



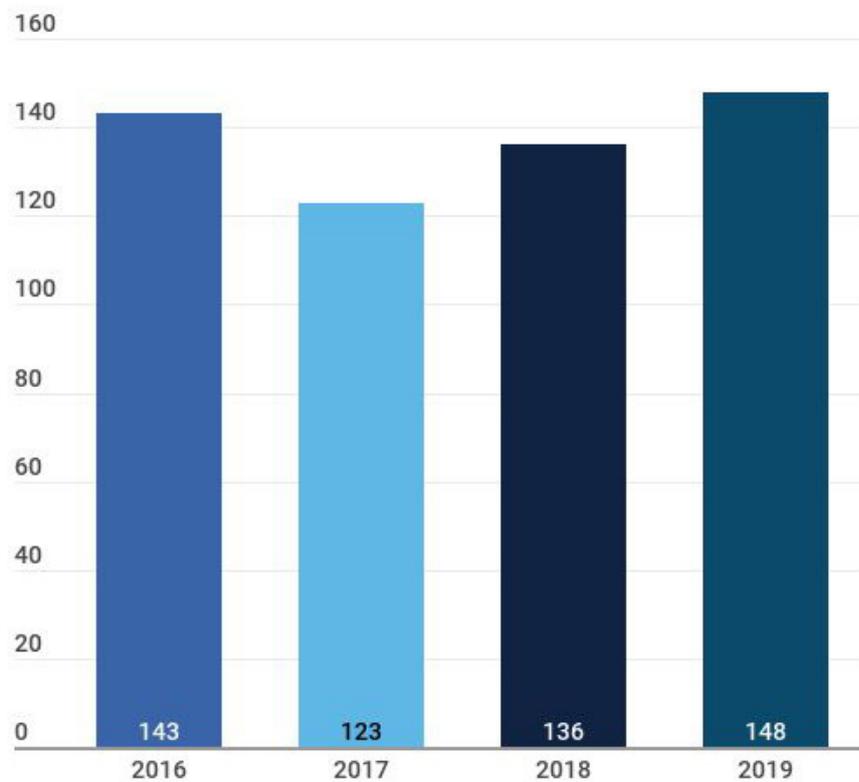
7. Muertes bajo custodia del SPB

7.1. Evolución de las muertes en el SPB

Lo descrito en los capítulos anteriores evidencia que la muerte es una posibilidad cercana para las personas detenidas bajo custodia del Servicio Penitenciario Bonaerense. La práctica sistemática de tortura que genera condiciones de sobrevida, y otras violencias penitenciarias que vulneran los derechos humanos, sumada a la nula asistencia sanitaria se combinan para provocar el peor resultado de la cárcel: las muertes evitables. Durante la gestión de la gobernadora Vidal, entre 2016 y 2019, se produjeron 550 muertes en cárceles y alcaidías del sistema penitenciario de la provincia de Buenos Aires, lo que equivale a un promedio de 138 muertes por año y 11 por mes: 521 varones, 25 mujeres y 4 personas trans. Teniendo en cuenta la población, la evolución de la tasa en estos cuatro años marca un promedio anual de 3,5 muertes cada mil personas detenidas. Además, murieron al menos 70 personas en arresto domiciliario, custodiadas por el SPB mediante pulsera electrónica¹²⁸. Solo para 2019, 29 personas murieron en arresto domiciliario; sumadas a las 148 ocurridas en lugares de encierro totalizan 177 personas fallecidas a disposición de la justicia penal provincial.

128 Se ha decidido quitar del análisis los fallecimientos ocurridos en arresto domiciliario, debido a que la información oficial fue discontinua a través de los años.

Gráfico 1. Muerte de personas detenidas en cárceles y alcaldías bajo custodia del SPB, 2016-2019 (valores absolutos)

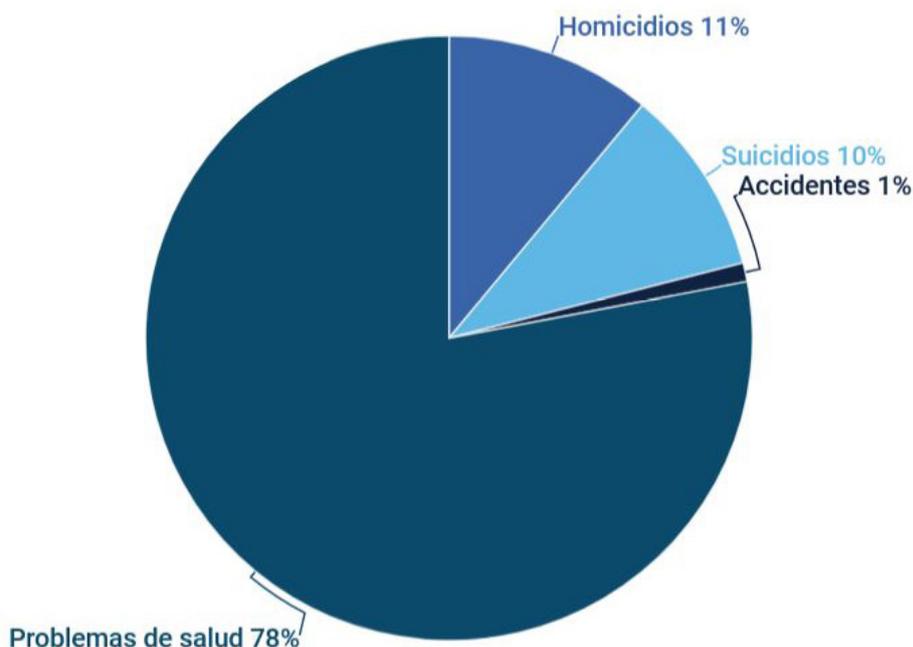


Fuente: CPM, registro anual de muertes producidas en el SPB.

Durante estos años las muertes producidas por problemas de salud representaron el 78%, los homicidios el 11%, los suicidios el 10% y los accidentes el 1%, con promedios mensuales sumamente preocupantes¹²⁹: por mes murieron nueve personas por problemas de salud y hubo un homicidio y un suicidio.

¹²⁹ En este total no se cuentan 19 muertes sobre las cuales se desconocen las causas.

Gráfico 2. Muerte de personas detenidas en cárceles y alcaldías bajo custodia del SPB, según causas conocidas, 2016-2019 (valores porcentuales y medios)



Fuente: CPM, registro anual de muertes producidas en el SPB. Base: 531 casos con dato en la variable causa de muerte (97% del total).

Como vimos antes, al deterioro de la salud no le sigue una atención adecuada sino falta de profesionales, medicamentos, espacios de internación, acceso a hospitales públicos, tratamientos, estudios, curaciones. A esto se suma la falta de alimentos especiales, las condiciones edilicias que agravan los problemas y el quiebre del contacto con los familiares, quienes generalmente proveen los insumos necesarios. Entre 2016 y 2019 murieron 413 personas por problemas de salud.

De menor peso cuantitativo, pero no así de relevancia, son los suicidios y homicidios, que también guardan relación con distintas dimensiones de la tortura penitenciaria. Hay diversas instancias en las que la cárcel incide y genera las condiciones necesarias para que se produzcan los suicidios, así como hay también instancias (aunque no se desarrollan) para detectar y prevenir potenciales conductas suicidas. Entre 2016 y 2019 hubo un promedio de 14 suicidios por año y uno por mes. En términos comparativos: en 2018 la tasa de suicidios cada 10.000 personas fue de 2.6 en el sistema penitenciario y de 0.7 en la población general de la Provincia¹³⁰.

La administración de la escasez sumada a prácticas activas de los agentes penitenciarios (la delegación del gobierno carcelario, el abandono del deber de custodia y la gestión, la habilitación de armas blancas) derivan en escenarios de violencia interpersonal que provocan muertes. Entre 2016 y 2019 hubo un homicidio por mes. Si bien presentan una tendencia decreciente en toda la serie, comparativamente los homicidios dolosos de 2019 representaron una proporción mucho menor en la Provincia (0.5)¹³¹ que en el SPB (2.2) cada 10.000 personas. En otras palabras, dentro de los

¹³⁰ Datos de mortalidad por causas externas, año 2018, informados por la Dirección de Información en Salud del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. No se compara el año 2019 debido a que el Ministerio no ha actualizado los datos.

¹³¹ Informe del relevamiento de las investigaciones penales preparatorias por homicidios dolosos, Provincia de Buenos Aires, 2019, Procuración General.

muros es cuatro veces más frecuente morir asesinado y casi cuatro veces más frecuente morir por suicidio.

La cárcel abre una perspectiva difícil para las personas detenidas y las expectativas de vida son menores que afuera. En 2019 las personas muertas en la cárcel tenían en promedio 46 años: el mayor tenía 84 y el menor 20; un tercio tenía menos de 35 años y la mitad eran menores de 45.

Tabla 1. Muerte de personas detenidas en cárceles y alcaidías bajo custodia del SPB, según rango etario, 2019

Rango etario	Cantidad	Porcentaje
18-24	12	9%
25-34	30	24%
35-44	20	16%
45-54	24	19%
55-64	17	13%
65 o más	24	19%
Total	127	100%

Fuente: CPM, Registro anual de muertes producidas en el SPB. Base: 127 casos con dato en la variable edad (86% del total).

De acuerdo al registro realizado por la CPM, durante 2019 murieron 148 personas en cárceles y alcaidías de la provincia de Buenos Aires, lo que da un promedio de 12 por mes o una cada 60 horas; 138 eran varones, 9 mujeres y una trans. Se produjo al menos una muerte en 43 de los 64 espacios carcelarios: en dos de cada tres. En particular, los homicidios y suicidios se concentraron en 19 unidades.

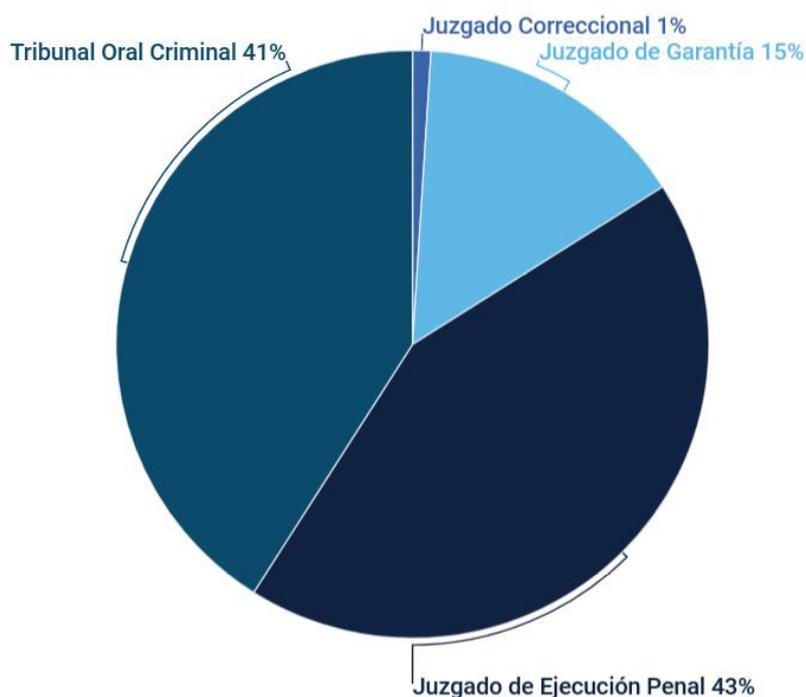
Tabla 2. Homicidios y suicidios de personas detenidas en cárceles y alcaidías bajo custodia del SPB, según lugar de detención, 2019

Unidad	Cantidad
UP2 Sierra Chica	3
UP5 Mercedes	2
UP15 Batán	2
UP24 Florencio Varela	2
UP31 Florencio Varela	2
UP39 Ituzaingó	2
UP4 Bahía Blanca	1
UP6 Dolores	1
UP7 Azul	1
UP8 Los Hornos	1
UP9 La Plata	1
UP21 Campana	1
UP23 Florencio Varela	1
UP33 Los Hornos	1
UP34 Melchor Romero	1
UP35 Magdalena	1
UP45 Melchor Romero	1
UP48 San Martín	1
UP50 Batán	1
Total	26

Fuente: CPM, registro anual de muertes producidas en el SPB.

Las 148 personas fallecidas en 2019 estaban a disposición de 14 de los 19 departamentos judiciales. De los datos que pudimos obtener (146), más de la mitad de las muertes (58%) corresponden a cinco departamentos: San Martín (16%), Lomas de Zamora (11%), La Plata (11%), La Matanza (10%) y Quilmes (10%). De los fallecidos que estaban procesados al momento de morir (82), 59 estaban a disposición de tribunales orales, 22 de juzgados de garantías y uno de juzgado correccional.

Gráfico 3. Muerte de personas detenidas en cárceles y alcaldías bajo custodia del SPB, según órgano judicial a cargo de la detención, 2019 (valores porcentuales)



Fuente: CPM, registro anual de muertes producidas en el SPB. Base: 146 casos con dato de órgano judicial (99% del total).

Las causas de muerte en 2019 están en sintonía con la tendencia histórica. Como muestra la siguiente tabla, la mayoría se explica por problemas de salud:

Tabla 3. Muerte de personas detenidas en cárceles y alcaldías bajo custodia del SPB, según causa, 2019

Causa de muerte	Cantidad	Porcentaje
Problema de salud	118	80%
Suicidio	16	11%
Homicidio	10	7%
Accidente	4	3%
Total	148	100%

Fuente: CPM, registro anual de muertes producidas en el SPB.

La visión oficial de los actores penitenciarios y judiciales insiste en atribuir las causas de las muertes a la enfermedad (física o mental) y a la violencia entre pares, considerando que hay una mayoría de fallecimientos por “causas naturales”, seguidos por suicidios que responden a “decisiones individuales” y homicidios producto de “problemas entre presos”. Sin considerar que el contexto y

las circunstancias en que ocurren, ambas cuestiones señalan la responsabilidad del Estado con las personas que están bajo su disposición y custodia total. Cabe destacar que —según lo informado por la Dirección de Instrucción Sumarial del Ministerio de Justicia— entre 2016 y 2019 se abrieron 258 sumarios administrativos contra personal del SPB por fallecimientos de personas bajo su custodia.

7.2. La responsabilidad estatal

7.2.1. Dejar morir

En 2019, las personas fallecidas por problemas de salud tenían en promedio 50 años; el 60% tenía menos de 55. Uno de cada cinco tenía menos de 35.

Jorge Marcelo Celentano Arce murió a los 52 años en la UP 2 de Sierra Chica, luego de 16 meses de deficiente asistencia de su salud. La CPM mantuvo conversaciones con su pareja desde marzo de 2018 hasta su fallecimiento en abril de 2019. Jorge padecía VIH desde 2002, era epiléptico, había sufrido accidentes cardiovasculares y tenía un presunto tumor en la garganta. En diciembre de 2017 fue trasladado a la UP 2, donde tenía una prohibición de ingreso por episodios de violencia por parte del Servicio Penitenciario, ocurridos en 2016. Allí un grupo de agentes lo golpearon y lo amenazaron: “te vas a morir acá, no te vamos a sacar”. Los informes médicos y las decisiones del juzgado harían cumplir la sentencia penitenciaria.

En tres meses había perdido 20 kg debido a la alimentación deficiente, había dormido en el piso por falta de cama y colchón, y se había provocado dos autolesiones en los brazos. El contexto deplorable de alojamiento se suma a la desidia en la atención médica, favoreciendo las condiciones para generar o agravar problemas de salud que terminan en la muerte.

La CPM intervino ante el Juzgado de Ejecución Penal 1 de Junín, solicitando un traslado por acercamiento familiar a una unidad del conurbano y que se garantizara la atención médica especializada en un hospital para actualizar el diagnóstico oncológico y evaluar el tratamiento. Se requirió puntualmente que el detenido fuera alojado en una cárcel que estuviera a 30 minutos de distancia de un hospital de alta complejidad. En abril se interpuso un habeas corpus insistiendo con el pedido de traslado, al considerar que la presencia de Jorge en esa unidad implicaba un riesgo inminente a su integridad física, no sólo por la falta de atención médica sino porque además seguía siendo víctima de agresiones físicas por parte del personal penitenciario.

En mayo su pareja lo visitó y lo encontró “muy deteriorado y angustiado”. En octubre Jorge seguía en Sierra Chica sometido a un régimen de aislamiento, sin acceder al patio ni al sector de duchas. En esta ocasión presentaba una protuberancia en el cuello que le ocasionaba dolor, por la que todavía esperaba evaluación médica. Seguía bajando de peso y a diario padecía descomposturas estomacales. En noviembre fue atendido en el hospital de Olavarría, donde le dijeron que por su estado de salud no debía estar en una cárcel.

En cada una de estas ocasiones, la CPM remitió informes al JEP 1 de Junín sin obtener resultados favorables. En enero de 2019 Jorge tuvo que ser hospitalizado a raíz de una crisis convulsiva. Mediante un nuevo habeas corpus, se reiteró el pedido de traslado y de evaluación médica especializada para determinar el diagnóstico y tratamiento del posible tumor en el cuello y las convulsiones.

En marzo, un año después de la primera presentación, el JEP requirió informes médicos al área de Sanidad para evaluar un traslado. Para entonces, Jorge presentaba un visible decaimiento físico y anímico: padecía diarrea y vómitos, y tenía dificultades para caminar. En abril el JEP dispuso

atención médica y gestión de pasajes para su pareja. El 20 de abril lo internaron en el hospital de Olavarría donde falleció seis días después.

Generalmente las personas son trasladadas a hospitales extramuros en un momento cercano al fallecimiento, cuando la intervención de los médicos poco puede hacer para torcer la tendencia del deterioro y el abandono. En 2019, de las 118 personas que fallecieron por problemas de salud, 82 fueron trasladadas previamente a hospitales extramuros. Si consideramos también las trasladadas a la unidad-hospital 22 Olmos, suman 95 personas.

Tabla 4. Muerte por problemas de salud de personas detenidas en cárceles y alcaidías bajo custodia del SPB, según lugar de muerte, 2019

Lugar de muerte	Cantidad
Hospital	82
Unidad	36
Total	118

Fuente: CPM, registro anual de muertes producidas en el SPB.

De los 95 casos donde la muerte se produjo en un hospital extramuros o en la UP 22, en 71 hay información sobre el tiempo de internación previo: 13 fueron internados el mismo día del fallecimiento y 11 el día anterior; 22 estuvieron más de dos semanas internados y sólo 9 más de un mes. Esto es grave teniendo en cuenta que las áreas de Sanidad de las unidades en general no cuentan con infraestructura, recursos, ni personal para atender situaciones de relativa complejidad.

Dante Marcial Acosta Bustos, de 53 años, fue internado en un hospital trece días antes de morir. Un mes antes del fallecimiento, la CPM informó al Juzgado de Ejecución Penal 1 de Zárate Campana, a cargo de Gustavo Gabriel Pérez, que Dante llevaba tres meses con erupciones cutáneas, intensa picazón y lastimaduras, pérdida de peso, debilidad física (sus compañeros de celda debían atarle los cordones de las zapatillas y discar el número para comunicarse telefónicamente), dolor en la zona pulmonar y sintomatología asimilable a neumonía; y requirió al juzgado atención médica en hospital extramuros con dermatólogo y neumonólogo.

A principios de junio la CPM interpuso un habeas corpus requiriendo la atención médica urgente en un hospital y que se evalúe una medida morigeratoria. El estado de salud de Dante era cada vez más delicado: tenía dificultades para caminar y mantenerse en pie, no toleraba la ingesta de alimentos, le costaba hablar y había sufrido una descompensación. Luego de llevarlo a un hospital donde le realizaron estudios de sangre y tórax y le diagnosticaron bronquolitis, fue reintegrado a la UP 21 de Campana. El 10 de junio debieron llevarlo nuevamente al hospital: le diagnosticaron tumoración cerebral y lo internaron en terapia intensiva cuando ya era tarde para revertir su estado de salud. Permaneció allí hasta su muerte, el día 23.

Las personas fallecidas por problemas de salud en 2019 llevaban promedio 2 años¹³² detenidas en el SPB, lo cual es poco o mucho según el plano que se analice. Por un lado, es relativamente corto el tiempo en que la cárcel enferma o agrava enfermedades que conducen a la muerte. Por otro, es

132 Se calculó la mediana para corregir el sesgo de los valores extremos (15 días a 14 años) sobre el promedio. Se cuenta con el dato de fecha de ingreso al SPB, en 87 de 118 casos.

largo el tiempo que se toman los órganos judiciales para evaluar el arresto domiciliario previsto en la normativa penal para enfermedades terminales, con el agravante de que en la mayoría de los casos no se otorga.

Darío Nicolás Clavijo López tenía 60 años cuando murió, en junio de 2019. Acumulaba seis meses de problemas de salud que se fueron agravando debido a deficiencias en la atención médica. En enero fue trasladado a la UP 22 de Olmos con diagnóstico de diabetes, asma, problemas de presión, fractura de costilla y debilidad muscular. Allí le diagnosticaron hipoglucemia y lo derivaron al Hospital San Juan de Dios de La Plata, también con un cuadro de deshidratación y por la fractura de una costilla mencionada.

De febrero a junio estuvo en terapia intensiva, con respirador artificial, traqueotomía, alimentación por sonda, dificultad para comunicarse y sin movilidad en las piernas, pese a lo cual se lo mantuvo esposado de pies y manos a la cama, además de disponerse la custodia de dos agentes penitenciarios. Desde la primera visita, la familia manifestó que “está postrado, le hablás y sólo mueve los ojos”. En marzo la CPM presentó un habeas corpus al Tribunal Oral Criminal 10 de Lomas de Zamora¹³³, solicitando que se evalúe la morigeración de la pena considerando las afecciones de salud. No hubo respuesta. En junio se reiteró la solicitud que fue rechazada el 21 de junio, dos días antes del fallecimiento de Darío.

Durante esos meses también se interpusieron acciones judiciales para suspender la sujeción con esposas, entendida como una práctica de tortura desproporcionada en una situación así, y en tal sentido vejatoria y degradante además de arbitraria y carente de razonabilidad. Todas fueron denegadas.

Otro ejemplo es el de Néstor Fabián Zárate Brito, de 48 años y un diagnóstico de cáncer testicular. Entre agosto y diciembre de 2018 la CPM informó al TOC 2 de Zárate-Campana¹³⁴ que la UP 9 de La Plata había incumplido los turnos de urología y oncología en hospital extramuros ordenados por dicho órgano, y que Néstor se encontraba muy dolorido, con bultos e hinchazón en el área comprometida, dificultades para desplazarse y recibiendo únicamente analgésicos. Además, requirió al Tribunal la realización de una pericia médica para evaluar un posible tratamiento de quimioterapia.

Recién en febrero de 2019 le hicieron sesiones de radioterapia en una clínica, mediante la cual eliminaron uno de los tumores de la pierna derecha, aunque no lograron atacar los que tenía en la ingle. Desde entonces recibió atención médica deficiente y medicación discontinua, pasó por varias unidades, durmió en mantas, comió poco y empeoró la dificultad motriz. El TOC rechazó los pedidos: internación en la unidad-hospital 22; traslado a una cárcel de San Luis, donde vivía su familia, y arresto domiciliario en consideración de que se encontraba en la fase terminal de la enfermedad. En noviembre la familia se comunicó con la CPM: “Nadie hace nada por él, se está muriendo solo. Por favor, necesitamos que nos ayuden”. El 22 de diciembre fue trasladado a la UP 22, donde murió tres días después.

El suicidio tampoco debe entenderse fuera de contexto. No es ajeno a las condiciones de detención caracterizadas por el padecimiento de torturas, deterioro material, aislamiento extremo, desvinculación familiar, violencia, sobre-medicación, indefinición de los plazos procesales, falta de

133 Integrado por los jueces Daniel Julio Mazzini, José Ignacio Polizza y Susana Mabel Silvestrini.

134 Integrado por los jueces Liliana Miriam Dalsaso y Daniel Claudio Ernesto Rópolo.

custodia y atención. En 2019 hubo 16 suicidios en 15 unidades¹³⁵. A lo largo del período 2016-2019, uno de cada 10 fallecimientos fue por suicidio.

Como se expuso en el capítulo 2 de esta sección, el encierro genera padecimientos psíquicos y el servicio de salud mental no reúne las condiciones necesarias para atenderlos. Algunos de los problemas son la baja cantidad de profesionales, la proliferación de psicofármacos y la escasa relevancia asignada a la psicoterapia. En ese marco, las personas que manifiestan tales padecimientos generalmente encuentran por respuesta excluyente la medicación psiquiátrica, sin complementar los tratamientos con un acompañamiento psicológico ni la promoción de actividades grupales, como las educativas y los talleres de capacitación laboral. Al contrario, se prolonga su inserción en regímenes de vida que implican pasar la mayor parte del día dentro de las celdas, con acceso restringido a patios y actividades recreativas.

Por otra parte, las personas que son encerradas en sectores de aislamiento debido a razones de seguridad, sanción u otras no reciben la atención psicológica que tal encierro extremo requiere. Incluso, son llevadas allí inmediatamente después de vivir una situación traumática, como una agresión física, una autolesión o un intento de suicidio. Entre 2016 y 2019 el SPB informó al Poder Judicial 165 intentos de suicidio. De los 47 informados en 2019, al menos 15 fueron respondidos con una medida de aislamiento¹³⁶.

Sofía Mailén Risso del Riego tuvo una pelea con otra detenida, que derivó en una sanción y en su reubicación en el sector de aislamiento. Al día siguiente se suicidó; tenía 20 años. Una mañana, Javier Guillermo Castillo, de 53 años, se autolesionó en la UP 4. Según señala el parte disciplinario elaborado por la unidad, Roberto afirmó: “Tengo problemas con mi familia, me di un par de puñaladas, no me importa nada, por eso hice lo que hice”. El parte también informa que el grupo de intervención ante emergencias ingresó al pabellón y disparó contra Javier ante un supuesto intento de ataque contra el agente encargado del pabellón. Lo llevaron a Sanidad, donde el profesional registró “heridas punzantes lineales superficiales en abdomen y una herida punzante leve en pectoral izquierdo”, sin hacer mención a las lesiones provocadas por los disparos. Luego lo aislaron en el sector SAC, sancionado por “intento de agresión al personal penitenciario”. Más tarde se suicidó.

Las personas que se suicidaron en 2019 tenían una edad promedio de 31 años.

7.2.2. Dejar matar

En 2019 se produjeron 10 homicidios. Este tipo de muerte está vinculado a prácticas penitenciarias de delegación de la violencia en las personas detenidas y de administración de armas blancas. Como vimos antes, el SPB delega la violencia y terceriza el orden para garantizar su gobierno del encierro¹³⁷. Esto implica el encargo penitenciario, “mediante mecanismos de extorsión y entrega de armas (generalmente elementos corto-punzantes), de lastimar y/o robar a otro preso a fin de doblegarlo o incluso matarlo”. O bien se produce de forma menos directa a través de liberación de zonas que “habilita o propicia los enfrentamientos entre presos o el sometimiento y/o robo de unos a otros” (Andersen, 2014: 262-263).

En este caso, la violencia delegada es un medio utilizado por un penitenciario o grupo de

135 UP 2 Sierra Chica, UP 4 Bahía Blanca, UP 5 Mercedes, UP 6 Dolores, UP 8 Los Hornos, UP 9 La Plata, UP 15 Batán, UP 21 Campana, UP 24 Florencio Varela (2 casos), UP 33 Los Hornos, UP 34 Melchor Romero, UP 39 Ituzaingó, UP 45 Melchor Romero, UP 48 San Martín, UP 50 Batán.

136 CPM, Registro de hechos de violencia ocurridos en el SPB, 2016-2019. Ver capítulo 4 en esta sección.

137 Ver capítulo 4 en esta sección.

penitenciarios (desde el encargado del pabellón hasta el jefe del penal) para robar pertenencias y luego comercializarlas o para aplicar represalias por denuncias de malos tratos, sin correr el riesgo de quedar involucrados en delitos. Para las personas detenidas, en cambio, ejercer la violencia penitenciaria implica “beneficios circunstanciales” como conseguir o impedir un traslado, mejorar sus condiciones de vida o incluso evitar la muerte (CPM, 2006: 175; Andersen, 2014: 264-266).

En 2019, los 10 homicidios se repartieron en 8 unidades¹³⁸. Entre el ingreso al SPB y la muerte pasaron en promedio 2 años y 3 meses. Las víctimas de homicidio promediaban de 28 años.

Cristian Ezequiel Páez Cardozo, de 22 años, estaba alojado en la UP 23 de Florencio Varela cuando una tarde recibió una herida de arma blanca por parte de otro detenido del mismo pabellón. Por esta lesión fue llevado al área de Sanidad donde sólo había un enfermero, quien definió su traslado al hospital Mi Pueblo. A la madrugada falleció. Un mes antes, su madre había solicitado el traslado de Cristian a una unidad más cercana al domicilio familiar, lo cual fue rechazado por el TOC 6 de San Martín.

La presencia de armas blancas (*facas*) en la cárcel es responsabilidad del personal penitenciario porque es imposible no detectarlas en las requisas personales y de celdas. Los agentes permiten o gestionan su fabricación, ingreso y circulación. También es su responsabilidad la ubicación en un mismo pabellón de personas que tienen conflictos previos entre sí.

Lo mismo ocurrió con Víctor Eduardo Lorenzo Franco, de 29 años. En la UP 15 lo ubicaron con un detenido con el que tenía problemas. Según el parte disciplinario elaborado por el SPB, luego de lesionarlo de muerte ese detenido manifestó: “Este gil se lo re merecía, hace tiempo que lo quería cazar”. Los agentes penitenciarios no desconocen la existencia de estos conflictos previos.

7.3. El registro de las muertes

Un deber estatal elemental consiste en registrar las muertes y hacer público ese registro. Además de ser una obligación legal, las estadísticas de mortalidad cumplen un rol destacado en el conocimiento de la dinámica demográfica de una población —en este caso la carcelaria— y en la formulación de políticas de salud. Las Naciones Unidas destacan que esta información

...tiene un valor incalculable para la evaluación y el seguimiento del estado de salud de una población y para la planificación de intervenciones sanitarias adecuadas. El registro puntual de las defunciones, con especificación de su causa, puede proporcionar una indicación temprana de las tendencias de la prevalencia de las enfermedades y, por lo tanto, facilitar la elaboración de estrategias de prevención o intervención (ONU, 2014: 6).

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS),

...la información sobre mortalidad es básica para el conocimiento de las condiciones de salud, del nivel de vida y del acceso a servicios médicos de buena calidad, y resulta especialmente útil para formular políticas y adoptar decisiones sobre la accesibilidad y la calidad de los servicios de asistencia (OPS, 2017: 5-6).

El Estado provincial lleva un registro deficitario de la mortalidad en la cárcel. El Ministerio de Justicia, que tiene a cargo el SPB y la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria, es el organismo con la responsabilidad originaria en la construcción de este dato. Los médicos de la DPSP son los

138 UP Sierra Chica (2 casos), UP 5 Mercedes, UP 7 Azul, UP 15 Batán, UP 23 Florencio Varela, UP 31 Florencio Varela (2 casos), UP 35 Magdalena, UP 39 Ituzaingó.

encargados de confeccionar un certificado de defunción por cada fallecimiento de una persona bajo custodia del SPB. “La responsabilidad del médico que firma el certificado de defunción es indicar la afección morbosa que condujo directamente a la muerte y establecer las condiciones antecedentes o sucesos que dieron origen a dicha afección” (ONU, 2014: 113).

Dentro del Poder Judicial, la Corte Suprema de Justicia creó en 2016 un registro de muertes bajo la órbita de la Subsecretaría de Derechos Humanos de las Personas Privadas de Libertad (acordada 3826/16), y la Procuración General releva los casos a través del Registro Único de Detenidos. Los tres organismos presentan errores de cobertura. Ninguno contabilizó el total de muertes ocurridas en los últimos cuatro años, lo cual es inadmisiblesi se considera que el universo de casos es pequeño y que el registro de fallecimientos es una actividad minuciosamente protocolizada.

Otro problema que afecta la calidad de estos registros son las causas de muerte mal definidas. Según el modelo de certificado médico de causa de defunción aprobado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) vigente en Argentina, los operadores sanitarios deben consignar en las causas “todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte o contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjo dichas lesiones”, lo cual “no incluye síntomas ni modos de morir, tales como paro cardíaco o insuficiencia respiratoria” (ONU, 2014; CEPAL, 2014: 92-93; Ministerio de Salud de la Nación, 2006 y 2019).

Estas últimas nominaciones son frecuentes en las comunicaciones remitidas por los poderes públicos a la CPM. El año más crítico fue 2018, cuando todas las muertes no traumáticas fueron informadas por el Ministerio como “paro cardio respiratorio”. Esto sugiere que categorizan la mayoría de los fallecimientos según el evento final de un proceso de enfermedad o que prefieren no hacer pública esa información.

Si se consigna únicamente la forma en que murió la persona, “se pierde el dato de la causa básica, que es la información clave para implementar políticas de salud y alimentar el sistema de información de morbilidad y mortalidad” (CEPAL, 2014: 96). Como establece la ONU, “el objetivo más importante en materia de salud pública es prevenir la causa precipitante. Por esa razón se considera que la causa básica de defunción es el fundamento de las estadísticas de mortalidad” (ONU, 2014: 49).

El modelo de la OMS determina espacios para distinguir hasta cuatro causas de defunción, recurriendo a la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). La *causa directa o inmediata* es la enfermedad o afección que produce la muerte directamente, excluyendo la forma de morir. Las *causas intermedias o intervinientes* (se pueden registrar hasta dos) son las enfermedades o afecciones ocurridas entre la causa directa y la causa básica, siendo una complicación de la causa básica y un desencadenante de la causa directa (Ministerio de Salud de la Nación, 2006 y 2019)¹³⁹. La *causa básica* es “(a) la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o (b) las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal” (CEPAL, 2014: 93; OPS, 2017: 30-33).

Este déficit se replica en el registro de las muertes accidentales o violentas. El modelo de la OMS prevé una sección aparte para consignar la causa básica (el evento), la presunción de intencionalidad del evento y una descripción detallada de las circunstancias. Salvo la causa básica, los demás elementos suelen ser omitidos por los médicos forenses encargados de certificar estas muertes en el marco de una investigación judicial (Ministerio de Salud de la Nación, 2019) o bien se trata de

139 El modelo de certificado también prevé un espacio aparte para consignar la causa contribuyente: toda enfermedad o afección que contribuye al deceso sin estar relacionada con la cadena de acontecimientos que lo produjeron (Ministerio de Salud de la Nación, 2019).

un dato omitido por las agencias judiciales (Corte Suprema, juzgados o tribunales) que remiten la información a la CPM.

Es grave que los poderes Ejecutivo y Judicial no lleven un registro exhaustivo y unificado de la muerte de las personas que estaban bajo su custodia y a su disposición. Es necesario que se cumplan los protocolos establecidos nacional e internacionalmente para la confección de certificados de defunción, y que se agilicen los procedimientos para la comunicación de los fallecimientos a los distintos organismos públicos que intervienen sobre el sistema carcelario. La CPM administra un registro anual que complementa las tres fuentes estatales. Esa experiencia se encuentra a disposición de las autoridades estatales para aportar a la mejora del registro oficial.