la salud pública. Es así como muchas personas tienen contacto con personal médico en las guardias de los hospitales públicos poco después de haber padecido situaciones de violencia o tortura cuando fueron detenidas por las fuerzas de seguridad. En esas circunstancias, las y los efectores de salud pueden tener un rol relevante para encuadrar el caso de manera correcta y visibilizarlo o pueden, por el contrario, ser el último eslabón de una cadena de encubrimiento. Que las guardias hospitalarias atiendan a víctimas de violencia institucional exige que las y los efectores de salud tengan capacidades para reconocerlas como tales y un abordaje complejo que reconozca a la salud como una categoría multidimensional.

## Metodología

La metodología de este estudio fue cualitativa con el fin de indagar los sentidos que las y los profesionales de la salud atribuyen a sus prácticas y conocer los saberes y capacidades de los equipos para identificar hechos de violencia institucional. Además, se triangularon estrategias cuantitativas para dimensionar la frecuencia de determinadas variables como las características de la población de estudio.

Fueron entrevistados 138 profesionales: el 57,3% integran servicios de guardia, el 34% servicios de salud mental y el 8,7% pertenecen a otros servicios o ámbitos del hospital, como las áreas de dirección, estadística o jurídica.

**Tabla 1** Total de profesionales entrevistados/as por servicio

Servicio	Cantidad	Porcentaje
Guardia	79	57,3
Salud mental	47	34
Otros	12	8,7
Total	138	100

El trabajo de campo se realizó en 2016 y 2017 en diez hospitales públicos en cuatro jurisdicciones del país: Buenos Aires, Mendoza, Córdoba y Ciudad de Buenos Aires.

**La selección de los lugares y de los hospitales se hizo en base a criterios complementarios:**

1. Jurisdicciones que concentran hechos graves y/o dinámicas complejas de violencia institucional.
2. Instituciones públicas con servicios de guardia y salud mental cuyos equipos están conformados por profesionales de distintas disciplinas.
3. Jurisdicciones donde existen actores institucionales con quienes el CELS tiene alianzas estratégicas preexistentes.

**Los hospitales donde se realizó el relevamiento fueron:**

*Ciudad de Buenos Aires:* Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Hospital General de Agudos Dr. Ramos Mejía.

*Provincia de Buenos Aires:* Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Paroissien (La Matanza), Hospital Policlínico Central de San Justo (La Matanza), Hospital Interzonal General de Agudos Luisa C. de Gandulfo (Lomas de Zamora), Hospital General de Agudos Local "Dr. Arturo Melo" (Lanús).

*Córdoba:* Hospital Príncipe de Asturias, Hospital de Urgencias.

*Mendoza:* Hospital Escuela de Salud Mental Dr. Carlos Pereyra, Hospital Escuela Central de Mendoza.

**Las dimensiones que se investigaron fueron:**

- a. Los modos de ingreso de las y los pacientes afectados por hechos de violencia institucional: con quién concurren, por qué acuden al hospital público, quién y cómo detecta la situación.
- b. Los modos en que son abordados los casos de violencia institucional: recepción, prácticas, intervención interdisciplinaria, derivación, articulación intersectorial, registro y seguimiento.
- c. Los factores que facilitan u obturan un abordaje integral.
- d. La interacción entre los servicios de atención en salud y las funciones de las fuerzas de seguridad

El trabajo comenzó preguntándose cómo llegan las y los pacientes víctimas de violencia institucional a la guardia, cómo son atendidos, qué factores obstaculizan una atención integral y qué papel juega la policía. El análisis de las entrevistas evidenció que estas dimensiones están relacionadas entre sí: por ejemplo, los modos de ingreso de los pacientes inciden en cómo es el abordaje. Además, la relación entre las y los efectores de salud con las fuerzas de seguridad también incide en el curso que seguirán las prácticas profesionales. El ingreso de un paciente hombre, joven, pobre, esposado, golpeado, escoltado por personal policial incide en la mirada y en el posicionamiento que tendrán las y los profesionales de guardia al realizar su trabajo. El análisis abrió nuevas dimensiones,

inicialmente no previstas, relacionadas también con el objetivo de la investigación: la discusión sobre los alcances y límites de las prácticas médicas, la relación de poder entre las y los profesionales de la salud y la policía, las representaciones e imaginarios de las y los efectores de salud sobre su deber profesional y sobre las personas que se presupone que cometieron un delito y las nociones de salud y violencia.

# 2

## Relaciones entre efectores/as de salud y fuerzas de seguridad

Las y los policías y las y los efectores de salud interactúan en las guardias de manera constante. Hay personal policial que trabaja en los hospitales y suele asumir tareas de seguridad y, también, administrativas. Otros efectivos policiales asisten con frecuencia porque llevan a personas detenidas o aprehendidas por urgencias médicas o trasladan a quienes tienen una orden judicial para realizar una evaluación o un tratamiento en salud mental o para realizar un certificado médico precario, también llamado “precario policial”.

En muchas de estas situaciones, es habitual que funcionarios policiales o penitenciarios entren a la guardia o al consultorio con la persona que debe ser atendida; que realicen pedidos concretos sobre la práctica profesional y que valoren cómo proceden e intervienen las y los efectores de salud. De esta forma, profesionales de la salud y fuerzas de seguridad tejen relaciones: de tensión, de negociación, de acuerdo y de poder.

Un ejemplo. Cuando las y los agentes penitenciarios o los policías trasladan personas detenidas pueden presentarse en la guardia en mitad de la noche o en la madrugada. En muchos casos, las y los pacientes detenidos viajaron durante varias horas y llegan sin dormir para ser atendidos, aunque no haya ninguna urgencia. Entonces, el personal de seguridad exige a las y los profesionales una atención inmediata, aunque la guardia esté colmada de gente esperando. Las y los profesionales de la salud señalan que penitenciarios y policías presionan para que realicen trabajos no urgentes: se niegan a esperar y pretenden cambiar las prioridades. En este sentido, señalan que la demanda en la guardia por consultas regulares que deberían realizarse con turno programado aumenta el desborde de los lugares de atención. Prácticas que podrían canalizarse por consultorio incrementan la sobredemanda, lo que perjudica la calidad del trabajo. Las y los profesionales manifiestan malestar con estas situaciones a las que califican como disruptivas respecto de las dinámicas hospitalarias instituidas, poco cuidadosas y respetuosas del trabajo profesional e incluso de los pacientes trasladados. Aun con malestar, en estos casos reciben a las personas que necesitan atención aunque no sean urgencias. En cambio, la tensión con la policía aumenta cuando quien es trasladado no requiere atención médica o de salud mental, sino que es llevado para que se le firme un certificado médico precario.

El precario médico es emitido por un profesional de la salud que hace constar el estado general de una persona detenida o aprehendida antes de que ingrese a una institución de encierro transitoria, como una alcaidía o comisaría. El documento debe dar cuenta “muy especialmente, de la presencia o ausencia de lesiones de reciente data al momento del examen, con el único fin de poder dar continuidad a un proceso legal” (Bevaqua, 2014). Es pedido por la policía, que para obtenerlo se presenta en la guardia de hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires<sup>1</sup>. Las y los profesionales responden de manera distinta a este pedido: hay quienes lo realizan sin mayores cuestionamientos, quienes lo realizan a pesar del malestar y con ciertas inseguridades y quienes se niegan. Estas posiciones repercuten en el vínculo futuro con la policía y pueden tener efectos violentos inmediatos.

La creación de un convenio para regular estas relaciones y las controversias sobre la interpretación del texto expresan el malestar profesional y las tensiones que existen<sup>2</sup>. En agosto de 2011 el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires suscribió un “Convenio Provincial de Prestación de Reconocimiento Médico para Detenidos en Dependencias Policiales” con el Ministerio de Justicia y Seguridad provincial. Según el texto, Salud se comprometió a disponer de “los recursos humanos necesarios para realizar las tareas de reconocimiento médico: evaluación clínica y emisión de certificado de atención médica de los detenidos al momento de su ingreso y egreso en dependencias policiales en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires”. El Colegio de Médicos de la provincia de Buenos Aires del Distrito III sostiene que “en virtud del presente convenio los médicos dependientes de los Hospitales del área del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires DEBERAN brindar tal prestación”<sup>3</sup>. Si se negaran, violarían los deberes de funcionario público. Sin embargo, el Colegio de Médicos del Distrito V y otros profesionales entrevistados consideran que esta competencia administrativa se aleja de las obligaciones asistenciales establecidas en la ley 10.471 que regula la carrera profesional hospitalaria<sup>4</sup>. Y consideran que el precario médico es un deber propio de los médicos legales, forenses o de la policía.

La disparidad de opiniones entre las organizaciones profesionales se corresponde con la heterogeneidad de respuestas contradictorias escritas por profesionales en medicina con diferentes especialidades y está en sintonía con la dificultad de encontrar un convenio de orden público. Todo ello colabora en la confusión respecto del deber y la obligatoriedad de realizar el certificado. Esta confusión evidencia una relación conflictiva entre el accionar policial y el médico y la falta de una normativa específica que regule los alcances y límites de cada uno.

---

1 Ningún profesional de la Ciudad de Buenos Aires mencionó el precario policial, a diferencia de las otras jurisdicciones donde realizamos el trabajo de campo.

2 No accedimos directamente al convenio sino una copia en el boletín del Colegio de Médicos del Distrito III de la provincia de Buenos Aires y por medio de referencias y citas que lo mencionan.

3 En mayúsculas en el original.

4 La consecuencia de solicitar a un médico de guardia las funciones de un médico de policía, según Bevaqua es la transformación de la figura del médico de guardia “en una suerte de burócrata que debe realizar un acto administrativo para el que no necesariamente está preparado desde su formación y que, con absoluta certeza, no le corresponde, pues no se trata de la resolución de una emergencia -su cometido en ese momento- ni tampoco de un acto asistencial integral del que luego, lógicamente, derive la certificación correspondiente.” (2014). Este proceso, continua Bevaqua, lleva entonces por un lado a que no se otorgue a la persona imputada la garantía de un examen exhaustivo y concienzudo; y por otro lado a que no se otorgue tampoco al orden legal el apoyo necesario que exige.

El pedido del certificado de precario policial permite la documentación y la obtención de prueba en casos de violencia institucional. Es decir, que el contacto que mantienen las y los médicos con quien será privado o privada de su libertad podría identificar este tipo de hechos y detener su continuidad o repetición. Al ser el último contacto que tiene la persona detenida con una institución y con un profesional de salud es una gran oportunidad para actuar en términos preventivos.

Para evaluar la eficacia probatoria de estos certificados hay que tener en cuenta, siguiendo a Gaibrois (2017), que “cuando el certificado médico es confeccionado en un establecimiento público (sea nacional, provincial, municipal o del gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires –CABA–), se lo considera un instrumento público y cuando es expedido por un médico de una institución sanitaria privada, tiene la naturaleza jurídica del documento privado”. A diferencia del documento público, el privado carece “de valor probatorio hasta tanto se acredite la autenticidad de la firma”<sup>5</sup>. Es necesario que una autoridad pública realice el certificado, pero eso no significa que es obligatorio que lo realicen los médicos clínicos de guardia de los hospitales públicos. Los médicos legistas, forenses, del ámbito de la justicia y de la policía son también profesionales de la órbita pública.

En la provincia de Buenos Aires, algunos efectores de salud realizan los precarios sin preguntarse si es una obligación.

*Si vienen con orden judicial vos les hacés el examen y describís las lesiones que ves, después no sabés si les dieron un palazo o qué, vienen, 3, 4 por guardia, vienen. Si dejás constancia, se hace un resumen de la historia y la entregás.*

Médico. Hospital Gandulfo.

En otros casos, señalan que ante la ambigüedad o ausencia de normativa prefieren colaborar, pero que desconocen cómo atender estos pedidos. Si bien la mayoría emite el certificado, hay quienes se han negado; en un hospital de Córdoba la práctica instituida es derivar el pedido a Medicina Forense de Tribunales.

A los equipos de salud mental, los efectivos policiales también suelen demandarle una evaluación. Pero, en estos casos no se trata de un precario policial, sino de un informe que determine el riesgo cierto o inminente, lo que según la Ley Nacional de Salud Mental puede conducir a una internación psiquiátrica involuntaria. En estos casos, la intención de la policía es dirimir si la persona recién aprehendida es un “paciente psiquiátrico” cuyo destino sería la internación o de un “delincuente común” a quien llevar detenido. Las y los trabajadores sociales, psiquiatras y psicólogos resaltaron que indagan los motivos del informe y la forma en que la persona fue encontrada. Piden la información que la policía tenga respecto de la persona y la situación que llevó a su traslado a un hospital y realizan o no el informe en función de la evaluación del caso. Esto produce reacciones violentas por parte del personal policial.

El modo de interacción entre efectores de salud y personal de seguridad se moldea de manera informal. El compartir un mismo espacio físico laboral también incide en la construcción de este vínculo. Las y los profesionales de la salud consideran que la guardia es un

---

5 Gaibrois, Gustavo. 2017.

espacio inseguro en el que pueden ocurrir robos, ataques y reacciones violentas. Tal es así que la presencia policial en el hospital es muchas veces solicitada e incluso los profesionales de la salud piden incrementarla. En pocos casos las o los profesionales de la salud dijeron que preferían que la presencia policial disminuyera. Así, varios de los efectores de salud entrevistados sostuvieron que evitan confrontar con el personal policial, porque en un futuro podrían requerir de su colaboración y protección. La presencia policial suele ser valorada positivamente como una fuente de protección y orden:

*La experiencia que nosotros tenemos es que frente a la policía la persona se calma. La policía está para que no se desborden acá.*

Médico, Hospital Argerich.

*El paciente viene sumamente drogado, pateo el quirófano fuerte, las puertas, todo, y le digo “agarralo o traete a dos policías más porque si no, no lo vamos a atender”.*

Enfermero, Hospital Central.

*Y muchas veces ellos nos ayudan. Como hay cosas que no están buenas, también ayudan y tienen más llegada a los pacientes que los profesionales de la salud. Depende el caso.*

Psicóloga, Hospital Argerich.

La percepción de un agente que calma, contiene y tiene más llegada a los pacientes se acentúa todavía más cuando los médicos temen ser agredidos por familiares o sufrir el robo de pertenencias. Según surge de las entrevistas, estas situaciones son frecuentes. Algunos entrevistados las entienden como una manifestación de deficiencias estructurales y tienen relativa tolerancia; otros priorizan la afectación del clima laboral y solicitan a la fuerza policial que intervenga, sabiendo que eso puede dar lugar a la represión.

*Hay situaciones que desbordan, en las que los profesionales no saben cómo responder, qué más hacer. Pacientes que se molestan, que gritan, escupen, se revelan a la autoridad de enfermeros y médicos, no aguantan más la espera del calmante, no permiten que los separen de sus hijos y la respuesta (o la no respuesta) profesional es “llamen a la policía”.*

Psicóloga infantil, Hospital Gandulfo.

La presencia policial también es vista como una ayuda cuando las y los policías asumen tareas que los médicos no desean realizar: completar datos administrativos, verificar información relativa a los pacientes, averiguar la identidad de personas no identificadas, buscar a las y los familiares de quienes ingresaron sin acompañante, resguardar objetos personales de quienes ingresan a quirófano, entre otras. Este hábito se vuelve especialmente complejo ante la constancia de casos de violencia institucional. La convivencia y colaboración diaria puede contribuir a la generación de vínculos de confianza entre el personal de salud y los policías.

*A los agentes de seguridad le decimos que tomen parte. Están acá hace tres años.*

Médico cardiólogo, Hospital Argerich.

La presencia policial puede incluso mantenerse durante la consulta médica o por motivos de salud mental. Esta presencia puede ser solicitada o tolerada por las y los profesionales o impuesta por la policía. Si bien a veces es rechazada, en la mayoría de los casos analizados las y los efectores de salud aceptan que haya policías en la consulta.

*Los traen los policías, ya detenidos y esposados. Los policías se quedan, porque tienen que quedarse si está detenido... salvo que lo tengas que revisar en los genitales o algo más íntimo... Le podés decir que se retiren, pero nadie les dice, porque imagináte, está detenido, esposado, no sabés lo que es, por ahí puede ejercer violencia contra vos.*

Enfermero, Hospital Asturias.

*Tratamos de apartarlo y en general acceden. Pero nunca tuvimos experiencias problemáticas con la policía.*

Médica psiquiatra, Hospital Argerich.

La presencia policial repercute en el diálogo entre los profesionales de la salud y quienes deben ser atendidos y, por lo tanto, en el diagnóstico. Rechazarla no está exento de conflictos que complejizan aún más la relación con la policía de por sí difícil.

Se identificaron situaciones donde la fuerza policial emitió juicios de valor sobre las personas detenidas, sobre su personalidad y el trato que deben recibir por ser "peligrosas". En estos casos, algunos efectores de salud son receptivos y pasivos y otros intentan limitar la intervención policial. Sea tolerada o rechazada, la intervención policial supone un trato degradante o al menos diferencial respecto al conjunto de personas que asisten a la guardia. Así a unos se los llama "pacientes" y a otros "delincuentes".

*Y hay algunos que los policías ya los conocen, los que tienen amplios prontuarios y te dicen "no, porque es violento" y se lo atiende así.*

Enfermera, Hospital Asturias.

*Me ha pasado situaciones en las que quizás se metan en la entrevista y que la psiquiatra les tenga que decir: "Bueno, ahora estamos entrevistando nosotros".*

Psicóloga, Hospital Argerich.

En otras situaciones, la cuestión de si deben primar criterios de seguridad o criterios de salud pone en tensión la armonía de la co-presencia de personal policial y médico. Por ejemplo, cuando discuten si las personas deben estar esposadas durante la consulta.

La relación cotidiana entre policías y efectores de salud tiene como consecuencia que los policías pueden moldear el encuadre del caso, cómo se lo debe atender, qué se debe hacer, en qué orden de prioridades. La relación es relativamente poco conflictiva porque son pocos

los efectores de salud que disputan a la policía la “propiedad” sobre esas personas, el poder de intervenir y definir el curso de las prácticas sobre ellas, aun cuando se trata de prácticas médicas. Las y los efectores de salud aceptan muchas veces estas prácticas policiales, en general no las consideran intromisiones, sobre todo cuando se trata de pacientes detenidos, imputados. Como si estas personas fueran efectivamente “propiedad policial”<sup>6</sup>

En otros casos, las y los profesionales de la salud ponen límites al accionar policial, muchas veces con un costo. Por ejemplo, uno de los entrevistados relató que la policía amenazó con dejar de cumplir sus funciones de seguridad en guardias donde estuvieran presentes los profesionales que no accedían a sus pedidos. En casos extremos, la policía usó la figura “demora de la fuerza pública” para presionar al personal de salud a actuar conforme sus órdenes. Un trabajador social del Hospital Argerich contó que cinco policías quisieron detener a un psicólogo de guardia porque no quería firmar un informe a las 4 de la mañana. Estos ejemplos muestran situaciones que pueden ser encuadradas como hechos de violencia institucional o abuso de funciones por parte de personal policial.

---

6 Montero (2010) trabaja la idea de “propiedad policial” en el caso de la niñez y adolescencia en situaciones de vulnerabilidad y su relación con la policía en la Ciudad de Santa Fe. A pesar de las diferencias con nuestra investigación, nos parece un concepto que permite iluminar el poder de la policía para definir el destino de ciertas personas.

# 3

## La violencia institucional en las guardias

En las entrevistas a profesionales de la salud, aparecieron numerosos hechos de violencia institucional muchas veces no caracterizados como tales. Las víctimas de estos episodios fueron, sobre todo, varones jóvenes, morochos, habitantes de las villas o barrios populares, sin contención familiar e institucional, adolescentes internados en institutos judiciales, personas en situación de calle, personas que habían cometido algún delito, personas con consumo problemático de sustancias, personas con padecimiento mental, participantes de protestas sociales, personas que se dedican al trabajo sexual, migrantes. Gran cantidad de estas personas estaban en una situación de desborde emocional, por una descompensación de salud mental o hecho traumático, o estaban ya en la órbita del sistema penal, o lo estaba un familiar.

La mitad de las 138 personas entrevistadas relató hechos que pueden ser catalogados como violencia institucional.

**Tabla 2** Mención de casos de violencia institucional

	n°	%
Describió casos	69	50
No describió casos	69	50
Total	138	100

Los hechos mencionados fueron tratos diferenciados y discriminatorios hacia las y los pacientes que están imputados por un delito; actitudes agresivas por parte del personal policial y agresiones físicas.

Las y los efectores de la salud les otorgan a determinados pacientes sentidos negativos como si fuesen merecedores de un trato diferencial, degradante. La figura de la policía, a su vez, genera presiones para que los profesionales de la salud asuman un trato preferencial

en la atención a los uniformados heridos antes que a pacientes imputados e interfiere en la consulta. Esto genera indiferencia a la voz y al dolor del imputado.

En algunos hospitales, las personas privadas de la libertad tienen asignados espacios físicos de uso exclusivo. Aunque esta medida puede justificarse por razones operativas, como la presencia permanente de seguridad, habilita tratos diferenciados e incluso discriminatorios. En el Hospital Paroissien, este espacio reservado a detenidos “muy peligrosos” se conoce como “la jaula”; en el hospital Central de Mendoza la sala 327 se destina a “pacientes judiciales”. Las y los profesionales tienen extremos cuidados al ingresar a esa sala, por ejemplo, no ingresar con tijeras, bisturís y elementos punzantes. Los enfermeros ingresan sólo cuando lo solicita el médico y se retiran rápidamente.

Uno de los puntos de disputa es el uso de las esposas durante las consultas médicas. A lo largo del trabajo de campo, se identificaron situaciones en las que el uso de las esposas se mantenía incluso con personas en terapia intensiva o con personas inmovilizadas que se recuperaban de una fractura.

*Y otra cosa que es una lucha permanente acá es que al paciente lo esposan. Hubo algunas fugas de pacientes que estaban detenidos, pero han sido los menos... por ahí vos lo ves que está herido, inmovilizado con esta pierna fracturada, y la otra encadenada en la cama. Cuadripléjicos encadenados.*

Trabajadora social, Hospital de Urgencias.

Una médica del Hospital Asturias contó el caso de un paciente que estaba internado en coma farmacológico con muerte cerebral, con custodia policial y esposado a la cama. Los médicos se reían de los policías, porque lo mantenían en esa situación, esposado a la cama y bajo custodia. Sin embargo, no reparaban en lo degradante del trato y el efecto simbólico que este gesto tenía para las y los familiares que estaban siendo consultados para la donación de órganos. Incluso en el fin de la vida, la identidad del “detenido” se imponía por sobre la del paciente, la del joven, la del familiar, para sostener el protocolo de seguridad, custodia y encadenamiento. Este ejemplo muestra la primacía de los criterios de seguridad por sobre los de salud. La situación también es expresiva de cuán estrecha es la noción de salud, pues lejos de incluir en su trabajo al cuidado de los seres queridos del joven y el tránsito de la muerte los médicos se reían de la situación.

Las actitudes agresivas del personal policial escalan las posibilidades de un conflicto. Por ejemplo, fue narrado un caso de un policía que fue a buscar a un paciente a su casa para llevarlo al hospital a realizar su tratamiento psicológico, en cumplimiento de una orden judicial, y, antes de tocar el timbre, derribó la puerta de una patada.

### **En el relato de las y los entrevistados fueron mencionadas:**

- Lesiones físicas originadas en la reducción policial (escoriaciones y luxaciones por esposas, hematomas, contusiones).
- Lesiones físicas vinculadas a la agresión directa (contusiones, fracturas, lesión o fractura de órganos internos, hemorragias internas y externas).
- Heridas producidas por arma de fuego (con y sin compromiso vital y de funcionamiento de órganos) durante operativos.

Por ejemplo:

*Una vez cayó un chico con la policía y con la mano volada por un escopetazo. Primero dijo que había sido con un vidrio que se había cortado. Cuando se fue el policía nos dijo que le tiró a la cara y él había puesto la mano para cubrirse.*

Enfermero, Hospital Asturias.

Los efectos de la violencia institucional también se manifiestan en las afectaciones emocionales y conductuales de las víctimas: estados de agitación, ansiedad y angustia. Esto es acompañado de la imposibilidad o dificultad de contar lo sucedido por miedo a represalias policiales.

En las entrevistas también fueron descritas actitudes amenazantes de personal policial hacia personal profesional, en este caso a una testigo de violencia institucional:

*Cuando una enfermera vio que el policía estaba ahorcando en la camilla a un paciente esposado, ella entró y le dijo “¡basta! Lo tenés esposado, no hace falta que lo estés ahorcando así”. Y dice que el policía le dijo: “Bueno, ahora te lo dejo acá y arréglate y que te rompa todo”.*

Enfermera, Hospital Paroissien.

Estos hechos no fueron denunciados. Hay quienes prefieren evitar confrontaciones con la policía y hacen los que les piden. Hay profesionales que naturalizan estas situaciones, como parte del contexto en el que deben realizar su trabajo, aunque los vivan con malestar e inseguridad. Otros los problematizan, pero no toman la iniciativa de hacer algo. Son pocos los que pusieron límites, convencidos de que su lugar de trabajo es un hospital donde el criterio debe ser el del cuidado de la salud.

Al mismo tiempo, tienen lugar actitudes inhumanas crueles, degradantes y tortuosas por parte de personal médico hacia algunos pacientes, en especial quienes fueron llevados a la guardia hospitalaria por la policía o por agentes penitenciarios. Una médica de guardia del Hospital Central relató que interrumpió una sutura a una joven porque la policía se lo pidió para poder detenerla. La médica completó el procedimiento recién cuando se lo indicaron. Estaba sorprendida y manifestaba cierta sensación de desengaño porque la joven tenía cara de “víctima inocente ¡y uno le termina creyendo!”. En relación a su decisión de actuar de manera coordinada con la policía dijo: “hicimos lo que teníamos que hacer”. En otros casos, los profesionales relataron haber presentado su objeción de conciencia para no atender a pacientes imputados.

También se identificaron prácticas médicas que tuvieron por objeto el castigo o la producción de dolor. Si bien esto lo atraviesan todos los pacientes, son más recurrentes en el colectivo de personas detenidas o en situaciones de vulnerabilidad. Por ejemplo:

*Para los médicos cuando se trata de chicos baleados, que cometieron un delito y vinieron acá, es un delincuente, no un paciente. Les dicen “bancátela, encima que estás acá por lo que hiciste”, “bancate el dolor”. Toman la decisión de “ajusticiar” de alguna forma.*

Profesional de salud mental, Hospital Gandulfo.

También se advirtió cierta indiferencia al padecimiento del otro. Por ejemplo: el familiar de un chico de 15 años asesinado por la policía reaccionó de manera desbordada ante la noticia del fallecimiento de su hijo. Gritó, pateó una puerta, rompió vidrios de la sala de espera y en esta manifestación de desborde se cortó la mano.

*[Recuerda haberle dicho al paciente] “eh, ¿vos sos el que rompiste todo?... ¿rompés todo el hospital y después tenemos que atender?” A mí me da bronca... hay gente que necesita del hospital.*

Médica, Hospital Central.

Otras prácticas asociadas a los malos tratos son la espera excesiva, la falta de atención o la no realización de todas las prácticas posibles para atender al paciente, como una forma de castigo informal moralizante. Una de las profesionales entrevistadas describió que habían dejado a un paciente golpeado durante toda la noche sin la atención correspondiente, “porque había robado”.

*Cuando yo ingreso a las 8 de la mañana, me entero por terceros ni siquiera por interconsulta, que había llegado un chico todo golpeado. Estaba desde anoche en la guardia sin recibir los elementos necesarios, como frazada, o lo que fuera. La policía había caratulado que era un ladrón.*

Trabajadora social, Hospital Asturias.

En casos extremos, se practican curaciones sin anestesia o con una dosis menor a la indicada. En relación a un paciente ingresado en condiciones de detenido por la policía, un enfermero dijo:

*A veces, sí... se les pone un poco menos de anestesia... igual sigue sintiendo el dolor porque era poco y bueno... se sigue trabajando así.*

Enfermero, Hospital Asturias.

Seguridad y salud se muestran en estos ejemplos como funciones mezcladas que además se ejercen de manera abusiva y violenta. Profesionales de la salud que retienen pacientes, que castigan, que juzgan, que actúan a pedido de la policía en tareas de seguridad, que la convocan en búsqueda de represión, que no atienden o dilatan a propósito la atención. Policías que castigan, torturan, inmovilizan, paralizan, reprimen, inician un tiroteo en una guardia. Profesionales que ponen su cuerpo para frenar un tiroteo iniciado por la policía en la guardia, protegiendo así pacientes y familiares. Policías que acallan la voz del paciente, que responden por ellos, que organizan el trabajo profesional, indican qué prácticas de salud realizar, que imponen prioridades de atención. Pacientes que son llamados delincuentes. Pacientes esposados, castigados.

Estos hechos de violencia institucional iluminan una situación particularmente grave: fueron producidos tanto antes del ingreso de los pacientes a la guardia hospitalaria como durante su estadía en el mismo hospital. No sólo fueron producidos por integrantes de fuerzas de seguridad sino por los mismos profesionales de la salud, tanto por acción, como el ejemplo del uso de menos anestesia, como por omisión, como el caso del joven internado en guardia pero que no fue atendido en toda la noche. Esto tal vez permita explicar la enorme dificultad de los profesionales de la salud en lograr identificar situaciones de violencia institucional ya que muchas veces son ellos quienes las producen.

# 4

## Obstáculos para una atención integral de las víctimas de violencia institucional

Solo en una minoría de los relatos de hechos catalogables como casos de violencia institucional, las y los profesionales de la salud los reconocieron como tales e intervinieron desde un abordaje integral. A continuación, describiremos los hallazgos sobre el reconocimiento, la intervención y la modalidad de intervención de los profesionales de la salud ante hechos de violencia institucional que llegan a y se producen en las guardias de hospitales públicos de Córdoba, Mendoza, Buenos Aires, y la Ciudad de Buenos Aires.

**Tabla 3.** Cantidad de profesionales que identificó los hechos descriptos como casos de violencia institucional

	Cantidad	Porcentaje
Identificó	24	34
No identificó	45	66
Total	69	100

Entre los 69 profesionales que narraron hechos en los que las personas podrían haber sido víctimas de violencia institucional (ver tabla 2), el 66% no identificó el episodio como violento: describió una situación entre las fuerzas de seguridad y los pacientes sin advertir ni reconocer violencia. En el 34% (24 profesionales) que sí reconoció una situación de victimización, el accionar en la guardia se limitó a intervenciones médicas (curación, sutura, medicación, cirugía). La guardia suele intervenir cuando el hecho es reciente o está ocurriendo, porque la atención que se demanda suele ser de urgencia y ligada a daños físicos de distintos niveles de gravedad. Solo en 2 casos, es decir el 3% de los 69 profesionales, los médicos realizaron derivaciones al servicio social o al servicio de salud mental del hospital. En el 97% de los hechos relatados no hubo intervenciones que incluyeran a otros servicios del hospital.

Por otra parte, los equipos de salud mental y de servicio social suelen intervenir a raíz del pedido de otros equipos, por lo que no actúan en todos los casos de violencia institucional y pocas veces lo hacen cuando el hecho se produjo recientemente porque en ese momento el paciente ingresa a la guardia clínica de urgencia. Estos equipos son reconocidos institucionalmente como los espacios pertinentes para derivar diversas violencias que están protocolizadas, como la de género, sexual, hacia la infancia y adolescencia. A ellos suelen recurrir sobre todo las y los profesionales de la salud de pediatría, traumatología, guardia y clínica médica. Y a ellos también suele recurrir la policía para que realicen la evaluación de las personas detenidas, muchas veces aprehendidas en la vía pública. En estos casos suele ocurrir que la policía requiera saber si esas personas son “pacientes psiquiátricos”, porque de esto depende si se las llevan a una comisaría o las dejan en una internación psiquiátrica; así es como los profesionales de la salud mental suelen entrar en contacto con la violencia institucional. El 51% de los profesionales de servicios de salud mental entrevistados refirió haber atendido a personas víctimas de algún tipo de violencia en el marco de sus actividades. En estos equipos se evidenció en comparación con los otros, una mayor problematización y reconocimiento de la violencia institucional. Sin embargo, aun identificándola y reconociéndola, ellos tampoco articulan intervenciones integrales. A modo de excepción, un integrante de un servicio de salud mental se entrevistó con los familiares de una persona detenida atendida en ese hospital. Los familiares relataron malos tratos que estaba recibiendo su familiar detenido. El profesional orientó a la familia para el respeto de sus derechos y los contactó con una organización que asiste a familiares de personas detenidas. Sin embargo, no se trató de una vía institucional.

La sistematización del trabajo de campo iluminó algunas variables que condicionan el accionar de las y los efectores de salud.

### **Demanda laboral, escasez de recursos y de espacio**

El intenso ritmo de trabajo en las guardias fue de lo más mencionado por las y los entrevistados, junto con la falta de recursos humanos y materiales, como insumos, camas y espacios adecuados. El exceso de trabajo en un contexto de escasez promovería una atención rápida sin margen para indagaciones profundas ni para el seguimiento de los casos.

Este escenario desmotiva el abordaje de las situaciones que exceden lo que los efectores de salud consideran estrictamente necesario o propio de la lógica interna del hospital, como si se excluyera todo lo que no es urgente ni inevitable: completar historias clínicas de manera ordenada y legible, atender demandas judiciales, responder oficios, hacer derivaciones, prestar una escucha atenta, intentar entender lo que no se comprendió del relato del paciente, insistir para que la policía se retire o para que le quiten las esposas al paciente.

Estos factores atraviesan la práctica cotidiana de las y los efectores de salud y dificultan la recepción, visibilización y reconocimiento de los hechos de violencia institucional, y son por lo tanto parte de sus condiciones de posibilidad.

### **Invisibilidad de la violencia institucional como objeto de intervención**

Los protocolos existentes guían el accionar profesional en hechos de violencia contra niñas, niños y adolescentes, hacia las mujeres (por violencia, abusos sexuales y trata). No hay protocolos que guíen el accionar en casos de violencia institucional.

La respuesta a los hechos de violencia suele ser la derivación a servicios sociales y de salud mental que está prevista por el dispositivo de interconsulta hospitalario. Según las y los psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales no todas las situaciones que deberían ser derivadas lo son.

*Los que estamos en psiquiatría o psicología somos tenidos en cuenta cuando a ellos hay algo que no les cierra o no saben cómo resolver.*

Médica psiquiatra, Hospital Argerich.

De las entrevistas surge que en las interconsultas por violencia predominan los casos de violencia de género, sexual, hacia niñas, niños y adolescentes y crisis por padecimientos de salud mental. En estas situaciones, se resalta el trabajo intersectorial e interdisciplinario, la búsqueda de escucha empática y el trabajo en red con una inserción territorial que posibilite sostener el tratamiento. Si bien es frecuente la articulación extra hospitalaria, las y los profesionales describen este tipo de intervención como “artesanal”: diseñadas caso a caso, con primacía de las redes informales y los contactos personales.

*Yo creo que lo que más resultado da es el trabajo en red. Trabajar con otras instituciones ayuda mucho. Uno puede tener un contacto más fluido con el caso que está siguiendo el juzgado con la asistente social, con otros centros de salud, con otras áreas, con educación. La violencia con un solo efector, una persona aislada, es muy difícil que se pueda solucionar. Cuando uno puede trabajar con la escuela o la asistente social y cada uno va haciendo algo eso ayuda.*

Psicóloga, Hospital San Justo.

La inclinación a derivar casos de violencia institucional es menor. El dispositivo de interconsulta está disponible, pero las prácticas de las y los efectores de salud en torno a las situaciones de violencia se basan en acuerdos implícitos e informales. Excepcionalmente, el modo de proceder se encuentra institucionalizado de manera informal por los lineamientos de directores o equipos específicos. Las respuestas se evalúan caso a caso y quedan sujetas a la voluntad, compromiso y experiencia del o la efector de salud. En el siguiente ejemplo una psiquiatra describe la posibilidad de limitar el accionar policial justamente porque, a pesar de la ausencia de un protocolo que guíe qué hacer en situaciones de violencia institucional, “hay ciertas reglas” que indican formas de contener físicamente a un paciente:

*No hay protocolos de nada, tenés que actuar uno a uno, tenés que pelearte. A veces yo les explico cómo contener, porque hay ciertas reglas, y el policía me miraba y se fue enojado.*

Psiquiatra, Hospital Paroissien.

Los hechos de violencia institucional no llegan a las instancias de interconsulta porque en algunos casos no son advertidos como tales y en otros porque no son considerados merecedores u objeto de una intervención específica similar a la que se efectúa ante otras violencias.

Al mismo tiempo, algunos profesionales validan el accionar policial y naturalizan las marcas de la violencia. En algunos casos las consideran parte de la dinámica del trabajo policial -como los zamarreos, forcejeos y empujones durante los traslados-, en otras relativizan la situación de los detenidos frente a los policías por quienes muestran mayor empatía.

*El policía se queda durante la revisión en el consultorio porque viene detenido. A veces vienen con algunos raspones o golpes pero son por el forcejeo para detenerlo. A veces también los policías están golpeados o raspados, por el propio roce para detenerlo.*

Enfermero, Hospital Asturias.

Otros profesionales relatan que no han tenido problemas y desestiman lo que los pacientes dicen sobre los malos tratos, o creen que es comprensible que la policía “se vea obligada” a tratar con firmeza a ciertos pacientes, porque “se rebelan y enfrentan a la policía”.

### **Falta de reconocimiento de la asistencia a la víctima como parte de las competencias profesionales**

Las y los entrevistados, sobre todo quienes ejercen profesiones médicas, privilegian el abordaje estrictamente anatómo-patológico de las y los pacientes. Entienden que su trabajo debe limitarse a la atención física:

*Mi única obligación como profesional es evaluar si tiene lesiones o no. Después quién se las produjo no es mi tarea.*

Médica generalista, Hospital Gandulfo.

*Ante algún caso de violencia se da parte a la policía, a la psiquiatra y con el médico se ve cómo se lo calma. A veces hay que dormirlos para poder tratarlos.*

Enfermero, Hospital Asturias.

No se contempla la escucha como un elemento central del abordaje de salud y la conversación con el paciente es tomada como un insumo para orientar la propia indagación del profesional, que se basa en los indicios de lesiones externas y excluye tanto lesiones internas como psicológicas.

Por otra parte, la indagación está restringida por la falta de espacios reservados y la presencia policial en las consultas:

*El policía se te queda ahí como una estaca y no hay forma de decir nada ni que el otro diga nada.*

Enfermera, Hospital Asturias.

*Lo trae el policía, te lo sienta ahí y el policía se para ahí. Entonces, tenés el que realmente le pegó el policía y el que no le pegó el policía y dice “sí, porque él me pegó”. Entonces vos, con el policía parado ahí, y el policía te dice “no”.*

Enfermero, Hospital Asturias.

Esta concepción de los alcances del accionar médico y las circunstancias en que se da la consulta tiene correlato en el registro que hacen los médicos de sus intervenciones. Varios de los profesionales médicos refirieron que limitan su intervención a detallar literalmente los aspectos “objetivos” en los libros de guardia (si se trata de pacientes que no quedan internados) o en la historia clínica (en caso de internación).

*Es indistinto quién es el ejecutor de la violencia... En muchas ocasiones nos dijeron “me golpeó la policía” un paciente detenido. Entonces algunas cosas se pueden objetivar y varias que no. Lo que yo puedo ver en forma macroscópica, sí lo puedo objetivar entonces puedo poner “cefalohematoma en cuero cabelludo” porque es algo que puedo ver y describir. Si no lo puedo describir lamentablemente pasa a un relato subjetivo, entonces eso no lo puedo constatar “persona dice que le duele la muñeca”, porque yo no veo hematoma. Eso ocurre muy habitualmente, y la gran mayoría de precarios médicos que hacemos son por pacientes que detiene la policía y requiere un precario médico antes de ingresar a la comisaría, para ver que no tenga ningún tipo de marca o golpe previo.*

Cirujano, Hospital San Justo.

Sin embargo, en otros tipos de violencia el proceder se diferencia y lo “objetivable” deja de ser un requisito. Si se trata de una mujer o un niño quien denuncia a un agresor, aun sin tener lesiones visibles se activan mecanismos de protección. Por ejemplo, por medio de la realización de interconsultas o derivaciones a otros servicios; en casos de violencia intrafamiliar hacia niños el servicio social del hospital Paroissien realiza la denuncia en el servicio local y tratan que el médico haga la denuncia policial; cuando se trata de adultos, el servicio social acompaña y orienta para la denuncia, incluso espera el momento adecuado y que la víctima esté en condiciones para realizarla. En el caso de la violencia institucional este proceder es más restringido y depende exclusivamente a la voluntad del profesional. En el siguiente caso, el médico tomó registro de la voz del paciente pero la denuncia quedó a cargo de la persona sin un acompañamiento desde el hospital.

*Recuerdo un caso que la persona que la habían detenido recién y denunciaba, dijo “esto me lo hizo él”, y lo anotamos todo para que después siga la denuncia.*

Cirujano, Hospital San Justo.

En el caso de hechos de violencia institucional hacia quienes están en contacto con el sistema penal, el registro del hecho de violencia y sus secuelas está obstaculizado por confusiones sobre el deber de registro y el alcance de las funciones. Muchos médicos entienden que los certificados precarios deberían ser realizados por el equipo de medicina forense y por este motivo algunos se niegan a hacerlos. Por ejemplo, en el hospital de Asturias se niegan por temor a que la policía oculte algo; en el Hospital de Urgencias destacan como política hospitalaria que el personal policial debe esperar 48 hs. para recibir la certificación, que deben ser realizados por el departamento de medicina legal y que solo las emergencias son atendidas por guardia. De este modo, argumentan, disminuye la demanda.

*Está bien, si nos traen uno sangrando lo vamos a atender pero las constancias de lesión, que por ahí vienen los móviles policiales a pedir las, no las hacemos*

Enfermera, Hospital Asturias.

*Vos no podés decir ni de cuándo, ni con qué, porque eso no les corresponde a los médicos clínicos (...) Entonces, traerlos acá al Hospital... a nosotros nos da como esa impresión que es tratar de ocultar algo. Generalmente decimos "no, tiene que ir a Medicina Forense".*

Enfermera, Hospital Asturias.

Estas circunstancias obturan el reconocimiento de los pacientes como víctimas que requieren un abordaje específico y opacan las posibilidades de contar con registros detallados que luego den soporte a su voz.

## Desestimación de la voz de las y los pacientes

A pesar de que el reconocimiento de la violencia institucional es bajo, en las entrevistas son omnipresentes los dichos de los pacientes detenidos enunciando ser víctimas de violencia policial. Estas palabras no son consideradas denuncias ni una interpelación a la acción de los efectores de salud. En parte, esta situación está relacionada con la disposición a basarse en las marcas objetivables o visibles y no tanto en las palabras.

Sin embargo, aun cuando los efectores de salud prefieren atenerse a "lo objetivable", en la mayor parte de los casos de violencia institucional identificados las marcas de la violencia fueron naturalizadas y desestimadas al considerarlas parte de la dinámica del trabajo policial.

*Algo bastante habitual: viene gente que está en las comisarías para evaluación médica y muchas veces vienen con alguna lesión, golpes, y ahí te queda la duda siempre.*

Cardiólogo. Hospital Argerich.

En general no se actúa y uno de los argumentos para no intervenir es la "imposibilidad" de comprobar la versión del paciente detenido:

*Y muchos vienen denunciando algún tema de violencia policial. Pero bueno, es difícil como comprobarlo, ¿no? Y aparte no es nuestra función, pero sí muchos pacientes vienen hablando de cómo la policía lo fajó, de cómo la policía lo trató... es frecuente.*

Psicóloga, Hospital Argerich.

Muchos médicos se arrogan la potestad de evaluar si el relato de los pacientes es creíble y omiten indagar o derivar a otras personas que puedan realizar una evaluación más pormenorizada, ante, por ejemplo, lesiones internas no visibles o formas psicológicas de victimización. Lo que subyace es la baja credibilidad que le otorgan a las personas imputadas.

*Yo al menos, te soy sincera, no sé qué hacer, no tenemos elementos para saber qué hacer, si es real que le pegó o no el policía, siempre hay gritos entre ellos (con la policía), se insultan. Entonces vos decís: “¿cuál es la verdad?”... no sé.*

Médica, Hospital de Urgencias.

No todos los profesionales desestiman así la voz del paciente. Hay quienes creen en su palabra, incluso porque fueron testigos de la violencia, y muestran cierta permeabilidad a visibilizar estos hechos e intención de querer “hacer algo”. Pero aun en esas circunstancias, alegan desconocer qué podrían hacer o cómo deberían proceder ante situaciones violentas. En algunos casos, se trata de falta de conocimiento objetivo sobre la problemática y el rol que podrían desempeñar o a quién recurrir. En otros, este argumento oculta evaluaciones y actitudes de las y los profesionales, como la desestimación de la voz de la posible víctima.

La vivencia de un hecho de violencia policial o la posibilidad de que ocurra en la misma guardia también pueden generar una intervención del personal para evitarla. Un psiquiatra del Hospital de Urgencias de Córdoba relató que ante la huida de un paciente que estaba fijado a la cama y había logrado escapar, el policía sacó el arma y le apuntó en pleno pasillo repleto de personas a la espera de ser atendidas. Los gritos de los pacientes llamaron la atención del psiquiatra que se interpuso y exigió al oficial que bajara el arma. La defensa del espacio hospitalario como ámbito donde debe primar el criterio de cuidado de la salud no fue la respuesta más recurrente, pero estuvo presente en los relatos de los entrevistados.

Si bien la falta de escucha de la palabra del paciente detenido ha sido la posición más escuchada, también hay profesionales que validan sus palabras y reconocen su condición de víctima. Este grupo de profesionales explicaba que queriendo trabajar respetuosamente, no sabrían cómo hacerlo, pues no tienen la información ni la capacitación necesaria para poder lograrlo, lo que confirma la necesidad de un protocolo que guíe el accionar.

# 5

## Conclusiones

El trabajo de campo visibilizó las representaciones que tienen profesionales de la salud de hospitales públicos sobre la violencia institucional de la que son víctimas las personas imputadas por el sistema penal.

Se destaca la baja capacidad de reconocimiento, intervención, ausencia de denuncias y registros de este tipo de casos. El 66% de las y los efectores de salud que describió dinámicas de violencia no los reconoció como tales. Y en los casos en que sí lo hicieron (34%), el reconocimiento pocas veces fue acompañado por su derivación a los servicios sociales y de justicia (3%). Estas cifras contrastan con la capacidad de las y los efectores de salud para reconocer e intervenir ante otro tipo de violencias como las violencias de género y la intrafamiliar. De este modo se advierte una dificultad para identificar al operador estatal como agresor.

En los casos de violencia institucional analizados, la intervención médica se restringió a aspectos biológicos, organicistas y patogénicos, mientras que la escucha y la atención de situaciones de victimización no es considerada como parte de las tareas de los profesionales de las guardias.

La presencia policial durante la consulta es un obstáculo agregado para recabar más información sobre situaciones que podrían constituir hechos de violencia institucional. Las derivaciones al servicio social o de salud mental dependen de la voluntad de cada profesional. Incluso, muchos de ellos rechazan el registro de lesiones en “precarios policiales” por considerarlo una tarea administrativa y de tipo legal contraria a su deber profesional. Sin embargo, este tipo de instrumento podría ser una prueba para registrar e incluso probar hechos de violencia.

Se advierte la naturalización de marcas de violencia, como escoriaciones, golpes, cortes luxaciones o fracturas, gritos y demás expresiones de dolor. Emergieron prejuicios y juicios moralizantes sobre pacientes acusados de haber cometido algún delito, así como la segregación, discriminación, y la indiferencia o baja credibilidad que se le otorga a los relatos.

Se identificaron tratos inhumanos, crueles, y degradantes por parte de personal médico hacia estos pacientes, como una forma de ejercicio del castigo. El ejemplo más extremo es el no uso de anestesia. En otros casos, se advierte la convalidación del accionar de las fuerzas de seguridad, y en algunos casos, la violencia es considerada un recurso legítimo sin cuestionar su legalidad. Los escasos profesionales que reconocen prácticas violentas desconocen los procedimientos que deberían seguir.

La violencia ejercida por las fuerzas de seguridad está invisibilizada, sea producida afuera del hospital o adentro. Aunque, si bien fueron pocos, hubo profesionales de la salud que la apreciaron, y también la naturalizaron al no brindar una asistencia específica que tendiera al cese de la violencia o a su prevención.

Las relaciones de confianza e interés informalmente construidas entre los profesionales y los policías obturan las posibilidades de llevar adelante actos que podrían detener la reproducción de violencias. El personal policial es comprendido como fuente de protección y su voz es validada aun cuando emite juicios de valor sobre el trato que deben recibir estos pacientes. En este sentido, se debe advertir que el reconocimiento de hechos violentos e ilegales no conduce necesariamente a la condena moral o a su denuncia por parte de algunos efectores de salud. A pesar de esta realidad, predomina el desconocimiento de la temática, las modalidades específicas de intervención, los deberes y los focos de oportunidad de las y los efectores de salud ante este tipo de situaciones.

Se hace manifiesta la ausencia y la necesidad de mecanismos institucionales que orienten cómo proceder en casos de violencia ejercida desde las fuerzas de seguridad del Estado.

# 6

## Protocolo de abordaje integral a víctimas de violencia institucional

### Una propuesta

Implementar un protocolo de detección, registro, denuncia y abordaje integral a las víctimas atendidas dentro del sistema público de salud es clave para la erradicación de las prácticas descriptas. Algunos aspectos a considerar son:

### Formación sobre el concepto de violencia institucional y sobre la definición de tortura

Desnaturalizar el ejercicio de la violencia y el abuso de autoridad por parte de las fuerzas de seguridad es un primer paso para que las y los trabajadores de la salud puedan identificar las prácticas violentas y a sus víctimas.

La formación sobre estos temas debería incluir las definiciones de tortura previstas en los tratados internacionales (Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes- ONU, Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura - OEA) y nacionales (Código Penal Argentino), la prohibición a los médicos de participar en la tortura (Principios de Ética Médica) y la obligación de denunciar (Art. 144 quater Código Penal).

Esta formación también puede evitar que las y los trabajadores de la salud se constituyan en agentes de violencia institucional al incurrir en discriminación, malos tratos o atención deficiente a aquellas personas que asisten acompañadas por personal policial. La atención de la salud como derecho humano fundamental debe ser la clave en la capacitación de los agentes de salud.

Para facilitar la detección de posibles víctimas de violencia institucional entre las personas atendidas es importante tener en cuenta que este tipo de violencia está muchas veces naturalizada por las propias víctimas, quienes no reconocen los hechos como un delito o no denuncian por el temor a represalias o a experiencias anteriores en las que no se les creyó o la denuncia no tuvo ninguna consecuencia.

Es fundamental que las y los profesionales de la salud puedan pensar a las personas que acuden al servicio desde categorías alternativas a la de “paciente”, fundamentalmente desde la categoría de sujeto de derechos, perspectiva que habilita la indagación acerca del origen de las lesiones. Es imprescindible que las y los trabajadores de la salud puedan adoptar la postura ética de dar crédito y debido registro a la palabra de las personas que denuncian haber sufrido una vulneración de sus derechos y de dejar a las instancias judiciales el rol de investigar y juzgar su veracidad.

## Condiciones para llevar adelante la entrevista a víctimas de violencia institucional

### Igualdad y no discriminación

Para lograr una atención respetuosa, las y los trabajadores deben abandonar juicios morales y priorizar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, a los fines de crear ambientes propicios para atender a la persona en un plano de igualdad y no discriminación<sup>7</sup>. Deben tenerse en cuenta aspectos tales como: que sea realizada por un profesional del género que elija la víctima, contar con intérprete para el caso de personas que hablen otros idiomas, la presencia de apoyos para personas con discapacidad.

### Confidencialidad y privacidad

La entrevista a personas que fueron o se sospecha que han sido víctimas de violencia institucional debe realizarse en un marco de confidencialidad, privacidad y respeto que genere condiciones para la confianza y la comunicación.

Además del derecho a la intimidad y a la privacidad consagrado en la Ley de Derechos del Paciente, en el caso de las víctimas de violencia institucional la necesidad de mantener una entrevista con el trabajador de la salud donde no haya otras personas presentes (ej. custodia policial) cobra dimensión de exigencia. Esto habilita a que la persona pueda relatar lo sucedido sin poner en riesgo su vida ni su integridad personal.

Un aspecto fundamental es tener siempre en cuenta la obligatoriedad del tratamiento confidencial de la información. Si una persona afirma haber sido víctima de violencia institucional es importante que el documento donde se registre dicha afirmación no sea accesible a los agentes de la fuerza de seguridad.

El consentimiento informado de la víctima es requisito para la realización de la denuncia. Se pueden realizar reportes anónimos si la persona no desea brindar los datos personales para denunciar. También es importante conocer que existen espacios de atención y orientación que no requieren la denuncia para brindar acompañamiento y orientación.

### Consecuencias psicológicas de la tortura

También es importante prestar especial atención a las consecuencias psicológicas de los malos tratos y tortura. El hecho de que no se observen marcas en el cuerpo no significa que no haya ocurrido un episodio de malos tratos o tortura. Por este motivo, debería acompañarse el relato sin plantear exigencias de coherencia o suponer narraciones con determinadas

7 Observación general No 14, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

características pues las marcas de lo traumático se reflejan en la producción del lenguaje y es particular en cada caso. Esperar relatos ordenados, creíbles, sólidos y consistentes es más bien una demanda de orden moral que desconoce la dimensión del padecimiento subjetivo. Además, puede existir negación de los hechos o retractación como consecuencia de las amenazas de represalias que pueda haber recibido la víctima.

### **Pautas para el adecuado registro de marcas e indicios físicos y psicológicos de la violencia**

Es imprescindible que las y los trabajadores de la salud dejen registro escrito pormenorizado de las marcas físicas observadas que puedan ser consecuencia de hechos de violencia institucional, así como del relato de la víctima. No es función de los médicos y otros agentes juzgar la veracidad de los hechos descritos, sino tomar registro y según el caso, efectuar una denuncia u orientar a la víctima o sus familiares, para que puedan formalizarla.

Además de las marcas objetivables, las víctimas suelen sufrir malos tratos verbales, hostigamientos, amenazas e incluso simulacros de golpizas o fusilamiento. Los efectos subjetivos de estas prácticas aparecen en el relato, y en conductas que pueden ser interpretadas como inadecuadas. Una escucha atenta y respetuosa permitirá identificarlos y proceder aún en ausencia de lesiones físicas.

Por otra parte, las y los efectores públicos de salud pueden establecer acuerdos de cooperación con oficinas dedicadas al registro y seguimiento de los casos de violencia y torturas, a los fines de colaborar con que los casos registrados puedan ser contabilizados en las estadísticas. A partir de la existencia de protocolos de registros, será posible contar con información que dimensione y caracterice al fenómeno, activar los mecanismos del debido proceso judicial y alertar a los organismos de prevención de la tortura y fiscalías especializadas.

### **Abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial**

Teniendo en cuenta la complejidad que implica la atención a víctimas de violencia institucional, es importante que no se reduzca a la mera atención de los aspectos físicos involucrados en la urgencia, sino que también incluya la intervención de las y los profesionales de salud mental, la orientación legal y el acompañamiento social necesario para evitar exponer nuevamente a la persona a quedar a merced de los ejecutores de la violencia.

La interdisciplina en el abordaje de salud a situaciones de violencia institucional es la clave para brindar una asistencia integral respetuosa de los derechos de la víctima, que comprenda la situación en una integralidad. Una perspectiva integral incluye el abordaje de la angustia que genera la victimización y el trabajo de acompañamiento hacia la familia para que puedan activar otros mecanismos para proteger a la persona. Es necesario ampliar la perspectiva temporal del “riesgo” para que no se considere exclusivamente el estado físico actual, sino también el riesgo latente que implica la continuidad de la intervención de las fuerzas de seguridad sobre esa persona cuando se encuentra en situación de privación de la libertad.

La integralidad en la atención implica, además, la interacción con otras áreas no sólo del hospital sino del ámbito del poder judicial y la capacitación en términos de incumbencias éticas y profesionales. En su calidad de funcionarios públicos de la salud, los profesionales no conocen la obligación de denuncia en casos sobre los que se pueda presumir un trato cruel o un hecho de tortura.

## **Orientación sobre derechos y lugares de acompañamiento y denuncia**

En función de la existencia de instituciones especializadas para recibir denuncias de violencias institucional debe evitarse la comunicación de estos casos a las fuerzas de seguridad y se debe orientar a las víctimas y sus familiares para dirigirse a los espacios de protección de derechos.

Al respecto es importante diferenciar aquellos espacios que brindan orientación sin necesidad de realizar previamente la denuncia, aquellas oficinas que reciben denuncias, y aquellos espacios que brindan acompañamiento una vez realizada la denuncia. También es importante diferenciar a qué lugar recurrir, en función de quién hubiera sido el agente de la violencia. Para ello se elaboró un anexo con lugares de denuncia y acompañamiento estatales de Nación, Ciudad y Provincia de Buenos Aires.

# 7

## Algunas cuestiones éticas sobre la atención en salud a víctimas de violencia institucional

La reflexión ética ha ocupado siempre un lugar central en la ciencia médica. En los albores de esta práctica, cuando aún la figura del médico no era bien definida, el “juramento hipocrático”<sup>8</sup> surgió precisamente del reconocimiento de la delicadeza de las situaciones características de este ejercicio, en donde había un sujeto vulnerable que pedía ayuda a otro. El desequilibrio de poder intrínseco de esta dinámica era tan evidente que necesitaba ser limitado y transformado en la prueba de virtud misma del efector de salud. Todavía a mitad del siglo pasado, un destacado obstetra francés, Louis Portes, confirmaba la centralidad de esta dimensión con una fórmula que sigue estando presente en los manuales de medicina: “una confianza frente a una conciencia”<sup>9</sup>. Aunque fuera solo por esto, aparece evidente que la medicina está atravesada por una tensión ética ineludible.

A lo largo de la tradición médica occidental, la ética fue principalmente un argumento de dominio de los varios órganos profesionales, quienes se ocupaban de redactar las normas y los valores que correspondían a sus adeptos. Sin embargo, el control sobre la conducta de los efectores recaía exclusivamente en las manos de la comunidad médica, cuyas responsabilidades eran garantizadas solo por el juramento prestado previamente. La relación entre médico y paciente, entonces, se caracterizaba por una cierta opacidad, avalada por la impenetrabilidad del discurso científico, que mezclada al paternalismo médico podía dar lugar a abusos y violaciones.

---

8 El “juramento hipocrático” es el conjunto de principios éticos que guían al médico en el ejercicio de su profesión. Fue introducido por la Escuela Hipocrática en Cos, en el siglo V a.C., y es uno de los principales textos de esta disciplina. A partir de la fundación de la OMS, se fue ajustando coherentemente a las transformaciones del debate científico contemporáneo, borrando algunas partes, como aquella que prohibía el aborto, e insertando otras, como el deber de promover la salud en la sociedad. Aunque transformado sigue siendo una obligación formal para quien quiere ser médico.

9 PORTES, L., *A la recherche d'une éthique médicale*, PUF. Paris 1954, citado en NARRO-ROBLES, J.; RODRIGUEZ-DOMINGUEZ, J.; VIESCA-TREVINO, C. y ABREU-HERNANDEZ, L.. “Ética y salud: Retos y reflexiones”. *Gac. Méd. Méx.* 2004, vol.140, n.6, pp.661-666.

El punto de inflexión en este ámbito ocurrió después del descubrimiento de la participación de los médicos a las atrocidades cometidas durante la Segunda Guerra Mundial en los campos de concentración nazis. Al descubrir, en los Juicios de Núremberg, que algunas de las prácticas inhumanas perpetradas eran más difusas de lo que se pensaba, se reanudó el debate sobre la responsabilidad ética de los profesionales de la salud y su relación con el derecho. La razón era que muchos de los médicos involucrados se defendieron afirmando que solo estaban obedeciendo a las directivas impuestas por las autoridades estatales.

Con respecto a esta cuestión, organismos internacionales, como la Asociación Médica Mundial (en adelante AMM), resolvieron potenciar el compromiso social de la medicina. Por un lado, se dio un enfoque de derechos humanos a la ética médica y, por otro, se situó a los deberes éticos del profesional en un nivel superior al de las leyes estatales, cuando el contexto lo ameritara, por ejemplo, si se le ordenase al médico participar de la tortura<sup>10</sup>. Cabe decir, que, en las últimas décadas, tanto el derecho internacional de los derechos humanos, como las obligaciones éticas de los profesionales de la salud, han ido formalizándose a través de leyes nacionales, que regulan y habilitan el ejercicio de estas disciplinas<sup>11</sup>.

En este marco, esta investigación, abre importantes cuestiones en torno a la ética médica y a las dificultades que caracterizan el ejercicio cotidiano de esta práctica. Los casos analizados son particularmente relevantes porque tocan una fibra sensible del trabajo de la salud, poniendo a prueba la conciencia del delicado papel que los profesionales desempeñan. En algunos casos, por ejemplo, cuando un cuerpo policial hace un uso ilegítimo de la fuerza, esta conciencia puede llegar a ser el último recurso con el que cuente una potencial víctima. Dado el vínculo particular que tiene la ética con la salud, la respuesta a estos casos extremos de vulnerabilidad puede convertirse en el termómetro para medir la salud de la ética de una sociedad.

## Violencia y salud pública

La cuestión de la violencia puede aparecer a primera vista sólo marginalmente conectada con el asunto más amplio de la salud, siendo una de las varias razones por las cuales una persona puede llegar a necesitar atención médica. Sin embargo, en 1996, frente a la creciente relevancia de los fallecimientos y de los traumatismos causados intencionalmente, la Asamblea de la Organización de la Mundial de la Salud (en adelante OMS) declaró que “la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo” y la incorporó en su agenda internacional<sup>12</sup>. La centralidad que se le otorgaba no tenía que ver simplemente con la incidencia estadística y la carga que impone a las instituciones sanitarias, sino con una idea más extensa de salud pública que abarca la sociedad en su conjunto en lugar del individuo aislado de su entorno. En esta concepción, el efector de salud adquiere un considerable relieve en la detección de los casos y se convierte en vector de buenas prácticas.

10 Las declaraciones que van hacia este sentido son múltiples. Como ejemplo, véase la Declaración de la AMM sobre la relación entre el derecho y la ética (2003 y 2019). Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/resolucion-del-consejo-de-la-amm-sobre-la-relacion-entre-el-derecho-y-la-etica/>.

11 En Argentina, rigen la Ley 17.132 del Ejercicio de la Medicina, Ley 24.004 del Ejercicio de la Enfermería, Ley 23.277 del Ejercicio de la Psicología, entre otras.

12 Resolución 49.25 (1996) de la Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/resources/publications/en/WHA4925\\_spa.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf)

Además del carácter social de la violencia, sus consecuencias psíquicas, como fue abordado en este trabajo, tienen que ver con todos los aspectos de la vida íntima de un individuo. Sufrir un hecho grave de violencia genera heridas que no pueden ser curadas exclusivamente sólo con las herramientas clásicas de la medicina. La necesidad de producir un sentido del dolor padecido requiere una atención específica según el caso. A pesar de ello, la respuesta del sector de la salud es la fragmentación del abordaje de la violencia según la tipología y la naturaleza del hecho en sí. A este respecto, en los últimos años se fue desarrollando la idea de una salud integral, que va más allá de una visión biologicista centrada exclusivamente en el cuerpo enfermo. Un ejemplo de esta recepción es proporcionado por los protocolos creados para la atención de víctimas de varios tipos de violencias<sup>13</sup>.

## Paciente, víctima o delincuente

La falta de reconocimiento de los casos de violencia institucional, por parte de los profesionales de la salud, resaltada en esta investigación, plantea unas cuestiones teóricas y políticas sobre el abordaje de la violencia a nivel hospitalario. Para cumplir el mandato de imparcialidad, la práctica médica suele homogeneizar todas las singularidades y encajarlas bajo la categoría neutra de *pacientes*. En algunos casos específicos, cuando se reconoce una mayor necesidad de intervención y de acompañamiento, se recurre a la categoría de *víctima* para encuadrar la situación peculiar y agenciar los procedimientos que corresponden. En los casos de violencia institucional hay algo que obstaculiza esta transición. Además, paradójicamente, no sólo hay dificultad en aplicar la categoría de víctima a los sujetos que se presentan a la guardia acompañados por fuerzas de seguridad, sino que a menudo a estas personas se le niegan hasta los derechos básicos garantizados a los pacientes.

Una posible razón de esta dinámica se puede encontrar en el sentido común que concibe la categoría de *víctima* como indisolublemente vinculada a la inocencia, por lo menos con respecto al hecho que en primera instancia generó la victimización. En esta lógica, la inocencia es condición necesaria, aunque no suficiente, para definir a alguien como “víctima”. Una vez reconocida esta circunstancia, se produce una especie de idealización de esa condición que termina definiendo a la totalidad de la persona que sufrió la injusticia.

Diametralmente opuesta a este esquema, está la categoría de delincuente, cuya peculiaridad es la culpabilidad. El delincuente, en tanto victimario, se define tal porque, a pesar de todas las variables posibles, cometió un hecho criminal, lo cual lo hace la figura de la culpa por antonomasia. En las guardias hospitalarias, cuando llega un sujeto esposado y acompañado por las fuerzas policiales, los profesionales actúan en función de un sesgo cognitivo que automáticamente determina la condición de delincuente. Este mecanismo es pre-reflexivo, por tanto, no hace ninguna diferencia destacar que en la mayoría de los casos considerados no se produjo ningún juicio penal y que, según las estadísticas<sup>14</sup>, nunca llegarán al tribunal. Si la inocencia es vista como una característica de la víctima no sorprende la dificultad de aplicar esta categoría a un sujeto cuyo rasgo esencial es la culpa.

---

13 Véanse la Ley nacional de salud mental y los protocolos para la asistencia a las mujeres víctimas de violaciones, de trata y derechos de la niñez.

14 En el documento del CELS, Hostigados, se demuestra que, por ejemplo, solo el 2% de las detenciones por averiguaciones de identidad deriva a causas penales (pp. 16-17).

En la literatura científica el concepto de culpa es central en varios aspectos de la vida social. La connotación profundamente negativa que lo caracteriza puede llegar a ser un atributo gravemente desacreditador en las interacciones sociales. El sociólogo Erving Goffman, por ejemplo, identificaba en la culpa que deriva de ciertos comportamientos sancionados socialmente uno de los tres tipos de estigma que puede haber. El sujeto estigmatizado pasa de ser una persona humana a ser exclusivamente la pura expresión de una marca negativa.

Esta intuición es relevante porque arroja luz sobre las dinámicas que se pueden generar por una inesperada presencia policial en las guardias hospitalarias. Un principio ético fundamental es que el efector de salud “solo verá en el paciente al ser humano que lo necesita”, como precisa, por ejemplo, el artículo 4 del Código Ético del Colegio médico de la provincia de Buenos Aires, lo que se complejiza a partir de los factores que mencionamos. Si bien la atención médica en los hospitales públicos tiene que encarar una multitud de problemas que derivan de la cotidianidad del trabajo, es fundamental que las circunstancias adversas no hagan renunciar a la conciencia que demanda la delicada posición social que ocupan.

## Secreto profesional vs. Deber de denuncia

Una vez detectado el caso de violencia institucional surge el problema de la denuncia. Una de las cuestiones quizás más problemáticas que se producen en estas situaciones es la tensión entre dos principios éticos médicos fundamentales: por una parte, el respeto del pacto de confidencialidad entre médico y paciente y, por otra, el deber de denunciar los casos de violencia de los cuales el profesional sea testigo.

El secreto profesional es uno de los más antiguos preceptos de la disciplina médica. Ya en la versión original del juramento hipocrático figuraba el perentorio orden de guardar el “secreto inviolable” y, en escala nacional, está confirmado por varios artículos de códigos éticos y jurídicos<sup>15</sup>. Esta medida tiene que ver con la tradicional separación entre esfera privada y dimensión pública de la vida, salvaguardando la primera de la segunda. Por otro lado, el deber de denunciar refleja la centralidad en la promoción de la salud pública y de los derechos que los efectores de salud desempeñan en una comunidad.

Con respecto a este tema, en las últimas décadas, se ha incrementado la propensión, por parte de varios organismos internacionales, a privilegiar la protección del bienestar y la integridad del sujeto por sobre la confidencialidad. La política de derechos humanos, que desde la primera Asamblea de la OMS en 1948 orienta sus decisiones en el ámbito ético, se refleja, también, en muchos pronunciamientos de la Asociación Médica Mundial.

En el Código Internacional de Ética Médica adoptado en 1949 establece que “es ético revelar información confidencial cuando el paciente otorga su consentimiento o cuando existe una amenaza real e inminente de daño para el paciente u otros y esta amenaza sólo puede eliminarse con la violación del secreto”. En la misma dirección va la Declaración de Tokio, que contiene las normas directivas sobre los abusos sobre personas detenidas, donde en el artículo 4 se lee que “el médico tiene la obligación ética de informar los maltratos, cuando sea posible con el consentimiento de la persona, pero en ciertas circunstancias cuando la víctima no puede expresarse libremente, sin consentimiento explícito”.

<sup>15</sup> Por lo que corresponde a los códigos jurídicos, está contemplado en los artículos 156, 157 y 157 bis del Código Penal.

La especificación de la posibilidad de violar el secreto en ciertas circunstancias tiene en cuenta la condición de extrema vulnerabilidad en la cual se encuentran las víctimas. La dificultad de denunciar y el silencio que genera el temor a las retaliaciones es típico de la situación que el psicoanalista Fernando Ulloa llamó “encerrona trágica”<sup>16</sup>. En estos casos, para salir de esta y evitar que continúe o se agrave la victimización, es literalmente de vital importancia romper la espiral de la violencia a través de la denuncia. La enorme responsabilidad que tienen los profesionales de la salud frente a estas situaciones es confirmada también en la Declaración de la AMM sobre la responsabilidad de los médicos en la documentación y denuncia de casos de tortura o trato cruel, inhumano y degradante: “al constatar las secuelas y al tratar las víctimas de torturas, ya sea pronto después del evento o más adelante, son testigos privilegiados de esta violación de derechos humanos”.

Los riesgos en los cuales pueden incurrir los profesionales por cumplir sus deberes y por hacerse garantes del respeto de los derechos humanos son múltiples. Cuando no son amenazas directas, en la mayoría de los casos son de naturaleza velada y se manifiestan en complicaciones y obstáculos en el trabajo cotidiano en los establecimientos de salud. Si bien estas repercusiones son precisamente parte del problema que tiene que ser encarado, la AMM ofreció en varios pronunciamientos respaldo profesional y jurídico a los médicos. La Declaración de Hamburgo, por ejemplo, “trata explícitamente el problema del tipo de protección que se debe brindar a los médicos si están bajo presión, se les pide u ordena participar en tortura y otras formas de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”. También expresa “explícitamente apoyo o la obligación de proteger a los médicos que enfrentan o conocen dichas prácticas”. Lo mismo hace el artículo 9 de la Declaración de Tokio: “la Asociación Médica Mundial respalda e insta a la comunidad internacional, asociaciones médicas nacionales y colegas médicos a apoyar al médico y a su familia frente a amenazas o represalias recibidas por haberse negado a aceptar el uso de la tortura y otras formas de trato cruel, inhumano o degradante”.

## Conclusión

La incidencia del fenómeno de maltrato y abusos que desde las comisarías y penitenciarías se extiende a las guardias de los hospitales públicos es un problema que demanda una reflexión ética y política que tenga una perspectiva lo más amplia posible. Las dificultades específicas de reconocer hechos de violencia institucional destacadas en esta investigación son evidentes y tienen que ser consideradas en la evaluación global del trabajo de los profesionales y de la planificación de los servicios de salud.

Algunas de las actitudes que se evidenciaron mostraron una subestimación de las posibilidades y de las responsabilidades del sector de la salud en su conjunto. En algunos casos se constataron inclusive discriminaciones y connivencias en el maltrato por parte de los profesionales mismos. Las fórmulas “por algo será” o “algo habrá hecho”, frente a casos de violencia policial, que se asocian a un pasado no tan lejano pueden revelarse más vigentes de lo que se piensa.

Si es verdad que el estado de salud de una democracia se mide en su trato a los sujetos más vulnerabilizados de la sociedad, es imprescindible entonces que desde todos los sectores institucionales se mantenga alta la guardia. La convergencia de factores que plantea esta investigación es un buen punto de donde partir para reflexionar y modificar prácticas.

---

16 Aquella situación donde no existe ley ni tercero de apelación, donde la vida o la muerte propias dependen únicamente de aquel que maltrata.

# 8

## Lugares para realizar denuncias

### **Procuración Penitenciaria de la Nación**

<http://www.ppn.gov.ar/>

Tiene como objetivo la protección de los derechos humanos de las personas privadas de su libertad en el Régimen Penitenciario Federal (comisarías, alcaldías y cualquier tipo de local donde se encuentren personas privadas de libertad, procesados y condenados por la justicia nacional). Cumple las funciones de mecanismo de prevención de la tortura en todos los lugares de detención dependientes de autoridad nacional y federal.

**Centro de Denuncias para las personas detenidas y sus familiares:**  
**0800-333-9736**

### **Procuraduría de violencia institucional- Procuvin**

<https://www.mpf.gob.ar/procuvin/>

Dependiente del Ministerio Público Fiscal de la Nación, recibe denuncias por casos de violencia institucional por acción u omisión perpetrados por fuerzas federales. En los casos en que las víctimas sean niños,

niñas o adolescentes, las denuncias deben hacerse en una fiscalía común que debe darle intervención a Procuvin. Para poder realizar la denuncia es requisito que no se haya denunciado el mismo hecho ante ninguna otra dependencia.

**Dirección:** Juan Domingo Perón 667, 2do piso, Ciudad de Buenos Aires.

**Teléfono:** (54 -11) 6089-9054

### **Dirección de Orientación a la Víctima- Dovic**

<https://www.mpf.gob.ar/dovic/>

Dependiente del Ministerio Público Fiscal de la Nación, ofrece acompañamiento y orientación a víctimas de hechos de violencia institucional por acción u omisión perpetrados por fuerzas federales.

**Dirección:** Tte. Gral. Juan Domingo Perón 671, Ciudad de Buenos Aires.

**Teléfono:** (54-11) 6089-9114 / 9135

### **ATAJO-Agencias Territoriales de Acceso a la Justicia**

Dependientes del Ministerio Público Fiscal de la Nación, se encargan de recibir y derivar denuncias, evacuar consultas, brindar acceso a información judicial, facilitar la resolución alternativa de conflictos, generar mecanismos de prevención de delitos y desarrollar acciones de promoción de derechos para fortalecer los vínculos comunitarios y consolidar los canales de comunicación entre el Ministerio Público Fiscal y la comunidad.

**Teléfono:** 6089-9089/9081.

**Sedes:** <https://www.mpf.gob.ar/atajo/mapa-de-atajos/>

### **Ministerio Público de la Defensa de la Nación**

-El Programa contra la Violencia Institucional interviene por denuncia de la víctima o de otra persona en su nombre, o por pedido de las Defensorías y demás dependencias del Ministerio Público de la Defensa toda vez que se produzcan o exista riesgo de que se produzcan hechos de violencia institucional.

**Teléfono:** 5217-0676/7

**Teléfono para Cobro revertido:** 4371-9430

**Domicilio:** Lavalle 1832, 2do piso, Ciudad de Buenos Aires.

**Mail:** [violenciainstitucional@mpd.gov.ar](mailto:violenciainstitucional@mpd.gov.ar)

El programa **Acceder** garantiza el derecho a contar con un patrocinio legal a las personas en situación de vulnerabilidad. Cuenta con sedes de atención ubicadas en villas y barrios populares de la ciudad de Buenos Aires.

**Teléfono:** (011) 4814-8479.

**Sedes:** <https://www.mpd.gov.ar/index.php/politica-institucional/acceder/>

### **Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos Dr. Fernando Ulloa**

<https://www.argentina.gob.ar/derechoshumanos/proteccion/centroulloa/>

Ofrece asistencia a quienes sufren violaciones de sus derechos humanos. Para acceder a los servicios no es necesaria la realización de la denuncia. Depende de la Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

**Dirección:** Esmeralda 138, Ciudad de Buenos Aires.

**Teléfono:** (011) 5300-4000, int. 76607.

**Mail:** [centroulloa@jus.gov.ar](mailto:centroulloa@jus.gov.ar).

### **Centro de Asistencia a las Víctimas de Delitos (CENAVID)**

Dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, tiene como objetivo garantizar los derechos de las víctimas del delito y de violaciones a derechos humanos, brindando asesoramiento jurídico, psicológico y social para la asistencia a las víctimas de delitos.

**Llamar a la línea 149, atención 24 hs.**

### **Dirección Nacional de Políticas contra la Violencia Institucional**

Dependiente de la Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Brinda asesoramiento jurídico y asistencia psico-social a víctimas de violencia institucional y otras violaciones a los derechos humanos.

**Teléfono** 0800-122-5878 gratuito en todo el país.

**Mail:** [DNPCVI@jus.gov.ar](mailto:DNPCVI@jus.gov.ar)

### **Defensoría del Pueblo de la Nación**

Su misión es la defensa y protección de los derechos humanos y demás derechos, garantías e intereses tutelados en la Constitución y las leyes, ante hechos, actos u omisiones de la Administración; y el control del ejercicio de las funciones administrativas públicas.

**Dirección:** Suipacha 365, Ciudad de Buenos Aires.

**Teléfonos:** 0810 333 3762  
+54 (11) 4819 1581

### **Sistema Nacional de Prevención de la Tortura**

El Sistema está integrado por el Comité Nacional para la Prevención de la Tortura, el Consejo Federal de Mecanismos Locales, los mecanismos locales, y las instituciones gubernamentales, entes públicos y organizaciones no gubernamentales interesadas en el cumplimiento de los objetivos del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.

Tanto el Comité Nacional como los mecanismos locales de prevención de la tortura pueden realizar visitas sin aviso previo a cualquier lugar de detención, entendiendo por tal a cualquier establecimiento o sector bajo jurisdicción o control de los Estados nacional, provincial o municipal, así como cualquier otra entidad pública, privada o mixta, donde se encuentren o pudieran encontrarse personas privadas de su libertad, por orden, instigación, o con consentimiento expreso o tácito de autoridad judicial, administrativa o de otra autoridad pública. También pueden recibir denuncias e información en forma anónima para poder realizar las visitas, así como sistematizar la información sobre el registro de los casos.

### **En la ciudad de Buenos Aires**

#### **Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

Cuenta con la Unidad de Aplicación del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, la cual realiza monitoreo y recepción de denuncias sobre violencia y malos tratos por parte de las fuerzas de seguridad, especialmente cuando se trata de los grupos más vulnerables de la Ciudad.

#### **Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

Cuenta con un Programa Contra la Violencia Institucional, así como una Dirección de Asistencia a las Personas Privadas de la Libertad. Brinda asistencia jurídica a quienes están en conflicto con la ley penal, verifica las condiciones de detención en las comisarías, y articula con los colectivos que son las principales víctimas de estas situaciones por trabajar y vivir en el espacio público. Recibe denuncias de manera segura y confidencial.

Línea telefónica gratuita  
**0800-DEFENDER (33-336-337).**

#### **Ministerio Público Fiscal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

Las denuncias pueden realizarse brindando información del denunciante o de forma anónima, desde la página <https://www.fiscalias.gob.ar/en-linea/> por teléfono las 24 hs. al 0800-33 FISCAL (347225) o por correo a [denuncias@fiscalias.gob.ar](mailto:denuncias@fiscalias.gob.ar)

## En la provincia de Buenos Aires

### **Ministerio Público Fiscal de la Provincia de Buenos Aires**

Recibe las denuncias cuando los hechos ocurren en la provincia de Buenos Aires. Las denuncias las puede realizar la víctima o testigo de un delito que sea mayor de 16 años. Puede realizarse de forma anónima.

Sedes: <https://www.mpba.gov.ar/mapa/>

### **Centros de Asistencia a Víctimas y Acceso a Justicia (CAVAJ)**

Acompañamiento a las víctimas en los que se brinda asesoramiento y orientación jurídica. En los centros, el Ministerio de Justicia de la Provincia de Buenos Aires pone a disposición equipos interdisciplinarios integrados por abogados, psicólogos y trabajadores sociales, que facilitan el acceso a políticas públicas para ayudarte a solucionar diversas problemáticas.

**Teléfono:** 0800-666-4403//  
(0221)489-8610

**Mail:** [cpv@mjus.gba.gob.ar](mailto:cpv@mjus.gba.gob.ar)

**Sedes:**

[https://www.gba.gob.ar/justicia\\_y\\_ddhh/asistencia\\_victima\\_y\\_trata/asistencia\\_victima/](https://www.gba.gob.ar/justicia_y_ddhh/asistencia_victima_y_trata/asistencia_victima/)

## bibliografía

- Bamber, H. y Korzinski, M. (2006). "Abordar las repercusiones de la tortura en la salud: La tarea de los terapeutas". En: 25 años. Reconstruyendo vidas. El Fondo de Contribuciones Voluntarias de las Naciones Unidas para las Víctimas de la Tortura. Naciones Unidas.
- Berezin, Ana. (2015). Fundamentos ético-políticos y teóricos en la asistencia y acompañamiento a las víctimas de violaciones de los derechos humanos. En J. Calmels et al., Experiencias en salud mental y derechos humanos: Aportes desde la política pública. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos.
- Bevaqua, Alejandro. (2014). "Certificar el estado de salud de una persona privada de su libertad, ¿cómo actuar?". En: Intramed. Medicina General.
- Boletín del Colegio de Médicos del Distrito III de la provincia de Buenos Aires.
- Boletín del Colegio de Médicos del Distrito V de la provincia de Buenos Aires.
- Calmels et al., J. (2015). Experiencias en salud mental y derechos humanos: Aportes desde la política pública. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos.
- Calmels, Julieta. (2015). Las dimensiones del trauma. Reflexiones desde la experiencia argentina. En J. Calmels et al., Experiencias en salud mental y derechos humanos: Aportes desde la política pública. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos.
- Centro de Estudios Legales y Sociales. (2016). "Hostigados: violencia y arbitrariedad policial en los barrios populares." - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios Legales y Sociales-CELS.
- Centro de Estudios Legales y Sociales. (2017). "Tortura en las cárceles: ¿por qué no son efectivas las políticas de prevención de la violencia en la Argentina?" - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios Legales y Sociales - CELS.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (2017). Informe final presentado ante la Dirección de Investigación para la Salud. Ministerio de Salud de la Nación. "Atención pública en salud mental a víctimas de hechos de violencia institucional. Estudio exploratorio en 10 hospitales de la provincia de Buenos Aires, Córdoba y Mendoza y la ciudad de Buenos Aires 2016 - 2017".
- Córdoba, A. (2015). Violencia institucional y graves violaciones a derechos humanos. En J. Calmels et al., Experiencias en salud mental y derechos humanos: Aportes desde la política pública. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos.
- Cubillos Nieto, Angie. "Consecuencias de la tortura."
- Equipo de Salud Mental del CELS. "La impunidad y sus efectos: Salud Mental y Derechos Humanos". En: CELS Informe Anual sobre la Situación de los Derechos en Argentina. Buenos Aires, Argentina. 1996.
- Equipo de Salud Mental del CELS. "La reparación: acto jurídico y simbólico". En: Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Atención Integral a víctimas de tortura en procesos de litigio: aportes psicosociales, San José, Costa Rica, IIDH, 2007.
- Gaibrois, Gustavo Luis. (2017). Certificado médico. Publicado en la página del Ministerio de Salud de la Nación.
- Goffman, E. (2006) Estigma: la identidad deteriorada. Buenos Aires. Amorrorto Editores.
- Mental Disability Rights International (MDRI) y Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2007): Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos.
- Montero, Augusto. (2010). Niñez, exclusión social y "propiedad policial" en la Ciudad de Santa Fe. En: Delito y Sociedad. Revista de Ciencias Sociales. Año 19. N° 30. Universidad Nacional del Litoral. Bs As / Santa Fe.
- NARRO-ROBLES, J.; RODRIGUEZ-DOMINGUEZ, J.; VIESCA-TREVINO, C. y ABREU-HERNANDEZ, L. (2004). "Ética y salud: Retos y reflexiones". Gac. Méd. Méx. 2004, vol.140, n.6, pp.661-666.

Organización de las Naciones Unidas (2000). Protocolo de Estambul, Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Serie de capacitación profesional N° 8, Rev.1, de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas.

Perelman, M; Tufró, M. (2017). "Violencia Institucional. Tensiones actuales de una categoría política central." CELS, 2017.

Pinto, M. "Temas de derechos humanos". Ed. del Puerto, 1997.

Pita, María. "Pensar la Violencia Institucional: vox populi y categoría política local." Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras. Instituto del Teatro.

Sobredo, Laura. (2015). El acompañamiento a víctimas de violaciones durante el proceso de justicia. Reflexiones desde la experiencia. En J. Calmels et al, Experiencias en salud mental y derechos humanos: Aportes desde la política pública. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos.

Soler, C. (2009). El trauma. En C. Soler, ¿Qué se espera del psicoanálisis y del psicoanalista? Buenos Aires: Letra Viva.

Tiscornia, Sofía. (2006) La violencia institucional como tema de trabajo e investigación.

Torres, Violeta. (2006). Funciones de los médicos de policía. Nota publicada en el Diario "La Nueva" de Punta Alta. 22/06/2006.

Ulloa, Fernando. (24 de diciembre de 1998). La encerrona trágica en las situaciones de tortura y exclusión social. Página 12.

Vázquez, L. (2015). Vulneración de derechos en democracia. Obstáculos, desafíos y políticas públicas. En J. Calmels et al., Experiencias en salud mental y derechos humanos: Aportes desde la política pública. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos.

Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson D. (1971) (2002). Teoría de la comunicación humana. Tiempo Contemporáneo. Buenos Aires.

## créditos

### Coordinación investigación y publicación

Macarena Sabin Paz

### Investigación

Centro de Estudios Legales y Sociales:  
Mariel Alonso, Mariana Biaggio, Rosa Matilde Díaz Jiménez, Federico Ghelfi, Augusto Martinelli, Marcela Perelman, Víctor Manuel Rodríguez G., Ana Sofía Soberón Rebaza, María Isabel Vergagni.

Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública de la Universidad Nacional de Córdoba: Yanina Petiti, Magdalena Brocca y Jeremías Miretti

Asociación para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos Xumek de Mendoza: Ana Cristina Caussi, Diego Arenas y Elisa Barrera.

### Edición

Martina Noailles

### Texto

Mariana Biaggio y Marina García Acevedo.

El capítulo 7 fue escrito por Luca Miotto.

### Agradecimientos

Manuel Tufro, Gabriela Cuniglio, Antonella Piccolo, Natalia Carbajal, Pablo Iván Valetutto, Magdalena Brocca, Jacinta Burijovich, Jeremías Miretti, Diego Arenas, Elisa Barrera, Julieta Caggiano, Lucas Lecour, Nadia Percovich, Natalia Osella, Mariana Borelli, Guadalupe Granja, Yanina Petiti, Ana Cristina Caussi, Carmen Cáceres.

### Diseño

Mariana Migueles

### Armado

Paulina Tallarico

-

Centro de Estudios Legales y Sociales  
Piedras 547, 1er piso C1070AAK  
Buenos Aires, Argentina.  
Tel/fax: +54 11 4334-4200  
e-mail: consultas@cels.org.ar  
www.cels.org.ar



**CELS**

centro  
de estudios  
legales  
y sociales

[www.cels.org.ar](http://www.cels.org.ar)

