



LAS CARCELES MILITARES DEL URUGUAY
Informe de salud

Impreso en
GRAPHIS Ltda.
Juan Carlos Gómez 1457
Montevideo - Uruguay
Dep. Leg. 200.243/84

Comisión del Papel, Edición amparada en el Art. 79/Ley 13.349

LAS CARCELES MILITARES DEL URUGUAY

Informe de salud

Introducción

En el informe anterior publicamos una nómina de algunos de los casos más graves de salud entre los presos políticos. En este informe intentaremos de manera general ofrecer una perspectiva de cuáles son las enfermedades más comunes en los penales, porqué los presos llegan a ese estado, y cómo son atendidos.

Nos interesa destacar que aquí sintetizaremos la experiencia que han vivido miles de hombres y mujeres a lo largo de doce años de existencia de los penales militares y que aún padecen mas de 600 detenidos.

Estamos seguros que las conclusiones que se extraigan del presente informe serán elementos que aporten a la comprensión de la urgencia de una Amnistía General.

Enfermedades más comunes entre la población carcelaria

La patología que presenta la población carcelaria no corresponde a gente de su edad en condiciones normales; es decir, que además del envejecimiento prematuro se da una patología particular relacionada directamente con las condiciones de vida en la cárcel.

Un alto porcentaje de presos políticos sufre algún tipo de enfermedad física o síquica. Ellas son producto de la tortura, o han sido contraídas por las condiciones de vida carcelarias (alimentación deficiente, alojamiento en lugares fríos y húmedos, tensión nerviosa debido al hostigamiento permanente, etc.).

El hacinamiento y las malas condiciones de higiene hacen que las enfermedades se propaguen rápidamente y que sean inevitables las recaídas y sobreinfecciones frecuentes.

Dentro de las enfermedades físicas más comunes entre los presos, encontramos: gastritis, úlcera, hipertensión, asma, lumbago, pérdida de peso, avitaminosis, pérdida de dientes, enfermedades de la piel, trastornos de la visión (por permanecer mucho tiempo sin posibilidad de ver a distancia o por vivir con luz artificial y/o en semioscuridad), focos epilépticos reactivados por la tortura.

Una mención aparte merecen las alteraciones síquicas en los presos que muestran cuadros de síndromes depresivos, alucinaciones, delirios permanentes, distorsiones graves de conducta, paranoias, manía persecutoria, pérdida de reflejos, descontrol emocional, amnesia, tendencia al suicidio, insomnio. Las causas de estos trastornos las desarrollaremos más adelante.

Todo preso fue torturado

Una de las principales causas de las enfermedades es la tortura por la que todo preso ha pasado luego de su detención y en muchos casos durante el cumplimiento de su condena, no sólo en los reinterrogatorios sino también en todas las condiciones carcelarias.

Una tortura muy aplicada es la de colgar a los presos durante horas de las muñecas, con los brazos a la espalda. Esto provoca enfermedades de columna, desgarramientos musculares, rupturas de ligamentos, esguinces. Esta tortura, así como los trabajos forzados, traen secuelas importantes, como son los casos de Nirsa Alvarez y Roberto Caballero, entre otros.

A raíz de golpes en los oídos, se registran también perforación de tímpano, otitis, sorderas, supuraciones -como en los casos de Selva Braselli, Rosa Carro, Alejandro Buscarons.

En otros casos, los golpes en diversas partes del cuerpo ocasionan fracturas, lesiones en órganos vitales que pueden hacerse crónicas o degenerar en tumores. Un ejemplo muy común es el de las hernias inguinales; Raúl Sendic tiene una hernia inguinal desde 1974 (con peligro de estrangulamiento por no haber sido atendida) por un culatazo en el bajo vientre recibido en el cuartel de Colonia.

Los trastornos síquicos agudos se dan normalmente luego

de extensos períodos de incomunicación y tortura. La tortura psicológica comienza en el momento de la detención, cuando el preso es encapuchado y esposado. Continúa con la tortura física, las amenazas, simulacros de fusilamiento, obligación de presenciar la tortura de otros compañeros y familiares, de escuchar cintas grabadas con gritos, hostigamiento durante las horas de sueño, violación a hombres y mujeres, etc.

La atención sanitaria: un médico para seiscientos presos

El progresivo deterioro de la atención sanitaria en los Penales militares está estrechamente relacionado con la agudización de la política represiva que ha caracterizado los últimos años de la historia carcelaria. Este proceso tiene un punto culminante en 1980 cuando en el E.M.R. N°1 (Libertad) se prohíbe a los médicos reclusos seguir ejerciendo su profesión y son cerradas las policlínicas. A partir de ese momento, la atención médica -considerada un aspecto más de la seguridad- pasa a estar exclusivamente a cargo de las autoridades militares.

En el Penal de Libertad, actualmente un solo médico atiende durante los días hábiles a los casi seiscientos presos. Como los médicos rotan mensualmente, se hace muy difícil seguir la evolución y tratamiento continuado de las enfermedades. Sólo un día al mes visita el Penal un médico especialista (oftalmólogo, cardiólogo, otorrinolaringólogo, etc.).

La carencia de médicos se agrava por el régimen de atención implantado. Para ser atendido, el preso debe presentar una solicitud escrita, el día que corresponde a su piso y en horario de la mañana. La misma es recibida por la Enfermería y se la inscribe en una lista. Puede ocurrir que ese día sean muchos los presos que reclamen atención; entonces se los pasa a la semana siguiente, cualquiera sea la afección que motive la solicitud. No existen garantías de inmediata atención, incluso para los casos urgentes. Muchas veces este régimen de solicitudes es utilizado como un aspecto más de la política represiva: hay determinados presos a quienes deliberadamente se les demora la atención, obligándolos a hacer reiteradas solicitudes durante meses, con el propósito de desalentarlos de lograr resultados. Por eso, si se trata de un caso urgente, el detenido debe optar por llamar la atención de la guardia golpeando la puerta de la celda o gritando, a riesgo de ser severamente sancionado.

En Punta de Rieles, el régimen es muy similar. Las detenidas también deben inscribirse en una lista que es trasladada al Comando, donde se decide qué presas serán atendidas. En ningún caso son atendidas más de diez pacientes por día, de las noventa que actualmente están detenidas. La consulta nunca se desarrolla en forma privada, participando de ella, junto al médico, la enfermera, una soldado, una coordinadora y en ocasiones también algún oficial.

En ninguno de los Penales se dan las condiciones para una recuperación paulatina de las enfermedades, sino que la rehabilitación es dictada por decreto. Para los cuadros gripales, se fijan dos días de reposo. A las cuarenta y ocho horas la persona debe levantarse obligatoriamente y, si no se siente bien, solicitar una nueva consulta, que puede demorar semanas. Mientras tanto, no puede permanecer acostada durante el día y debe realizar todas las tareas como cualquier preso.

Los medicamentos: un juego peligroso

La forma en que se suministran los medicamentos constituye otro elemento de inseguridad y de dependencia para el preso. Egtos son distribuidos diariamente por el sargento de piso, sin que el preso pueda controlar que la pastilla que recibe es efectivamente la indicada. Tampoco está a su alcance exigir que el medicamento se le suministre con la regularidad indicada por el médico. El testimonio de Luis Alberto Estradet -liberado en 1984 luego de doce años de prisión- es elocuente respecto al manejo de la medicación:

"...Con el tratamiento terapéutico de mi enfermedad se jugaba mucho, porque tenían la política de suministrarme los medicamentos en forma racionada y muy irregular. Durante una semana recibía sólo un medicamento, a la otra semana recibía dos, y un día de la semana siguiente me daban los tres medicamentos fundamentales que yo precisaba. Así calculé que en un año, el total de días que recibí un medicamento -que debía ser diario- fue sólo de tres meses y doce días; los demás días no lo recibí. Yo lo reclamaba y me decían que no había en plaza. Así jugaban con la famosa descompensación, que se provoca a muchos reclusos. Yo no sufrí descompensación como para ser internado, pero tenía problemas de irrigación, perdía el equilibrio, se me dormía el costado izquierdo del cuerpo (oreja, labios, ojo, brazo y pierna), sufría chuchos de frío, no tenía es-

tabilidad para caminar y no enfocaba bien la visión. Estos desarreglos provocados por el suministro irregular de la medicación causan muchos problemas a otros enfermos del corazón, como yo, y más a los enfermos siquiátricos, que terminan haciendo crisis violentas".

También es muy corriente la prescripción de medicamentos sin análisis y sin diagnóstico, o el realizar indicaciones estandarizadas: aspirinas, antiinflamatorios, antihistamínicos, etc. Por eso no es raro que a muchos detenidos les ocurra lo que a Adolfo Wasem Alaniz, enfermo de cáncer, que fue tratado durante cinco meses con antiinflamatorios, mientras el tumor seguía creciendo.

Por otra parte, la infraestructura médica de las cárceles militares está destinada a mostrar a éstas como Penales modelo. Ello explica que se realicen para cada enfermo innumerables análisis, historias clínicas, estadísticas, lo que no quiere decir que sean luego utilizadas para el tratamiento de los detenidos.

En síntesis: la enfermedad es un elemento más - y poderoso- causante de inestabilidad, utilizado en forma deliberada por los carceleros, en primer lugar en el terreno psicológico. El enfermo que reclama atención sabe que está entrando en un juego peligroso en el que no tiene ningún poder de decisión.

La alimentación

Con la dieta especial que deben recibir los enfermos, ocurre lo mismo que con la medicación. La responsabilidad de el médico se limita a prescribirla y dejar constancia escrita, pero luego las indicaciones pasan por la administración del personal de seguridad (S1); de sus criterios y voluntad depende que esta dieta se cumpla o no. Así, los enfermos quedan librados a la comida usual del Penal, que es deficiente.

Siquiatras y psicólogos asesoran un hostigamiento individualizado y permanente

"No los liquidamos cuando tuvimos la posibilidad, y encima tendremos que largarlos. Debemos aprovechar el tiempo que nos queda para volverlos locos".

Esta afirmación del ex director del Penal de Libertad, Mayor Arquímedes Maciel -citada por Eddy Kaufman (Amnesty International) el 27 de junio de 1976 ante la Comisión de Relaciones Internacionales de la Cámara de Diputados de los EEUU- sintetiza el objetivo central que se persigue en las cárceles militares: la destrucción síquica planificada de los prisioneros.

En este sentido puede decirse que la tortura para los presos políticos no cesa con el procesamiento y traslado a establecimientos de reclusión; porque en el E.M.R.1 y E.M.R.2 (Punta de Rieles) ha sido montado un régimen penitenciario destinado a aniquilar a los detenidos, considerados y tratados como enemigos sobre los cuales hay que ejecutar la venganza.

El primer paso de esta política es el aislamiento, que incomunica al preso del mundo exterior y con sus propios compañeros. Sobre este individuo aislado actúa la represión, mediante un hostigamiento individualizado y permanente. Así lo describió José Nieto, que estuvo doce años en el Penal de Libertad:

"...Los mecanismos empleados para esa destrucción son sutiles, disfrazados tras una apariencia externa correcta en lo relativo a las condiciones físicas, materiales e higiénicas del Penal. Por eso resultaba difícil hacer comprender a las delegaciones del Comité Internacional de Cruz Roja en qué consistían la represión y las condiciones inhumanas de la prisión. Estas consisten fundamentalmente en una presión psicológica sistemática y prolongada a lo largo de muchos años. Es el efecto de la gota de agua en la piedra; es difícil, para quien no lo vivió, imaginar hasta qué punto puede deteriorar a una persona el hecho de que la insulten, la humillen y le golpeen la ventanilla de la celda varias veces en el día y en la noche durante más de diez años".

El medidor objetivo para constatar esta realidad es la cantidad de enfermedades sicosomáticas padecidas por los presos, el alto porcentaje de personas con tratamiento siquiátrico y la enorme cantidad de sicofármacos que consumen los detenidos.

En este contexto, la atención siquiátrica constituye la herramienta fundamental a través de la cual se aplica esta política destructiva. En ella, el equipo de siquiatras y sicólogos cumple un rol fundamental:

- a) crear y mantener una situación de inseguridad permanente que produzca distintos tipos de desequilibrio. Sicólogos y siquiátras garantizan la aplicación científica de métodos de hostigamiento y despersonalización. A ello apuntan las reestructuras globales y los cambios individuales de celda o piso, así como la reglamentación minuciosa pero arbitraria y cambiante de todas las actividades.
- b) no curar sino controlar el desequilibrio síquico cuando éste se manifiesta, de manera que opere como una fuente continua de tensiones y desequilibrios para el grupo. De allí que se coloque a un enfermo síquico en la misma celda con un preso sano, convirtiendo al primero en un instrumento de agresión para sus compañeros. El preso sano debe así soportar no sólo la impotencia de no saber cómo ayudar a su compañero sino también el hostigamiento de la guardia dirigido particularmente al enfermo. Así lo expresa David Cámpora, ex preso político:

"....Estar en la celda con un loco es muy duro, porque uno no es siquiátra ni enfermero, y no sabe qué hacer, y generalmente hace cosas que no ayudan al compañero enfermo o que incluso pueden ser perjudiciales, y uno está siempre nervioso porque el compañero puede intentar suicidarse de noche mientras uno está durmiendo... Es muy duro ver un ataque de locura: compañeros que llegan a pasar dos o tres horas ladrando. Y por supuesto es mucho peor todavía ver cómo el soldado se ríe del compañero que está loco".

- c) buscar la colaboración con los carceleros en los presos más debilitados y transformarlos en delatores concientes o inconcientes, para quebrar la moral del propio enfermo y de sus compañeros. Este es uno de los objetivos principales de las entrevistas con los sicólogos. Se aplicó con Alberto Cía del Campo, enfermo síquico grave que ha sido sometido durante años a un hostigamiento sistemático y a torturas de todo tipo que han acentuado su desequilibrio mental. En abril del 75 fue retirado del Penal con destino desconocido, y sólo en setiembre su familia pudo verlo nuevamente en el Penal. En esos cinco meses estuvo incomunicado en un cuartel del interior, donde fue sometido a brutales torturas; volvió visiblemente desequilibrado, habiendo perdido veinte kilos de peso, y a partir de allí se aceleró su proceso de deterioro síquico. Comenzó a negarse frecuentemente la visita a sus familiares. Muchas veces la familia lo encontró con sobredosis de sicofármacos, ya que a menudo estos medicamentos se le sumi-

nistran abusiva e irregularmente, lo que le provoca trastornos motrices y de personalidad.

"....Cía era periódicamente llamado por oficiales durante la noche para interrogarlo en base a expresiones que él volcaba en sus cartas. De allí volvía a la celda exitado, y contaba a sus compañeros que les había delatado. Lo importante no era la información obtenida, sino lograr quebrar a un hombre que había sido firme, mostrar en él un ejemplo de lo que puede sucederles a todos..."

- d) llevar un fichero pormenorizado de cada preso para conocer sus puntos vulnerables, nivel ideológico, relaciones afectivas, potencialidad agresiva, etc. y así utilizar esos datos en su contra.
- e) fomentar el uso indiscriminado de sicofármacos, abriendo un nuevo plan de vulnerabilidad en el detenido; la administración abusiva de los mismos (ansiolíticos, Diazepan y derivados, neurolépticos, Clorpromazina, Haloperidol, Calmancial y otros) crea una dependencia física que se utiliza como otro instrumento de represión y dominio sobre el preso, así como también como "chaleco químico" para atenuar las crisis extremas que sufren los enfermos más graves.

Es el caso de Antonio Mas Mas. Al igual que Cía del Campo, ha sido permanentemente hostigado. Fue en repetidas oportunidades amenazado de muerte e inducido al suicidio. Ha tenido períodos de delirio, siendo sometido a electroshock, internado en el Vilardebó y tratado con Calmancial. Debido a la tortura se le ha reactivado un foco epiléptico. En abril de 1984 sufrió una crisis violenta debido a que se le redujo la medicación habitual. Durante esa crisis se lo mantuvo aislado y enchalecado en los calabozos de castigo (la Isla). Se le hostigó insistentemente -incluso de noche, impidiéndole dormir- y debido a las provocaciones de la guardia, arremetió contra las paredes y puerta de la celda, lastimándose la cabeza, hombros y pies.

El hostigamiento y manejo de la medicación ha llevado a algunos detenidos al suicidio.

Norma Cedrés, detenida en 1976, fue objeto de una persecución constante, acentuada por su desequilibrio síquico. Frecuentemente sancionada en el calabozo, se le hacía oír grabacio-

nes con gritos y se le impedía dormir. Finalmente se colgó en el baño de una de las barracas del E.M.R. 2; murió en el Hospital Militar luego de varios días de agonía.

Jorge Selves, retenido bajo régimen de medidas prontas de seguridad en el cuartel de Florida luego de haber cumplido una condena de diez años, relata la muerte de Juan Pino Garin, en junio de 1982:

"...El compañero estaba bajo medicación desde 1977; la dosis de sicofármacos que recibía era muy alta. Apenas llega al cuartel, pide por un médico o un enfermero, que no vienen, y plantea claramente a la guardia que necesita la medicación, a más tardar para la noche. No le hacen caso. Entre el cuarto y el quinto día, comienza a sufrir alucinaciones. En la madrugada del 16 de junio, entra el guardia a retirarnos el colchón. Esa noche Juan había pasado muy mal, pidiendo la guardia, totalmente descontrolado. Al pasar el cabo de guardia frente al calabozo de Juan, se paró, abrió los brazos y quedó paralizado, con una cara de terror indescriptible. Ahí me doy cuenta de qué sucede y empiezo a gritar para que me deje salir. El guardia, luego de permanecer algunos minutos sin reaccionar, retrocedió y comenzó a llamar a la guardia externa. Recién a la hora lo bajaron. El médico, que hasta entonces nunca había venido, diagnosticó muerte por desnucamiento. Juan usaba una faja vasca y con ella se autoeliminó". Juan Pino Garin ya había cumplido su condena y estaba retenido en las mismas condiciones que Selves.

EL HOSPITAL MILITAR

El Hospital Militar es otro lugar de la estructura médica carcelaria donde, con características particulares, se dan las mismas circunstancias básicas que en los Penales.

En la mayoría de los casos, los detenidos que llegan al Hospital Militar son internados en situaciones extremas o por padecer enfermedades que requieren tratamientos prolongados y específicos. También llegan allí prisioneros que han sido detenidos recientemente y se encuentran en pleno período de torturas e interrogatorios.

En el predio del H.M., al lado del bloque central, hay un edificio que es el celdario. Este consta de dos únicas salas, una

para hombres y otra para las mujeres, cada una con su respectivo calabozo, y separadas entre sí por la sala de guardia, donde se realizan las visitas en presencia de un cabo y cinco soldados. Cada sala tiene unas seis cuchetas, un pequeño pasillo y un baño.

En ciertos períodos las condiciones de higiene en el H.M. han sido deplorables, como relata Elena Curbelo en su testimonio de

"... Las condiciones de higiene son pésimas, no hay material de limpieza y ésta deben hacerla las propias detenidas enfermas. Nos turnábamos y las menos delicadas se encargaban de lavar el piso, limpiar las mesitas y lavar el baño. Ellas mismas servían la comida. Por la falta de higiene hay piojos, chinches, hormigas y cucarachas, lo que es muy grave si se tiene en cuenta que en ese lugar hay enfermas con descubiertas, heridas expuestas, con suero o recién operadas".

La seguridad: más importante que la vida

Este aspecto, que es el prioritario en la vida carcelaria, sigue siéndolo en el H.M.: el paciente es un preso antes que un enfermo.

En primer lugar, para que sea aceptado el pedido de traslado al H.M. para una consulta, un análisis o una internación, deben pasar varios meses de ostensible padecimiento y agravamiento de la enfermedad. Adolfo Wasem, Angel Yoldi y José Nieto, gravemente enfermos de cáncer, pasaron de cuatro a seis meses solicitando atención médica sin recibirla.

El ejemplo de Angel Yoldi es uno de los más significativos. A mediados de 1981, en el Penal de Libertad, le apareció un bulto en el cuello. No recibió ningún tipo de asistencia hasta enero de 1982, en que después de reiterados pedidos suyos, se le realiza una biopsia en el H.M. y se le extirpa un tumor maligno de la base craneana. Lo devuelven al Penal sin período postoperatorio, al punto que la herida le drenaba y sus propios compañeros tuvieron que sacarle los puntos. Permanece en el Penal sin asistencia alguna durante ocho meses. En setiembre vuelve a ser operado de nuevos tumores, y entre esa fecha y febrero de 1983 sólo lo llevan al Hospital para dos "controles" en los que se limitan a tomarle la presión. En febrero del 83 vuelven a operarlo y luego de hacerle aplicaciones de cobalto lo devuelven al Penal, donde otra vez pasa nueve meses sin ningún tipo de control. Mientras tanto la enfermedad iba

avanzando y comprometiendo toda la base craneana, con metástasis en el hígado, acelerando el desenlace fatal.

Los traslados al H.M., salvo casos de extrema urgencia, se efectúan una vez por semana. Se realizan en vehículos blindados, al mando de un oficial, circulando a sirena abierta y a gran velocidad. Todos los detenidos, cualquiera sea su dolencia, aún cuando no puedan moverse por su gravedad, van esposados a la espalda o por debajo de una pierna, custodiados por oficiales y soldados armados. Los enfermos del Penal de Libertad deben esperar de plantón en la sala de guardia, desde las seis de la mañana hasta las once, hora en que salen los vehículos. El trayecto de Punta de Rieles al H.M. no lleva más de quince minutos de viaje, pero la espera en el Penal suele pasar de cuatro o cinco horas. Durante el trayecto los presos deben permanecer en silencio, sin moverse y con la mirada baja.

Dentro del Hospital, los presos también son trasladados esposados y custodiados, incluso cuando van en camilla a la sala de operaciones o en silla de ruedas a otra dependencia del H.M. La seguridad se hace más rigurosa aún cuando -excepcionalmente- los presos deben ser llevados a otros hospitales. José Nieto y Adolfo Wasem llegaban al Instituto de Oncología con un gran despliegue de guardias armados que, además de tratarlos sin ninguna consideración, insistían en permanecer dentro de la sala de radioterapia.

Esta misma rigidez costó recientemente la vida a Jorge Leivas Puig. Enfermo grave del corazón, debió ser trasladado de urgencia al Instituto del Corazón de la Asociación Española. No obstante su estado delicado y la opinión del cardiólogo actuante de que debía permanecer internado allí, las autoridades militares decidieron a las pocas horas llevarlo de vuelta al Hospital Militar, donde falleció enseguida de llegar, el 3 de agosto de este año.

El reglamento dentro de la sala del H.M. es similar al del Penal: los enfermos no pueden hablar, ni realizar manualidades, ni prestarse artículos de higiene. Deben permanecer acostados, no pueden sentarse, y sólo pueden caminar de a uno por vez, con autorización de la guardia, que también otorga el permiso para ir al baño.

Cada sala tiene un calabozo, donde los presos son sancionados con los mismos criterios que en los Penales. José Nieto, que ingresó al H.M. con un intenso ataque de disnea que lo llevó casi al desvanecimiento, fue sancionado al llegar con tres días de calabozo por no cumplir el reglamento militar que lo obligaba a ponerse de pie en presencia de un cabo. En el calabozo, el preso perma-

nece aislado y sin recibir ninguna atención. Allí son colocados siempre los rehenes en las escasas oportunidades en que son hospitalizados.

Para los médicos, enfermeros y soldados, la guerra continúa

A pesar de encontrarse internados dentro del Hospital más tecnificado del Uruguay de hoy, las posibilidades de ser vistos por especialistas, de hacerse análisis de laboratorio, de ser intervenidos quirúrgicamente en caso necesario y hasta de recibir medicamentos apropiados son tan inciertas como cuando los prisioneros se encuentran en su lugar habitual de detención. Es normal que se extravíen las historias clínicas, que los enfermos pasen días o semanas sin ser atendidos por ningún médico, que el alta sea dada por "órdenes superiores" antes de haber recibido atención alguna, en mitad de un tratamiento y aun al día siguiente de una intervención. A la precariedad de su estado físico, entonces, se le agrega al detenido un contingente de sobrecargas emocionales: es plenamente conciente de que se está jugando con su vida y la de los demás.

El médico militar es alguien que primero es militar y luego médico. Es alguien que olvida su juramento y ve en la persona que tiene ante sí no un enfermo sino un preso. Por eso no duda en dar cumplimiento a las órdenes de sus superiores aunque ellas sean contrarias a la salud del enfermo. Un ejemplo claro de esto son las órdenes de alta, que casi siempre son dadas por el responsable militar de la sala -en base a criterios de seguridad o puramente administrativos- y que el médico se limita a firmar. Eso hace que no exista para los presos internados en el H.M. un período postoperatorio o de convalecencia y sean enviados al Penal sin haberse recuperado.

La misma disciplina militar se impone a los enfermeros y demás personal del Hospital, a quienes se les prohíbe bajo amenaza cualquier trato amable con los presos enfermos. El personal del H.M. es adoctrinado para ver en los enfermos a enemigos, y es así que algunos de ellos caen en ese engranaje y se dedican a mortificar a los detenidos durante las curaciones o en cualquier ocasión. Luis A. Estradet cuenta: "En el H.M. no era tratado como un enfermo sino como un preso. La medicación me faltaba y yo tenía que estar pidiéndola a los enfermeros. Hacía mucho frío y los enfermeros se llevaron la estufa que me había sido adjudicada, así que me gripé en el postoperatorio. Incluso los soldados y los enfermeros se robaban parte de mi alimentación y yo pasaba hambre".

En muchos casos la omisión de asistencia produjo la muerte de los pacientes en el H.M. Elena Curbelo, internada durante varios años allí, hace un testimonio dramático sobre más de cinco muertes por omisión de asistencia. Un caso es el de Hilda Delacroix, detenida en 1976. Luego de varios meses de tortura, comienza a sufrir diarreas y vómitos permanentes además de haber adelgazado más de veinte kilos. Los médicos desestiman la gravedad de su estado, pero ante la persistencia de los vómitos es internada en el Hospital Militar. A los pocos días y a raíz de que se le han cortado los vómitos, el médico de sala, argumentando que su problema es nervioso, le da el alta. Elena Curbelo cuenta cómo ve a Hilda pelear por su salud:

"...Hilda trata de explicarle que no vomita, pero que tampoco comió y que por lo tanto no tiene nada que vomitar. Le dice que adelgazó veinte kilos y que se siente muy mal. A los dos meses debe ser reinternada, sigue con diarrea, pierde sangre por el intestino, tiene el abdomen inflamado y cada día adelgaza más. Tiene menos de dos millones de glóbulos rojos. Recién ahí comienzan a realizarle estudios serios y se le diagnostica cáncer en el ovario, en ese momento ya extendido al hígado, intestinos y pulmón. Su familia inicia trámites solicitando su excarcelación, pero la solicitud es denegada. Hilda Delacroix muere el 1º de setiembre de 1976 en el Hospital Militar".

Las visitas de la familia

El régimen de visitas familiares cuando se está en el H.M. es de una a la semana, después de haber pasado dos semanas de internación. Durante muchos años, debían pasarse los tres meses de internación para tener derecho a solicitar una visita de la familia, pero ésta frecuentemente era denegada, aún en casos graves. Hilda Delacroix y Clarisa Bonilla, enferma de lupus, murieron en el H.M. sin ser autorizadas a ver a su familia a pesar de haberlo solicitado a las autoridades.

En todos los casos, la visita nunca dura más de cinco o diez minutos en el H.M. Sólo recientemente se han hecho excepciones con los enfermos desahuciados, debido a la presión internacional y de la opinión pública nacional, pero negando siempre la libertad por razones humanitarias para esos casos extremos.

La familia del enfermo no tiene acceso a una información regular y confiable sobre su estado de salud, ni siquiera en los casos graves. Muchas veces los médicos justifican su negativa a

dar información en su condición de militares. En la mayoría de los casos, la familia recibe un breve parte que es leído por un soldado que no es médico, ni enfermero, ni conoce al enfermo.

En síntesis, el régimen de visitas es coherente con todo lo ya descrito en este informe. Cuando el preso más necesita de la visita de un ser querido, pues además de estar preso está postrado, es cuando se limitan al máximo.

agosto de 1984

