



**Políticas
penitenciarias**



Introducción

Durante 2019, el monitoreo de los lugares de encierro de la provincia de Buenos Aires se materializó en las siguientes acciones de inspección y recepción de denuncias realizadas por el Comité contra la Tortura (CCT) de la CPM

107 inspecciones a cárceles, alcaidías, comisarías, centros de jóvenes y hospitales.

6.713 entrevistas o comunicaciones con personas detenidas o sus familiares.

12.594 hechos de tortura y/o malos tratos registrados en el marco de dichas entrevistas.

4.448 acciones judiciales individuales presentadas, entre ellas 2.613 informes urgentes (59%) y 1.349 habeas corpus (30%).

37 acciones o habeas corpus colectivos presentados.

Los hechos que motivaron estas acciones se recibieron: 54% por correo electrónico, 21% por teléfono, 14% presenciales en cárceles, alcaidías y comisarías, 11% presenciales en la sede¹.

En los capítulos que siguen se presenta una descripción de lo relevado durante el año. Primero se exponen los resultados del relevamiento del Registro Nacional de Casos de Tortura y/o Malos Tratos (RNCT)² sobre casos de **tortura penitenciaria**, que una vez más ratifican la condición sistemática y multidimensional de la tortura que el Estado aplica sobre las personas detenidas.

Luego se analiza la **desatención de la salud** en el encierro, analizando lo relevado en cuanto a condiciones materiales de internación, recursos humanos, insumos, medicamentos, modalidad de atención y producción de enfermedades (2.1 a 2.4). También se presenta un panorama preliminar sobre la atención de la salud mental, describiendo las capacidades institucionales y las prácticas frecuentes, particularmente la administración de psicofármacos (2.5).

En el tercer capítulo se abordan las situaciones que viven **mujeres, trans y travestis en el encierro**, dilucidando aquellas vulneraciones específicas producidas en función del género. Primero se presenta un panorama respecto a las cárceles de mujeres, considerando la sobrepoblación, el

¹ Se trata de las primeras entrevistas, es decir que cada una corresponde al ingreso del caso, pudiendo luego desarrollarse nuevas entrevistas para ampliar información o realizar el seguimiento.

² Creado en el año 2010 por acuerdo inter-institucional entre la Comisión Provincial por la Memoria de la provincia de Buenos Aires, la Procuración Penitenciaria de la Nación y el Grupo de Estudios sobre Sistema Penal y Derechos Humanos (GESPyDH) del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA).

impedimento de vinculación familiar, la deficiente atención sanitaria, la situación de las mujeres embarazadas y/o madres, la violencia obstétrica y los denominados “pabellones de seguridad” (3.1 a 3.5). Luego, una descripción sobre el encarcelamiento de trans y travestis, las torturas específicas que padecen en función del género, las implicancias de su alojamiento en pabellones específicos y el desarrollo de un caso que ejemplifica las vulneraciones que atraviesan a este colectivo en la cárcel (3.6 a 3.8).

El cuarto capítulo trata sobre la **violencia en el encierro**, a partir de los hechos informados por el SPB y comunicados a la CPM por el Poder Judicial en cumplimiento de la resolución 2.825/06 de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires (SCJBA). Primero, se analizan los hechos informados entre 2016 y 2019, y se puntualiza en los de 2019 según distintos aspectos (4.1). Segundo, se profundiza la mirada en las agresiones físicas y en el uso de la fuerza por parte del SPB, hechos que permiten diagnosticar preliminarmente la gestión penitenciaria de la violencia (4.2). Tercero, se abordan las autolesiones y los accidentes, hechos que también expresan los efectos de las condiciones de vida en la cárcel (4.3). Cuarto, se analizan las consecuencias informadas de los hechos de violencia, describiendo las lesiones físicas, la atención médica y las medidas dispuestas por el SPB (4.4). Quinto, se reflexiona acerca de las características de esta fuente de información que, aún con sus limitaciones, le permite a la CPM constituir la única sistematización existente sobre las violencias en las cárceles bonaerenses (4.5).

En el quinto capítulo se hace una descripción preliminar de los procesos de provisión, almacenamiento, gestión y distribución de productos alimenticios en las cárceles bonaerenses, registrando una vez más que el **derecho básico a la alimentación** no se garantiza en el encierro de la provincia de Buenos Aires.

El sexto capítulo relata la **huelga de hambre** realizada por una parte significativa de la población detenida en diciembre de 2019, en reclamo por el respeto de sus derechos básicos. Se describen el contexto de surgimiento, los principales reclamos, la intervención de la CPM y las medidas adoptadas por el Ministerio de Justicia.

Finalmente, se exponen los resultados del registro de **fallecimientos en el SPB**. Se presenta una evolución de los últimos cuatro años (7.1), se indaga acerca de las causas mediatas, la incidencia del tiempo de detención, la conexión con el sistema de salud pública y el papel de los juzgados, confirmando la responsabilidad del Estado en la generación de condiciones que favorecen la muerte (7.2), y se introducen reflexiones relativas a la responsabilidad estatal en el registro de los fallecimientos y al modo en que lo llevan a cabo (7.3).

La información relevada para este Informe tiene su origen en **diversas fuentes e instrumentos de recolección**. En primer lugar, entrevistas con personas detenidas, con familiares en el contexto de la recepción de denuncias, con autoridades penitenciarias, sanitarias y judiciales. En las inspecciones esto se complementa con la observación de campo. En segundo lugar, documentos oficiales diversos: partes mensuales y diarios de personas detenidas, registros administrativos de unidades sanitarias, expedientes judiciales, oficios y listados de fallecimientos, comunicaciones de hechos de violencia remitidos por órganos judiciales, informes de visitas de juezas/ces y fiscales a las cárceles, informes elaborados por organismos públicos. Finalmente, se utilizan antecedentes y marcos teóricos provistos por bibliografía especializada. Estos relevamientos se realizan en el marco (y como parte intrínseca) del monitoreo de los lugares de encierro, con el objetivo de

fundamentar recomendaciones para promover cambios en las políticas de encierro o acciones judiciales y administrativas en defensa de los derechos de las personas detenidas.

A diferencia de esto, el RNCT, cuyos resultados se exponen en el capítulo 1, persigue objetivos de registro y diagnóstico, permitiendo mayor especificidad y sistematicidad. Este registro se realiza completando una ficha por cada persona que sufrió torturas y/o malos tratos, donde se incluyen datos acerca de la fuente receptora, de la víctima y de los hechos correspondientes a la siguiente tipificación: agresiones físicas, aislamiento, traslados gravosos, traslados constantes, requisa personal vejatoria, malas condiciones materiales de detención, falta o deficiente alimentación, falta o deficiente asistencia de la salud, robo y/o daño de pertenencias, impedimentos de vinculación familiar y social, amenazas.

El instrumento integra niveles de análisis que habilitan un abordaje progresivo y exhaustivo del objeto:

- Cada caso corresponde a una víctima de torturas y/o malos tratos en los 2 meses previos a la entrevista.
- En cada caso se relevan los *tipos* de tortura padecidos por la víctima en ese período.
- Para cada tipo de tortura se registra el total de situaciones padecidas (por ejemplo, todas las amenazas de los últimos dos meses), que se denominan *hechos comunicados*.
- Del total de hechos comunicados se solicita la descripción de aquellos más gravosos (por ejemplo, la amenaza más grave de los últimos dos meses), que se denominan *hechos descriptos*³.
- Los hechos descriptos se componen de *actos* que corresponden a indicadores de la forma en que se despliegan. Además se dispone de un campo abierto para el registro textual de la descripción del hecho y de preguntas cerradas con categorías sobre sus características específicas.

De esta manera, el RNCT permite cuantificar los padecimientos de las víctimas/casos en relación a los tipos de tortura y al total de hechos comunicados de cada tipo en un período de 2 meses, así como contar con la caracterización de aquellos más gravosos midiendo la aparición de actos y disponiendo de una cualificación textual en los hechos descriptos.

3 En todos los tipos de tortura se solicita la descripción de un hecho, excepto en "agresiones físicas" y "falta o deficiente asistencia de la salud" donde se habilita la descripción de hasta tres hechos.



1. Tortura sistemática

En este capítulo se presentan los resultados del Registro Nacional de Casos de Tortura y/o Malos Tratos (RNCT) correspondientes al año 2019⁴. Este registro permite establecer caracterizaciones y regularidades de la tortura y dimensionar, a su vez, despliegues temporales y territoriales-institucionales. Sobre esta base da cuenta de la sistematicidad de la violencia estatal en los lugares provinciales de detención, inscripta en el gobierno de la población capturada por el sistema penal. El corpus de material empírico que compone el registro de casos de tortura y/o malos tratos se construye a través del trabajo de campo en lugares de detención que realiza el equipo del RNCT y a partir de la información relevada en las tareas de intervención de la Comisión Provincial por la Memoria. Así, se dispone de registros de observación en el campo, de información oficial proporcionada por las autoridades de los lugares de detención y de fichas del RNCT que se generan por cuatro tipos de procedimientos:

1. Entrevistas con las víctimas: toma de la ficha del RNCT en entrevistas con las personas detenidas en los lugares de detención⁵.
2. Observación en sectores de alojamiento: elaboración de fichas del RNCT a partir de la observación de torturas y/o malos tratos que alcanzan a todas las personas detenidas en un determinado sector o pabellón⁶.
3. Información relevada en los lugares de detención durante las entrevistas de intervención de la CPM (tomada en planillas de entrevistas).
4. Información relevada en la sede de la CPM –entrevistas con familiares y personas allegadas, comunicaciones telefónicas, correos electrónicos– para la intervención (tomada en el sistema informático SISCCOT)⁷.

4 Creado en el año 2010 por acuerdo inter-institucional entre la Comisión Provincial por la Memoria de la provincia de Buenos Aires, la Procuración Penitenciaria de la Nación y el Grupo de Estudios sobre Sistema Penal y Derechos Humanos (GESPyDH) del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA).

5 La toma de la ficha en entrevistas durante el trabajo de campo es el procedimiento que permite abarcar la totalidad de los tipos de tortura que contiene el instrumento del RNCT.

6 Los casos contruidos a partir de la observación en los lugares de detención aportan información sobre las torturas y/o malos tratos que afectan a todas las personas de un pabellón o sector de alojamiento para aquellas víctimas que no hayan sido entrevistadas de manera directa.

7 En la reconstrucción de casos a partir de la intervención de la CPM (procedimientos 3 y 4) se dispone de información sobre la mayor parte de los tipos de tortura, aunque suele ser más completa en los campos sobre los que la víctima o sus familiares efectúan requerimientos.

En el año 2019 el equipo del RNCT participó en inspecciones a diez lugares de detención de la provincia (en doce fichas de trabajo de campo), en las cuales se efectuó el relevamiento general de torturas y malos tratos, y un trabajo específico sobre el aislamiento⁸.

En el marco del relevamiento en campo durante el año 2019 se completaron 212 fichas del RNCT: 159 a partir de entrevistas y 53 de la observación. Sobre la base de la intervención del Comité contra la Tortura se sumaron otros 227 casos: 214 a partir de la reconstrucción de planillas y 13 de comunicaciones en sede. Se cuenta, entonces, con 439 casos de tortura y/o malos tratos para el análisis.

1.1. Resultados generales del RNCT para el 2019

Las 439 víctimas de tortura y/o malos tratos relevados son en su mayoría varones: 341 (77,7%); por su parte, se entrevistó a 97 mujeres (22,1%) y a una persona trans (0,2%). El promedio de edad de las víctimas es de 31 años. La distribución según edad ilustra que se trata de una población preponderantemente joven, con un 71,2% de las víctimas menor de 35 años y casi dos tercios concentrados en el rango de los 22 a los 34 años.

Los 439 casos relevados durante 2019 aportan información sobre los 11 tipos de tortura y/o malos tratos que registra el instrumento. Atendiendo a los hechos descriptos por las víctimas, su distribución es la siguiente:

Tabla 1. Hechos descriptos según tipo de tortura y/o maltrato

Tipo de tortura y/o maltrato	Cantidad
Falta o deficiente asistencia de la salud	429
Malas condiciones materiales de detención	398
Aislamiento	392
Falta o deficiente alimentación	380
Impedimentos de vinculación familiar y social	285
Requisa personal vejatoria	125
Agresiones físicas	96
Traslados gravosos	94
Traslados constantes	67
Robo y/o daño de pertenencias	56
Amenazas	36
Total	2.358

Fuente: 439 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2019. **Base:** 2.358 hechos descriptos de tortura y/o malos tratos.

Las 439 víctimas aportaron información sobre 2.358 hechos de tortura y/o malos tratos⁹. La falta

⁸ El análisis temático sobre aislamiento se puede encontrar en el Informe anual 2019 del RNCT. Aquí se presentan los resultados generales de este tipo de tortura.

⁹ Estos casos que se incluyen en el RNCT y se analizan en este ítem se encuentran incluidos dentro de los 12.594 casos relevados y presentados judicialmente a partir de la intervención del CCT-CPM.

o deficiente asistencia de la salud (429 hechos) fue la que emergió con mayor frecuencia en la distribución (pudiendo cada persona describir hasta 3 hechos). Las malas condiciones materiales de detención (398 hechos), el aislamiento (392 hechos) y la falta o deficiente alimentación (380 hechos) ocupan los primeros lugares de la distribución porque se producen de manera generalizada en los espacios carcelarios sobre los que interviene el CCT. Los impedimentos de vinculación familiar y social (285 hechos) también se relevan con altas frecuencias por su producción extendida pero, en particular, porque son padecimientos respecto de los cuales las víctimas suelen demandar intervención en el marco de la entrevista. Los restantes tipos de tortura se producen de manera direccionada sobre determinadas personas o poblaciones detenidas: requisas personales vejatorias (125 hechos), agresiones físicas (96 hechos), traslados gravosos (94 hechos), traslados constantes (67 hechos), robo y/o daño de pertenencias (56 hechos) y amenazas (36 hechos).

Debe tenerse en cuenta que el instrumento del RNCT, si bien es amplio en cuanto a la gama de tipos de tortura y/o malos tratos que permite relevar, implica un recorte temporal –se atiende a lo sucedido durante los 2 últimos meses– y de la cantidad de hechos a ser descriptos por cada persona. Por otra parte, a la hora de cuantificar es claro que los datos obtenidos deben considerarse como una primera aproximación a la multiplicidad y complejidad de las prácticas de torturas y malos tratos. Sin embargo, el registro de hechos en todos y cada uno de los tipos de tortura que contempla el RNCT permite seguir sosteniendo el carácter multidimensional, generalizado y sistemático de la tortura en la provincia de Buenos Aires.

1.2. Falta o deficiente asistencia de la salud

Se relevaron 286 casos de personas que padecían la falta o deficiente asistencia de su salud. En los 2 meses previos a la entrevista esas personas comunicaron 434 problemas de salud desatendidos, en un rango de 1 hasta 5 por víctima. Del total de hechos comunicados, describieron los más graves: dolencias agudas o lesiones en 115 casos, problemas de salud diagnosticados en 223 y problemas de salud sin diagnóstico en 91¹⁰.

El 52% de los hechos corresponde a problemas de salud diagnosticados, entre los que se destacan: TBC, diabetes, asma, epilepsia, depresión, hipertensión, úlceras estomacales, hígado e hipotiroidismo, psoriasis, VIH, artrosis, cálculos biliares, vitíligo. En un 33,2% de estos hechos (74) las víctimas no habían sido atendidas por personal sanitario, es decir que sus padecimientos habían sido diagnosticados con anterioridad a ser detenidas y su tratamiento se suspendió por el encarcelamiento. En el 66,8% de los hechos (149) las personas con problemas de salud diagnosticados lograron ser vistas por agentes de la salud en la cárcel, no obstante lo cual la asistencia era deficiente. Estas falencias sanitarias, en casos generalmente graves de enfermedades diagnosticadas, no sólo afectan la calidad de vida de las personas detenidas sino que constituyen un riesgo de muerte.

Luego, un 26,8% de los hechos descriptos corresponde a dolencias agudas o lesiones sin asistencia o con asistencia deficiente. Entre las dolencias, las víctimas describieron: dolor de columna, migraña, dolor de muelas, infección urinaria, dolor de oídos. Respecto de las lesiones se destacan: impactos de balas de goma, cortes, quemaduras, fracturas, forúnculos. En estos hechos se invierte la proporción entre quienes accedieron y las que no a ser vistas por personal de la salud, con un 60% de dolencias (69) que no habían accedido a ningún tipo de atención y un 40% (46) con asistencia deficiente. Si bien

¹⁰ Sobre la atención de la salud, también se puede consultar el capítulo 2 de esta sección.

este tipo de padecimientos se presenta de modo circunstancial, se trata de situaciones agudas que comportan el sufrimiento de fuertes dolores y/o malestares que afectan seriamente a las personas. Así, casos que ameritan la intervención inmediata de profesionales de la salud son en su mayoría llanamente desatendidos o asistidos de manera inadecuada.

Por último, un 21,2% de los hechos corresponde a problemas de salud sin diagnóstico, desatendidos. Algunos de los descriptos por las personas detenidas fueron: pérdida de peso, hemoptisis, mareos, fiebre, cosquilleo en las extremidades, erupciones en la piel, sangre en la deposición y en la orina, pérdida de memoria y de equilibrio, pérdida de visión y de audición. En 54 de estos hechos las personas no habían logrado ser asistidas por personal de sanidad mientras que en 37 sí habían accedido, pero a una atención deficiente. Estas dolencias no se presentan como agudas pero se prolongan a lo largo del tiempo y, al no contar con diagnóstico, pueden derivar en cuadros de gravedad.

La falta o deficiente asistencia de la salud no sólo es una práctica penitenciaria extendida sino que se sostiene en el tiempo. En promedio, las personas entrevistadas sufrieron la desatención o la atención deficiente de sus dolencias y enfermedades durante casi 13 meses. La distribución de los hechos en relación al tiempo durante el cual las víctimas padecieron la falta o deficiente asistencia de su salud es la siguiente:

Tabla 2. Hechos descriptos según tiempo con falta o deficiente asistencia de la salud

Días (agrupados)	Cantidad	Porcentaje
1 a 30 días	118	37,5
31 a 90 días	37	11,7
91 a 180 días	28	8,9
181 a 365 días	50	15,9
Más de 1 año	82	26,0
Total	315	100

Fuente: 439 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2019. **Base:** 315 hechos descriptos de falta o deficiente asistencia de la salud con dato.

En la mitad de los hechos la falta o deficiente atención se prolongaba por más de 3 meses, con casos extremos de 9, 10 y hasta 11 años consecutivos. Estas condiciones multiplican los estados de dolor y aumentan las posibilidades de contagio entre las personas detenidas. En este contexto, el encarcelamiento produce y sostiene múltiples padecimientos de manera simultánea, afectando integralmente la salud de las personas detenidas, por largos períodos de tiempo.

Considerando el total de los hechos descriptos, el 46% no había sido asistido por agentes de la salud de los lugares de detención; es decir que las personas ni siquiera habían logrado acceder a una consulta sanitaria. El 54% restante (232 hechos) implicaba deficiencias en la asistencia que dan cuenta de los tipos de “oferta” que se producen en el sistema penitenciario para las personas detenidas.

Tabla 3. Hechos descriptos según tipos de deficiencia en la asistencia de la salud

Deficiencias en la asistencia de la salud	Cantidad	Porcentaje
Problemas en la provisión de medicamentos	135	58,2
No le realizan o le realizan deficientemente controles / seguimiento	96	41,4
No le realizan o le realizan tratamientos y/o intervenciones deficientes	85	36,6
No le realizan o le realizan deficientemente estudios	59	25,4
No recibe atención especializada / de complejidad	33	14,2
Problemas en la provisión de alimentación especial	32	13,8
No le realizan revisión clínica	27	11,6
No le realizan o le realizan curaciones deficientes	27	11,6
No le informan resultados y/o diagnósticos	26	11,2
Otras	16	6,9
Total	536	231

Fuente: 439 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2019. Respuesta múltiple. **Base:** 232 hechos descriptos de asistencia deficiente de la salud.

Como queda expresado en el cuadro precedente, para cada padecimiento se registraron en promedio más de dos falencias distintas combinadas y la que se presenta de manera más frecuente, en casi 6 de cada 10 hechos, es la deficiencia en la provisión de medicamentos. Al respecto se registra la entrega de medicamentos de manera discontinuada, insuficiente y/o inapropiada. En cuanto a la frecuencia, se encuentra que a las víctimas no les realizaban o les realizaban deficientes controles o seguimientos (en un 41,4% de los hechos descriptos) y que no les realizaban o les realizaban deficientes tratamientos y/o intervenciones (36,6%). Luego se presenta con menores frecuencias toda una serie de deficiencias combinadas: la falta o deficiente realización de estudios, la falta de asistencia especializada que implica que los procesos se estanquen en un determinado nivel de complejidad, problemas respecto de la entrega de alimentación especial prescrita, la falta de revisión clínica, las curaciones deficientes y la falta de información sobre resultados y diagnósticos. Los relatos:

- “Me operaron hace un año y desde la operación tengo una colostomía. Hace 8 días empecé una huelga de hambre para reclamar para que me operen otra vez. Tengo la misma bolsa desde que llegué a la unidad hace 8 días, la tengo que lavar todos los días, nunca tienen para darme bolsitas. No me dan dieta especial ni me están entregando los medicamentos que necesito”.
- “Empecé hace un año con fuertes dolores abdominales. En la Unidad 33 me hicieron una ecografía pero me dijeron que no tenía nada. Logré ir al hospital extramuros y ahí me dijeron que tenía tres quistes y que tenía que hacerme estudios para ver qué tenía. No llegué a hacérmelos porque me tuvieron que operar de urgencia y me sacaron uno de los quistes y un ovario. No le avisaron a mi familia mientras estuve internada. En el hospital

me dijeron que tenía cáncer de útero y que tenía que hacerme controles cada 6 meses. Cuando volví a la unidad no tenía la historia clínica. Me dieron para tomar hierro y pastillas anticonceptivas pero yo los dejé de tomar porque pensé que me hacían mal, hasta que una médica me explicó que no. Ahora pasaron más de 10 meses que estoy sin controles. Tenía un turno en el hospital San Martín pero no me llevaron. Volví a tener los mismos dolores que tenía antes de la operación y estoy asustada. Ya no puedo hacer deporte porque me duele y a veces me duele hasta para lavar la ropa. Quiero saber qué me pasa y atenderme, porque soy chica y el día de mañana quiero tener un hijo. Me faltan 5 meses para irme pero tengo miedo de no llegar, no quiero que me vuelvan a operar”.

- “Me enfermé en la leonera de afuera [a la intemperie], estuve una semana con tos pero ni cabida en sanidad. Estamos presos. Tengo cuatro muelas infectadas, llamas y ni te atienden. Cada tanto se me hincha toda la cara. Yo cuando me duele la muela me la pincho con algo o hago buches con lavandina, que te calma el dolor. Estoy así hace 7 meses”.

1.3. Malas condiciones materiales de detención

Durante el 2019 se entrevistaron 398 víctimas que estaban padeciendo o habían sufrido malas condiciones materiales de detención en los últimos 2 meses. El siguiente cuadro muestra la distribución de deficiencias en las condiciones materiales que señaló el total de víctimas:

Tabla 4. Hechos descriptos de malas condiciones materiales según tipo de deficiencias padecidas

Deficiencias en las condiciones materiales	Cantidad	Porcentaje
Falta o deficiente calefacción / refrigeración	353	88,7
No provisión y/o deficiente provisión de elementos de higiene para la celda	311	78,1
No provisión y/o deficiente provisión de elementos de higiene personal	308	77,4
Falta o provisión irregular de agua caliente	306	76,9
Deficiente estado de los sanitarios	290	72,9
Falta de vidrios en las ventanas	258	64,8
Malos olores	246	61,8
Falta de acceso a duchas	239	60,1
Humedad	221	55,5
Instalación eléctrica riesgosa	206	51,8
No provisión y/o deficiente provisión de ropa de cama	199	50,0
Falta o desprovisión de mobiliario	198	49,7
Colchón deteriorado / medio colchón	195	49,0

Celda / pabellón con ratas	177	44,5
No provisión y/o deficiente provisión de elementos para comer y beber	170	42,7
Celda / pabellón con insectos	154	38,7
Falta de luz artificial	147	36,9
Falta de colchón	108	27,1
Falta de almohada	108	27,1
Falta de luz natural	103	25,9
Falta de agua en la celda	103	25,9
Hacinamiento	103	25,9
Falta de cama o camastro	82	20,6
Falta de ropa	70	17,6
Falta de calzado	61	15,3
Celda / pabellón inundado	55	13,8
Falta de instalación eléctrica	51	12,8
Falta de colchón ignífugo	43	10,8
Falta de ventana	9	2,3
Falta de acceso a sanitarios	8	2,0
Irregular acceso a sanitarios	1	0,3
Total	4.883	1226,9

Fuente: 439 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2019. Respuesta múltiple. **Base:** 398 hechos descriptos de malas condiciones materiales.

Las víctimas comunicaron un total de 4.883 deficiencias materiales, lo que implica un promedio de 12 por persona entrevistada. Las que se registraron con mayor frecuencia, para más de la mitad de las víctimas y hasta en 9 de cada 10 hechos, son la falta de calefacción/refrigeración, de elementos de higiene personal y para la celda, de agua caliente, el deficiente estado de los sanitarios, la falta de vidrios en las ventanas, los malos olores y la falta de acceso a duchas, la humedad y la instalación eléctrica riesgosa. La combinación de todas estas falencias junto con la falta de inversión y de mantenimiento de las instalaciones en los lugares de detención, la desidia penitenciaria y la desprovisión de elementos básicos, generan espacios riesgosos para la integridad física de las personas detenidas. Son forzadas a vivir en celdas sucias e insalubres ante la imposibilidad de una correcta higiene personal. Todo esto impacta en la salud de las víctimas de manera integral y en su combinación genera altos niveles de degradación.

Atendiendo a la producción simultánea de condiciones materiales deficientes, en el siguiente cuadro se muestra la distribución en tramos de la cantidad de falencias padecidas por cada víctima:

Tabla 5. Hechos descriptos de malas condiciones materiales según cantidad de deficiencias padecidas

Deficiencias materiales	Cantidad	Porcentaje
Entre 1 y 4	16	4,0
Entre 5 y 9	114	28,6
Entre 10 y 14	123	30,9
Entre 15 y 19	111	27,9
Entre 20 y 25	34	8,5
Total	398	100

Fuente: 439 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2019. **Base:** 398 hechos descriptos de malas condiciones materiales.

El 96% de las personas sufría 5 o más deficiencias combinadas y más de un tercio entre 15 y 25 condiciones precarias simultáneas.

El promedio de tiempo en que las víctimas permanecían en estas condiciones es de 2 meses, registrando casos extremos de 3 y hasta 4 años consecutivos. Sin embargo, estos datos presentan un sub-registro, considerando que al momento del relevamiento la mayoría de las personas continuaba en los lugares señalados como de condiciones materiales más gravosas, por lo cual el tiempo total de padecimiento sería aun mayor.

La distribución de los hechos según el tipo de lugar donde se produjeron las malas condiciones materiales es la siguiente:

Tabla 6. Hechos descriptos de malas condiciones materiales según tipo de lugar

Tipo de lugar	Cantidad	Porcentaje
Alojamiento de tránsito	149	37,4
Celdas de sanción	144	36,2
Lugar habitual de alojamiento	105	26,4
Total	398	100

Fuente: 439 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2019. **Base:** 398 hechos descriptos de malas condiciones materiales.

Los lugares de tránsito (37,4%) se caracterizan por ser particularmente inhabitables, con un promedio de 13 falencias combinadas por hecho. El padecimiento es, en general, acotado en el tiempo: el promedio es de casi 15 días; sin embargo, a las deficiencias presentes para más de la mitad de las víctimas en la distribución general se suman la falta de mobiliario y la presencia de ratas.

Respecto a los espacios de sanción (36,2%), al igual que en los espacios de tránsito el tiempo aquí es acotado, con un promedio de 23 días. La distribución de falencias replica la general pero se agregan en más de la mitad de los hechos la falta de luz artificial, los colchones deteriorados y la falta de ropa de cama. El promedio de deficiencias combinadas es de 13, y su impacto suele ser más intenso que en otros espacios por la prohibición de conservar pertenencias propias y la

limitación de contactos con otras personas detenidas o familiares que puedan paliar parcialmente las deficiencias infraestructurales y materiales.

Los lugares de alojamiento habitual (26,4%) traen aparejados perjuicios de carácter permanente e indefinido en el tiempo. El promedio de deficiencias combinadas en estos casos es de 10 por hecho y se presentan las mismas falencias que en la distribución general en los primeros lugares de frecuencia. La particularidad de los hechos producidos en estos espacios es que se extendieron en promedio por 6 meses y medio, por lo cual las víctimas debían sobrevivir diariamente en espacios que no contemplaban las mínimas condiciones de habitabilidad.

Los relatos:

- “Somos siete personas en un espacio para cuatro. Faltan dos camastros, dos de nosotros duermen en el piso con un colchón que está muy roto y tiene mal olor, estamos hacinados”.
- “Las camas son muy precarias, las maderas están quebradas. Como no hay vidrios tapamos las ventanas con frazadas y mantas. Los *pulmones* [agujero en la pared que comunica con la celda contigua] que hay son enormes”.
- “Tengo que poner mantas debajo de la puerta para que no entren las ratas. No nos dejan salir a las duchas, así que tengo que bañarme acá en la celda”.
- “No tengo agua en la celda. El buzono tiene que traernos botellas con agua. El inodoro está todo tapado. No nos sacan a duchas, tenemos que bañarnos en la celda y por la noche hay muchas ratas”.

1.4. Aislamiento

En el año 2019 se registraron 392 víctimas de aislamiento. Considerando que cada una de ellas puede padecer más de una situación durante los 2 meses previos a la entrevista, en total se relevaron 589 hechos comunicados de aislamiento según el siguiente detalle:

- 109 aislamientos impuestos como sanción, en un rango de 1 a 4 hechos por víctima.
- 48 aislamientos como medida de seguridad, en un rango de 1 a 2 por víctima.
- 168 aislamientos por el régimen de pabellón, en un rango de 1 a 6 hechos por víctima.
- 264 aislamientos en otras modalidades, en un rango de 1 a 7 hechos por víctima.

Si se consideran estos hechos comunicados en su concatenación (que incluso pueden haberse iniciado con anterioridad a los 2 meses previos a la entrevista y sostenerse hasta esa fecha), un 22,3% de las víctimas indicó haber permanecido 60 días o más en aislamiento, con casos extremos de hasta 1 año y 9 meses. Incluso, estos datos son parciales dado que al momento de la entrevista el 91,6% de las víctimas continuaba aislado, por lo que los plazos serían aun mayores.

Del total de hechos padecidos, cada víctima describió el más gravoso. La duración del aislamiento es una dimensión central para su análisis, y en este sentido cabe destacar que en los hechos descriptos el promedio de tiempo en aislamiento es de 30 días, es decir un mes de encierro permanente y riguroso. La distribución según rangos temporales es la siguiente:

Tabla 7. Hechos descriptos de aislamiento según duración

Días (agrupados)	Cantidad	Porcentaje
1 a 7 días	172	45,0
8 a 15 días	72	18,8
16 a 30 días	60	15,7
31 a 60 días	44	11,5
61 a 180 días	22	5,8
Más de 180 días	12	3,1
Total	382	100

Fuente: 439 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2019. **Base:** 382 hechos descriptos de aislamiento con dato.

Más de la mitad de las víctimas padeció aislamiento durante más de una semana; de ellas, 8,9% describió haber estado aislada más de dos meses. Sin embargo, estas cifras deben relativizarse si se tiene en cuenta que -como señalamos- 9 de cada 10 víctimas continuaban aisladas al momento de la entrevista, por lo que estos tiempos seguirían extendiéndose.

Los hechos de aislamiento implican para las víctimas permanecer toda o la mayor parte del día encerradas en las celdas. Al respecto, el 89,4% sufrió aislamientos de 24 horas y el 9,2% de entre 22 y 23 horas y media¹¹. Esto significa que 9 de cada 10 víctimas no pudieron salir en ningún momento de la celda.

Por su parte, el relevamiento permite distinguir los tipos de aislamiento que se imponen a las víctimas considerando los motivos que lo sostienen. Por un lado, se contemplan los aislamientos por sanción, es decir como castigo por incumplir una norma de la institución (medida reglamentada, pero que suele aplicarse informalmente sin una notificación por escrito). También se registran aislamientos que se imponen como medida de seguridad, cuyo objetivo declarado es el resguardo de la integridad física de las personas (que puede ser administrativa/penitenciaria o establecida por el poder judicial). En otros casos los aislamientos corresponden a regímenes propios de los pabellones, aplicados como modo regular de vida asociado a un determinado espacio. Finalmente, mediante una pregunta abierta se habilita el registro de otras modalidades de aislamiento que no se ajustan en su justificación a las opciones anteriores.

Atendiendo al hecho más gravoso de aislamiento, 72 víctimas describieron una sanción (18,4%), 43 una medida de seguridad (11%), 115 un aislamiento por el régimen de pabellón (29,3%) y 162 otras modalidades de aislamiento (41,3%). Esta diferencia tan pronunciada en cuanto a la cantidad de hechos descriptos por “otras modalidades” refleja una tendencia a la diversificación de la práctica de aislamiento que ya se ha registrado en informes anteriores.

A su vez, se pueden reconocer entre esos hechos modalidades de aislamiento vinculadas a su nivel de formalidad y/o a los argumentos que se esgrimen para imponerlo. La distribución de los hechos descriptos según las modalidades de aislamiento es la siguiente:

¹¹ En los 5 hechos restantes la cantidad de horas diarias de aislamiento oscilaba entre 14 y 20.

Tabla 8. Hechos descriptos de aislamiento según modalidad

Modalidad de aislamiento	Cantidad	Porcentaje
Admisión / ingreso	84	21,6
Alojamiento transitorio	53	13,6
Espera traslado	49	12,6
Sanción formal	44	11,3
Medida de seguridad penitenciaria	33	8,5
Propia voluntad	33	8,5
Depósito	31	8,0
Sanción informal	28	7,2
Régimen de pabellón	16	4,1
Medida de seguridad judicial	8	2,1
Régimen de visita 7 x 60	3	0,8
Sanidad	3	0,8
Otra	4	1,0
Total	389	100

Fuente: 439 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2019. **Base:** 389 hechos descriptos de aislamiento con dato.

Las modalidades de aislamiento registradas con más frecuencia fueron durante los ingresos a las unidades, los alojamientos transitorios y a la espera de traslados. La mayoría de estas formas de aislamiento tienen delimitaciones lábiles en relación a sus implicancias para las personas detenidas. Sin embargo, se puede avanzar en el análisis considerando las características que asumen los hechos relevados con más frecuencia:

Tabla 9. Características de los hechos descriptos de aislamiento según modalidad

Tipo	Promedio de días	Promedio de horas en celda
Propia voluntad	86 días	23 horas y 50 minutos
Depósito	62 días	23 horas y 55 minutos
Medidas de seguridad	43 días	23 horas y 40 minutos
Espera traslado	25 días	23 horas y 55 minutos
Admisión / ingreso	12 días	23 horas y 55 minutos
Sanciones	12 días	23 horas y 50 minutos
Alojamiento transitorio	5 días	23 horas y 55 minutos

Fuente: 439 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2019. **Base:** 365 hechos descriptos de aislamiento con dato.

Los que el SPB presenta como aislamientos por “propia voluntad” se impone como régimen de vida con el mayor promedio de duración y con encierro estricto en celda. Los aislamientos en “depósito” también se caracterizan por la indefinición en el tiempo (no tienen plazo estipulado) pero se producen en los *buzones* con encierro estricto en celda, agravamientos materiales y alimentarios, restricción de los contactos interpersonales y del acceso a derechos sanitarios, educativos y/o laborales constituidos en condiciones regulares de vida.

Las demás modalidades de aislamiento, impuestas en circunstancias específicas, presentan promedios de duración menores, aunque injustificables en relación a los motivos declarados de estas prácticas. Las medidas de seguridad, que formalmente vendrían a apartar momentáneamente a las personas detenidas de una situación de riesgo hasta su reubicación, se extienden en promedio 6 semanas. Los hechos de aislamiento a la espera de traslado presentan un promedio de 25 días de encierro riguroso, que puede asociarse a la espera de aval judicial para su realización o a demoras propias de la organización penitenciaria de la circulación inter-carcelaria. En el caso de los aislamientos durante el ingreso a una cárcel, el encierro se extiende en promedio por dos semanas cuando no requeriría más de unas horas determinar el lugar de alojamiento definitivo de las personas. Las sanciones, por otro lado, presentan un promedio de 12 días, pero éste implica aislamientos de hasta 48 días, que superan las medidas de castigo formal ante faltas disciplinarias que no pueden exceder los 15 días. Finalmente, el alojamiento transitorio, presenta el menor promedio de duración, de 5 días, que de todas formas da cuenta de tiempos de circulación durante los traslados que exceden cualquier criterio operativo de pasaje entre un destino y otro.

Como hemos señalado en informes anteriores, el aislamiento es una práctica que en sí misma coarta los movimientos de las personas detenidas y las distintas formas de vinculación social intra o extra carcelaria, provocando un consiguiente deterioro físico y subjetivo. Pero además esta situación se combina con otros malos tratos y torturas como las malas condiciones materiales y alimentarias, una mayor restricción en el acceso a la salud y prácticas direccionadas de violencia como las agresiones físicas, los robos de pertenencias y las amenazas.

Los relatos:

- “Estoy hace un año y 4 meses casi siempre en este pabellón (11 B de Sierra Chica). Tomo 3 carbazepina, 3 diazepam y *plancha* por día, desde chico. Todo este tiempo en esta celda estoy. Antes de estar en la Unidad 2 estaba en la Unidad 34, también aislado, sin criterio. Una oportunidad estuve 8 días desnudo, atado sin comer y me inyectaban *plancha* para que estuviera dormido. Luego de esto me trasladaron a la Unidad 2. Me dicen que soy conflictivo, en los papeles figura que estoy como ‘propia voluntad’”.
- “Estoy como AT. Llegué a la unidad hace 14 días. Supuestamente me voy como población a la Unidad 51 pero el camión no llega. Yo no sé si me están mintiendo o no. En esta cárcel el régimen de vida en celda es de 22 horas adentro. La abierta es dentro de esta especie de *leonera* donde puedo bañarme o llamar por teléfono, nos dan una hora por la mañana y otra por la tarde”.
- “Me sancionaron por una pelea en un pabellón de iglesia y me dejaron acá tirado. Acá estoy todo el día encerrado, quiero subir a piso. Estoy *cajetando* todo el día, pensando en mi familia. Me cago de frío, me baño con agua fría. En el pabellón de iglesia estás de a 15 en una celda más grande, no tenés chapón, tenés todo reja pero no salís de ahí, estás todo el tiempo *engomado*. Abren y cierran los presos las rejas en ese pabellón”.

1.5. Falta o deficiente alimentación

Durante 2019 se registraron 380 víctimas que en los últimos 2 meses habían padecido o estaban padeciendo falta o deficiente alimentación¹².

De los casos relevados con dato, el 56% (176) manifestó haber llegado a sufrir hambre. El hambre puede ser persistente con una frecuencia diaria o circunstancial por períodos y/o en contextos determinados. Así, 24 víctimas padecieron hambre por no ingerir alimentos y 152 por ingerirlos en forma irregular y/o discontinua. El promedio de tiempo en esta situación fue de 44 días y las respuestas disponibles respecto de su duración se agrupan de la siguiente manera:

Tabla 10. Víctimas que pasaron hambre según tiempo de duración

Días (agrupados)	Cantidad	Porcentaje
1 a 10 días	96	57,8
11 a 30 días	29	17,5
31 a 60 días	21	12,7
61 a 90 días	4	2,4
Más de 90 días	16	9,6
Total	166	100

Fuente: 439 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2019. **Base:** 166 víctimas que pasaron hambre con dato.

La lectura del cuadro pone de manifiesto que el 42,2% padeció hambre durante más de 10 días y, del total, un 12% sufrió esta situación por más de 60 días y hasta por tres años.

Entre las circunstancias en que padecieron hambre se destaca el aislamiento para casi la totalidad de las víctimas y de manera residual durante traslados o por recibir habitualmente alimentos de mala calidad que no podían consumir.

Además de la falta de comida y bebida, se registran recurrentes deficiencias en la alimentación:

¹² Sobre la alimentación también se puede consultar el capítulo 5 de esta sección.

Tabla 11. Hechos descriptos según tipo de deficiencia en la alimentación

Tipo de deficiencia	Cantidad	Porcentaje
Es insuficiente en calidad	325	85,5
Es insuficiente en cantidad	284	74,7
Está mal cocida	175	46,1
Está en mal estado	126	33,2
Total	910	239,5

Fuente: 439 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2019. Respuesta múltiple. **Base:** 380 hechos descriptos de falta o deficiente alimentación.

Cada víctima tuvo que soportar en promedio más de dos deficiencias en la alimentación y un 17% padeció la combinación de las cuatro deficiencias de manera simultánea. El 85,5% de las personas entrevistadas manifestó que la calidad de la comida y la bebida era mala y el 74,7% que la cantidad era insuficiente. Casi la mitad de las víctimas describió que la comida estaba mal cocida (pastosa, pegajosa, cruda) y un tercio que estaba en mal estado (con hongos, podrida, con mal olor, con insectos).

Todas estas deficiencias fuerzan a las víctimas a generar estrategias para alimentarse, especialmente usando complementos que las familias o personas detenidas en otros pabellones pueden aportarles y volviendo a cocinar aquello reutilizable de lo que proveen las instituciones. Sin embargo, esto también está mediado por el personal de custodia que gestiona las visitas, requisa las encomiendas, regula el contacto entre personas detenidas, controla el uso de utensilios de cocina.

En este contexto, 66 personas señalaron que directamente no ingerían la comida de la institución, generando estrategias alternativas para alimentarse o soportando el hambre. Entre quienes sí consumían lo que les entregaban en las cárceles o centros, 85 víctimas padecieron dolencias físicas producto de la mala alimentación: gastritis, anemia, intoxicación, mareos, pérdida de peso, alergias y dermatitis, náuseas, vómitos, diarrea y dolores estomacales. En otros casos la mala alimentación generó el agravamiento de cuadros previos como úlceras, VIH, celiaquía, cólicos renales, hemorroides, diabetes, problemas de vesícula e hipertensión, porque las personas no recibían dietas correspondientes para el tratamiento.

Los relatos:

- “La comida de acá es comida de perro. Tampoco dejan que mi familia ingrese alimento. Es como una pasta lo que te dan, una legumbre con pasta que no tiene sabor. A mi familia sólo le dejan entrar lo que es en paquete: leche, café, azúcar o galletitas. No es mucho más. El agua me da diarrea a veces, porque sobre el tanque de agua hay un montón de pájaros”.
- “Acá estás de tránsito, como AT [alojamiento transitorio], acá no sabés qué te traen para comer, capaz te pueden poner algo, no sabés. Te meten *plancha* en un plato de comida y vos no sabés. Desconfiamos del agua que nos pasan pero algo tenemos que tomar”.
- “Hay mucho hambre. Ayer los buzoneros no nos trajeron nada de comida, acá no tenemos nada, queda toda la comida allá adelante. Ayer no pude comer, los buzoneros vienen y se llevan las cosas. Ayer me pasaron un poco de comida los pibes de la celda de enfrente, pero en el día de hoy no comí nada. Hasta las cuatro de la tarde que nos traigan el té no

vamos a comer nada. Si comés el rancho te hace mal. Aparte no te dan ganas de comer con el olor que tiene. En el pabellón también hay hambre, todos los pibes del pabellón 3 son de Buenos Aires, no tienen visita y se arman problemas por la comida”.

1.6. Impedimentos de vinculación familiar y social

Se registraron 285 víctimas de desvinculación familiar y social durante el transcurso de 2019. Como ya hemos señalado en informes anteriores, las situaciones de desvinculación familiar son producidas por diversas condiciones que se relevan en este Registro: la ubicación de los lugares de detención en zonas alejadas de los centros urbanos y la residencia de la familia, el modo como se organiza la visita, los traslados constantes, las restricciones al ingreso, la negación de salidas extramuros a las personas detenidas, entre otras. Estos condicionamientos suelen combinarse y las víctimas pueden sufrir simultáneamente más de un causal. La distribución de los hechos según los tipos de impedimentos padecidos es la siguiente:

Tabla 12. Hechos descriptos de desvinculación familiar y social según tipo de impedimento

Tipos de impedimento	Cantidad	Porcentaje
Distancia entre el lugar de detención y la residencia familiar	231	81,1
Falta de asistencia social y/o económica	72	25,3
Por traslados permanentes	52	18,2
Obstaculización de salidas / regímenes de visita	29	10,2
Aislamiento / Incomunicación	13	4,6
Por maltrato a sus familiares en la requisa y/o ingreso	7	2,5
Obstaculización por requerimientos burocráticos	6	2,1
Horarios restrictivos	6	2,1
Porque les niegan el ingreso	2	0,7
Otro	2	0,7
Total	420	147,4

Fuente: 439 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2019. Respuesta múltiple. **Base:** 285 hechos descriptos de desvinculación familiar y social.

Según se observa en el cuadro, el motivo más frecuente de desvinculación familiar sigue estando asociado a la distancia del lugar de detención respecto del domicilio familiar, en 8 de cada 10 hechos. Le siguen con una frecuencia menor dos impedimentos generalmente vinculados con esa distancia: la falta de asistencia social y/o económica ante dificultades para afrontar los viajes y los traslados constantes; luego se registran impedimentos o restricciones para el acceso a regímenes de visitas (intercarcelaria, 7x60, salidas extraordinarias) y el maltrato a familiares durante la requisa y el ingreso.

Si al impedimento de encuentros personales se agrega la falta o el acceso esporádico a la

comunicación telefónica, la desvinculación se agrava aún más: 76 personas refirieron no poder hablar nunca por teléfono y 115 sólo a veces. Según los testimonios, la nula o escasa frecuencia para acceder al llamado telefónico puede estar dada porque se incomunica discrecionalmente a las víctimas, se restringen los horarios para las comunicaciones, los teléfonos no funcionan o hay falta de provisión de tarjetas.

Las circunstancias de desvinculación familiar y social no son esporádicas, sino que se suelen sostener por largos períodos de tiempo, intensificando los padecimientos de las víctimas por la lejanía de sus vínculos más cercanos. La distribución de los hechos según el tiempo de desvinculación en rangos de días es la siguiente:

Tabla 13. Hechos descriptos de desvinculación familiar según tiempo de duración

Días (agrupados)	Cantidad	Porcentaje
1 a 30 días	41	16,1
31 a 90 días	47	18,4
91 a 180 días	52	20,4
181 a 270 días	27	10,6
271 a 365 días	34	13,3
Más de 1 año	54	21,2
Total	255	100

Fuente: 439 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2019. **Base:** 255 hechos descriptos de desvinculación familiar y social con dato.

El promedio de tiempo en que las víctimas permanecían desvinculadas de su familia y/o personas allegadas es de casi 11 meses (no obstante se debe considerar que estos datos son relativos, dado que al momento de la entrevista muchas de las personas detenidas continuaban en esta situación, que se extendería aún más). El 65,5% de las víctimas sufría esta interrupción de sus relaciones familiares y sociales por más de 3 meses y entre ellas un 21,2% por más de un año, con casos extremos de hasta 10 años de impedimentos al contacto.

Los relatos:

- “Vi a mis hijos y a mi mamá hace 6 meses, pero antes de esa vez no los había visto por un año y medio. Los que estamos acá (como AT) no podemos tener visita, nunca sabés cuándo te van a sacar. Mi concubina se cansó, no me sigue más. Ya le pasó dos veces que fue a verme y ya no estaba porque me sacaron de traslado. Yo la entiendo”.
- “Tengo 5 hijos, uno de mis hijos falleció y no me dejaron ir al velorio. Casi no los conozco a mis hijos. La mamá de mis hijos tiene cáncer, entonces no puede venir de visita”.
- “Estoy en aislamiento las 24 horas. A las 5 de la mañana me dejan salir de la celda por 20 minutos. A esa hora no puedo llamar a mi familia porque a esa hora duermen. Hace una semana que estoy así, por una sanción informal, todo esto me pone muy triste. No soporto

no poder escuchar a mis hijos”.

- “No tengo visitas desde que estaba en la Unidad 8, hace 9 meses. Por la distancia y porque mi familia no tiene los recursos para viajar. Tengo una visita 7x60 firmada por el juez desde hace 4 meses y nunca se respetó. También me dieron una visita intercarcelaria con mi marido que hace 2 años que no se cumple”.

1.7. Requisa personal vejatoria

En el año 2019 se registraron 125 víctimas de requisa personal vejatoria. Esta práctica de control por parte de las fuerzas de custodia de la provincia de Buenos Aires implica formalmente la revisión del cuerpo de las personas detenidas con fines de seguridad. Extendido a toda la población encarcelada, es un procedimiento regular que de por sí constituye una intromisión en la intimidad de las personas con un significativo impacto humillante. En este contexto, el trabajo del RNCT está orientado a destacar las prácticas que se desarrollan con manifiesta arbitrariedad, habilitando un plus de denigración intencional. Es el caso de requisas manifiestamente inútiles y prolongadas, con exposiciones al frío o al calor, inspecciones invasivas del cuerpo, imposición de posturas y/o ejercicios degradantes.

Las víctimas comunicaron un total de 1.055 requisas vejatorias en los últimos dos meses, con casos extremos de hechos diarios de este tipo. Entre ellos, se dispone de la descripción de aquella requisa más gravosa, sobre la cual las personas entrevistadas señalaron las vulneraciones implicadas.

Tabla 14. Hechos descriptos de requisa vejatoria según vulneraciones involucradas

Vulneraciones	Cantidad	Porcentaje
Exposición del cuerpo desnudo	118	94,4
Imposición de posturas humillantes	30	24,0
Reiteración de las inspecciones	26	20,8
Malos tratos verbales penitenciarios	19	15,2
Intervención de personal de otro género	13	10,4
Cantidad de agentes	12	9,6
Sometimiento a bajas temperaturas	11	8,8
Desnudo en presencia de otras personas detenidas	10	8,0
Duración de la inspección	9	7,2
Hostigamiento con el detector (<i>espada</i>)	9	7,2
Agresiones físicas penitenciarias	6	4,8
Cacheo	2	1,6
Otros	8	6,4
Total	273	218,4

Fuente: 439 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2019. Respuesta múltiple. **Base:** 125 víctimas de requisa personal vejatoria.

En promedio, en cada hecho se combinaron más de dos vulneraciones. En general, se asoció el maltrato durante las requisas con la exposición del cuerpo desnudo (94,4%). En estos hechos, el 83,1% de las víctimas fue forzado al desnudo total y el restante 16,9% padeció la exposición a desnudo parcial (quitarse alguna prenda, levantarse la remera, bajarse los pantalones).

En segundo lugar, en relación a la frecuencia relevada se registró la imposición de posturas humillantes durante las inspecciones de los cuerpos de las víctimas, para someter a la mirada la zona genital y anal: hacer flexiones, agacharse, separarse las nalgas. Luego, con menor frecuencia, las víctimas describieron exceso en la reiteración de las requisas y los malos tratos verbales penitenciarios, entre otras vulneraciones.

Los relatos:

- “Una vez por semana vienen y te van sacando de a uno. Hay mujeres en la requisa [la víctima es varón]. Te buscan la reacción para llevarte al buzón; es así acá”.
- “Tenemos requisas dos veces por mes, nos hacen desnudar y nos pasan la *espada*. Una vez un masculino entró a la celda al momento en que nos desnudábamos [la víctima es mujer], tuvimos que hacer reclamo en la celda para que el hombre se vaya”.
- “Te desnudan y no les importa si estás indispuesta. Para ir a la escuela, para ir a sanidad, todo el tiempo. Cruzás el chapón y te requisan. Me conocen más la concha las encargadas que mi marido”.
- “Las requisas son una vez por semana. Te sacan de la celda y te llevan al patio, te desnudan y te dejan ahí por una hora. Generalmente son a las 7 de la mañana, imaginate el frío. Alrededor tuyo tenés a 15 oficiales, te da mucho miedo, imposible no tenerlo”.

1.8. Agresiones físicas

Se registraron 77 víctimas de agresiones físicas. En los dos meses previos a la entrevista esas personas comunicaron un total de 96 hechos, en un rango de una hasta tres agresiones por víctima. A partir de la descripción de estos hechos, se pueden cualificar las circunstancias, modalidades y efectos que produce la aplicación sistemática de esta forma de tortura.

El trabajo de campo regular en lugares de detención de la provincia de Buenos Aires permite individualizar determinadas circunstancias en las cuales es más probable y frecuente que las personas detenidas sean víctimas de agresiones físicas. La distribución de los hechos registrados en relación con esta variable es la siguiente:

Tabla 15. Hechos descriptos de agresión física según circunstancia en que se produjeron

Circunstancia	Cantidad
Represión por conflicto entre personas detenidas	23
Represión ante pedido y/o reclamo	21
Durante el aislamiento	11
Durante la circulación en la unidad	9
Durante alojamiento/tránsito en espacios sanitarios	7
En el interior del pabellón	5
Durante un traslado	4
Durante el ingreso	3
Durante una requisa de pabellón	3
Otra	6
Total	92

Fuente: 439 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2019. **Base:** 92 hechos descriptos de agresión física con dato.

Entre las circunstancias se destacan por su frecuencia la represión por conflictos entre personas detenidas y la represión de pedidos o reclamos, en casi la mitad de los hechos. Así lo describieron las víctimas:

- “Ayer me empezó a agarrar un ataque de pánico, empecé a gritar porque me di cuenta que me venía. Una policía se acercó a la puerta de mi celda y empezó a decirme que no había médico de noche y que yo ya había recibido la medicación. Me decía ‘vos no sos nadie’. Yo seguía gritando. Abrió la puerta fuerte y me golpeó la cabeza. Eran 5 agentes en mi celda, me agarraron de los brazos y me los doblaron para atrás y me dejaron las esposas muy ajustadas”.
- “Donde tuve problemas [con el SPB] fue en Varela, hace como 20 días. Apretaron un *cobani*. Yo estaba metido en el pabellón porque tengo mi objetivo que es irme a mi casa. Pero qué pasa: vieron los papeles míos [lleva 11 años detenido] y dijeron ‘mirá éste cuanto le lleva, qué hace acá’. ¿Y sabés cómo es? ¿Quién tiene la culpa? El que le lleva más años, siempre. Y yo le digo ‘no, yo voy a la escuela, voy a los cursos, trabajo, ¿qué más querés?’ Ya sé que tengo un montón de partes, porque no soy un santo, pero ya fue, yo estoy haciendo las cosas para irme a mi casa. Por algo le estoy pidiendo una mano a mi juzgado, que me ayude. Hace un año que estaba allá, pero qué pasa. Ahí baten la escopeta y nos sacan a nosotros. Los sacaron *capeados* a todos los pibes y quedamos 6 en una celda. De ahí nos sacaron a buzones, cobramos, nos dieron paliza, patadas en la cabeza y no sé con qué me dieron acá en la cara. Eran como 7, 8 de la requisa. Un par de patadas, un par de piñas”.

Los 96 hechos descriptos de agresiones se componen de diferentes actos de violencia que se distribuyen de la siguiente manera:¹³

Tabla 16. Hechos descriptos de agresión física según actos violentos involucrados

Acto de agresión física	Cantidad	Porcentaje
Golpe/s de puño	51	53,1
Bala/s de goma	28	29,2
Patada/s	25	26,0
Criqueo / motoneta	15	15,6
Golpe/s con objetos contundentes	12	12,5
Empujón/es	7	7,3
Esposada/o	7	7,3
Inyección/es compulsiva/s	6	6,3
Sujeción / ataduras prolongadas	5	5,2
Lo/a tiraron al piso / lo/a arrastraron	5	5,2
Arrastrar / tirar del pelo	4	4,2
Ducha / manguera de agua fría	4	4,2
Cachetazo/s	4	4,2
Abuso sexual	3	3,1
Asfixia / ahorcamiento	2	2,1
Gas pimienta / lacrimógeno	2	2,1
Pisotón/es	1	1,0
Submarino seco	1	1,0
Plaf-plaf	1	1,0
Pata-pata	1	1,0

13 Glosario (no se consignan aquellos actos cuya denominación da cuenta de la acción). Bala de goma: disparada con un arma de fuego, se utiliza para disuadir en casos de motines o riñas generalizadas, a pesar de lo cual se registran casos en los que las víctimas son atacadas directamente en situaciones o intensidad injustificada. Chanchito: sujeción de pies y manos a la espalda (con esposas, cables, sogas). En algunos casos, se los cuelga a la reja, un palo u otro elemento. Criqueo/motoneta: se llama así al acto de esposar violentamente a las personas detenidas, con los brazos atrás y levantados más allá de la cabeza. Ducha/manguera de agua fría: es la práctica de meter a las personas sometidas bajo la ducha de agua fría o bien mojarlas con una manguera. Se trata de un tipo de tortura que generalmente acompaña a las golpizas y, además de ocasionar sufrimiento por el frío o la presión del agua, es utilizado para borrar las marcas de los golpes en los cuerpos de las víctimas. Gas pimienta/lacrimógeno: elemento que se presenta formalmente como instrumento disuasorio y/o para reducir a una persona, sin embargo se utiliza para causar dolor sobre personas ya reducidas aplicándolo en su cara. Inyecciones compulsivas: aplicación compulsiva de sedantes que producen un estado de “plancha” durante días enteros. Pata-pata: golpes en la planta del pie o tobillos generalmente con palos. Pila/pirámide: se obliga a varias personas a apilarse unas arriba de otras, generalmente estando desnudas, hasta que quienes están abajo sufren ahogos por el aplastamiento. Plaf-plaf: golpes simultáneos con las dos manos en los oídos. Puente chino: se obliga a pasar a la víctima entre dos hileras de agentes que propinan golpes simultáneamente. Submarino húmedo: consiste en colocar la cabeza de la víctima en baldes o piletas con agua produciéndole principio de asfixia. Submarino seco: consiste en colocar una bolsa en la cabeza de la víctima produciéndole principio de asfixia.

Quemadura/s	1	1,0
Otro	7	7,3
Total	192	200

Fuente: 439 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2019. Respuesta múltiple. **Base:** 96 hechos descriptos de agresión física.

De los 96 hechos descriptos de agresión física se desprenden 192 actos, con un promedio de dos por hecho y un rango de hasta cinco actos combinados. Los golpes de puño son la forma de violencia que se registró de manera más frecuente, en la mitad de los hechos. Luego se despliega una variedad de actos como disparos de balas de goma, patadas, criqueo, golpes con objetos contundentes, entre otros. Y se destacan agresiones de particular crueldad y gravedad: abusos sexuales, asfixias, submarinos secos. Así queda ejemplificado en los testimonios:

- “Estaba en el pabellón y discutí con la jefa del penal porque no me llevaban a sanidad. Me sacaron entre varias penitenciarias y me pegaron. Eran como 20, había varones y mujeres. Los varones te dan en las costillas. Las otras me daban cachetazos. Yo estaba *criqueada*, me quedaron todos moretones en las muñecas de lo ajustadas que estaban las esposas y por cómo me tironeaban. Cuando me estaban golpeando me preguntaron si tenía abogado particular o defensor oficial. Les mentí, les dije que tenía particular. Con el particular no pegan tanto, si decía que tenía defensor todavía me están dando. Ahí pararon”.
- “Estaba en un pabellón de conducta y trabajaba como limpieza del SUM. Hubo un problema y terminó un oficial lastimado. Fue el jefe del penal para hablar con todos, para decirnos que después de que cumpliéramos la sanción colectiva íbamos a seguir en ese pabellón. Pero dos horas después nos llamaron a mí y a otros y nos sacaron capeados. Me pegaron durante cuatro horas: me *amarrocaron* y así me tiraban contra las paredes. Cuando me caía al piso me golpeaban con palos, patadas y piñas. Fue en control, eran como 20 del SPB, de la comisión de traslado, adelante del jefe del penal”.
- “Volviendo de sanidad me crucé al jefe del penal [lo había golpeado dos días antes] y me dijo ‘gil de mierda’. Le dije que no me faltara el respeto y me mandaron a una leonera. El jefe me dijo ‘yo soy la autoridad, yo soy el Estado’. Al rato me sacaron y me empezaron a golpear. Me llevaron de la leonera a un lugar de control. No podía pisar bien, tenía los pies doloridos [en la golpiza previa le habían hecho *pata-pata*]. Me llevaron con las esposas puestas y arrastrándome, me quedaron las marcas en las muñecas. Me pegaron patadas en la cabeza, en la cara. Me pusieron contra la pared y aparecieron un montón del SPB. Uno fue directo a los dedos, me tiró el pulgar para atrás, me lo quería quebrar y me decía que no grite. ‘Te voy a quebrar todos los dedos’, me dijo. Otro jefe de turno me mordió, me quedaron todas las marcas”.

En 39 hechos las personas detenidas pudieron especificar la cantidad de agentes que participaron de estas agresiones físicas, sumando un total de 252. Esto arroja un promedio de 6 agentes interviniendo en simultáneo. En otros casos señalaron que quienes provocaron las agresiones habían sido “varios/as”, “muchos/as” o “toda la guardia”. Sólo en 6 hechos la agresión fue ejercida por un/a victimario/a, lo que da cuenta de un despliegue grupal de violencia física, con casos extremos de

hasta 20 agentes actuando en conjunto.

En 66 hechos las agresiones generaron lesiones que pueden clasificarse como severas y otras, intermedias y otras o leves¹⁴.

Tabla 17. Hechos descriptos de agresión física según tipo de lesiones producidas

Tipo de lesiones	Cantidad
Lesiones severas y otras	16
Lesiones intermedias y otras	31
Sólo lesiones leves	14
Total	61

Fuente: 439 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2019. **Base:** 61 hechos descriptos de agresión física con dato.

La mayoría de las lesiones fueron severas o intermedias, produciendo dolores intensos, comprometiendo órganos y funciones vitales, y limitando el normal desarrollo de la persona en su vida cotidiana.

Los relatos:

- “Estaba en los buzones de Urdampilleta y discutí con el encargado por el teléfono. Entraron y me pegaron. Como se dieron cuenta que estaba mal me llevaron al hospital de Bolívar. Estuve una noche y me dijeron que tenía fractura de tibia y peroné en la pierna derecha”.
- “En buzones de Sierra Chica, reclamé porque no me dejaban entrar mis mantas. Me pegaron un montón, toda la guardia, en SAC, en control y en sanidad adelante de los médicos. Después tuve mareos, me faltaba el aire, estuve con vómitos y mucho dolor en el brazo”.
- “Me sacan del pabellón para que vaya a hablar con la jefa del penal; yo no quería, no sabía para qué quería que hable con ella. Estaba *criqueada*, viene la médica y me inyecta, no sé con qué. Les pregunté por qué me hacían eso. Yo no me estoy drogando. Estaba nerviosa porque me habían sacado re mal del pabellón, pero tampoco para tanto. Me sacaron planchada a la Unidad 8. No podía hablar, llegué re boba, no entendía nada. Dormí por dos días”.

1.9. Traslados gravosos

En 2019 fueron 94 las víctimas que padecieron traslados gravosos y comunicaron un total de 128 hechos sufridos en los 2 meses previos a la entrevista, cuyos destinos fueron:

¹⁴ Sistema de categorías de la Procuración Penitenciaria de la Nación (2008). *Cuerpos castigados: malos tratos y tortura física en cárceles federales*. Buenos Aires: Del Puerto. Según esta categorización, las lesiones leves son aquel daño físico que refiere a la producción de marcas y dolor en diferentes partes del cuerpo: hematomas, raspaduras, excoriaciones, etcétera, consecuencia de una significativa intensidad y frecuencia de los golpes infligidos. Las lesiones intermedias suponen una mayor intensidad en el dolor físico y en el daño producido que las lesiones leves y además marcan al cuerpo de la persona detenida con cortes y lastimaduras, aunque no comprometan ningún órgano o función orgánica; también incluyen la hinchazón o inflamación de diferentes zonas del cuerpo (tobillos, rodillas, ojos, boca, etcétera). Las lesiones severas incluyen fisuras, quebraduras, desgarros, cortes profundos por puñaladas, lesiones profundas externas o internas (orgánico-funcionales, que implican pérdida de algún órgano o función orgánica imprescindible para el normal desarrollo de la persona en su vida cotidiana). Ejemplos: perforación de oído, hemoptisis (vómito de sangre), conmoción cerebral, desprendimiento de retina, pérdida de dientes o de la visión, fracturas y fisuras de miembros superiores o inferiores (brazos o piernas).

Tabla 18. Hechos comunicados de traslado gravoso según destino

Destino de los traslados	Cantidad	Porcentaje
A otros lugares de detención	91	71,1
A comparendo	28	21,9
A otros destinos	9	7,0
Total	128	100

Fuente: 439 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2019. **Base:** 128 hechos comunicados de traslados gravosos.

Como en años anteriores, el cuadro muestra que los traslados gravosos fueron padecidos centralmente en la circulación hacia otro lugar de detención (71,1%). Pero además un 21,9% de los hechos implicó vulneraciones en traslados que tenían como fin el contacto con la agencia judicial y en un 7% los traslados gravosos se produjeron hacia destinos como asesorías periciales, examen psicológico y visitas 7x60.

De ese total de hechos las víctimas describieron los traslados más gravosos: 62 a otro lugar de detención, 24 a comparendo y 8 a otros destinos. Estos hechos suponen para las personas detenidas el padecimiento de una combinación de malos tratos y torturas en virtud de las condiciones que implica el régimen de vida impuesto en tránsito. Al respecto las personas entrevistadas detallaron:

Tabla 19. Hechos descriptos de traslados gravosos según padecimientos involucrados

Padecimiento	Cantidad	Porcentaje
Malas condiciones materiales	76	80,9
Falta o deficiente alimentación	74	78,7
Tiempo en alojamiento transitorio	60	63,8
Tiempo en vehículo de traslado	31	33,0
Desatención de la salud	16	17,0
Robo/daño/pérdida de pertenencias	13	13,8
Requisa vejatoria	10	10,6
Agresiones físicas penitenciarias	6	6,4
Amenazas penitenciarias	3	3,2
Conflicto entre personas detenidas	1	1,1
Otra	4	4,3
Total	294	312,8

Fuente: 439 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2019. Respuesta múltiple. **Base:** 94 hechos descriptos de traslados gravosos.

En promedio las víctimas padecieron tres agravamientos combinados durante los traslados. En un 80,9% se destacó la mala condición de los vehículos (falta de luz, malos olores, hacinamientos,

exposición a temperaturas extremas) y de los espacios destinados al alojamiento transitorio. Esto, combinado con la falta o deficiente alimentación que se presentó con gran frecuencia (78,7%), genera espacios de vulneración extrema que lejos de ser circunstanciales se prolongan en el tiempo. En un 63,8% de los hechos se destacó la gravosidad del tiempo en aislamiento durante el alojamiento transitorio que alcanzó un promedio de 5 días, en un rango de hasta 20 días en estas condiciones.

En los vehículos de traslado se registró un promedio de permanencia de 13 horas, con casos extremos de hasta 24 horas circulando en camiones, con largos recorridos cuya duración no depende de las distancias (los trayectos suelen ser sumamente indirectos pasando por varias unidades penales).

También se registraron situaciones que ponen en riesgo de manera directa la integridad física y hasta la vida a las personas detenidas: desatención de su salud durante los traslados (en un 17% de los hechos) y agresiones físicas penitenciarias (en un 6,4% de los hechos). En el primer caso las víctimas describieron agravamiento de cuadros de asma, epilepsia, traumatismos y lesiones, hipertensión, entre otros. En el segundo caso se registró violencia física por parte de los agentes del SPB, que generó lesiones de distinta gravedad y fuertes dolores.

Finalmente, durante el traslado algunas de las víctimas perdieron sus pertenencias (por extravío, daño en el tránsito o robo por parte del SPB), padecieron requisas vejatorias y amenazas penitenciarias y se vieron involucradas en conflictos con otras personas detenidas, propiciados en los camiones o durante el alojamiento en tránsito.

Los relatos:

- “Salí de traslado hace 8 días, estuve 4 horas viajando, llegamos a la Unidad 2 y estuve en una leonera 4 ó 5 horas. De ahí nos llevaron a Urdampilleta y nos dejaron en depósito 3 días con dos pibes más, 24 horas en celda. De ahí otra vez a la Unidad 2, nos dejaron en el pabellón de admisión 4 días y desde hoy a la mañana estoy en esta leonera. Desde que salí de traslado no recibo mi medicación anticoagulante”.
- “El traslado que más padecí fue de la Unidad 8 a la Unidad 47. El traslado lo hicieron hombres [la víctima es mujer]. Pasé tanto tiempo adentro del camión que perdí noción del tiempo. No me dejaron ir al baño y me hice pis hice encima. Tampoco me dieron la medicación para mis ataques de epilepsia”.
- “De Junín a Sierra Chica tardé más de medio día. Pasás mucho tiempo sin comer ni tomar agua, *amarrocado*. La pasás muy mal. Te duele todo, la cintura todavía me duele. Arriba del camión no te pueden pegar porque hay cámaras, pero si llegás a pedir que te bajen al baño, ahí sí. Ahora cuando me saquen de acá [AT en la Unidad 2] voy a estar 12 horas viajando”.

1.10. Traslados constantes

En el año 2019 se registraron 67 víctimas de traslados constantes. Entre las víctimas, 59 pudieron especificar la cantidad de cárceles por las que habían circulado desde el inicio de estas prácticas, sumando 563 unidades, esto es un promedio de 9 cárceles por víctima con 5 casos extremos que expresaron haber transitado “por todas” las unidades del SPB. Por su parte, 66 víctimas manifestaron haber pasado en el curso de los últimos dos meses por 207 unidades, lo que arroja un promedio de

tres unidades por víctima, con casos extremos de circulación por 7 cárceles en sólo 60 días¹⁵. Esta modalidad de traslados continuos por diferentes espacios de encierro se desarrolla durante largos períodos. Las personas entrevistadas padecieron estos desplazamientos en promedio durante 10 meses. El siguiente cuadro expresa la cantidad de traslados constantes según el tiempo de duración:

Tabla 20. Hechos descriptos de traslados constantes según tiempo de duración

Tiempo (agrupado)	Cantidad
Hasta 6 meses	35
Entre 7 y 12 meses	13
Entre 13 y 24 meses	8
Entre 25 y 36 meses	3
37 meses y más	3
Total	62

Fuente: 439 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2019. **Base:** 62 hechos descriptos de traslados constantes con dato.

Se observa en el cuadro que 27 víctimas fueron sometidas a traslados constantes durante más de 6 meses, registrándose casos extremos de 4 y hasta 5 años transitando diferentes espacios carcelarios, sin estabilidad y en permanente incertidumbre.

Los traslados constantes conllevan consecuencias que vulneran gravemente los derechos de las personas detenidas:

¹⁵ Según información proporcionada por el Ministerio de Justicia, durante 2019 se efectuaron 60.789 traslados entre unidades del SPB. Si a esto se suman los 91.088 traslados a comparendos judiciales, resulta un total de 151.877 movimientos en un año.

Tabla 21. Hechos descriptos de traslados constantes según consecuencias

Consecuencia	Cantidad	Porcentaje
Aislamiento reiterado	55	82,1
Desvinculación familiar y social	48	71,6
Falta / interrupción de actividades educativas	37	55,2
Falta / interrupción de actividades laborales	35	52,2
Agravamiento en las condiciones materiales	30	44,8
Imposibilidad de acceder a la progresividad de la pena	26	38,8
Falta o deficiente alimentación	26	38,8
Falta / interrupción de tratamientos médicos	25	37,3
Ruptura / obstáculos a la relación entre pares	16	23,9
Robo / daño / pérdida de pertenencias	10	14,9
Otra	1	1,5
Total	309	461,2

Fuente: 439 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2019. Respuesta múltiple. **Base:** 67 hechos descriptos de traslados constantes.

Para cada víctima se registraron en promedio más de cuatro consecuencias combinadas. Entre las más frecuentes se encuentra el aislamiento reiterado (82,1%), producto de sucesivos ingresos a las unidades penales (las personas circulan en pabellones con regímenes de 24 horas en celda). Otra de las consecuencias que encontramos con mayor frecuencia fue la desvinculación familiar y social (71,6%) producto de la dificultad de organizar las visitas y la distancia con la zona de residencia. Los traslados constantes también impiden el acceso a actividades educativas (55,2%) y laborales (52,2%) que no pueden iniciarse ni sostenerse por la brevedad de la permanencia en cada lugar y el agravamiento en las condiciones materiales (44,8%). Se registra luego la imposibilidad de acceder a la progresividad de la pena (38,8%) por la dificultad de hacer puntaje de conducta, la falta o deficiente alimentación (38,8%) por la ubicación en los peores sectores de las cárceles durante la circulación, y la falta o interrupción de tratamientos médicos (37,3%) que no llegan a iniciarse o se suspenden ante un cambio de unidad. Finalmente, los traslados implicaron la ruptura de relaciones que habían construido con sus pares (23,9%) y la pérdida de pertenencias (14,9%).

Los relatos:

- “Vengo de San Nicolás, estuve dos meses ahí. Después pasé por la 13 de Junín: estuve una semana. Ahí tuve problemas con la policía, en los buzones, ni bien terminó la visita vinieron, eran un montón; viste que acá te pegan de a muchos. Me rompieron tres costillas y me dejaron todo inflamado y se llevaron la mercadería que me había traído mi familia. Ahí me llevaron al juzgado y yo hice la denuncia. Volví a Junín y a las horas me fui para Mercedes como ‘sin destino’, estuve 4 días como AT y ahí me trajeron para esta unidad [Unidad 23]. Estoy hace 8 meses en Varela. Me trasladan porque yo estaba pidiendo acercamiento. Es la segunda vez en 5 años que estoy en Buenos Aires. Vengo toda la condena siempre lejos, en el campo. Sí, de comisaría me llevaron para Sierra Chica, y ahí todo campo hasta 2016 que

estuve en la 42 de Varela 5 meses y me sacaron de traslado para Bahía Blanca. Pasé por muchas cárceles. Cada vez que presenté un habeas corpus me mandaron lejos. Ahora me trajeron acá por la paliza que me dieron en Junín, porque al juzgado llegué todo inflamado y con las costillas rotas. Le dije al juzgado que yo siempre estoy dando vueltas por el campo, ya sufrí una banda lejos de mi familia. Por eso me mandaron acá”.

- “Lo peor de los traslados fue alejarme de mi familia, mi novia y las dificultades para conseguir la medicación por mi enfermedad (epilepsia). Mi novia estaba conmigo en la Unidad 8. Ahora está conmigo, acá en la Unidad 52. Pero para poder estar juntas tuvimos que atravesar mucho. No queremos que nuestra relación figure en ningún papel, tenemos miedo que lo usen para separarnos o meternos ficha. Una vez en la unidad lo decimos, siempre y cuando no quede empapelado. No hacer pie en ninguna unidad es muy difícil, cada vez que llegás a un lugar nuevo tenés que pelear y defender lo tuyo”.
- “Hace dos meses que ando viajando. No puede ser que no me pueda acomodar. Nunca pasé por esto. Tenerme así, tan lejos de mi familia. Esto de que me saquen de una unidad del campo a otra, yo no doy más. Una tiene que estar renegando y cortarse para que te den bolilla, pero después te tildan de conflictiva. Ellos no entienden, tengo a mi hija enferma, mi marido enfermo (con cáncer) y mi mamá que tiene 76 años. Ellos son los únicos que me siguen. Tengo varios problemas de salud”.

1.11. Robo y/o daño de pertenencias

Durante el año 2019 se registraron 56 víctimas de robo y/o daño de pertenencias que comunicaron 72 hechos en los últimos dos meses. Describieron los más gravosos: 35 robos, 15 daños y 6 hechos de robo y daño de pertenencias combinados.

En los hechos de robo, a 12 personas les sacaron todas sus pertenencias. En los demás casos la mayor parte de las víctimas mencionó indumentaria, teléfonos celulares y medicamentos. Con menor frecuencia se registró el robo de alimentos, calzado, mobiliario, electrodomésticos, elementos de limpieza/higiene, cigarrillos, ropa de cama, colchones y objetos de valor personal. Las circunstancias en las que se produjeron estos robos son las siguientes:

Tabla 22. Hechos descriptos de robo de pertenencias según circunstancias

Circunstancia	Cantidad
Durante un traslado	11
Durante una requisa de pabellón	9
Durante una requisa de visita / de encomienda	7
Durante el aislamiento	4
Durante una agresión física	3
Durante un cambio de alojamiento intra-cárcel	1
Total	35

Fuente: 439 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2019. **Base:** 35 hechos descriptos de robo de pertenencias.

Las circunstancias registradas con mayor frecuencia en los hechos de robo de pertenencias fueron los traslados de unidad o a comparendo y las requisas de pabellón, de visita o de encomienda. En los traslados las pertenencias suelen quedar en los lugares de origen o se pierden de vista durante el trayecto. Las requisas también son momentos privilegiados de robos, tanto cuando se inspeccionan las celdas sin presencia de las personas detenidas como durante las requisas de mercadería que llevan o envían las visitas.

En los hechos de daños de pertenencias, una víctima vio afectadas todas sus pertenencias y al resto le rompieron colchones, indumentaria, alimentos, calzado, mobiliario o electrodomésticos, ropa de cama, objetos de valor personal, elementos de limpieza e higiene y cigarrillos. Estos daños se produjeron en su mayoría (14) durante requisas de pabellón, circunstancia en que el personal penitenciario y de minoridad mezcla rompe o tira las cosas de las personas detenidas.

Finalmente, los hechos combinados de robo y daño de pertenencias se produjeron durante una requisas de pabellón. Las pertenencias afectadas fueron indumentaria, colchones, teléfonos celulares, objetos de valor personal, mobiliario o electrodomésticos, calzado y alimentos.

Estos malos tratos implican un desgaste en las víctimas, que deben empezar de nuevo cada vez que son despojadas, en un sistema que no provee los elementos básicos para subsistir.

Los relatos:

- “Una vez por semana tenemos la requisas. Hoy tuve. Me sacaron de la celda, me llevan a las duchas y en la celda te tiran y rompen todo”.
- “Cuando fue el incendio en la Unidad 8 la jefa del penal me dijo que me sacaban de comparendo. La realidad fue que me sacaron a otra unidad y después a otra y a otra. Mis cosas quedaron en la Unidad 8. Yo me quise llevar mis cosas pero no me dejaron. ‘Se quedan acá’, me dijeron”.
- “Entraron a mi celda, me revolvieron todo y me sacaron un celular. Estaba a la vista, no hacía falta tirar nada. Me rompieron un parlante y un equipo de música. Me hicieron firmar un acta por elemento corto punzante en vez de celular. Lo firmé porque así me daban menos días en los buzones”.
- “Me vino a visitar mi mamá cuando estaba en SAC. Cuando entró no le dieron los cigarros. Me empezó a contar que le habían sacado comida también y no la dejaron estar ni una hora conmigo en la visita. Me robaron un pollo, mi mamá trajo un pollo y yo veía por el espejo cómo lo comían allá adelante. Te da bronca”.

1.12. Amenazas

Se registraron 36 víctimas de amenazas que comunicaron 37 hechos en los últimos 2 meses. De la descripción de los hechos más gravosos, surge que la mayor parte de las amenazas se produjeron por haber reclamado sobre las condiciones de detención y le siguen en frecuencia amenazas por haber realizado (o para evitar) una denuncia de malos tratos y torturas. Así, atemorizan a las víctimas para garantizar el sostenimiento de la vulneración de derechos.

Las amenazas que se registraron con más frecuencia fueron los traslados a lugares de detención perjudiciales y las agresiones físicas, pero también se relevaron amenazas de aislamiento, muerte, impedimento de vinculación familiar y social, cambio de pabellón a un lugar riesgoso y obstrucción al régimen de progresividad de la pena, entre otras.

Entre las amenazas, se destacan aquellas realizadas por operadores/as judiciales a los/as familiares de las víctimas que se acercaron a solicitar el cumplimiento de algún derecho.

Los relatos:

- “Pido un traslado para acercarme a mi familia. Mi pareja presentó un habeas corpus en la defensoría y el defensor le dijo que si quiero traslado ‘hay unidades del campo más lejos todavía, como Bahía Blanca’”.
- “Mi mamá fue al juzgado a pedir acercamiento familiar y le dijeron que si sigue pidiendo acercamiento me van a mandar al campo”.
- “Denuncié al médico de sanidad por mentir en un informe. Un encargado me dijo ‘yo me voy a encargar de hacerte camión’ [sacarlo de traslado]”.
- “Me sacaron del pabellón después de un problema con otras detenidas. La encargada y la jefa me amenazaron con pegarme para que no me queje. Me querían pegar, siempre me quieren pegar acá porque yo soy de no callarme nada, pero esta vez me quedé callada para que no me peguen”.
- “Mientras me pegaban un encargado me dijo ‘te voy a quebrar todos los dedos’ y el jefe del penal: ‘vos no te vas a escapar del sistema vivo, soy el dueño del penal y de ustedes’. Porque denuncié al SPB en 2012”.
- “El jefe del penal me dijo: ‘vas a estar un par de meses largos acá [aislado], hasta que te consiga un traslado. Te vas a pudrir ahí. ¿Sabés cuánto vas a estar ahí? [en referencia a la celda del SAC]”.

1.13. Participación de la agencia judicial en las torturas

Se registró información acerca de la participación de la agencia judicial en los malos tratos y las torturas padecidos por 245 de las víctimas: 96 habían comunicado a personal judicial los hechos sufridos y 149 no. La participación de la agencia judicial se despliega en un abanico de prácticas que van desde el mantenimiento del estado de las cosas hasta la generación de perjuicios para las personas denunciantes.

Una primera dimensión del problema se vincula a las formas de acción judicial cuando dispone medidas respecto de los malos tratos y las torturas que las víctimas informan. Las órdenes tienden a abordar los problemas de manera coyuntural y parcial, limitando los resultados a aspectos inmediatos. Estas prácticas judiciales operan como válvula de contención para mantener las torturas en un nivel *tolerable*: accionan ante determinados reclamos, pero de manera tal que garantizan su reproducción para el resto de las personas detenidas y limitada para quien realizó la demanda. Adicionalmente, se registra falta de seguimiento de las medidas que disponen, con lo cual la agencia judicial se deslinda del control de su cumplimiento. Esta situación se relevó en particular ante órdenes de asistencia médica y de acercamiento familiar que no se llevaron a cabo.

Los relatos:

- “Hace 5 semanas logré ver a mi juez porque empecé una huelga de hambre. Me dijo que me iba a dar un traslado a una unidad cerca de mi familia y que iba a tardar 15 días. Todavía sigo esperando. Ayer hablé con mi defensora para presentar un habeas corpus; me dijo que yo no estoy en condiciones para pedir un habeas”.
- “Varias veces denuncié ante mi jueza todas las cosas que me pasan en la cárcel. Ella

toma medidas, pero el problema es que no controla que la medida se haga. Yo se lo planteo, pero me dice que más no puede hacer, que el resto depende del SPB: ‘nosotros lo ordenamos, después lo dispone el SPB’. Le pedí también un habeas corpus al defensor; me dijo que no, que para qué lo quiero si todas las cárceles son iguales”.

En otros casos la comunicación ante la agencia judicial perjudicó a las víctimas. Se relevaron testimonios de medidas que no sólo no resolvieron (ni siquiera en lo inmediato) los padecimientos de las personas sino que los agravaron. Y también se registran represalias del SPB ante las denuncias. Los relatos:

- “Presenté un habeas corpus hace 15 días donde denuncié todo lo que me está pasando. Adjunté los certificados médicos por mi hija y mi marido. El juez me lo rechazó y me trasladaron para acá [Unidad 52]. Yo no entiendo, el traslado para acá no me solucionó nada, en todo caso empeoró más mi situación”.
- “Denuncié los golpes que me dio el SPB en mi juzgado y por eso me sacaron de la Unidad 38. Pero perdí todas mis cosas por el traslado, no me dejaron salir con nada. Reclamé pero en el juzgado no me pasan cabida, creen que estoy mintiendo”.
- “Pedí acercamiento familiar y me trajeron a Sierra Chica, más lejos de lo que estaba”.

En un segundo eje de análisis de la participación judicial en las torturas se desprende el abandono de las personas a su cargo: las víctimas no tienen contacto con defensorías ni juzgados y si lo tienen no reciben ninguna respuesta. En estos casos la agencia judicial se presenta como impotente: no puede asistir a las víctimas, no puede intervenir ante sus padecimientos. El resultado es la validación de los malos tratos y las torturas por una omisión activa que se expresa en que “no hacen nada”.

Los relatos:

- “No denuncié nada. Yo ya tengo mi recorrido dentro del sistema carcelario y si algo aprendí es que realizar la denuncia sólo te perjudica. Te tildan de problemático y te ganás una buena paliza”.
- “Sólo denuncié ante una situación extrema. Esto que me pasa, no es que lo naturalizo, pero lo puedo soportar. Llevo 10 años preso, en general intento resolver mis problemas por mi cuenta. Sé que no puedo contar con la justicia”.
- “No denuncié porque mi juzgado nunca se preocupó por nada. No les importa lo que nos pasa acá adentro”.

Finalmente, hay testimonios que dan cuenta de una actuación judicial penitenciaria, caracterizada centralmente por el desprecio y el descreimiento de las víctimas, como también por la delegación en el Servicio Penitenciario del manejo de las denuncias. En estos casos se refuerzan las estrategias de gobierno de la cárcel en torno a las torturas, subordinando las intervenciones judiciales al sostenimiento de ese orden.

Los relatos:

- “Pedí traslado hace tres meses en el juzgado y me dijeron que los traslados los maneja el SPB. En una videoconferencia le pedí atención médica a mi defensora y me dijo que iba a presentar un oficio a la unidad, pero no pasó nada”.
- “Quise denunciar. Pero en el juzgado no me tomaron la denuncia y mi defensor no quiere presentar nada”.

- “La defensora me dice que yo tengo que estudiar. ¿Ustedes piensan, como están ahora las cosas en la calle, que yo puedo acomodarme en un pabellón estando a 800 kilómetros de mi casa? Yo no voy a poder ver a nadie de mi familia a 800 kilómetros. No tengo la mente ocupada en tener un estudio, yo quiero ver a mi familia”.

En este contexto es que la mayor parte de las víctimas no informa sus padecimientos a la agencia judicial: porque “no me dan cabida”, “no sirve” o “es peor”. Las víctimas que no comunicaron los malos tratos y torturas argumentaron como motivos la connivencia entre la agencia judicial y la penitenciaria, el temor a represalias y perjuicios, el desinterés y la falta de contacto con juzgados y defensorías. La agencia judicial aparece, así, como un eslabón que refuerza y garantiza la gestión carcelaria sostenida en las torturas y los malos tratos.



2. La política sanitaria de la crueldad

2.1. La desatención de la salud

Pensar la cuestión de la política sanitaria en el encierro carcelario no se reduce al análisis de las prácticas de atención médica: se extiende también a las gravosas condiciones de vida y que constituyen los determinantes sociales que definen el grado de acceso al derecho a la salud que el Estado está obligado a garantizar a todas las personas privadas de su libertad. Entre las principales características del sistema de salud penitenciario, identificamos la ausencia de una política de salud integral, como también de un enfoque que reconozca la salud como derecho. Por el contrario, se funda en el desprecio hacia las personas privadas de su libertad y en la falta de condiciones estructurales para garantizar su pleno acceso.

Año tras año, la CPM ha denunciado las carencias del sistema de salud en el encierro y el daño que produce en las personas detenidas. Una de las cuestiones centrales es que la política sanitaria en las cárceles no se inscribe en las políticas de salud pública del Ministerio de Salud sino en las que despliega el Ministerio de Justicia, con la precariedad y falta de estrategia sanitaria general que implica, y ubicando a las personas detenidas en un estándar de acceso a la salud diferenciado y notablemente más deficiente que el resto de los ciudadanos que habitan la Provincia. Como consecuencia, el acceso a la salud no forma parte de la política sanitaria del Estado sino parte indisoluble de la política penitenciaria. La expresión directa es la mediación penitenciaria que padecen las personas detenidas para acceder a la atención.

La profundización de este modelo de salud deficiente se ha evidenciado en el desmantelamiento de la estructura sanitaria: escasez de profesionales, falta o déficit de medicamentos e insumos de enfermería, de equipamiento básico, de aparatología especializada y de ambulancias para traslados hacia hospitales extramuros.

Si bien se trata de un problema estructural de larga data, durante los últimos años (2016-2019) se registra una profundización en la desatención, siendo uno de los principales hechos denunciados por las personas detenidas y/o sus familiares y allegados.

El aumento de la sobrepoblación y el hacinamiento han sido dos determinantes claves que potencian la falta de condiciones materiales adecuadas, generando espacios húmedos, fríos y oscuros, faltos de ventilación y calefacción, casi sin luz natural y escasa luz artificial, sin instalaciones apropiadas

para servicios básicos como agua potable, electricidad y cloacas. Se suman regímenes de vida basados en el aislamiento y con escaso acceso a derechos básicos como alimentación, salud, educación y trabajo. Este contexto confirma la negación del derecho a la salud en las cárceles de la provincia de Buenos Aires.

Como enunciábamos, una de las cuestiones estructurales que caracterizan al sistema sanitario dentro de la cárcel es la mediación penitenciaria que padecen las personas detenidas que requieren atención. Frente a la arbitrariedad penitenciaria que niega el acceso a la asistencia médica, se ven obligadas a implementar diversas estrategias de reclamo: desde recurrir a sus familiares para que hagan llegar la demanda al Poder Judicial (lo que puede llevar mucho tiempo) hasta medidas drásticas como autolesionarse. La asistencia sanitaria suele llegar tarde, cuando el problema de salud ha avanzado y se ha vuelto crítico, siendo muchas veces imposible de reparar el daño causado. Es así que la falta o deficiente atención deriva en la muerte de personas por enfermedades curables o tratables, principal causa de decesos en las cárceles provinciales¹⁶.

En cuanto a la modalidad de atención, la asistencia impartida es deficiente y se enmarca en una relación asimétrica entre los profesionales de la salud y las personas detenidas, que no son reconocidas como sujetos de derechos, ni como sujetos activos en el proceso de atención: no se las escucha, se descreen sus padecimientos, negados y menospreciados. Las historias clínicas no se completan y actualizan respetando las leyes vigentes, por lo que cuando acceden al área de Sanidad la atención es fraccionada, desarticulada y no sigue una estrategia integral de abordaje de la enfermedad. Esta violencia la despliegan los efectores de la salud obligados a prestar el servicio de asistencia, los agentes penitenciarios a través del poder que le otorga la mediación y los operadores judiciales que no controlan el cumplimiento de las obligaciones del Estado, no tienen estrategias de seguimiento, no escuchan, descreen de la palabra del que padece y lo dejan en total desamparo.

En el marco de esa relación asimétrica y hostil, las personas detenidas no reciben información sanitaria oportuna y comprensible respecto a diagnóstico, tratamientos posibles y pronóstico, ni se respeta su autonomía en la toma de decisiones. No se les garantiza un control y seguimiento de sus problemas de salud y se registran todo tipo de irregularidades en el tratamiento.

La CPM registra y denuncia año tras año estas situaciones, a través de su mecanismo de recepción de denuncias, arrojando como resultado¹⁷:

16 Ver capítulo 7 en esta sección.

17 Estos casos corresponden a personas detenidas o sus familiares que fueron entrevistados o remitieron sus casos al sistema de recepción de denuncias del Comité contra la Tortura de la CPM. Existen gran cantidad de casos que se tramitan a través de los defensores oficiales u otras organizaciones y no se contabilizan en este.

Tabla 1. Cantidad de hechos de desatención de la salud denunciados según tipo, por año (valores nominales)

Tipo de hecho denunciado	2015	2016	2017	2018	2019
Atención médica deficiente	815	919	1009	611	837
Falta de dieta especial	150	107	112	73	97
Falta de medicación	467	368	339	210	417
Sin atención médica	1.332	1.489	1.579	972	1.312
Subtotal anual	2.764	2.883	3.039	1.866	2.663

Fuente: SISCCOT (CPM).

Por otro lado, el sistema sanitario presenta graves falencias en el registro y sistematización de información, obturando no sólo la planificación e implementación de una política sanitaria responsable que atienda efectivamente a las necesidades de la población carcelaria sino también las tareas de monitoreo externo.

La inconsistencia de los datos sobre salud en las cárceles es un problema recurrente y estructural. Los datos elaborados por el Registro de datos estadísticos de salud penitenciaria, implementado desde el segundo semestre del año 2017, son prácticamente inutilizables como insumo para evaluar la política sanitaria, identificar la evolución de las patologías emergentes para determinar el perfil epidemiológico de las cárceles en relación con los factores de riesgos de la población y ambientales, y así diseñar un plan de salud con indicadores sólidos que permitan un permanente seguimiento y la elaboración de propuestas que superen las deficiencias y garanticen el pleno acceso a la salud. Desde 2016 se vienen solicitando datos sobre cantidad de personas detenidas que padecieron TBC, HIV o ambas; para 2018, no se enviaron los datos correspondientes a personas con VIH ni con ambas patologías y -como se indicó en el informe anterior- los datos correspondientes a ese año fueron incompletos y no eran concordantes con lo informado por otras vías oficiales. Para 2019 los datos sólo incluyen pacientes dados de alta en el tratamiento de TBC.

Tabla 2. Cantidad de personas detenidas con TBC y/o VIH, según año, 2016-2019

Enfermedad	2016	2017	2018	2019
VIH	112	419	S/D	655
VIH + TBC	4	28	S/D	20
TBC	183	829	299	293
Total	299	1.276	-	968

Fuente: CPM en base a información proporcionada por la DPSP.

En las inspecciones realizadas durante 2019 se tuvo acceso a las planillas en las que cada unidad sanitaria informa la estadística mensual, y que constituyen el insumo para la elaboración del mencionado registro. Tablas en las que se suman datos sin especificar a qué unidad de

análisis refieren, totales que no se sabe qué categorías suman, y tablas incompletas con unidades penitenciarias que no informan casos durante meses conforman un cúmulo de números que dicen poco y nada sobre el funcionamiento de los espacios sanitarios en las cárceles.

Es fundamental indicar que estos datos no son públicos ni de fácil acceso. Se elaboran e informan a partir de la solicitud de la CPM pero, a pesar de la predisposición que muestran las y los trabajadores del sector, no es posible conocer los procesos que los originan ni sus alteraciones a lo largo de los años. En los apartados de este capítulo analizamos la desatención de la salud en las cárceles bonaerenses, a partir de un conjunto de dimensiones que incluyen los determinantes sociales de la salud: las condiciones materiales y el régimen de vida, la infraestructura sanitaria, los recursos humanos, los insumos, la medicación y la modalidad de atención. Esto se analiza a partir de la información obtenida mediante las inspecciones a los lugares de detención, las entrevistas individuales a personas detenidas o sus familiares, las entrevistas con personal sanitario dentro de las unidades penales, los habeas corpus colectivos presentados por la CPM e información oficial del SPB, la DPSP y el Poder Judicial.

2.2. Condiciones materiales y régimen de vida: la producción de enfermedades

Entender la salud en sus múltiples dimensiones conduce a considerar la importancia de los determinantes sociales; es decir, las circunstancias en que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Y dentro de las cárceles son las circunstancias de vida generadas por el Estado las que conllevan a la pérdida o deterioro de la salud: la falta de condiciones mínimas de habitabilidad humana sumada a regímenes de vida insalubres. De esta manera, enfermedades que se suponen erradicadas o controladas en la población general se convierten en epidemia en la cárcel. O bien, enfermedades que suelen no tener mayores complicaciones dejan graves secuelas o llevan a una muerte innecesaria y evitable¹⁸.

Durante 2019 se ha constatado la producción de enfermedades relacionadas directamente con la falta de prevención y asistencia tanto diagnóstica como tratamental oportuna y adecuada. Para dar cuenta de ello, analizaremos casos colectivos e individuales de tuberculosis, escabiosis, meningitis y hantavirus. (Los padecimientos de salud mental que se generan y/o potencian en el encierro, ya que son materia de análisis en el último apartado de este capítulo, así como en la sección Políticas de salud mental).

La CPM denunció mediante un habeas corpus colectivo las condiciones de alojamiento de las personas en la UP 37 Barker en los sectores SAC y admisión (en ambos casos con un régimen de vida de aislamiento extremo), que generaron un brote de escabiosis (sarna humana), enfermedad que se transmite por contacto y es de rápido contagio.

Las condiciones materiales de detención son inhumanas al igual que las condiciones de salubridad. Se registraron importantes carencias de limpieza, presencia de cucarachas, chinches y perros. El frío en los sectores era inevitable debido a la falta de vidrios y calefacción. A esta situación se suma la humedad por las pérdidas de agua de los sectores de duchas y la infraestructura del lugar.

En el sector SAC las celdas no contaban con iluminación, por lo cual vivían en la oscuridad, y en el pabellón de admisión las instalaciones eléctricas eran inseguras y artesanales, y contenían cables pelados sin aislar y cercanos a espacios húmedos.

¹⁸ Para ampliar el tema de la producción de enfermedades en la cárcel, ver CPM (2018b: 16-26).

En ambos sectores de aislamiento, admisión y de seguridad no podían cocinar. Sólo podían consumir las raciones de comida que les provee la unidad. Constatamos que “el rancho” —como lo llaman las personas detenidas— consistía en pedazos de papas mal cocidas y huesos con poca carne y grasa¹⁹.

Durante esta inspección se constató que las personas alojadas tenían restringido el acceso a la salud: por un lado, debido a que el contacto con un profesional de la salud depende de la voluntad de los agentes penitenciarios; por otro, porque los profesionales de salud no concurrían, pese a existir una resolución²⁰ que indica recorridos obligatorios en los sectores de aislamiento.

La restricción del acceso a la salud no es únicamente imposibilidad física sino que se extiende a la modalidad de atención, porque se incumplen los marcos normativos internacionales y locales en lo que hace a la relación equipo de salud-paciente. Las personas detenidas que son atendidas por profesionales de sanidad manifiestan constante falta de información sanitaria: ignoran el diagnóstico, los tratamientos a seguir o qué medicación es la que se les entrega. “Me dieron una pastilla” es una frase recurrente en las entrevistas.

Una de las personas entrevistadas en la UP 37 relató que en Sanidad le habían diagnosticado escabiosis pero no había recibido ningún tratamiento, ni se había tomado ninguna medida de prevención en relación al resto de las personas que se encontraban alojadas en el pabellón. En esa oportunidad, otros dos detenidos manifestaron tener los síntomas y haberlo expresado a los agentes penitenciarios un mes antes de la inspección realizada por la CPM, pero no los llevaron al sector sanidad para ser revisados por una persona idónea. Uno creía haberse contagiado por el estado del colchón (sucio, roto y con olor a basura); otro convivía con un compañero que presentaba síntomas. La celda era pequeña y estaba en mal estado estructural y de salubridad.

La presentación judicial activó algunas medidas del SPB y la DPSP, y todos los casos sospechosos denunciados fueron confirmados. Durante la inspección ocular a cargo de la jueza Raquel Bianco, se constató que la única medida preventiva adoptada por las autoridades para evitar la propagación de la enfermedad había sido entregarles jabón blanco a las personas que convivían con pacientes contagiados.

La falta de condiciones de higiene en las unidades penales es algo recurrente. En muchas unidades se observan montículos de basura en los pasillos, en el ingreso de los pabellones y en los patios. Al mismo tiempo, se han denunciado los olores nauseabundos provenientes de las cloacas rebalsadas, tanto por ser estructuralmente deficientes como por haber sido construidas para espacios que hoy están ocupados por el doble de su capacidad. Son habituales los huecos en las paredes²¹, la falta de vidrios en las ventanas, las faltantes de tapas de los pozos, entre otros ejemplos que demuestran la falta de mantenimiento en general. Además, la falta de insumos para limpiar y desinfectar y la falta de fumigación para prevenir la aparición de insectos y roedores lo vuelve un escenario propicio para la producción de enfermedades como el hantavirus.

En la UP 28 una persona tuvo que ser trasladada al hospital San Juan de Dios con síntomas de dolor abdominal y estado febril, y debió ser internada en terapia intensiva. El paciente, de 24 años,

19 Habeas corpus presentado en favor de las personas alojadas en la UP 37 luego de la inspección realizada el 11 de julio de 2019. “UNIDAD PENITENCIARIA NRO. 37 BARKER ANEXO VII”, causa N° 4387, que tramitó ante el Juzgado de Ejecución Penal N° 2 del Departamento Judicial de Azul con sede en Alvear.

20 Resolución N° 3090/05 y Anexo I: Reglamento del Pabellón de Separación de Área de Convivencia. Jefatura del Servicio Penitenciario Bonaerense, con fecha 5 de septiembre de 2005.

21 Conocidos como pulmones.

había ingresado al hospital de Magdalena el día anterior luego de estar 7 días en la unidad con cefalea, mialgias, artralgias, equivalentes febriles, dolor abdominal, náuseas y diarrea. Y sin recibir, dentro de la UP 28, la atención sanitaria adecuada y suficiente. Posteriormente, ante la confirmación de hantavirus, debieron aislar a cuatro personas más que presentaban los mismos síntomas. Las familias de estas personas denunciaron la falta de conocimiento sobre protocolos de actuación, así como la incomunicación total con las personas detenidas.

En el habeas corpus colectivo presentado por la CPM²², se solicitó la aplicación de las medidas de bioseguridad dispuestas por el Ministerio de Salud de la provincia para esta patología, como también la asistencia adecuada a todas las personas infectadas. En este marco, se adoptaron medidas de limpieza y desratización por parte de la Dirección de Saneamiento de la Municipalidad de Magdalena conjuntamente con la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud provincial. En el informe presentado, estas dependencias detallan el plan de acción de desinfección en el pabellón en donde se encontraba alojada la persona y en los pabellones lindantes; luego procedieron a inspeccionar el pabellón y la celda en donde se encontraba alojada la persona, dando cuenta de que las condiciones materiales eran propicias para la generación de este tipo de enfermedades:

En la inspección del lugar no se detectaron rastros de roedores más específicamente del *Oligoryzomys longicaudatus* o ratón colilargo, teniendo en cuenta que el personal de dicha unidad ya había generado una limpieza previa; se observaron malas condiciones en el estado edilicio como ser la falta de tejas en el techo y falta de durlock para el entretecho generando vías de ingreso para el roedor y proveyéndoles un refugio ideal; con respecto a las condiciones higiénicas no son las recomendables y el orden de las celdas tampoco se encontró en regla pero es lo esperable de dichas instituciones y a la gran densidad de población que manejan. (Informe presentado por las dependencias mencionadas).

El informe reconoce que el lugar no es apto para prevenir este tipo de enfermedades al tiempo que naturaliza la situación por tratarse de una unidad penal, justificando no sólo la falta de políticas públicas destinadas a la promoción y prevención de la salud dentro de estos espacios, sino también la sobrepoblación que impera en las cárceles provinciales.

Esta concepción no hace foco en la prevención ni en el diagnóstico y tratamiento tempranos y oportunos. La meningitis y la tuberculosis, enfermedades tratables y curables para la población en general, dentro de las unidades penales pueden ser mortales.

Durante 2019 murieron 148 personas en el sistema penitenciario bonaerense: 118 por enfermedad, contabilizándose al menos 11 por TBC y complicaciones derivadas de un incompleto o nulo tratamiento, destacándose los casos de meningitis.

Estas dos patologías son evitables, ya que su desarrollo y propagación dependen en gran medida de los determinantes sociales de la salud. Esto se refleja en forma contundente comparando la tasa de casos de TBC en el marco del SPB respecto de los casos en la provincia de Buenos Aires.

22 HC 06-00-000005-19/00 que tramitó ante el Juzgado de Garantías N° 5, Departamento judicial de La Plata.

Tabla 3. Tasa de contagios de tuberculosis en provincia de Buenos Aires y en el sistema penitenciario bonaerense c/100.000 habitantes

Provincia de Buenos Aires	SPB
28,9	629,3

Fuente: CPM en base a información del Ministerio de Salud de la Nación y de la DPSP. La tasa para la provincia de Buenos Aires surge del informe de indicadores básicos del Ministerio de Salud de la Nación y está calculado para el año 2018, último del que se tiene registro de acceso público actualizado. La tasa en el sistema penal bonaerense surge de los datos provistos por la DPSP a la CPM y del registro actualizado de población carcelaria de nuestra institución para el año 2019.

En septiembre de 2019, recibimos la información de que un detenido en la UP 36 Magdalena había contraído meningitis. Al momento de enfermarse estaba alojado en condiciones de hacinamiento: el pabellón que habitaba tiene un cupo para 40 personas pero estaba ocupado por 103, mientras que la Unidad que tiene capacidad para 384 se encontraba ocupada por 813, lo que representa una sobrepoblación del 157% en el pabellón y del 111% en el penal.

Al momento del inicio del habeas corpus presentado por la CPM²³, el paciente tenía diagnóstico confirmado de meningitis, pero se desconocía el origen. Había sido internado de urgencia frente a un cuadro de excitación psicomotriz, taquicardia, cefalea y fiebre²⁴, y no podía saberse cuan peligroso era el caso para la salud del resto de la población. Tanto los docentes de la escuela como detenidos del pabellón manifestaron no haber sido informados de ninguna medida de seguridad, tampoco se les había brindado la información sanitaria correspondiente. En el seguimiento del caso, el director de Sanidad del complejo penitenciario Magdalena informó que, si bien se había descartado que se tratara de una meningitis meningocócica viral, se trataba de una variante grave, tuberculosa, que responde a las condiciones de hacinamiento.

Durante una inspección realizada a la UP 2 de Sierra Chica, se informaron nueve casos de TBC. En el sector de sanidad había cuatro personas alojadas en fase 1 de TBC, y otras cinco se encontraban en fase 2 y habían sido reintegradas a sus pabellones. El día posterior a la inspección, una de las personas debió ser trasladada de urgencia al hospital de Olavarría porque su cuadro había empeorado y padecía meningitis. En el marco de la inspección, se entrevistó a las personas alojadas en el sector: relataron que los/as médicos/as no recorren el lugar y los que proveen la medicación suelen ser detenidos que cumplen funciones laborales.

De las 10 celdas con las que cuenta el sector de sanidad, tres estaban clausuradas debido al deterioro del techo; de las restantes, ninguna se encontraba en condiciones adecuadas para el alojamiento. Se observó el deterioro edilicio, la falta de vidrios en las ventanas, falta de mobiliario básico, colchones gastados, malas condiciones de higiene y presencia de cucarachas. Solo 2 celdas fueron diseñadas y construidas para el aislamiento de personas con TBC, contando con extractor para ventilar el lugar. Pero los sanitarios estaban rotos y no funcionaban adecuadamente. En los pabellones SAC, Admisión y 11b (todos de aislamiento, con 24 horas de encierro en celda) se entrevistaron a personas que presentaban distintas formas de desatención de su salud: escabiosis,

23 Habeas corpus HC-06-00-000065-19/00, tramitado ante el Juzgado de Garantías N° 6 del departamento judicial de La Plata.

24 Informe remitido por Gastón Mammoni, jefe del área de Sanidad X del Complejo Penitenciario Magdalena, al juzgado interviniente.

solicitud de análisis de esputo que no conocía el resultado, colostomía, o lesiones producidas por el SPB que no fueron registradas de manera adecuada. En todos los casos, los entrevistados coincidían en que a las dificultades para acceder a Sanidad se sumaban la falta de profesionales, la carencia de insumos y de medicación. Ninguno había recibido la visita del personal médico en su celda. No solo las dificultades están bajo el espectro de la DPSP, sino también en la articulación con los hospitales extramuros. En algunos casos las personas no son atendidas por derivación en los hospitales, salvo si hay una orden judicial; en otros, la atención resulta insuficiente y descontextualizada, por ejemplo indicando tratamientos que resultan imposibles de cumplir dentro de los muros.

2.3. Nicolás: perder la vida por desatención de la salud

La desatención de la salud es la principal causa de muerte en el encierro. Nicolás Octavio Nieto Lezcano, de 20 años de edad, se encontraba alojado en la Unidad 45 de Melchor Romero. Allí comenzó a presentar síntomas preocupantes (confusión mental, pérdida de equilibrio) y fue visto por el personal sanitario de la unidad que al principio restó importancia a la situación. A medida que el cuadro se complicaba, lo derivaron a hospitales públicos en dos oportunidades solicitando internación y asistencia, pero en ambos casos los médicos decidieron enviarlo nuevamente a la unidad sin realizar un diagnóstico adecuado y oportuno. Los síntomas continuaron agudizándose: no podía mantener el equilibrio, presentaba signos de confusión mental, los ojos perdidos, no podía hablar, no controlaba esfínteres, emitía gemidos y gritos. El director de Sanidad requirió intervención al procurador de la UP 45 para solicitar, mediante orden judicial, una internación compulsiva en un hospital extramuros que contase con la complejidad necesaria para abordar el cuadro.

Con orden judicial de por medio, el 22 de mayo Nicolás fue internado en el hospital San Juan de Dios de La Plata, y quedó en terapia intensiva con coma inducido, respirador artificial y alto riesgo de vida. El diagnóstico fue meningoencefalitis (de posible origen tuberculoso) y —según refirieron los médicos— el cuadro podría haber tenido otra evolución si hubiese sido abordado a tiempo.

A su vez, el riesgo se extendió a la salud de terceras personas que podrían haberse contagiado por estar en contacto directo con él. Entre los factores de riesgo no pueden dejar de mencionarse las inhumanas condiciones de vida de la cárcel: el hacinamiento, la falta de ventilación e higiene, la ausencia de medidas profilácticas y de prevención de enfermedades. Los traslados de Nicolás hacia los hospitales fueron realizados en vehículos no aptos, por ejemplo, un automóvil Peugeot 205 sin identificación. En su interior Nicolás no pudo ser ubicado en posición horizontal, no contaba con camilla ni elementos de asistencia básica. Viajó sentado y esposado en el asiento trasero.

Se evidencia en este caso que la atención médica se brindó de manera tardía, los traslados a los hospitales se llevaron a cabo cuando la situación ya era crítica y los médicos poco pudieron hacer. Asimismo, debe destacarse la desidia y la discriminación por parte de los efectores de salud de los hospitales públicos que le negaron asistencia en las primeras ocasiones que fue derivado.

Al momento de ser internado en el hospital, la salud de Nicolás Nieto Lezcano se encontraba gravemente comprometida y, a menos de un mes de su internación, se produjo su fallecimiento.

2.4. La gestión del derecho a la salud: sector Sanidad

Las áreas de sanidad son estructuras que deberían responder a las pautas básicas que organizan

el sistema de salud en la provincia de Buenos Aires, ya sea como hospitales o como unidades sanitarias, articuladas según niveles de complejidad. Pensando en esta estructura, pueden identificarse sanidades dentro de las unidades penales (con o sin internación), complejos sanitarios (agrupan varias unidades en una zona determinada) y una unidad penal-hospital (UP 22). Para los casos de mayor complejidad se articula con los hospitales públicos de la Provincia.

En la práctica, estas estructuras de salud dentro del SPB no funcionan desde la lógica del derecho a la salud sino desde una lógica securitaria: profundizan criterios que priorizan las necesidades del sistema carcelario por sobre la salud de las personas. Y en los hospitales extramuros predomina la estigmatización de las personas detenidas por parte de los efectores de salud, que conlleva la denegación de asistencia y tratamiento y deja como único recurso la intervención judicial. En el hospital Mi Pueblo de Florencio Varela, por ejemplo, directamente se dispuso una sala exclusiva para personas privadas de libertad, cuyas condiciones eran tan o más desastrosas que la Sanidad de cualquier unidad penal²⁵.

2.4.1. Infraestructura sanitaria

Durante las inspecciones realizadas en 2019, se constataron las condiciones en las que se encuentran los espacios destinados para la atención de la salud dentro de las unidades penales. En primer lugar, se observa mucha disparidad entre los sectores de sanidad de las distintas unidades: no todas tienen sector de internación, tampoco se encuentran equipadas de la misma manera o poseen los mismos servicios y la cantidad de personal no se relaciona necesariamente con el tipo de población que aloja (por ejemplo, en cuanto edad y género) ni con la cantidad de personas que debe asistir.

Según cómo fue pensada la unidad al momento de su construcción, es el diseño de su área de sanidad. Sin embargo, queda demostrado que en la práctica la utilización del lugar no se condice con su propósito original.

Por ejemplo, la UP 17 posee desde su inauguración un equipo de rayos X y un ecógrafo. El primero jamás fue utilizado ya que solo hay un consultorio para atención, una sala de internación que nunca fue amueblada y un espacio para el guardado de historias clínicas, insumos y medicación; no hay un espacio donde instalar y usar el ecógrafo, pero además nunca se contrató personal especializado que sepa utilizarlo correctamente.

Algunas unidades, además de atender a su población, también son centros de atención para las demás unidades de la zona. Así, la UP 2 funciona como complejo sanitario de la zona conocida como “circuito campo” (expresión que refiere a unidades ubicadas a grandes distancias de las zonas más urbanizadas de la Provincia), a gran distancia de los centros hospitalarios de mayor complejidad²⁶. Las condiciones de esta Sanidad se agravan por el hecho de que no garantiza la atención las 24 horas: a partir de las 17:00 las personas internadas utilizan recipientes plásticos para hacer sus necesidades fisiológicas y deben convivir con sus propios desechos hasta el día siguiente.

La UP 17 pertenece también a este complejo sanitario y es definida por los propios profesionales de la salud como una “salita de primeros auxilios”: cuenta con un sector de internación que no se usa debido a sus pésimas condiciones edilicias (olor nauseabundo, hongos en paredes y techo) y falta de mobiliario, insumos y personal.

Este cuadro corrobora de manera clara que la desatención de la salud forma parte de una política penitenciaria donde impera la desidia y la estigmatización hacia las personas privadas de su libertad,

²⁵ Sobre las condiciones de detención en los espacios de sanidad, ver CPM (2018b: 70-92).

²⁶ Nos referimos a los hospitales efectores de segundo y tercer nivel dentro del sistema de salud.

negadas por el estado como sujetos de derecho. De ello dan cuenta no solo los espacios sino las prácticas.

En el ingreso a sanidad de la UP 37 funciona una celda denominada *leonera*²⁷ que es utilizada para alojar a las personas detenidas hasta que son atendidos; el tiempo de espera pueden ser horas o días. Lo mismo ocurre en la UP 9. En la UP 51 el tamaño de la *leonera* es tan reducido que el día de la inspección se encontró una mujer recostada en el suelo ocupando la totalidad de la superficie; se trata de un espacio ciego en el hueco de una escalera, oscuro, húmedo y frío. La detenida manifestó que desde la mañana estaba alojada allí, no por cuestiones de salud sino a la espera de ser reubicada en otro pabellón.

Las salas de internación también en ocasiones son usadas con fines no sanitarios, como celdas para alojar a las personas detenidas que denominan *refugiados*²⁸. A menudo estas personas realizan tareas de limpieza, de mantenimiento e incluso administrativas dentro del sector de sanidad, y rara vez las actividades se reconocen como laborales. En los casos en los que se utiliza criterio médico, se aloja a personas con gran variedad de patologías o afecciones a la salud, sin atender la particularidad de cada caso.

La sanidad de la UP 1, que es complejo sanitario, cuenta con cuatro pabellones para internación. Uno lleva años clausurado por orden judicial; otro funciona como sala de infectocontagiosas y aloja a personas que padecen enfermedades como TBC; los otros dos son salas comunes de internación. Sin embargo, en cuanto a las condiciones estructurales, los cuatro son iguales: no cuentan con ventilación ni calefacción, las celdas no tienen baño propio, no hay personal que se dedique a la limpieza (lo hacen los propios pacientes) y ahí mismo reciben la visita de sus familias.

Por otro lado, de acuerdo a las características con las que originalmente fue pensada la unidad, la cantidad de consultorios o espacios disponibles dentro de Sanidad se adaptan para el funcionamiento de las distintas disciplinas que formalmente se desarrollan: psicología, odontología, enfermería, laboratorio, sala de rayos. En las inspecciones se ha constatado que las unidades con servicio de odontología cuentan con sillones viejos y en muchos casos en mal funcionamiento. En otras, el consultorio de psicología es un espacio improvisado al final del pasillo sin pared ni puerta que lo separe del resto del espacio y brinde la privacidad requerida para la atención. En la UP 8 tienen una sala de rayos que dejó de utilizarse cuando se jubiló el profesional responsable.

2.4.2. Trabajar sin herramientas: falta de insumos y medicamentos

La falta de insumos es otra constante que implica que la atención no pueda realizarse o que deba llevarse a cabo en condiciones precarias. Un caso destacado es el de odontología: en las unidades que brindan este servicio, los profesionales relatan que su accionar es muy limitado, ya que la falta de insumos e instrumental reduce las prácticas odontológicas sólo a extracciones y que, en muchos casos, “a pedido del propio detenido” se hacen sin anestesia.

La medicación se gestiona por distintas vías. Una parte por el sistema Gedeba para programas específicos como TBC o VIH; el botiquín de medicamentos esenciales se obtiene por CUS (cobertura

27 Celda con forma de jaula, de acuerdo a su ubicación una o más de sus paredes son de rejas y se ubican sobre el pasillo, por donde circulan las personas, completamente a la vista, sin permitir ningún tipo de privacidad para la persona allí alojada. No poseen ningún tipo de mobiliario y no tienen sanitarios. En algunas unidades están a la intemperie, exponiendo a las personas detenidas a todo tipo de inclemencias.

28 De acuerdo a las expresiones de las autoridades, son personas que tienen problemas con la población del penal y por eso se las separa. Se trata de alojamientos sin criterios médicos.

universal de salud), readecuación del programa Remediar, implementado hasta el año 2017.

Los profesionales de la UP 15 indicaron que el botiquín de medicamentos esenciales que recibieron había reducido la cantidad y variedad en relación a los programas anteriores, con faltante de salbutamol, antibióticos y cefalexina, utilizados frecuentemente. En cuanto a lo que envía la DPSP, no se habían recibido insumos básicos como guantes, jeringas y gasas, y de los psicotrópicos solo la mitad de lo que se pidió.

En el mes de abril, en la UP 9 el desabastecimiento era generalizado tanto de medicamentos como de insumos básicos (gasas, guantes de látex, jeringas, agua oxigenada, anestesia para prácticas odontológicas, oxígeno). En este caso, el CUS no había sido enviado en febrero ni en marzo, y el listado de medicamentos e insumos solicitado a la DPSP no fue entregado en su totalidad.

El discurso de los profesionales es contundente: “si venías la semana pasada no teníamos todo”²⁹; “hoy tengo antibióticos, gasas, guantes... hoy”³⁰; “te desborda no tener con qué trabajar”; “es muy difícil cuando una quiere hacer y no tenés los recursos”³¹. Es habitual también que en las entrevistas refieran que suelen llevarse muestras gratis, insumos y elementos de trabajo para realizar las tareas sanitarias. Durante la huelga de hambre³², los profesionales manifestaron la imposibilidad de proceder al pesaje diario por falta de balanzas.

En agosto de 2019 se inspeccionó la UP 2, donde se constató la falta de psicofármacos tales como clonazepam, gabapentina y citalopram (el primero es uno de los más indicados y llevaban más de dos meses sin stock). Las personas que los tenían indicados tuvieron que suspender su tratamiento repentinamente o se los reemplazaron por otro sin previa consulta con psiquiatras, ya que los turnos solicitados no se llegaron a concretar³³.

La consecuencia de lo expuesto se suma a los problemas sanitarios de la cárcel. Frente a la falta de medicamentos o la irregularidad en su entrega, las personas detenidas ven interrumpido su tratamiento o reemplazan sus medicamentos por otros que en muchos casos no producen el efecto esperado por no ajustarse a lo indicado.

2.4.3. Las manos que faltan: profesionales de la salud en extinción

La falta de profesionales es una constante dentro del sistema. Si bien se trata de un problema multicausal, nos interesa observarlo como una práctica constitutiva de la política de salud penitenciaria. No se trata exclusivamente de la contratación de personal especializado, sino también de su distribución dentro del sistema y de las posibilidades reales que tienen para desarrollar sus tareas. En definitiva, se trata de la planificación de una política pública de salud que aborde y dé respuesta a los problemas de la población específica a la que se dirige. Para ello es necesaria la contratación de más personal y una distribución adecuada. No todos los profesionales dependientes de la DPSP están asignados a una unidad: en algunos casos están asignados al abordaje de todo un complejo o de varios al mismo tiempo, como ocurre con los cinco psiquiatras que trabajan por fuera de la UP 34, quienes deben abordar la salud mental de todas las unidades penales restantes que alojan al 99% del total de la población³⁴. En la UP 9 cuentan con un infectólogo (quien solo hace

29 Profesionales de la salud entrevistados en la UP 6.

30 Profesionales de la salud entrevistados en octubre en la UP 15.

31 Profesional de la salud entrevistada en abril en la UP 51.

32 Ver capítulo 6 de esta sección.

33 Ver en este capítulo el apartado 2.5.

34 Ver apartado 2.5.

seguimiento de personas con VIH) solo una vez a la semana, ya que concurre a otras unidades penitenciarias porque cumple la función como médico del complejo.

El caso de la UP 51

La mayoría de las/os profesionales del sector son compartidos con otras unidades del Complejo Penitenciario de Magdalena, con las dificultades que esto conlleva en relación a la poca disponibilidad de las/os mismas/os cuando se las/os requiere. Hace más de dos años que no cuentan con profesionales de servicio diario. La única especialidad garantizada todos los días de la semana, durante 24 horas, es enfermería. Hay médico clínico los jueves y sábados con guardias activas de 24 horas, mientras que concurre también los martes pero por menos cantidad de horas y “para responder oficios”. El infectólogo pertenece al Complejo y solo concurre para atender aquellas mujeres que padecen VIH. No cuentan con la especialidad de traumatología ni tampoco ginecología y deben realizar las atenciones en nosocomios extramuros, lo que resulta difícil de garantizar. En cuanto a la atención en salud mental, solo hay una psicóloga que concurre los días lunes y viernes mientras que la psiquiatra pertenece al Complejo y asiste a la Unidad solo los miércoles.

Por otro lado, las plantas profesionales no son iguales en todas las unidades: algunas cuentan con personal de servicio diario y de guardia, y otras solo con servicio de guardia. En 2019 se constataron cambios en las estructuras de ciertas unidades; a profesionales que eran originalmente de guardia se los cambió al servicio diario. Al consultarles sobre la diferencia en cuanto a la modalidad de atención, refirieron que solo se trataba de una modificación horaria.

El caso de la UP 8 y la UP 33

La UP 8 y la UP 33 de Los Hornos comenzaron a compartir el personal desde enero de 2019, y tienen asignados profesionales para servicio diario, médicos de guardia y enfermeros. Las profesionales entrevistadas manifestaron que con la directiva de la gestión de la DPSP anterior, que produjo sumarios masivos a trabajadores de sanidad, se perdió mucho personal profesional. De acuerdo a lo expresado por la médica de guardia, cuentan con una psiquiatra que comparten con la UP 33 y tres psicólogas. Las psicólogas realizan atención a demanda y cumplen guardias pasivas. Manifestaron que cuentan con especialidades, destacando que solo hay una ginecóloga y que, además, cumple la función de jefa de Sanidad.

En ninguna Sanidad inspeccionada la cantidad de profesionales y especialidades era acorde a las necesidades de la población carcelaria. En unidades como la 17 solo hay servicio de guardia médica cuatro veces a la semana. Esta realidad conlleva la imposibilidad de conformar equipos interdisciplinarios para el abordaje de la salud integral, así como una modalidad de atención deficiente y deshumanizada.

En este marco, se generan una serie de irregularidades que ponen en riesgo la salud de la población carcelaria y también del personal; se observa la existencia de personas no idóneas para labores específicas, como el caso de las farmacias: se registró que solo una cuenta con farmacéutica (UP 2) y en los demás casos depende del personal disponible para realizar la tarea. En la UP 6 Dolores manifestaron que hay un radiólogo que saca las placas en la unidad y las revela extramuros por falta de equipamiento. Un bioquímico hace las extracciones, pero analiza las muestras en un laboratorio por fuera de la unidad. Hay dos mecánicos dentales, uno de los cuales cumple tareas de enfermero y el otro

es quien está a cargo de la farmacia, y las funciones odontológicas las cumple el jefe de sanidad. En casi todas las sanidades el trabajo de limpieza, mantenimiento o administración es realizado por personas detenidas, a las cuales no se les brinda ningún tipo de capacitación sobre pautas mínimas a seguir, como tampoco los elementos necesarios para la protección de su salud. En la UP 2 siete personas detenidas cumplen funciones en Sanidad, y su principal tarea es la asistencia de las personas que se encuentran alojadas en la sala de aislamiento. En la UP 17 dos detenidos realizan las tareas de limpieza, cocina y administración, y se encuentran alojados de forma permanente en el sector. Entre otras tareas que se han registrado que realizan personas detenidas, se incluye la manipulación de historias clínicas, cocina para el personal y asistencia general a personas internadas en el sector. En la UP 2 las personas alojadas en Sanidad relataron que los/as médicos/as no recorren la sala de internación, y los que proveen la medicación suelen ser los detenidos que cumplen funciones laborales en el sector.

Complejo sanitario UP 15

En la entrevista, los profesionales de sanidad de la UP 15 remarcaron, en relación a la falta de personal administrativo, que desde marzo no hay quienes cumplan esa función, y que en la actualidad lo suplen con los agentes penitenciarios asignados al sector de sanidad. Ellos asumen la función de llevar adelante, entre otras cuestiones administrativas, la gestión de la ambulancia para los traslados. En el complejo hay un médico de guardia y un enfermero que no pueden atender todo el trabajo a realizar con las personas detenidas en la unidad. Allí no hay profesionales de especialidades, todos cumplen la función de médico clínico/guardia. La planta profesional se compone de dos psicólogos, un infectólogo, dos técnicos en laboratorio (solo hacen extracciones y test rápidos para retrovirales VIH/TBC), dos odontólogos y un kinesiólogo.

Dos personas detenidas llevan adelante las tareas de limpieza y archivo respectivamente.

Como se observa, la falta de recursos humanos es un problema estructural del sistema penitenciario. Los espacios quedan vacantes por mucho tiempo o bien son ocupados, sin una lógica formal establecida ni formación adecuada, por profesionales, técnicos, agentes penitenciarios o presos/as³⁵.

2.4.4. Modalidad de atención

La modalidad de atención conforma un conjunto de prácticas y acciones que se despliegan para abordar las problemáticas de salud, ya sea para un tratamiento colectivo o individual. Es habitual justificar la desatención de la salud en las falencias estructurales mencionadas, pero no es necesariamente así. Para desarrollarla adecuadamente resulta necesario, entre otros puntos, que los profesionales posean adecuada información sobre la población que atienden. Resulta curioso que ante la consulta por el listado de personas que presentan alguna patología refieran desconocer dicha información, ya que quienes llevan estos registros son las personas encargadas de la farmacia. Además de desconocer información que permitiría pensar prácticas preventivas, queda en evidencia que el objetivo está puesto en resolver las cuestiones operativas intentando asegurar los insumos medicamentosos.

Otra práctica habitual e irregular es la forma en que se gestiona la entrega de medicamentos. En la UP 2 depende del tipo de fármaco que se vaya a suministrar: la medicación para patologías crónicas se entrega mensualmente en Sanidad y esta tarea la realizan los profesionales; los psicofármacos

³⁵ Para ampliar el tema del personal de salud y la oferta sanitaria, ver CPM (2018b: 27-55).

se entregan diariamente a cada uno de los agentes encargados de los pabellones, para que ellos los suministren (los agentes penitenciarios deben firmar un registro en donde consta el procedimiento). Estas prácticas deben contemplar todo el proceso: cómo las personas acceden a la asistencia médica, cómo es desarrollada hasta el final de la atención (tratamiento y rehabilitación) en base a los parámetros establecidos en la ley de derechos del paciente 26.529 (modificada por ley 26.742) y su decreto reglamentario 1089/12, que establece los derechos esenciales de asistencia, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, interconsulta médica, información sanitaria, consentimiento informado y acceso y manipulación de historia clínica. En definitiva, la modalidad de atención va de la mano con la relación equipo de salud/paciente que se incumple reiteradamente. Dicha observancia corresponde tanto para los profesionales dependientes de la DPSP como para aquellos que atienden a las personas privadas de libertad en los hospitales extramuros.

Las personas denuncian constantemente dificultades para acceder a la atención de salud. Ello responde a que los profesionales no recorren los pabellones, ni siquiera en los SAC en donde deben hacerlo obligatoriamente según resolución administrativa. En la inspección realizada en la UP 2 las autoridades refirieron que todos los días el médico de guardia pasa por el SAC para “chequear el estado de salud” de las personas aisladas, lo que contradice con lo expresado por las personas alojadas en dicho pabellón. Vale aclarar que durante la inspección a dicho sector, se accedió al libro de novedades del SAC y se observó que al menos en los últimos cinco días (entre el 22 y el 26 de agosto) no se había registrado ningún ingreso de profesionales de la salud al sector. Ante eso, sólo les queda expresar sus demandas a los agentes penitenciarios, quienes deciden cuáles son los casos que llegan a conocimiento de los profesionales de la salud. A esto denominamos la *intermediación de la demanda*, que provoca que las personas no sean oídas y habilita que los agentes penitenciarios adopten decisiones discrecionales sobre la salud sin una formación habilitante y rompiendo con el derecho de la autonomía de la voluntad, la confidencialidad y el acceso al sistema de salud³⁶.

La dificultad en el acceso ocurre también dentro del mismo sector, en aquellas sanidades que tienen internación. En la UP 28, los detenidos relatan que el médico los ve “cada tanto” y que sólo los ausculta y los pesa. Refieren que después de las 15:00 hs casi no queda nadie en el lugar y si necesitan algo deben gritar para que los escuchen. Carecen de atención y cuidado de enfermería. “Reniegan” o deben insistir reiteradas veces, incluso para que alguien les brinde información sobre la evolución y el tratamiento. El deterioro del lugar es visible y absoluto: además de las pésimas condiciones materiales, las personas no reciben cuidados propios de una internación por motivos de salud; por el contrario, deben limpiar el lugar y cocinarse.

Respecto de la alimentación, el jefe de sanidad es quien gestiona con el área de depósito y comida la provisión de dietas especiales. Puntualmente, manifiesta que, si bien muchas personas las tienen indicadas, no se cumplen por falta de insumos. Este relato se relaciona con lo manifestado de manera coincidente por las autoridades del penal y las personas entrevistadas respecto a la situación de hambre que se vive en la unidad.

Las dietas especiales constituyen un elemento de vital importancia para algunos tratamientos médicos. Sin embargo, y a pesar de ordenarse su provisión para muchos presos/as con patologías, rara vez estas llegan a concretarse. Durante 2019 este problema resultó agravado en el marco del virtual desabastecimiento de alimentos³⁷.

36 Para ampliar el tema de la mediación penitenciaria, ver CPM (2018b: caps. 5 y 7).

37 Ver capítulos 5 y 6 en esta sección.

El caso de la UP 28

Los detenidos relatan que les entregan alimentos tales como fideos, arroz, lentejas y son ellos los que se cocinan. Asimismo, les dan la misma comida que reparten en los pabellones, con lo cual no les entregan dieta especial. Tampoco les dan lácteos o frutas. La cocina donde preparan sus alimentos estaba totalmente deteriorada, sin vidrios ni medidas adecuadas de seguridad; el espacio carecía de limpieza y salubridad, y el aseo del espacio era exclusiva responsabilidad de los detenidos.

Por otro lado, la forma de la atención suele estar cargada de prejuicios, priorizar criterios de seguridad, violar la privacidad y desatender los derechos del paciente. La mayoría de las consultas se desarrollan con la presencia de personal penitenciario o la puerta abierta del consultorio médico. Las personas detenidas entrevistadas suelen no conocer sus diagnósticos, y refieren que no se les explica adecuadamente sobre éste ni el tratamiento indicado: “no te dicen nada”, “qué sé yo qué me dijo”, “no me preguntó nada y me dijo que me tome esta pastilla”.

El caso de la UP 8

El/la médico/a de guardia realiza recorridos por todos los pabellones de forma diaria acompañado/a por personal penitenciario. El objetivo es evitar la circulación de presas porque “a todas les pasa algo, entonces vos le preguntás y ves si lo podés resolver sin tener que revisarla, entonces no la llevás a Sanidad [...]. Así frenas la salida de tantas internas”. De acuerdo a lo expresado por la médica de guardia entrevistada, la mayor demanda de atención proviene del pabellón de adultas mayores: “estás 20 minutos con las señoras y 5 minutos para el resto”.

En general, falta perspectiva de género en las/los profesionales que trabajan en unidades con población de mujeres. Suelen referirse a ello con expresiones como:

“Acá las internas son muy demandantes, son unidades difíciles, son muy conflictivas [...]. En San Martín tienen un médico dos veces por semana y está todo planchadito, ningún problema. Acá eso sería imposible”. “Somos todas minas, qué querés que te diga... las presas, las penitenciarias, las médicas, todas mujeres, es un quilombo”.

La modalidad de atención contempla también la resolución de los problemas de salud no solo dentro de las sanidades sino también en los hospitales extramuros. De la información registrada durante 2019, las principales dificultades se relacionan con la falta de ambulancia o de combustible a disposición de Sanidad, lo que trae como consecuencia la pérdida de los turnos otorgados. Las dificultades burocráticas o falta de procedimientos para la gestión de esos turnos también dilatan o impiden el acceso (dificultades para pedir el turno por falta de personal en Sanidad, falta de teléfono, desorganización administrativa). En muchos casos los hospitales limitan la entrega de turnos para estudios y consultas médicas para personas detenidas y, en general, evitan las internaciones en los hospitales; cuando sucede, la práctica común es mantener a las personas esposadas a la cama. En la inspección a la UP 2, refirieron que si bien los turnos se consiguen el mayor obstáculo es la falta de móviles para realizar los traslados hasta los hospitales porque hay una sola ambulancia para las tres unidades del complejo.

En el caso de la UP 8, refirieron articular con diferentes hospitales de La Plata: para cuestiones ginecológicas mayoritariamente con el Romero y en menor medida con el San Martín; para atención en consultorio y traumatológicas con el San Martín; y para afecciones respiratorias con el San

Juan de Dios. En cuanto a los hospitales que les han negado turnos, una autoridad manifestó: “En el Rossi odian a las presas, ni siquiera te contestan. Yo creo que cuando llega un pedido nuestro deben hacer un bollito y tirarlo a la basura”.

Un particular inconveniente de los traslados se vincula con el movimiento y el llenado de historias clínicas. Es frecuente encontrar registros incompletos, desordenados cronológicamente y guardados en lugares que no cumplen condiciones mínimas de preservación; irregularidades naturalizadas por buena parte del personal de salud entrevistado.

El caso de la historia clínica perdida en la UP 23

Durante el traslado de una persona detenida se extravió su historia clínica (HC). No se procedió a buscarla o denunciar su pérdida, simplemente le iniciaron una nueva HC en la que no completaron datos relevantes: fecha de inicio, datos personales del detenido e información fundamental sobre su salud, como tener una colostomía. En la nueva HC sólo consta que fue atendido por una psicóloga, quien indica consulta con psiquiatra (y que 15 días después de esta indicación no había sido realizada). La persona detenida relató que hacía 15 días que no recibía su medicación psiquiátrica. El personal de salud entrevistado no manifiesta ninguna preocupación por esta discontinuidad: comienzan diciendo que “los detenidos mienten”, que ellos no pueden medicar sin indicación de un psiquiatra, pero tampoco pueden garantizar que lo atienda un psiquiatra ni cumplen con la indicación al respecto.

2.4.5. Franco Antonio, un caso emblemático

Como venimos desarrollando, la desatención de la salud en el sistema penitenciario bonaerense tiene varias aristas. Presentamos aquí un caso particular que las condensa con crudeza.

El 12 de agosto de 2019, María acudió al Comité contra la tortura de la CPM para solicitar ayuda desesperada por su pareja, Franco Antonio De La Cruz Cabrera, quien se encontraba detenido en la UP 35 de Magdalena y no recibía asistencia médica adecuada. Desde hacía meses sufría vómitos, diarrea, fiebre y pérdida de peso. Antonio padecía VIH y desde hacía dos años no recibía tratamiento medicamentoso de modo regular ni dieta gástrica especial.

Cansada de que el Servicio Penitenciario desoyera los pedidos de ayuda de Antonio, María nos informó que se había dirigido al tribunal para exponer personalmente la crítica situación que afectaba a su pareja. Desde el tribunal se dispuso la derivación de Antonio hacia un hospital. Sin embargo, María explicó que aquella primera atención hospitalaria no fue suficiente y que con posterioridad no se realizó un seguimiento de su estado. Antonio continuaba débil, sufría descomposturas, se agitaba al hablar y ya casi no podía levantarse de la cama.

Tras tomar conocimiento de esta situación, el 13 de agosto presentamos un habeas corpus a favor de Antonio, requiriendo atención especializada en infectología de un hospital extramuros. Al día siguiente fue citado a comparecer. María se presentó en la puerta de tribunales para ver a su marido el día de la audiencia, y durante aquel encuentro se alarmó al observar su deterioro físico (llevaba un mes sin verlo): lo encontró extremadamente delgado y pálido. “Mi marido no era mi marido [...] Hacía 20 días que no lo veía porque él no quería que lo viera así. [...] No me imaginé una cosa así, un esqueleto andando era mi marido”.

Si bien no recibimos copia de la resolución judicial correspondiente al habeas corpus, supimos a partir de lo relatado por María que el tribunal había ordenado la evaluación de Antonio en la Asesoría

Pericial para determinar si se encontraba en condiciones de ser hospitalizado. Sin embargo, los agentes penitenciarios encargados de ejecutar la medida la incumplieron y reintegraron a Antonio a la UP 35. Fue así que el 15 de agosto enviamos una ampliación del habeas corpus comunicando los nuevos hechos y reiterando el pedido de atención médica extramuros con controles infectológicos. Una semana después María volvió a acercarse al Comité y refirió que su marido había sido evaluado por el cuerpo médico pericial que constató un cuadro de deshidratación; luego fue alojado en un pabellón común de la unidad, no en Sanidad, y no se le suministró suero ni se aplicó ningún tipo de medida de asistencia sanitaria.

Pasaron cinco días y María regresó a nuestra sede alarmada por nuevos síntomas que aquejaban a su pareja. Refirió que presentaba dificultades visuales y auditivas, que se mareaba y descompensaba con mucha frecuencia y que, por ese motivo, sus compañeros debían asistirlo en el desempeño de las actividades de la vida diaria. Hasta lo ayudaban a bañarse para evitar posibles caídas a causa de los mareos que sufría con frecuencia. También expresó que unos días atrás le habían entregado unas pastillas sin explicarle para qué tratamiento eran. Entonces remitimos un nuevo informe urgente el 28 de agosto.

El día 9 de septiembre mantuvimos una nueva entrevista con María y tomamos conocimiento de que Antonio había sido derivado al hospital San Juan de Dios de La Plata, internado en terapia intensiva por un cuadro de deshidratación, desnutrición y anemia. Los médicos del hospital le explicaron a María que la vida de su marido corría peligro pues su corazón no funcionaba correctamente y su salud general presentaba un gran deterioro. Con este parte médico, Antonio (desnutrido, deshidratado, con vómitos y diarreas, provisto de suero y de sondas alrededor de su cuerpo) continuaba soportando maltratos del Servicio Penitenciario: lo esposaron de un pie y una mano a la camilla.

Se interpuso inmediatamente un habeas corpus solicitando el cese de la sujeción mecánica por entender que, en razón del delicado estado de salud, dicha práctica atentaba contra su dignidad como ser humano y resultaba riesgosa para su salud ante cualquier situación de urgencia. El tribunal resolvió retirarle las esposas de una sola extremidad. Para aquel momento Antonio no respondía a estímulos y los médicos ya pronosticaban un posible estado de coma y la potencial conexión a un respirador artificial. El 28 de septiembre Antonio falleció.

2.5. La invisibilización de la salud mental en el encierro

Como se ha venido sosteniendo, las cárceles bonaerenses no son lugares aptos para el tratamiento de enfermedades previas al encierro; al contrario, constituyen un ámbito de agravamiento de padecimientos preexistentes y de aparición de nuevas enfermedades. El régimen de vida, las condiciones materiales, los tormentos y la arbitrariedad penitenciaria y sanitaria, enferman y potencian enfermedades. La salud mental no es ajena a esta dinámica y adquiere rasgos particularmente graves que han sido constatados en las inspecciones, en entrevistas a responsables de la DPSP y en el seguimiento de casos particulares (individuales o colectivos).

Los cuatro años de gestión de la gobernadora María Eugenia Vidal no significaron un giro en la dirección que viene mostrando el sistema punitivo bonaerense desde hace más de veinte años. Más aun, profundizaron esta situación general y, en particular, afectaron la atención de la salud mental en unas cárceles provinciales cada vez más sobrepobladas.

Para una aproximación al funcionamiento de la atención de la salud mental en las cárceles

bonaerenses, partimos de una referencia a la normativa vigente que rige en nuestro país. Luego se pone en evidencia la sistematicidad con que se incumple en el ámbito penitenciario, fundamentalmente con el recurso de la sobre-medicalización de los/as presos/as y el suministro de psicofármacos en forma arbitraria y sin el seguimiento del cuerpo de profesionales correspondiente, con la circulación excesiva y sin control de comprimidos en los pabellones, con el recurso a las peores prácticas del sistema manicomial como la sujeción mecánica y la inyección forzosa de sedantes, todo ello en el marco del virtual desmantelamiento de la Dirección de Salud Mental de la DPSP.

2.5.1. Ley nacional de salud mental y contexto de encierro

La ley nacional 26.657/10 reconoce a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramientos implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas”. Teniendo en cuenta esta concepción, resulta evidente que la salud mental de personas privadas de su libertad se encuentra gravemente comprometida, en tanto el ámbito penitenciario es un espacio de destrucción de lazos sociales y de violación sistemática de derechos humanos.

El artículo 7 establece los derechos de las personas con padecimientos mentales, que se sintetizan en el concepto del derecho a “recibir atención sanitaria y social integral y humanizada”. El cuadro existente en el marco del sistema penitenciario se opone diametralmente a este postulado.

Frente al “derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos” y al derecho a que “la prescripción de medicación responda a necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y administrada con fines terapéuticos, nunca como castigo o por conveniencia de terceros”, detallaremos en este apartado la medicalización de personas privadas de su libertad con criterios de gobierno poblacional en contexto de encierro.

Frente al “derecho a recibir tratamiento y ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente”, observamos una tendencia clara a la interrupción de tratamientos farmacológicos prescritos, así como a la medicalización arbitraria sin indicación profesional.

Frente al “derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento,” emergen casos de ingesta forzada de sedantes bajo peligro de recibir sanciones disciplinarias.

Frente al deber público de “promover que la atención de la salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario,” prevalece la completa falta de un equipo de profesionales que atienda a una población en situación de encierro en permanente expansión.

Frente a la obligación por ley de que “las internaciones de salud mental se realicen en hospitales generales”, aparecen situaciones de sujeción mecánica en las unidades sanitarias de cárceles provinciales, y el encierro por tiempo indeterminado de personas declaradas como inimputables o con medidas de seguridad en las unidades neuropsiquiátricas de Melchor Romero.

Todos y cada uno de los derechos del paciente, todas y cada una de las obligaciones del Estado establecidas por la ley de salud mental, son sistemáticamente incumplidas en las cárceles bonaerenses, y constituyen torturas, tratos crueles, inhumanos y degradantes. En los siguientes apartados se detallan con mayor precisión.

2.5.2. La Dirección de Salud Mental

En mayo de 2005 el decreto 950/05 del gobierno provincial suprimió la Dirección de Sanidad

perteneciente al SPB y creó la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria, también en el ámbito del Ministerio de Justicia. Dentro de esta dirección se creó la Dirección de Salud Mental y Adicciones (DSM), con el objetivo principal de “coordinar y supervisar las actividades desarrolladas por los profesionales del área de psiquiatría y psicología que prestan servicios en las distintas Unidades Penitenciarias”³⁸. La información reconstruida durante el año por la CPM permite sostener que:

- a) existe una debilidad estructural de la DSM que impide el derecho a la salud mental de las personas en situación de encierro, fundamentalmente como consecuencia de la falta de recursos humanos;
- b) hay una tendencia del SPB y de otras áreas de la DPSP a ocupar parte del vacío generado por la falta de profesionales de las áreas de psicología y psiquiatría con personal no capacitado en el área;
- c) hay casos de participación activa de profesionales de la psiquiatría dependientes de la DSM en situaciones de vulneración de derechos de las personas privadas de su libertad y en la desatención de su salud mental.

Los problemas que esto conlleva se ven agravados en las unidades del llamado “circuito campo”, donde el personal especializado es más escaso y/o tiene dificultades propias de la distancia que lo separan de La Plata. Es fundamental tener en cuenta, por otro lado, que la falta de profesionales es acompañada por un proceso sostenido de crecimiento neto de la población encarcelada, lo que disminuye aún más la cantidad de especialistas por paciente.

2.5.2.1. La falta de personal profesional

En el marco de una entrevista realizada en octubre de 2019, la directora de Salud Mental analizó como problema fundamental del área a su cargo la falta de profesionales. La Dirección cuenta con un total de diez psiquiatras, cinco de los cuales trabajan exclusivamente en la UP 34 de Romero, cárcel que el SPB destina al alojamiento de personas con patologías psiquiátricas³⁹; lo que deja un total de cinco psiquiatras para atender la demanda de las restantes unidades de toda la Provincia. Por otro lado, trabajan en esta Dirección 115 psicólogas/os que tienen a su cargo la atención de las casi 45.000 personas detenidas en los 64 establecimientos penitenciarios y alcaldías; hay además siete trabajadores sociales, cinco de los cuales se desempeñan en el polo Romero.

Durante 2019 la CPM realizó inspecciones y registros a las unidades sanitarias de las UP 2, 5, 6, 8, 9, 15, 17, 23, 37, 45, 51, 52 y 57; se suma la información indirecta construida sobre penales que no fueron monitoreados pero que comparten complejo con los mencionados (33 Los Hornos, 24 y 42 Florencio Varela, 28, 35 y 36 Magdalena).

Se pudo constatar la actividad de siete psiquiatras y 30 psicólogas para todos estos penales, que albergan al 40% de la población total (18.000 presos/as aproximadamente). En siete de los penales monitoreados trabajaba un psiquiatra que, en general, asistía una vez a la semana a cada unidad; en el resto no trabaja ningún psiquiatra. En cuanto a las psicólogas, en la mayoría de los lugares trabajan una o dos (sólo en cuatro casos más de dos) generalmente una vez a la semana, aunque en algunas situaciones con un régimen de 25 horas semanales. A grandes rasgos estos datos

38 Decreto 950/05 de la provincia de Buenos Aires, publicado el 10 de mayo de 2005 con firma del gobernador Felipe Solá.

39 Este dato de carácter oficial y verificado en las inspecciones de la CPM, contrasta con otros documentos oficiales en los que figuran más de 100 nombres de médicos que diagnostican enfermedades psiquiátricas en las unidades penitenciarias. Entonces, si solo hay 10 psiquiatras habilitados en todo el circuito penal, cabe suponer que médicos de otras especialidades están diagnosticando padecimientos mentales e indicando psicofármacos para su tratamiento.

coinciden con lo expuesto por la directora de Salud Mental en la entrevista. Durante las inspecciones se observó la participación de psiquiatras en las unidades sanitarias que, en los hechos, trabajan con función de médico de guardia, lo que implica que no se encuentra empleado para desempeñarse en su especialidad.

Una nota firmada por la jefa del Departamento de Psiquiatría y Psicología de la DPSP, en el marco de la causa 4380, aporta información oficial sobre los profesionales que trabajan en la UP 2 de Sierra Chica (tres psicólogos), en las UP 7 y 27 (tres psicólogos) y en las UP 30 y 14 (un psicólogo). En ningún caso hay psiquiatras, y la atención depende de largos traslados de personal que vive en otras ciudades, principalmente en la capital de la Provincia.

La falta de personal responde a dos hechos particulares: la no incorporación de nuevo personal que reemplace a la planta jubilada, y la realización de sumarios masivos en 2017 que significaron la pérdida de 200 profesionales del área⁴⁰.

El área no cuenta con bases de datos propias, las que existen son confeccionadas en forma centralizada en la DPSP. La información brindada, en la que se detalla una nómina de personas que recibieron psicofármacos por indicación médica, presenta diferentes problemas en el origen de los datos; uno es la falta de un criterio explícito y unificado para la nomenclatura de los diagnósticos y la imprecisión acerca de qué incluyen o en qué se diferencian. Sobre las dosis recetadas, no se consigna el período y duración del tratamiento, los datos personales están incompletos, faltan datos sobre profesionales a cargo y sobre fecha de última evaluación.

La DSM se encuentra en una situación crítica que impide la garantía de acceso a una atención profesional a pacientes con problemas vinculados a la salud mental.

2.5.2.2. La competencia con el SPB

La contracara de la falta psiquiatras y psicólogos/os es la atención de la salud mental y la administración de medicamentos por parte de guardias del SPB y de personas bajo su órbita; este proceso es parte de la virtual anulación de la DSM como organismo independiente del servicio penitenciario. Además constituye un marco que facilita el abuso y uso arbitrario del SPB del método que se conoce como *plancha* o distribución de psicofármacos sin indicación médica a fin de “tranquilizar” a las personas detenidas, la mediación penitenciaria para el acceso a la salud y el agravamiento generalizado que esto conlleva en la salud de los/as presos/as.

Esta competencia se observa particularmente en el desarrollo de talleres para el trato de adicciones y en la intervención en las unidades sanitarias en situaciones de crisis:

P: ¿Cómo es a nivel de gestión la relación de tu Dirección con el SPB?

R: En algunas cosas es muy armónica, depende de la persona, y en otras no; a veces te cuesta mucho, pero tratamos de que sea lo más cordial posible, a veces no se puede... Sobre todo cuando queremos hacer cosas y hay una suerte como de competencia en los talleres, pero bueno, vamos viendo. Porque ellos también organizan talleres con profesionales de salud mental... (...) el SPB absorbió un montón de esas cosas, absorbió de la gente que fue trasladada al Servicio, hizo cosas que en todo este año acá no se pudo... en Salud Mental no

40 En muchos casos estos sumarios se justificaban por el incumplimiento horario de los profesionales de la salud, que no concurrían a desempeñar tareas y dejaban los servicios sin atención médica. No obstante la razonabilidad de muchos de estos procedimientos, no se reemplazaron los cargos vacantes y la política fue de vaciamiento y achique de la atención sanitaria, sin brindar otras respuestas para resolver los déficits mencionados.

estaba hecho, como que nosotros empezamos de nuevo⁴¹.

Las posibilidades de intervenir en la dinámica sanitaria de las unidades son mínimas: es una Dirección que cuenta con menos de 200 profesionales (más de la mitad especializados en psicología), frente a un Servicio Penitenciario de casi 25 mil agentes a cargo de 45.000 personas privadas de su libertad. Las falencias mencionadas acompañan los obstáculos para la atención de la salud que históricamente han denunciado los informes anuales de la CPM y del RNCT: dependencia de agentes penitenciarios para entrar en contacto con pacientes, dificultades para lograr los traslados a otras unidades sanitarias u hospitales extramuros, pérdidas de turnos son elementos confirmados por la directora de Salud Mental.

Este marco, consolidado luego de la realización de sumarios masivos en la DPSP, se articula con la formación acelerada de agentes penitenciarios en cursos de capacitación sobre salud mental:

P: ¿Tienen un programa específico para el tratamiento de adicciones?

R: Sí, nosotros sí. Para todas las fases del tratamiento, pero estamos tratando que nos devuelvan profesionales que nos sacaron. Fue un problema la intervención y el tema de los sumarios. Es lo que yo te digo, hacen falta profesionales en las unidades y bueno...

P: ¿Perdieron muchos en la Dirección de Salud Mental?

R: Sí, algunos renunciaron después de eso. Fue una presión, fue terrible lo que se dio. Hemos perdido 200 profesionales. (...) y no solo eso sino que también renunciaron, algunos fueron echados y la población aumenta. Hubo mucho ingreso de gente de seguridad, la que nosotros hemos formado y capacitado en salud mental para San Martín, para Campana, por el programa Jóvenes-Adultos, pero no nos han ingresado gente para que trabaje acá por ejemplo.

P: Cuando vos hablás de capacitación de seguridad, ¿ustedes capacitan a personal del SPB para qué?

R: Sí, con los datos básicos de lo que es la salud mental, con qué se van a encontrar (...).

P: ¿Y tienen algún tipo de regularidad esas capacitaciones o espacios de discusión?

R: No, mirá, se van haciendo. La última vez que estuve en la Unidad 34 nos pusimos a charlar y a hacer una organización, ni prensa ni nada. Hubo un caso de un suicidio en el anexo femenino y fuimos, nos pusimos a charlar con todo el personal de seguridad; después sí establecemos ciertas cosas con la gente de seguridad, por ejemplo con los de intervención en crisis, la gente de seguridad también es parte digamos, a diferencia de otros lugares.

Falta de personal nuevo, sumarios masivos al personal activo, intervención en tareas que le competen a la DSM y capacitación informal de personal penitenciario conforman la estructura que garantiza al SPB la posibilidad de gobernar la atención/desatención de la salud mental y el uso arbitrario de psicofármacos, sea para tratamiento de personas con padecimientos mentales o como estrategia de gobierno de la población.

2.5.3. Sobre-medicalización

La debilidad estructural del equipo profesional de psiquiatras y psicólogos/os contrasta con la significativa provisión de psicofármacos que reciben las unidades. La circulación de grandes cantidades de drogas de este tipo es un rasgo distintivo del ámbito penitenciario. Los problemas que generan presentan varias aristas: la sobre-medicalización de presos/as sin un criterio tratamental

⁴¹ Entrevista realizada a la directora de Salud Mental y Adicciones de la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria, octubre de 2019.

claro; la prescripción de estos medicamentos a personas que no tienen diagnóstico psiquiátrico; la administración compulsiva de *plancha* como instrumento de gobierno carcelario (fundamentalmente en la UP 34 de hombres y en las UP 8 y 45 de mujeres); y la circulación de pastillas para consumo recreativo como medio de intercambio por otros bienes entre presos/as. En este apartado analizaremos dichos elementos.

2.5.3.1. Circulación de psicofármacos

Como se expuso, los medicamentos en las unidades son provistos formalmente a través del sistema Gedeba y del CUS (ex Remediar) en función de lo solicitado por cada unidad sanitaria a la DPSP. La partida es entregada en cada UP al/la encargado/a de la farmacia, incluyendo los psicofármacos. Diazepam, clonazepam, carbamazepina y divalproato de sodio son los narcóticos de mayor circulación.

Por fuera del sistema formal de entrada de psicofármacos existe un circuito paralelo por el cual familiares de detenidos/as ingresan medicamentos, sea para este tipo de patologías o para otras. La regulación de este segundo sistema queda a criterio del SPB: en algunos casos los familiares facilitan medicación que fue profesionalmente recetada pero que no es provista por el sistema penitenciario; en otros no responde a criterios profesionales y su concreción es responsabilidad de los propios agentes carcelarios.

En cuanto al abastecimiento de estos insumos, relevamos que algunas unidades presentaron faltante de medicamentos puntuales mientras otras no presentaban dificultades. Aquellas que presentaron faltantes optaron por suspender repentinamente el tratamiento o reemplazar por otra medicación psiquiátrica⁴².

Existen diferentes vías de acceso a la medicación por parte de las personas privadas de libertad: a) por prescripción médica, b) por demanda espontánea, c) por un circuito de intercambio entre presos/as.

En cuanto a la prescripción médica (a), de las inspecciones realizadas surge que las evaluaciones no presentan un abordaje interdisciplinario: el criterio médico hegemónico continúa siendo el preponderante en la asistencia a salud mental. La situación es más grave si se considera la notable falta de médicos psiquiatras, lo que deja la elaboración de las recetas en manos de médicos de otras especialidades o en la lectura de historias clínicas desactualizadas por varios meses e incluso varios años. Por otro lado, emerge un desconocimiento del derecho al consentimiento informado del paciente. A su vez, se constata la falta seguimiento de tratamientos indicados, problema que se agrava cuando los/as presos/as son trasladados/as de unidad; los argumentos esbozados radican en la falta de personal. No obstante, cabe destacar que en las historias clínicas no se encuentran asentadas todas las prácticas médicas realizadas a las personas.

La demanda espontánea (b) se ha convertido en una práctica reiterada que presenta un correlato con el afuera⁴³. Lo que personal de las sanidades llama “demandas espontáneas” de medicación es

42 Diazepam es el principal insumo que se denuncia como faltante pero se lo reemplaza principalmente con clonazepam. El listado de psicofármacos se completa con risperidona, carbamazepina, halopetrol decanoato, clozapina, olanzapina, entre otros medicamentos de menor uso. Prevalece el uso de tranquilizantes benzodiacepínicos, fuertemente ansiolíticos y sumamente adictivos.

43 Tal como surge del Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas, “se estima que 15 de cada cien, unas 2.956.910 personas, ha consumido medicamentos psicofármacos bajo tratamiento médico o bien por su cuenta. El inicio en el consumo sin prescripción médica (s/pm) de tranquilizantes se ubica cercano a los 25 años con una tasa de consumo reciente del 0,7 %, algo superior entre las mujeres y entre los adultos de 25 a 34 años (0,9 % y 1,4% respectivamente)”.

frecuente en el marco de las recorridas obligatorias que realizan. Habitualmente son enfermeras/os quienes concurren a los pabellones para hacer entrega de la medicación, pero también sucede que quienes entregan la medicación son agentes del SPB. Esta práctica da cuenta de la utilización de medicamentos y psicofármacos sin prescripción médica.

Las dos vías de entrada de medicamentos psiquiátricos a los pabellones generan el marco para la tercera: la circulación de comprimidos entre las personas detenidas como instrumento de cambio (c). Si bien es difícil (sino imposible) calcular una cantidad concreta, las inspecciones y entrevistas permiten observar que existe un excedente de pastillas que no son utilizadas con criterios sanitarios. Algunas/os presas/os que son medicados arbitrariamente optan por simular la ingesta de los comprimidos a fin de evitar sanciones. A esto se suma lo que algunas/os enfermeros/as han denominado “demanda irreal”, es decir la demanda de psicofármacos con fines de intercambio.

En todas las inspecciones realizadas, las personas detenidas sostuvieron que en las requisas periódicas que realiza el SPB habitualmente se decomisan comprimidos de este tipo. Una vez incautadas estas pastillas, es común que el personal de requisa las entregue a los enfermeros con el objetivo de que puedan volver al circuito interno del penal. Como consecuencia de que no existen procedimientos formalizados para dicha práctica, queda sujeta a decisiones individuales qué hacer con la medicación que decomisa el personal de requisa o el de Sanidad. Cabe precisar que -según las respuestas obtenidas de personal de sanidad- los comprimidos se desechan inmediatamente como residuos patológicos.

Por último, otro síntoma de la poca preponderancia del criterio sanitario en el tratamiento de problemas de salud mental es la negativa de algunos presos varones a someterse a la ingesta de medicamentos psiquiátricos a fin de evitar posibles informes negativos de las juntas criminológicas, que resulten en dificultades para acceder a derechos o beneficios procesales. Esta opción es más difícil para las mujeres, que padecen una tendencia más fuerte a la sobre-medicalización forzada como instrumento de gobierno. En una inspección realizada en junio de 2019 al anexo femenino de la UP 5 de Mercedes, la enfermera a cargo de la farmacia sostuvo que unas 60 presas estaban recibiendo medicación psiquiátrica, cuando los partes oficiales de población muestran que el anexo alojaba a esa fecha solo 40 mujeres⁴⁴.

En todos los casos vemos una falta de estandarización en cuanto a la entrega de la medicación. Médicos psiquiatras, médicos de guardia, enfermeros, detenidos con referencia en el pabellón (*limpiezas*) intervienen en el trayecto de los comprimidos desde la farmacia hasta su destino final. Todas las unidades o complejos de la provincia tienen un sector de farmacia con un encargado/a responsable. Desde este lugar parte la solicitud de nuevos medicamentos a través del sistema Gedeba y allí deben resguardarse bajo estricto control. Las inspecciones de 2019 arrojaron también graves falencias en este aspecto: en la mayoría de las unidades inspeccionadas la farmacia está a cargo de personal sin capacitación técnica específica, y se hacían cargo de la tarea enfermeros/as o técnicos de otras áreas como radiología. No hay un método sistemático o estandarizado de funcionamiento de las farmacias. En algunas unidades se encuentra situada físicamente en lugares con acceso libre a personal penitenciario y administrativo de otras áreas (es el caso de la UP 15). En otras permanece cerrada bajo llave en caso de no encontrarse presente alguno de los encargados y, en tal ocasión, se deja un stock de medicamentos que no se encuentra bajo llave en otro consultorio (UP 37). En la UP 2 la sala para atención psicológica es la misma que radiología y

44 Para un abordaje de las violencias específicas padecidas por las mujeres en el encierro, ver el siguiente capítulo.

donde, además, se realizan requisas corporales y se guarda la medicación. En la UP 8 el personal entrevistado refirió que hay intercambio de medicamentos con otras unidades del complejo en caso de faltantes, sin mediación de la DPSP.

2.5.3.2. Administración de *plancha*: gobierno carcelario al menor costo

La prescripción de medicamentos en el sistema penitenciario carece de criterio profesional y sanitario, y se reemplaza por un criterio de seguridad/gobierno. Un emergente es la aplicación de inyecciones en forma compulsiva: “la aplicación compulsiva de sedantes, que producen un estado de ‘plancha’ durante días enteros luego o durante una golpiza” (RNCT, 2012: 46). El caso de Miguel Ramírez⁴⁵ es un ejemplo cruento de este tipo de tormento. Miguel se encuentra alojado en la UP 34 hace cuatro años. En mayo de 2019, solicitó permiso para visitar a su madre con parkinson; como no recibió respuesta alguna, intentó treparse al alambrado de la unidad. Fue retenido por agentes del SPB y, con el visto bueno de la psiquiatra del penal, sujetado mecánicamente e inyectado con sedantes. Estuvo atado a la cama durante un día y medio, sin comer, beber o poder ir a un baño, orinándose encima.

La sobre-medicalización como método de gobierno se agrava en el caso de las presas mujeres, a quienes se las obliga a tomar sedantes bajo riesgo de recibir sanciones internas en caso de negarse. Un caso testigo es el de Valeria Toledo⁴⁶, entrevistada en el marco de una inspección en la UP 8 en febrero de 2019, y con quien posteriormente mantuvimos un seguimiento a través de entrevistas telefónicas con su madre. Valeria comenzó a padecer afecciones a nivel respiratorio y solicitó acceder al sector de sanidad, pero en pocas oportunidades fue evaluada allí. Le hicieron una radiografía de tórax a partir de la cual identificaron una gran mancha pulmonar, le indicaron otros estudios médicos que no fueron realizados y posteriormente le suspendieron la entrega de la medicación que meses atrás le habían prescripto.

Cada vez que Valeria reclamaba atención médica, recibía amenazas por parte del Servicio Penitenciario: le advertían que si continuaba reclamando iban a aplicarle sanciones disciplinarias. En varias oportunidades fue alojada en sectores de aislamiento, padeciendo allí condiciones de vida inhumanas. Desde el Comité contra la tortura se intervino para reclamar atención médica, y que Valeria pudiera acceder a un diagnóstico y tratamiento. Pasaron seis meses (de marzo a septiembre) en los que se vio aquejada por síntomas alarmantes y, finalmente, fue derivada al hospital San Juan de Dios cuando se presentó una situación crítica: comenzó a expectorar sangre. En el hospital le diagnosticaron tuberculosis y fue alojada en la UP 22 para llevar a cabo el tratamiento. Allí se registraron múltiples vulneraciones de su derecho a la salud: fue sometida a un régimen de aislamiento extremo, se le entregó medicación de modo irregular, se le negó el acceso a la información sanitaria, no le brindaron atención para otros padecimientos (diarrea y vómitos recurrentes), no recibió dieta gástrica y fue víctima de la práctica de *plancha*; personal de enfermería le suministraba psicofármacos (aparentemente clonazepam) y le decía “con esto te vas a quedar dormida y vas a despertar como nueva”.

Valeria sufrió abandono y destrato por parte del personal penitenciario, enfermeros y médicos. En el marco de entrevistas telefónicas, su madre aseguró: “los enfermeros le dicen que está loca y la mantienen sedada para que no moleste. [...] Mi hija no está loca, ella reclama para pedir ayuda

45 Se utiliza un nombre ficticio para reservar la identidad de la víctima.

46 Se utiliza un nombre ficticio para reservar la identidad de la víctima.

porque se siente mal”. Es importante destacar que nunca antes había realizado algún tratamiento con psicofármacos y que en la UP 22 no fue evaluada por un psiquiatra. Como consecuencia del efecto sedante del clonazepam, sufrió mareos y llegó a caerse de la cama por falta de estabilidad. En una oportunidad la amarraron con sogas, dejándole marcas en las muñecas. Luego casi tres meses de permanencia en la UP 22 padeciendo la desatención de su salud, fue trasladada a la UP 8 y allí también se le proveyó tratamiento de modo irregular.

Existen, por otro lado, mecanismos informales de suministro de estos medicamentos con el visto bueno de los psiquiatras a cargo. En la UP 8 las psicólogas recorren diariamente los sectores de aislamiento para atender lo que llaman “demanda espontánea”:

El psiquiatra nos deja protocolos para todo: si les pasa tal cosa, les dan esto y esto, sino dos de ésta y dos de aquella; con eso nos manejamos. Si nos desborda, él viene porque tienen guardias pasivas, sino lo resolvemos nosotros, los médicos de guardia (inspección en UP 8, octubre 2019).

Los listados de la DPSP con los casos de personas diagnosticadas y medicadas por problemas psiquiátricos son elocuentes en lo que refiere al tratamiento que reciben las mujeres. Mientras que en los penales de varones la cantidad de pacientes psiquiátricos sobre el total de presos ronda el 5%, en las unidades de mujeres estos números ascienden en forma preocupante. La UP 50 diagnostica al 40% de su población por enfermedades psiquiátricas, cifra que se eleva al 47% en la UP 33 y al 90% en la UP 8. El contraste es contundente y expresa un criterio sexista que etiqueta a las mujeres como “locas”, e implica gran cantidad de ansiolíticos y sedantes.

En cuanto al excedente de pastillas circulantes, el cotejo entre los listados oficiales de pacientes medicados con los partes oficiales de medicación recibida en algunas unidades permite construir una imagen nítida. La UP 2 de Sierra Chica, por ejemplo, que no cuenta con médicos psiquiatras a cargo, declara alojar alrededor de 70 presos bajo tratamiento con psicofármacos. Para ello recibió sólo en el mes de septiembre de 2019 casi 30.000 comprimidos de diazepam (Valium), 8.700 comprimidos de clonazepam (Rivotril), más de 40.000 comprimidos antiepilépticos y casi 10.000 de antipsicóticos. Si no hay tratamiento posible que justifique semejante consumo de fármacos y, peor aún, no hay profesionales que los receten: ¿qué ocurre con todo ese circulante?; ¿quién lo distribuye y con qué criterio?

A este panorama se suma un agravante: el aislamiento de personas en fase de tratamiento de trastornos psiquiátricos. La reclusión por 24 horas diarias, con diez minutos para hacer uso de los baños, en celdas que no alcanzan los 4 metros cuadrados se encuentra expresamente prohibida tanto por la ley de salud mental como por los tratados internacionales⁴⁷.

La administración de *plancha*, con o sin el visto bueno de profesionales de la salud mental, se ha convertido en un método de gobierno y gestión de las personas privadas de libertad que resulta más económico y menos laborioso que la atención de los problemas sanitarios dentro de los parámetros que establece la legislación vigente. Esta afirmación se sostiene en las inspecciones y entrevistas realizadas y en el análisis de planillas de entrega de medicamentos a las farmacias. Como dato sobresaliente de estos documentos, se puede observar un claro exceso de medicación ansiolítica, sea en forma de benzodiacepinas o en forma de antiepilépticos. Del total de comprimidos recibidos, el diazepam y el clonazepam por sí solos suman el 54%, a los que se suman la carbamezapina y el

47 Como las reglas mínimas para el tratamiento de reclusos, conocidas como Reglas Mandela, adoptadas por las Naciones Unidas en 1950 y reformuladas en 2015.

divalproato de sodio con un 34,5%. En conjunto, sólo estos cuatro medicamentos representan casi el 80% de los psicofármacos en circulación en las cárceles provinciales. La contracara es la casi inexistencia de antidepresivos que buscan actuar sobre las causas de algunas enfermedades, como la depresión, a partir de la serotonina. Resulta evidente que, con este panorama, no están dadas las condiciones para desarrollar un tratamiento psiquiátrico en las unidades penitenciarias. Debemos tener en cuenta que todo tratamiento psiquiátrico farmacológico debe realizarse combinando ansiolíticos con antidepresivos, en paralelo con una terapia psicológica. Por el contrario, en la cárcel no existe la atención psicológica adecuada y suficiente para la población existente (todo el sistema cuenta con poco más de 100 psicólogos/as para 45.000 detenidos, esto es de promedio 1 cada 450 personas), no hay antidepresivos en dosis suficientes y existe una sobreabundancia de ansiolíticos. El exceso de fármacos benzodiazepínicos y antiepilépticos es evidente y permite sostener la tesis de que estos medicamentos no son utilizados con fines sanitarios sino como sedantes, es decir como instrumento de gobierno de la población.

Pocos psicólogos, menos psiquiatras, escasa medicación antidepresiva y sedantes en cantidades exorbitantes: el cuadro de situación existente en las cárceles bonaerenses en lo que respecta a la (des)atención de la salud mental. Los elementos planteados en este apartado muestran la persistencia en el tiempo de problemas estructurales. Los pilares son:

- a) falta de profesionales especializados en el área;
- b) administración de medicación psiquiátrica a las personas detenidas por parte de agentes del SPB y/o de profesionales y técnicos de otras áreas de la salud;
- c) circulación masiva de psicofármacos, sin control central y sin criterios de sanidad, por todo el sistema penitenciario.

Estos pilares constituyen el andamiaje para que el SPB, en gran medida con anuencia de los pocos profesionales de la salud que trabajan en su ámbito, utilice medicación psiquiátrica con fines de gobierno y gestión de la población en situación de encierro. Como consecuencia de este cuadro, ninguno de los preceptos y derechos establecidos por la ley nacional de salud mental se encuentran vigentes al interior de las cárceles de la provincia de Buenos Aires.

2.6. Consideraciones finales

Hemos dedicado este capítulo a abordar algunos de los problemas centrales y las políticas activas desarrolladas por un sistema penitenciario que gestiona la población a su cargo en base al tormento y la crueldad. En este sistema, la permanente vulneración del derecho a la salud va más allá de la inacción ante la enfermedad. El sistema penitenciario no sólo desatiende las necesidades sanitarias de los y las detenidos/as sino que da un paso más allá en la generación de padecimientos y patologías. Las condiciones generales de las unidades penitenciarias se suman a las falencias y problemas específicos de las unidades sanitarias. La falta de infraestructura, de insumos básicos, de personal profesional y de empatía se articula con la voluntad expresa de dañar y torturar mediante violencia física, psicológica o de medicalización forzosa.

En vistas de revertir esta situación, se torna urgente:

- a) el traspaso de la atención de la salud penitenciaria al ámbito del Ministerio de Salud;
- b) la designación de un cuerpo de profesionales de distintas especialidades, de clínicos, enfermeros, odontólogos, psiquiatras, psicólogos/as y trabajadores/as sociales con especial

preparación para trabajar con población en situación de encierro;

c) la implementación de un sistema de trazabilidad central de medicación psiquiátrica que circula en las unidades penitenciarias; y

d) la producción de información estadística completa, fiable y útil que contemple el seguimiento de cada paciente, incluyendo diagnósticos, tratamientos y medicación prescripta que dé forma a una historia clínica completa.

Sin estos elementos básicos, los detenidos y detenidas de la provincia de Buenos Aires seguirán, como hasta hoy, apenas sobreviviendo.



3. Mujeres, trans y travestis: la tortura al servicio del patriarcado

En el presente capítulo se describe el encierro de las mujeres cis y de las personas trans y travestis⁴⁸. La cárcel es un lugar pensado y organizado para alojar masculinidades, y tiene un impacto diferencial para mujeres cis y personas trans en tanto la violencia penitenciaria reproduce la violencia heterocisexista y patriarcal, que se expresa en un tratamiento penitenciario arbitrario y desigual.

Las mujeres y las personas trans son encerradas, en su mayoría, por haber infringido la ley de venta o tenencia de estupefacientes⁴⁹. Ese encarcelamiento cada vez mayor tiene relación directa con la política criminal destinada a “luchar contra el narcotráfico” pero que sólo persigue a quienes están en el último eslabón de la red delictiva. De las entrevistas realizadas por la CPM en las tareas como Mecanismo Local de Prevención de la Tortura se desprende que, en general, la venta de estupefacientes suele ser una forma de garantizar necesidades básicas; y las causas, por tenencia simple o micro-tráfico y, en algunos casos, armadas por la policía en su regulación ilegal del delito. Esta situación se encontró agravada por la crisis económica y el aumento de la pobreza en el país, especialmente en los últimos cuatro años (2016-2020), que afectó de manera específica a mujeres y trans. Además, si bien en la Provincia hay un uso extendido de la prisión preventiva, se observará que las mujeres y las personas trans son las más perjudicadas.

A continuación se analiza cada población por separado para dar cuenta de sus especificidades pero destacando sus problemáticas comunes. También los lugares monitoreados se inscriben en un sistema penal de la crueldad que atraviesa una crisis humanitaria, pero cada uno tiene su particularidad y organización. Lo aquí expuesto fue registrado en el año 2019 pero ya ha sido denunciado por la CPM en informes anteriores.

3.1. El encarcelamiento de las mujeres

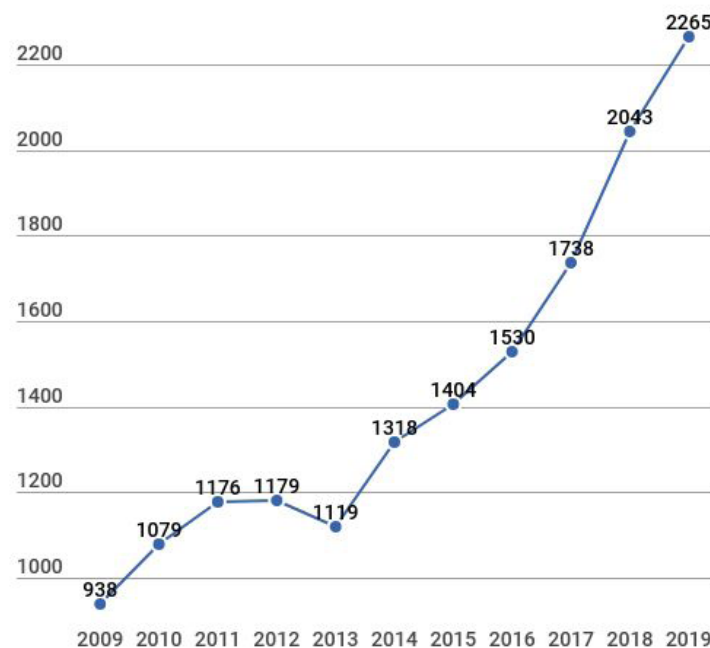
En diciembre de 2019 había 2.265 mujeres privadas de la libertad, el 4,8% del total de la población detenida en la provincia de Buenos Aires. Si bien dicho porcentaje no ha variado sustancialmente (el porcentaje promedio anual desde 2002 es del 4%), desde hace más de una década se asiste a un

48 En adelante, se utilizará personas trans como un término abarcativo para facilitar la lectura. Pero enfatizando que se reconoce y se reivindica la identidad travesti, y su histórica lucha política.

49 Según los últimos datos publicados del SNEEP, en 2018 las mujeres detenidas en la provincia por la infracción a la ley 23.737 de estupefacientes representaban el 36% del total y ese porcentaje para las personas trans y travestis detenidas era del 60%.

creciente encarcelamiento de las mujeres en la provincia (a excepción de 2013) como se observa en el Gráfico 1.

Gráfico 1. Cantidad de mujeres detenidas en el SPB, 2009-2019



Fuente: CPM en base a informes anuales del SNEEP (2009-2013) y a partes de población del SPB (2014-2019). Los datos corresponden a diciembre de cada año.

En 10 años la población de mujeres detenidas aumentó en un 140,5%. Si se observa el período, en 2014 el crecimiento se profundiza y se vuelve sostenido, dando cuenta de más de la mitad (72%) del aumento del período total. El 48% se da en la gestión del gobierno de Cambiemos.

Tabla 1. Variación porcentual de la población de mujeres detenidas en la provincia de Buenos Aires. Períodos 2009-2019, 2014-2019 y 2016-2019

Período	Variación porcentual
2009-2019	140,5%
2014-2019	72%
2016-2019	48%

Fuente: CPM en base a informes anuales del SNEEP (2009-2013) y a partes de población del SPB (2014-2019). En todos los casos, los datos corresponden a diciembre de cada año.

Que cada año haya más mujeres encerradas se relaciona con procesos a nivel nacional y regional. La grave crisis económica y el aumento de la pobreza en el país, especialmente el padecido en estos últimos cuatro años, afecta de manera particular a las mujeres. La feminización de la pobreza

se hace evidente en la menor participación de las mujeres en el mercado laboral o su participación en economías populares, informales o criminalizadas. También en la mayor tasa de desocupación en las mujeres jóvenes, la desigualdad en el ingreso, y en que la mayoría de los hogares cuyo sostén es una mujer son pobres⁵⁰.

En informes anteriores ya se ha mencionado que las mujeres detenidas son pobres en su mayoría y el único sostén de sus familias antes de la detención⁵¹. Según los últimos datos publicados del SNEEP⁵², en 2018 el 73% de las mujeres detenidas estaban desocupadas en el momento de su detención, mientras que ese porcentaje era de 46% para los varones detenidos.

Ya se describió en 2019 (CPM, 2019: 184) que el encarcelamiento de las mujeres se vincula estrechamente con el endurecimiento de la llamada “guerra contra las drogas”. Según el Informe 2019 del RUD⁵³, el 44% del total de las mujeres estaba detenida por la infracción a la ley 23.737 de estupefacientes⁵⁴, el tipo de delito mayoritario por el que las mujeres son encerradas (seguido por un 14% de robo agravado). Su incidencia aumentó 8 puntos porcentuales respecto a 2018, cuando representaba el 36% de las mujeres detenidas.

La población de mujeres tiene una trayectoria de desempleo combinada con el hecho de ser las responsables de la manutención de hijos/as, de adultas/os mayores de la familia y personas con discapacidad o padecimiento mental. Por eso, la necesidad de asegurar el sustento económico es, en la mayoría de los casos, lo que las motiva a involucrarse en el micro tráfico o venta de drogas ilegales en el hogar.

Este mayor encarcelamiento incide directamente en las condiciones de detención; una es la sobrepoblación existente en todas las cárceles del SPB. En 2019, las unidades penales y anexos que alojan mujeres tuvieron una sobrepoblación del 65,2%, un aumento de 15 puntos con respecto a 2018. La gravedad de la situación se profundiza cuando se observa que en 2015 la sobrepoblación era de 4,5%, como muestra el Gráfico 2. Es decir que durante la gestión de gobierno anterior la sobrepoblación trepó 60 puntos⁵⁵.

51 CPM (2019: 158) y CPM (2018: 322).

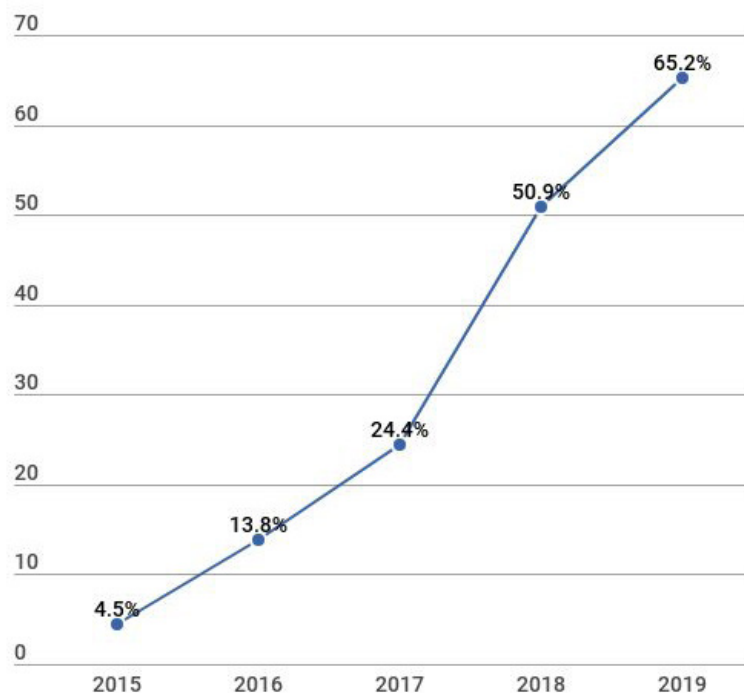
52 El Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena (SNEEP) del Ministerio de Justicia de la Nación es el censo realizado a la población detenida al día 31 de diciembre de cada año, en cada establecimiento del país.

53 El Registro Único de personas Detenidas es elaborado por la Procuración General de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Bs. As.

54 En cambio, sólo el 12% del total de la población de varones estaba detenida por ese tipo de delito.

55 La sobrepoblación en el SPB es alarmante y la sobrepoblación en las cárceles masculinas duplica a la de las femeninas (siendo del 124,5% para 2019), pero la diferencia con respecto a 2018 ha sido menor, aumentando 5 puntos (10 menos que la sobrepoblación de mujeres).

Gráfico 2. Porcentaje de sobrepoblación en unidades del SPB que alojan mujeres, 2014-2019



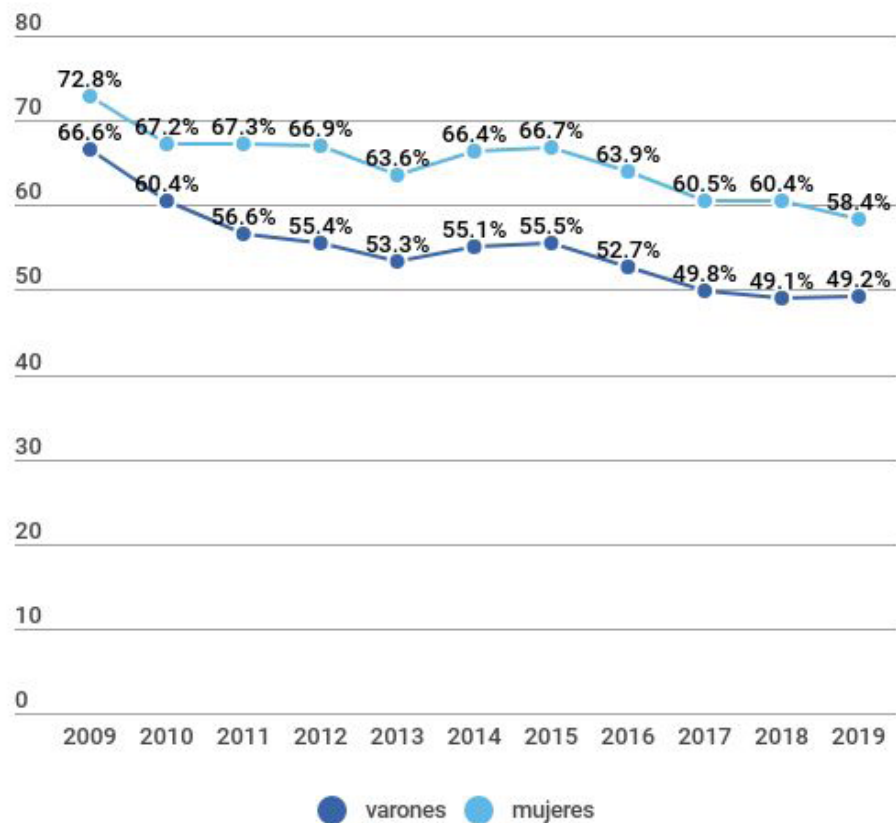
Fuente: CPM en base a partes de población del SPB (2014-2019). Los datos corresponden a diciembre de cada año.

El hacinamiento y las malas condiciones materiales de detención agravadas por la sobrepoblación conllevan padecimientos diversos. Una de las cuestiones más visibles es el encierro de personas en celdas no aptas para su alojamiento y la falta de camastros, colchones y mobiliarios necesarios. Por ejemplo, en la inspección realizada a la UP 52 de Azul se constató que 34 mujeres se encontraban durmiendo en el piso por falta de camastros o tarimas.

Otro problema que persiste es que la mayoría de las mujeres están encarceladas en calidad de procesadas; en 2019 el porcentaje fue del 58,4% (el promedio desde 2009 es 65%). El Gráfico 3 muestra que entre 2009 y 2019 la proporción de personas detenidas en calidad de procesadas va disminuyendo pero la brecha existente entre varones y mujeres en esa situación procesal se mantiene en torno a los 10 puntos porcentuales⁵⁶.

⁵⁶ Un dato que muestra el mayor encarcelamiento de las mujeres mediante la prisión preventiva, es la cantidad de mujeres alojadas en la Alcaldía Departamental III de La Plata: en 2019 eran 79, mientras el promedio entre 2016 y 2018 había sido de 30 detenidas.

Gráfico 3. Porcentaje de personas procesadas detenidas en el SPB, según género y año, 2009-2019

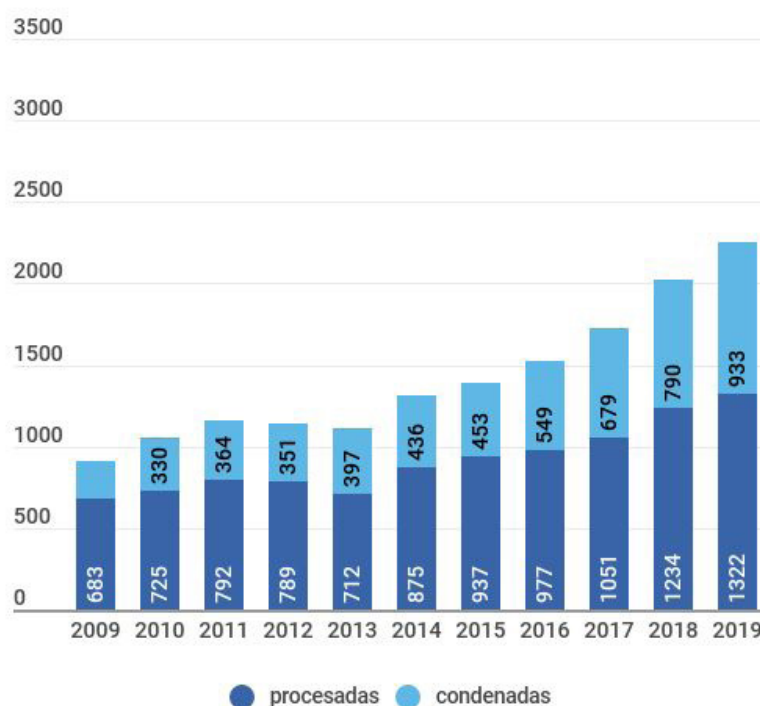


Fuente: CPM en base a informes anuales del SNEEP (2009-2013) y a partes de población del SPB (2014-2019). Los datos corresponden a diciembre de cada año.

Si bien ha disminuido porcentualmente la cantidad de personas en prisión preventiva, lo cierto es que nominalmente el crecimiento es sostenido, como se puede ver en el Gráfico 4 para la población de mujeres, que en 10 años se duplicó ascendiendo de 638 a 1.322⁵⁷.

⁵⁷ Para profundizar el análisis sobre la situación judicial de las personas detenidas, ver el capítulo La política criminal del presente informe.

Gráfico 4. Cantidad de mujeres detenidas en el SPB, según situación procesal, 2009-2019



Fuente: CPM en base a informes anuales del SNEEP (2009-2013) y a partes de población del SPB (2014-2019). Los datos corresponden a diciembre de cada año.

3.2. Las torturas en las cárceles de mujeres

A continuación se exponen algunas de las torturas que se ejercen contra las mujeres detenidas en las cárceles bonaerenses, nuevamente relevadas en las inspecciones llevadas adelante por la CPM en su calidad de Mecanismo Local de Prevención de la Tortura. En el año 2019 se realizaron 16 inspecciones a lugares de detención que alojan mujeres: UP 8 de Los Hornos, UP 33 de Los Hornos, UP 50 de Batán, UP 51 de Magdalena, UP 52 de Azul y el anexo de la UP 45 de Melchor Romero.

Una característica general detectada respecto al régimen de vida en las unidades que alojan mujeres es que en los sectores de admisión, buzones e incluso en algunos pabellones de población se las somete a un aislamiento extremo⁵⁸. Particularmente grave fue lo registrado en el anexo femenino de la UP 45 que -según el SPB- está preparado para alojar a mujeres con padecimiento mental. En el sector pacientes agudos (SPA) las sometían al encierro durante 23:45 horas por día en celdas individuales, pudiendo salir sólo 15 minutos para ducharse. Existe una lógica de seguridad, agravada en este contexto, que habilita al SPB a coartar derechos y violentar a las personas detenidas. Las medidas de seguridad por el “peligro de las autolesiones” se amparan en un discurso de cuidado hacia las mujeres, pero humillan, torturan y agreden sexualmente. Al ingresar al SPA son obligadas a desnudarse, las dejan así al menos tres días sólo con un colchón (sin mantas, sábanas ni ropa), padeciendo frío y el trato humillante del personal penitenciario. Esta justificación en la supuesta

⁵⁸ Para un análisis sobre el aislamiento en el SPB, ver capítulo 1 de esta sección.

especificidad del tratamiento se desmintió empíricamente cuando se corroboró que la mayoría de las detenidas se encontraban allí en tránsito, y sólo una manifestó contar con un criterio de internación. El aislamiento prolongado y extremo provoca graves e irreparables consecuencias en la salud. Ejemplo de ello es lo expresado por una de las mujeres entrevistadas en la UP 52, que había sido alojada en el sector de admisión: “no me quiero hacer la *corbata*⁵⁹, por eso pedí *buzones*, porque había más chicas” (entrevista UP 52, 26.06.2019).

Otro aspecto del régimen de vida en las cárceles son las medidas penitenciarias. En las cárceles de mujeres se constató que ciertas disposiciones del SPB no se adoptan de la misma forma para el resto de la población detenida. Una es la prohibición del uso de utensilios: las detenidas de la UP 52 manifestaron que deben comer con cubiertos de plástico provistos por las familias, y si se rompen deben comer con la mano. Una situación similar se registró en el sector de observación y evaluación (SOE) de la UP 45 y en el SAC de la UP 8, donde los cubiertos son entregados por el personal penitenciario solamente para el momento de la comida y luego son retirados, condicionando los tiempos y la forma de comer. Esto refleja una lógica de infantilización de las mujeres que, con argumentos de seguridad, implican pérdida de autonomía y un mayor grado de subordinación a la decisión penitenciaria. Vale destacar que esta práctica se registra excepcionalmente en cárceles de varones.

A las mujeres detenidas se les imponen otras restricciones, incluso para alimentarse. En los pabellones de la UP 52 se detectó que no se permitía tener elementos para cocinar ni podían ser provistas por las visitas de alimentos que requieran cocción. Tampoco podían recalentar la comida que les entregan y, en uno de los pabellones, no les permitían calentar agua para tomar mate; y si las encuentran haciendo algo de eso (por ejemplo, tostando un pan) las sancionan. Como ya se ha dicho, las sanciones suelen ser arbitrarias e infundadas (CPM, 2019: 189).

En esta lógica de prohibiciones arbitrarias y sexistas, las detenidas en la UP 8 expresaron que no les permiten tener aros y determinada ropa, teñirse ni modificar el corte de pelo. Si quieren hacerlo, deben solicitar una audiencia con la autoridad penitenciaria y esperar a ser autorizadas.

Otro tipo de tortura es la requisita vejatoria. Como ya se ha expresado en informes anteriores, el procedimiento varía según la unidad penal, la situación en que se lleva a cabo y el personal que la realiza (CPM, 2019: 190). Sin embargo, en todas las unidades monitoreadas se ha constatado que las mujeres son forzadas a desnudarse frente a otras personas y ante la presencia, de diversos modos, de agentes penitenciarios masculinos. Las detenidas de la UP 52 de Azul relataron que en las requisas son obligadas a desnudarse completamente y a ponerse en cuclillas, mientras una agente se agacha para mirar y examinar su cavidad vaginal, porque no cuentan con detector de metales. Los agentes masculinos permanecen afuera pero observando lo que sucede en la celda, es decir, mirándolas. La presencia de personal masculino también fue denunciada por las mujeres de la UP 51, que son requisadas violentamente cada vez que entran o salen del pabellón: las tiran al piso y utilizan la espada detectora de metales para tocarlas; expresaron que muchas veces el personal la hace sonar a propósito, para molestarlas e incomodarlas. Algunas detenidas contaron que, mientras las requisan, las agentes hacen comentarios agresivos y humillantes como: “ahora va a sonar con los pelos que tiene ésta” o “qué asco pasarle la espada a éstas” (entrevista UP 51, 15.04.2019).

En igual sentido, las detenidas en la UP 50 manifestaron sentir vergüenza en cada requisita semanal,

⁵⁹ Término utilizado para referirse al suicidio.

ya que las obligan a quedarse en ropa interior frente a sus compañeras, a abrirse de piernas, darse vuelta y les acercan el detector de metales a sus zonas íntimas.

El procedimiento de la UP 45 resulta particularmente grave. Las detenidas son obligadas a desnudarse por completo para ser revisadas por el personal penitenciario diariamente; una vez requisadas, les sacan su vestimenta dejándolas en ropa interior hasta el día siguiente hasta las 7 de la mañana, horario en que se la devuelven. Según las autoridades, esta práctica se fundamenta por el “riesgo que implica que las mujeres puedan autolesionarse con sus prendas de vestir” (entrevista a autoridades UP 45, 22.10.2019). El desnudo total en el momento previo al sueño constituye una práctica vejatoria, lesiva de la intimidad, sin contenido terapéutico y absolutamente inútil a los efectos prácticos, porque se les retira la ropa pero quedan a su disposición otros elementos potencialmente más dañinos.

Este control del cuerpo de las mujeres forma parte de la rutina carcelaria y puede entenderse como un tipo de violencia sexual que padecen las mujeres detenidas, humilladas material y simbólicamente de manera cotidiana (CPM, 2019: 190). Desde la perspectiva de derechos humanos y en la propia normativa nacional no hay argumento que autorice al personal penitenciario a realizar requisas invasivas en zonas sexualizadas o en cavidades corporales. Estos controles deben ser articulados con personal médico y dispositivos tecnológicos adecuados.

El despliegue y accionar penitenciario se encuadra como torturas y/o malos tratos, y en incumplimiento con lo establecido por la ley 26.485 en tanto sistema de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Por otro lado no existen políticas institucionales con perspectiva de género, formación específica ni protocolos de actuación adecuados a ella.

Por último, se analiza la sistemática desatención de la salud que impera en los lugares de encierro de mujeres⁶⁰. En general, las detenidas entrevistadas durante las tareas de monitoreo de la CPM manifestaron no ser atendidas adecuadamente en sus problemas de salud o enfermedades crónicas, y mucho menos en lo que refiere a prácticas de salud preventivas. Por ejemplo, una detenida de la UP 50 manifestó tener diabetes y ser insulino-dependiente, que debería ser llevada a Sanidad tres veces por día para medirse la glucosa en sangre y realizarse las aplicaciones, pero que sólo era llevada a la tarde después de cenar. Había solicitado una dieta especial pero la misma consistía sólo en una sopa-caldo. Su enfermedad le había ocasionado problemas oftalmológicos pero no había sido atendida por ello, pese a sus reclamos.

Cuando las detenidas logran ser atendidas, la atención suele ser precaria: una mujer alojada en la UP 50 relató que padece problemas oftalmológicos en ambos ojos e inflamación en los párpados inferiores, refiriendo que parecían quistes por su dureza. En Sanidad fue atendida por la enfermera que le indicó que apoyara cubiertos fríos en la zona.

No sólo la atención sanitaria no es tomada seriamente por el personal de salud, sino que es mediada por el SPB que utiliza los espacios destinados al cuidado de la salud para otros fines. Por ejemplo, en la UP 52 el sector de sanidad decía contar con una sala de internación pero -según lo expresado por la médica de guardia- es un espacio cedido al SPB para utilizarlo como una celda extra del SAC

60 Para un mayor análisis de la desatención a la salud en el SPB, ver el capítulo 2 del presente informe.

y alojar a mujeres *refugiadas*⁶¹. Una situación similar se constató en la unidad sanitaria de la UP 51: al entrar al sector, se observó una pequeña jaula en un espacio ciego, ya que del lado de afuera hay una escalera, un lugar muy oscuro, húmedo y frío. Al momento de la inspección había una detenida tapada con frazadas para afrontar el frío; estaba durmiendo allí desde hacía una semana, sin tener precisiones de cuándo sería reubicada en algún pabellón o trasladada a otra unidad. El personal de sanidad refirió no tener control ni decisión sobre ese espacio y enfatizó que se alojan mujeres sin criterio médico, que pernoctan varios días.

Esta mediación penitenciaria es denunciada por la CPM cada año. Un ejemplo de la gravedad que esto conlleva se constató al entrevistar a la médica de guardia durante la inspección a la UP 8. Comentó un intento de suicidio de 2019, en el cual la víctima intentó ahorcarse en el baño de la celda que compartía con otras mujeres; una de sus compañeras se acercó al escuchar ruidos en el baño y fue quien debió descolgarla y solicitar ayuda. Cuando llegó la médica de guardia (estaba en ese momento en la UP 33) pidió la ambulancia con urgencia y la trasladaron al hospital San Juan de Dios. Luego de este episodio, afirman que debieron medicar a todo el pabellón porque “terminaron todas alteradas”. Se consultó sobre el uso de inyectables, cuáles son los criterios y qué dosis utilizan: “Ves según el caso, si hay alguna limpia, que nunca tomó nada, no la podés inyectar porque se duerme por tres días, pero si ya toma algo hace rato, un comprimido no le hace nada, a esa le tenés que dar inyectable” (entrevista a médica de guardia en la UP 8, 15.10.2019). Se destacan, con gran preocupación, las afirmaciones de la profesional de guardia en relación a la modalidad de atención y abordaje de la salud, que dejan en evidencia el mal funcionamiento de todo el sector de sanidad y el rol preponderante que tiene al respecto el personal penitenciario. Como ejemplo de ello la médica indicó: “A veces te llaman [las encargadas de seguridad] porque quieren que las tranquilice pero ellas no quieren nada. ‘¿No querés que te inyecte?’ Y no, la encargada quería, ella no” (entrevista UP 8, 15.10.2019).

Este tipo de práctica revela que la mediación del SPB en el acceso a la salud de las personas detenidas y el poder discrecional que ejercen (una modalidad de la violencia) está absolutamente naturalizada, incluso por el propio personal de salud, pese a que no está en condiciones de tomar decisiones sobre atención de salud ni resolver sobre la administración de medicación.

La falta de atención psicológica en el encierro es alarmante, y produce graves afectaciones en la salud mental de las personas detenidas. Una detenida de la UP 50 expresó sufrir depresión y bipolaridad, diagnosticada y medicada antes de su detención, pero el SPB no le proveía la medicación necesaria y su familia se hacía cargo. Manifestó autolesionarse cuando está en crisis e incluso haber intentado quitarse la vida en dos ocasiones, sin embargo son sus compañeras de celda quienes la contienen y la cuidan, ya que no recibió atención psicológica y fue vista por el psiquiatra de la unidad una sola vez. Estos casos, sumados a los cuatro suicidios de mujeres que se produjeron en 2019⁶², dan cuenta de las graves consecuencias que genera la falta de atención de la salud mental y la falta de perspectiva de género en las cárceles bonaerenses.

61 Como toda institución, la cárcel establece jerarquías y categorías en su interior. La figura del/la refugiada es utilizada para denominar a las personas que por motivos vinculados a su causa penal (infanticidio, abuso sexual, etc.) o por motivos vinculados a su trabajo o de sus familiares (ex-miembros o familiares de las fuerzas de seguridad) son expuestas a violencias específicas por parte del resto de la población y del propio SPB, y por ello son alojadas en pabellones separados del resto de la población detenida o son aisladas, bajo el criterio de “seguridad” o “resguardo físico”.

62 En 2019 se registraron nueve muertes de mujeres detenidas, de las cuales cuatro fueron suicidios. Para más información sobre las muertes bajo la órbita del SPB, ver capítulo 7 de esta sección.

3.3. La privación de los afectos

Una situación que se registra en la población de mujeres detenidas (y también en la población trans) es que muchas no recibe visitas o, al menos, no de modo frecuente. Todas las personas detenidas padecen impedimentos para vincularse con sus afectos y con el exterior: distancia entre la unidad penitenciaria y la vivienda familiar, falta de recursos económicos para costear traslado, alojamiento y productos alimenticios o elementos de higiene, obstáculos burocráticos impuestos arbitrariamente por el SPB, las requisas que sufren las familias al momento de las visitas, entre otros⁶³. Sin embargo, el hecho de que las mujeres tengan pocas visitas debe analizarse desde una perspectiva de género: la cárcel tiene un impacto diferenciado para las mujeres debido al rol de cuidado establecido socialmente (CPM, 2014) y es doblemente estigmatizador para ellas, especialmente si son madres (CPM, 2019: 193). Algunas detenidas entrevistadas expresaron haber resignado las visitas de la familia porque cuidan de sus hijos/as. Una mujer detenida en la UP 8 manifestó que sus cuatro hijos están a cargo de la abuela paterna, que el padre no ejerce una paternidad responsable pero “ella es una persona mayor, ya está cuidando a los cuatro, no puedo hacer que venga a visitarme o hacer que me los traiga” (entrevista UP 8, 25.02.2019).

Ese rol de cuidado socialmente asignado a las mujeres también se manifiesta en que, en general, las visitantes son mujeres: madres, hermanas, parejas que son las que siguen a las personas detenidas y garantizan las necesidades que se deben cubrir en el encierro o el cuidado de los hijos/as.

La directora de la UP de Azul expresó: “La familia a las mujeres no las sigue mucho y acá quedan más desamparadas. Acá solo tenemos 30 visitas por semana, promedio”, ya que una minoría de las detenidas allí era de la zona y la gran mayoría del conurbano bonaerense. Situación similar se registró en la cárcel de Batán donde -según las autoridades- sólo la mitad de las mujeres recibía visitas ya que sus familias residían en Mar del Plata. La distancia dificulta que las familias puedan visitarlas, pero el SPB las obstaculiza aún más mediante la exigencia de trámites burocráticos: la UP 52 restringe las visitas a familiares directos, que deben ser autorizadas previamente en una audiencia con las autoridades.

Otro obstáculo para la vinculación familiar de las detenidas impuesto por el SPB es limitar las visitas a días de semana o cambiar arbitrariamente los días designados. Las detenidas en la UP 51 manifestaron que hacía seis meses habían cambiado el día de la visita del sábado y domingos al jueves, lo que provocó que muchas no recibieran más visitas por ser un día laboral, además del costo que ya implica trasladarse a la unidad de Magdalena⁶⁴.

Por otro lado, existen mayores impedimentos por parte del SPB para que las mujeres puedan acceder a visitas íntimas. En todas las unidades las detenidas expresaron que al momento de solicitar la autorización algunos de los requisitos exigidos son buena conducta, certificado de concubinato y certificado médico. Esos obstáculos tienen un carácter abiertamente sexista y discriminatorio, y violentan los derechos sexuales y (no) reproductivos de las mujeres, que son privadas de ejercer su sexualidad según su decisión.

La herramienta que tiene la mayoría de las personas detenidas para sostener el vínculo con el afuera es el teléfono. En las cárceles los teléfonos funcionan con *tarjeta control* y, en general, no

63 Ver apartado 1.6 en el capítulo 1 de esta sección.

64 Las detenidas informaron que a sus familias les costaba 800 pesos el traslado desde la terminal de Magdalena hasta la unidad, al momento de la inspección el 15 de abril 2019.

son aptos para recibir llamadas. Es un sistema costoso para las detenidas e imposible para quienes no puedan comprar la tarjeta, que vende el SPB en sus proveedurías o la facilita la familia en las visitas. Aquellas detenidas que no reciben visitas quedan aún más incomunicadas con el exterior y desvinculadas de sus afectos. Por ejemplo, una de las detenidas en la UP 8 expresó que hacía más de dos semanas que no podía hablar con sus hijos/as al no tener tarjeta, y que había reclamado para que le den el teléfono porque estaba muy angustiada: “tengo mucha necesidad de ver a mis hijos y de escuchar sus voces” (entrevista UP 8, 25.02.2019).

El acceso al teléfono es un planteo recurrente⁶⁵. En muchas ocasiones las líneas no funcionan, hay pocos aparatos para la cantidad de detenidas en un pabellón, el tiempo permitido para usarlo es escaso y los horarios son gestionados arbitrariamente por el SPB; por ejemplo, en la UP 45 sólo pueden utilizarlo después de las 16:00, lo que impide la comunicación con juzgados y defensorías; en la UP 51 solamente pueden usarlo antes de las 19:00, lo que dificulta la comunicación familiar. Por otro lado, en los sectores de aislamiento, como Admisión o SAC, acercan los teléfonos a las celdas o están disponibles en los momentos que tienen la *abierta*, o sea cuando no están en la celda; por ejemplo, en la UP 8 pueden utilizarlo en los 30 minutos que tienen fuera de la celda, tiempo que deben repartir para bañarse o lavar su ropa. Una situación de mayor gravedad se registró en la UP 45, donde el pabellón SOE no contaba con teléfono y las detenidas debían llamar desde del sector de control del personal penitenciario o desde la oficina del procurador, lo que vulnera la privacidad y confidencialidad de sus comunicaciones.

Las mujeres detenidas solían ser sostén de hogar antes de su detención y lo siguen siendo estando detenidas. Muchas son madres y sostienen el cuidado estando privadas de su libertad, por eso el acceso a la línea telefónica es de vital importancia. En diferentes entrevistas a madres detenidas, se relevó que muchas elaboran estrategias para sostener los vínculos y ejercer su rol de cuidado: algunas despertaban telefónicamente a sus hijos/as para ir al colegio todos los días o los acompañaban telefónicamente en las tareas escolares, muchas veces teniendo conflictos internos por el uso del teléfono y su acceso limitado. Incluso, ante un conflicto familiar, familiares intentaban acercarse a las unidades para que sea ella, la madre, la que defina cómo resolverlo. Las mujeres detenidas buscan continuar ejerciendo la maternidad desde el encierro, pese a todas las limitaciones y obstáculos que impone el sistema. Por eso, cuando se interrumpe el vínculo afectivo, la condena es transferida a los hijos/as y los derechos de esos niños/as son vulnerados. A continuación, se describe la violencia a las que son sometidas las mujeres que transitan su embarazo en el encierro, y la vulneración de sus derechos como madres y los de sus hijos/as.

3.4. Violencia obstétrica: la psiquiatrización del puerperio

Aquí se analiza un tipo específico de violencia que implica a mujeres y personas gestantes en general, pero atravesado además por la lógica del encierro. En diciembre de 2019, 26 mujeres se encontraban cursando un embarazo en la cárcel y 51 mujeres estaban alojadas junto a sus hijos/as. La mayoría (68) se encontraba en la UP 33 de Los Hornos, ocho en la UP 54 de Florencio Varela y

⁶⁵ Al cierre de este informe, en el mes de marzo, distintos fallos judiciales y luego resoluciones administrativas habilitaron y protocolizaron el uso de telefonía celular por parte de las personas detenidas en establecimientos penitenciarios, en el marco de la pandemia del coronavirus y el impedimento de recibir visitas familiares. No obstante esto, el celular debe ser provisto por las familias, muchas de las cuales no cuentan con los recursos para hacerlo.

una en la UP 4 de Bahía Blanca. Junto a ellas se encontraban 54 niños y niñas⁶⁶.

La CPM viene alertando desde hace muchos años respecto de las decisiones de órganos judiciales que niegan sistemáticamente la solicitud de arresto domiciliario de mujeres madres de hijos/as menores de 5 años. Pese a que la ley de ejecución penal, los estándares internacionales y el propio Código Procesal Penal establecen la posibilidad de que transiten su condena o procesamiento bajo medidas alternativas al encierro, no aplica una perspectiva de género ni contempla la especial afectación que estas decisiones tienen sobre el interés superior de los/as niños/as.

Si bien la cantidad de mujeres cursando su embarazo o criando hijos/as en el encierro ha disminuido a lo largo de 2019 (en enero de 2019 había 86 en total), el promedio anual fue de 78, lo que representa el 5% del total de las detenidas (sin contabilizar aquellas detenidas bajo monitoreo electrónico). De esta manera, distintos factores intersectan para lograr como resultado la prisionización de mujeres junto a sus hijos/as o embarazadas.

En 2019 se intervino sobre prácticas recurrentes: el Estado les quitó sus hijos/as a las mujeres detenidas de forma violenta e intempestiva. Se relevaron casos en los que la extracción se realizó inmediatamente después de parir (en algunos casos, apenas dos horas después o entre 24 y 48 horas), y las mujeres volvieron solas a la prisión. En otros casos, les extrajeron sus hijos/as a pocos meses de maternarlos dentro de la cárcel. Por último, se relevaron casos donde al momento de su detención no les permitieron ingresar con sus hijos/as. El factor común en todos los casos fue la falta de información, de sostenimiento emocional previo y de contención posterior.

Se registraron situaciones extremas: una mujer detenida bajo la custodia del SPB luego de parir en un estado de gran vulnerabilidad, y desconociendo la situación que se vendría, es separada de su hijo/a de manera violenta en pleno puerperio para ser trasladada al anexo psiquiátrico de la UP 45 de Melchor Romero, lugar de alojamiento diferente al que tenía antes del parto. A ello se suma la incertidumbre de la mujer de no saber dónde está su hijo/a, o quiénes y por qué se lo/a llevaron. En este estado emocional, igual que en los relatos angustiantes de las mujeres, aparece la culpa y lo que les genera ser una “mala madre”. Esto surgió en los testimonios de las mujeres como discurso atravesado por las prácticas sociales patriarcales, que se concentra en un imaginario complejo que produce y resulta del género.

Se reconstruyó que luego de parir las mujeres eran trasladadas al anexo psiquiátrico de la UP 45 para realizar un “tratamiento de contención”, donde algunas debieron atravesar el estado emocional de puerperio y el duelo que genera perder de esta manera a un hijo/a y, mucho peor, no saber dónde ni con quién está.

“Llevo 21 días en la UP 51, vengo de la UP 45 donde estuve dos meses en tratamiento; antes estaba en la UP 4 donde estuve dos meses y medio tras parir a mi hija. Sólo recuerdo que estaba en la sala de parto con una de mis piernas esposadas a la cama. El 16 de febrero parí a mi hija y al día siguiente me la sacó el servicio zonal de niñez de Bahía Blanca, y ese mismo día me llevaron a la UP 45. No entendía qué pasaba, desde ese momento no supe más de mi hija. Lo único que estoy pidiendo es acceder a una llamada con el servicio zonal de Bahía Blanca para saber dónde está mi hija” (entrevista en la UP 51, 15/04/2019).

Al indagar a mujeres que luego de parir fueron trasladadas al anexo psiquiátrico de la UP 45, se detectó que estuvieron bajo tratamiento de sedación extremo, ya que muchas relataron que no recuerdan esos días porque “se la pasaban dormidas”.

⁶⁶ 48 alojados/as en la UP 33 y 6 en la UP 54.

“Creo que me indujeron el parto porque se lo querían llevar antes [a su hijo], me faltaban dos semanas para la fecha y yo estaba bien. Luego que lo tuve, se lo llevaron y nunca más lo vi. Al otro día me llevaron del hospital a la [UP] 45. No me vio ningún médico ni psicólogo. Ahí vivía dormida, no comía y no hablaba con nadie, no me importaba nada más que mi hijo, y nadie me decía dónde estaba, por eso me quise matar dos veces” (entrevista en la UP 50, 29/10/2019). “En la Alcaldía me entero que estoy embarazada, me llevan a la [UP] 33 donde paso mi embarazo. En febrero de 2019 tengo a mi beba; ese mismo día después de parir interviene Niñez, y me notifican que hay una medida para sacarme a mi hija. Nunca imaginé que no la iba a volver a ver. Me mandan a la [UP] 45 donde paso dos semanas en buzones; el SPB me dijo que me mandaban ahí porque me estaba volviendo loca. Logré salir de traslado porque me dieron bien todos los informes psicológicos, y con ayuda de la jefa del penal” (entrevista en la UP 51, 15/04/2019).

Durante 2019 la CPM tomó conocimiento de la intervención del SPB en conjunto con el Organismo Provincial de la Niñez y Adolescencia (OPNyA), fundada en un acta de intención suscripta en diciembre de 2018 con la Subsecretaría de Política Penitenciaria del Ministerio de Justicia. En ese marco, ante el nacimiento de un niño o niña cuya madre se encontraba privada de la libertad, el OPNyA intervendría a fin de evaluar la conveniencia de su ingreso a la unidad; en general, adoptó una medida que implicó la separación del niño/a de su mamá.

A partir de tres casos individuales, el programa de Niñez de la CPM presentó un habeas corpus en favor de los/as niños/as separados/as de sus madres. La acción judicial se fundó en que el dispositivo desplegado por el OPNyA vulneraba los derechos de los/as niños/as y de las madres en contexto de encierro. Nunca se habilitó un dispositivo de escucha que incorpore la opinión de las madres y tampoco se les informaba de la decisión adoptada; en los casos que cursaron su embarazo dentro de la unidad, los hechos relatados dan cuenta de que nunca fueron informadas ni asesoradas por el SPB ni del OPNyA. Por otro lado, no se contemplaban los informes elaborados por el Consejo Asistido⁶⁷, el dispositivo que trabaja con las mujeres durante el embarazo hacia un proyecto de maternidad responsable. En el marco de dicha acción, se requirió una medida cautelar para suspender lo establecido por el OPNyA hasta que no se contemplen los derechos de las mujeres detenidas y de sus hijos/as, y se sujeten a un estricto control de legalidad por parte de la autoridad jurisdiccional competente. El Juzgado de Familia N° 1 de La Plata dio curso a la acción interpuesta y solicitó información al OPNyA, puso en conocimiento a la Asesoría de Incapaces y realizó una inspección *in situ* en la UP 33. Aunque el habeas corpus fue rechazado, se sostuvo que puede resultar reprochable la falta de información y contención que pudieran haber sufrido las madres que estaban en la UP 33 y fueran separadas de sus hijos/as. Por lo tanto, instó al OPNyA y al SPB a suscribir un protocolo de actuación que tenga como objetivo primordial el interés superior de todo/a hijo/a de una madre privada de la libertad. También emplazó al OPNyA a resolver en el plazo de cinco días la petición formulada por una de las mujeres objeto del habeas.

La CPM solicitó mediante un recurso de aclaratoria fijar el plazo y el modo en el que los organismos exhortados deben cumplir con lo que les fue ordenado; el Juzgado debía establecer un plazo de 30

67 En el año 2009 la CPM presentó un amparo por los niños de la UP 33 que dio como resultado la creación del Programa estratégico de restitución de los derechos de los niños menores de 5 años alojados en la Unidad 33 de Los Hornos. Una de las principales acciones emprendidas fue la creación en 2012 de la Mesa restaurativa de derechos del niño, donde hay participación interinstitucional y se crea dicho Consejo Asistido de funcionamiento interno.

días para la confección del protocolo que deberá publicitarse en la página web oficial del gobierno de la provincia de Buenos Aires para consulta y control de los actores que velan por el cumplimiento de los derechos humanos. Asimismo, recordó que previo a toda separación de un niño o niña se deberá descartar con fundamentos concretos la posibilidad de que la mujer pueda acceder al arresto domiciliario. Finalmente, el 17 de diciembre de 2019 la CPM denunció el incumplimiento de la sentencia y solicitó la realización de una mesa de diálogo en virtud del cambio de autoridades a cargo del OPNyA.

Se describió la cadena de violencias que padecen las mujeres que son madres en el encierro. No sólo son sometidas a un parto violento sino que son separadas de sus hijos/as sin recibir ningún aviso, sin ninguna información de las causas o de dónde están sus hijos/as ni contención posterior por parte del Estado.

3.5. El sistema patriarcal en los pabellones de seguridad

En 2019 se realizaron inspecciones a los denominados “pabellones de seguridad”, o mencionados por las autoridades del SPB como “pabellones de refugiadas” en las UP 50 de Batán, 51 de Magdalena y 52 de Azul, donde se aloja a mujeres por el tipo de delito que se les imputan, abuso sexual infantil, filicidio, trata de personas con fines de explotación sexual, o por haber pertenecido o tener vínculos familiares con miembros de las fuerzas de seguridad. Es necesario destacar que, luego de recorrer estos pabellones y escuchar a las detenidas, se observó que muchas son imputadas como coautoras de delitos cometidos por varones o por abandono de persona. Esto revela que en los procesos judiciales se invisibiliza el contexto de violencia patriarcal del que eran víctimas estas mujeres.

Según las entrevistas y las observaciones realizadas, las causas por las que están detenidas y/o sus vínculos con las fuerzas de seguridad generan dentro de la cárcel un estigma construido, especialmente, por el SPB y también por otras detenidas. Esta discriminación implica un castigo diferencial con consecuencias en el régimen de vida, el trato y las condiciones materiales. Las mujeres alojadas en dichos pabellones relataron con angustia que, además de su causa penal, les pesa una condena social, y que son sometidas de manera diaria a situaciones de humillación, hostigamiento, violencia física y destrato por el SPB y por compañeras de detención de otros pabellones. El discurso promovido desde la institución consiste en hacerles saber a las detenidas que tienen menos derechos a raíz de la caratula por la cual se las juzga. Esto suele trasladarse a otros sectores, como el área de sanidad o los camiones de traslado, por lo que frecuentemente desistan de comparecer o ser trasladadas para evitar situaciones violentas:

“La última vez que me subí a un camión, una agente del SPB les gritó a todas por qué estaba detenida; llegué a la unidad y me quemaron con agua caliente. Nunca más me quise subir a uno” (entrevista en la UP 51, 15.04.2019).

La CPM ha denunciado, mediante presentaciones judiciales, que estos “pabellones de seguridad” funcionan como castigo, ya que someten a las mujeres allí alojadas a situaciones que agravan sus condiciones de detención. Todos estos sectores se encuentran sobrepoblados y en estado de hacinamiento; las mujeres están sometidas a regímenes de vida de aislamiento extremo, por no poder circular por otros espacios por miedo a ser agredidas y humilladas por el SPB o la población. Por ejemplo, se constató que en la UP 51 vivían hacinadas, dormían en el piso, pasaban 23 horas

al día en la celda, y sólo les permiten salir una hora al día a un pasillo de 2 por 2 metros, momento que también debían utilizar para bañarse o hablar por teléfono. Su condición de *refugiadas* dentro de la unidad hace que tengan que buscar estrategias de supervivencia con mayores restricciones, accediendo a realizar tareas de mantenimiento o limpieza a cambio, no de un salario, sino de elementos de higiene como champú, toallitas y papel higiénico. Por ese estigma, es difícil que accedan a talleres, escuela u otros espacios donde deben compartir con mujeres de otros sectores. Las mujeres entrevistadas en estos pabellones manifestaron que no tienen un espacio de contención ni atención a la salud mental; muchas estaban angustiadas por la situación de encierro y por no tener claridad en relación a su causa y posibilidad de vincularse con sus hijos/as. Todo eso generaba un gran deterioro en su cuerpo y en sus emociones.

La frase “por la causa no tenés derecho a nada” fue enunciada por la mayoría de las entrevistadas al indagar sobre el acceso a la justicia. Las mujeres manifestaron que, por la complejidad de sus causas y por el destrato de los/as funcionarios/as judiciales, no son informadas ni asesoradas en sus cuestiones procesales. Expresaron muchas dudas sobre sus causas por no poder comunicarse o por no entender el lenguaje técnico que usan los/as operadores/as. Algunas son analfabetas o cursaron pocos años de la escuela primaria, lo que dificulta aún más el acceso a la información y, por ende, a la justicia.

A su vez, el peligro que implica que se conozca que están acusadas por estos delitos también obtura su acceso a la justicia, dado que el desconocimiento general sobre las causas que tienen estas detenidas se vuelve una cuestión de supervivencia. Por todo esto, transitan la mayor parte de su proceso sin saber nada, sin estar asesoradas y muchas en total abandono.

Como ya se mencionó, muchas de estas mujeres fueron juzgadas sin tomar en cuenta el contexto de violencia de género al que eran sometidas. El caso de Yanina Farías es ejemplo de lo que padecen estas mujeres como consecuencia de un Poder Judicial patriarcal.

Yanina estuvo detenida en la UP 51 de Magdalena más de 20 meses acusada de la muerte de su hija de dos años. El 6 de agosto de 2017 José Alfredo Leguizamón, el hombre con quien convivía en ese tiempo, asesinó a la niña. Yanina tiene retraso madurativo y era víctima de múltiples violencias por parte de Leguizamón. La justicia nunca evaluó el contexto de vulnerabilidad de la mujer y la imputó. El 29 de marzo de 2019 se llevó adelante el juicio oral y público en el Tribunal Oral Criminal 4 de Mercedes. La CPM se presentó como *amicus curiae* y pidió ser veedora del debate oral y público. Al ser entrevistada, Yanina desconocía el estado procesal de su causa y consultó sobre cómo podría ser el momento del juicio y quiénes estarían presentes. Manifestó temor ante la posibilidad de cruzarse con el otro imputado en la causa: “No sé si voy a soportar verlo”.

Al momento de su detención la llevaron a una comisaría de Moreno donde permaneció tres días en el piso esposada a una biblioteca porque no había celdas para alojar mujeres. Yanina relató que los funcionarios policiales la maltrataron y agredieron física y psicológicamente: “Cada vez que pasaba un policía me pegaban una patada o me tiraban agua”. Luego fue trasladada a la comisaría 2ª de Malvinas Argentinas, donde permaneció tres meses junto a otra detenida. Allí manifestó padecer violencia psicológica por parte de una persona que se encargaba de atender a mujeres víctimas de violencia de género. Al ser trasladada a la UP 51 de Magdalena fue alojada en una celda de *refugiadas* donde padeció golpizas de otras detenidas e incluso fue quemada con agua hirviendo, y la razón de estas agresiones era el delito que se le imputa. Estas situaciones son promovidas y

facilitadas por el personal penitenciario que delega la violencia en las personas detenidas⁶⁸.

Luego del juicio en su contra, el Tribunal Oral Criminal 4 de Mercedes decidió absolver a Yanina por falta de pruebas y ordenó su libertad. Sin embargo, Yanina pasó casi dos años sufriendo violencias, hostigamiento constante, durmiendo en el piso y lejos de sus dos hijos gracias a un Poder Judicial patriarcal y un sistema penal que desconocen la desigualdad estructural de género.

3.6. Personas travestis y trans encarceladas

En el presente apartado se describen las condiciones de detención de las personas trans. El hacinamiento, la sobrepoblación y precariedad que atraviesa todo el sistema carcelario de la Provincia muestra dinámicas particulares contra esta población que intenta sobrevivir a prácticas violentas contra su subjetividad, su cuerpo y su vida. Inscribimos la especificidad de estas violencias como prácticas transodiantes ejercidas por el SPB, el Poder Judicial y el cissexismo, mediante el cual se estructura la sociedad y las prisiones. Este odio no es un ejercicio aislado, individual de estas agencias, sino que confluye con las distintas formas de opresión y dominación como la clase, la etnia, la nacionalidad. El transodio es entendido como el resultado de manifestaciones del odio (estatal y social) que se fueron estructurando de manera histórica contra identidades no cisgénero y que impactan de formas específicas en las trayectorias de vida de estas personas. Informes publicados por la CPM antes de la sanción de la ley de identidad de género (2010, 2011, 2012) describen y denuncian las lógicas violentas con las que aún hoy siguen operando el SPB y el Poder Judicial. A partir de las tareas habituales de monitoreo y a ocho años de la sanción de la ley, se puede afirmar que el contexto de encierro exacerba el castigo y la violencia transodiante.

La criminalización contra identidades trans es un problema denunciado en múltiples oportunidades por la CPM. Preocupa el aumento del encarcelamiento del colectivo trans: según lo informado por el SPB, en el 2019 había 101 personas trans privadas de su libertad, pero la inexistencia de registros penitenciarios oficiales previos a 2018 impide el análisis en perspectiva histórica⁶⁹. En base a la información disponible, se observa que la población trans aumentó un 7% de 2018 a 2019, y ya lo había hecho en un 36% de 2017 a 2018 (CPM, 2019: 194). Debe tenerse presente que no obstante el avance reciente en el registro, las personas trans continúan siendo invisibilizadas en la producción de información pública en general⁷⁰. Las personas trans representan el 0,2% dentro de la población carcelaria y por su condición padecen un impacto diferencial del encierro.

Es necesario diseñar y garantizar políticas públicas integrales efectivas que neutralicen a la cárcel como un lugar *esperado* en la experiencia de las personas trans. La falta de vivienda y la imposibilidad de acceder a un empleo formal o no criminalizado se traducen en factores de peligrosidad para funcionarios/as judiciales, que fundamente la aplicación de la prisión preventiva como una regla⁷¹. En la provincia de Buenos Aires, el cissexismo, entendido como un “sistema de exclusiones y privilegios simbólicos y materiales vertebrado por el prejuicio de que las personas cis son mejores, más

68 Para más información sobre la delegación de la violencia por parte del SPB, ver el capítulo 4 de esta sección.

69 El SPB dejó de organizar los partes generales de población desde una lógica binaria de género recién en junio de 2019. Antes (desde julio de 2018) informaba la población trans en un documento específico elaborado por la Subdirección de Políticas de Género del SPB.

70 Muchas de las estadísticas oficiales (por ejemplo las realizadas por el INDEC) continúan organizadas binariamente, invisibilizando a las personas trans y obstaculizando la planificación de políticas públicas con datos oficiales. Al respecto se puede consultar ONU (2016): Integrando una perspectiva de género en estadísticas, Nueva York.

71 En base a los últimos datos publicados en el SNEEP, el 61% de las personas trans detenidas en 2018 se encontraba sin empleo al momento de su detención.

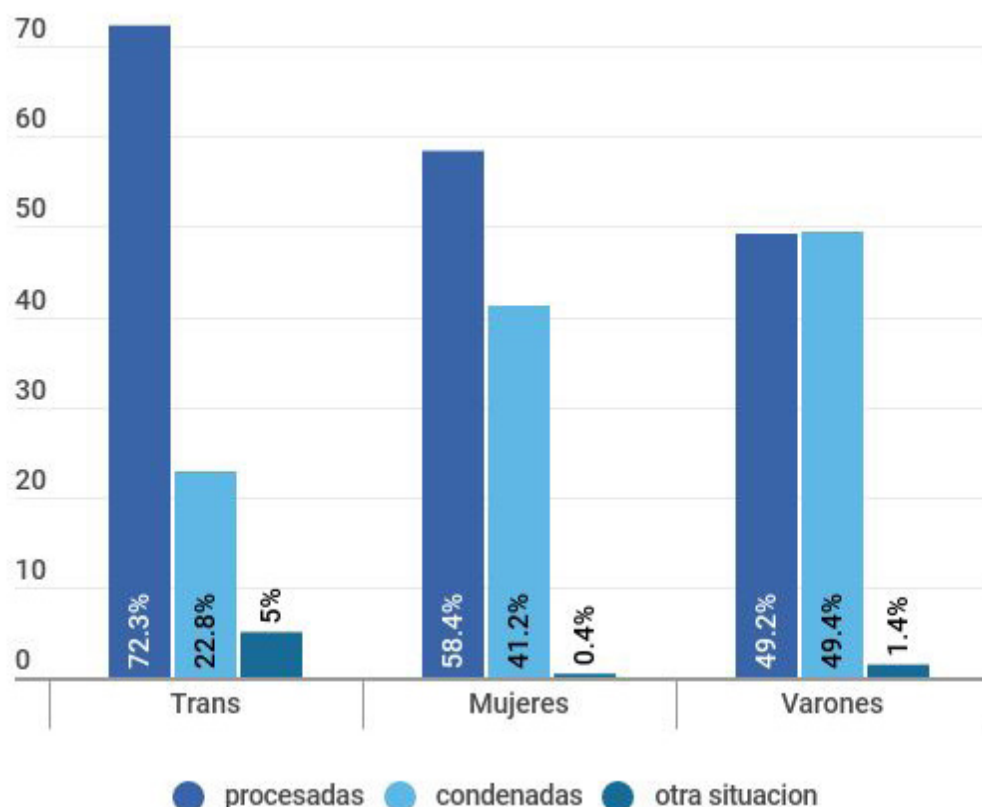
importantes, más auténticas que las personas trans” (Radi, 2015), se produce y reproduce junto a otros sistemas de opresión como el racismo, el clasismo y la xenofobia. El resultado es un aumento del poder punitivo para feminidades trans migrantes o racializadas que son foco de la selectividad penal. Según los últimos datos actualizados del SNEEP, en 2018 el 53% de las personas trans detenidas en el SPB eran extranjeras. Esta especificidad no sucede con el resto de la población detenida, que en 2018 era solamente el 6% del total⁷². Un enfoque interseccional resulta imprescindible no solo para poder intervenir para (con) estas poblaciones, sino para dismantelar las causas xenófobas y transodiantes que criminalizan el estado migratorio y las identidades trans.

Los/as operadores/as judiciales no solo carecen de perspectiva de género sino que desconocen las condiciones materiales de existencia de estos grupos y burocratizan los institutos procesales aplicándolos abusivamente. Que en 2019 73 de 101 personas trans se encontraran detenidas en calidad de procesadas (más quienes estaban sin prisión preventiva) implica que del total casi el 80% eran inocentes para la ley. Los sistemas de exclusión que atraviesan las personas trans antes de ingresar a un penal conllevan una desigualdad estructural que no es tomada en cuenta por el Poder Judicial para resolver las prisiones preventivas (CPM, 2019: 194). Incluso, un informe publicado por el Consejo de la Magistratura de la Ciudad de Buenos Aires en 2018 reconoció que para la población trans “el uso de la prisión preventiva es prácticamente automático” (Radi y Pecheny, 2018: 158).

El Gráfico 5 da cuenta de que las personas trans son las más perjudicadas por el extendido uso de la prisión preventiva. Los procesos de criminalización padecidos por las personas trans muestran la relación existente entre el impacto de las leyes de estupefacientes, las políticas de seguridad, las políticas migratorias y la estigmatización de las identidades trans en las prácticas judiciales y en la mirada social (Radi y Pecheny, 2018).

72 Hasta la confección de este informe no se habían publicados los datos de 2019.

Gráfico 5. Porcentaje de personas detenidas en el SPB, según situación procesal y género, 2019



Fuente: CPM en base al parte de población de diciembre de 2019 del SPB. “Otra situación” incluye a personas sin prisión preventiva o sobreseídas.

Estas formas múltiples de opresión tienen impacto directo en las condiciones de vida de personas trans extranjeras en los penales. El gobierno penitenciario se ejerce mediante lógicas de la escasez (Daroqui, 2014) que en la cotidianidad implican la no entrega de alimentos, ni medicamentos, insumos de higiene y limpieza, que tienen que ser solventados casi exclusivamente por familiares, organizaciones o referentes afectivos. Esta forma de gobierno del sistema de la crueldad, que en realidad se dirige contra toda la población detenida, tiene consecuencias específicas en el caso de trans extranjeras, quienes por la distancia ven reducida la posibilidad de agencia y contacto con sus redes y referentes afectivos. Algunas reciben visitas, con suerte, a una vez al año, y muchas pasan años sin poder ver a su familia. El relato de una mujer trans, entrevistada en el marco de las tareas de monitoreo, grafica esta situación que es propia de este colectivo trans-migrante:

“Yo soy de Perú, acá no tengo a nadie; mis amigas cayeron detenidas conmigo, nos la arreglamos como podemos, muchas veces no tenemos para comer porque la comida que nos dan acá es para perros (entrevista en UP 44, 29/10/2019).

Para todas las personas detenidas, especialmente en estos casos, es primordial vincularse con el mundo exterior y sus afectos. Para quienes no pueden recibir visitas el contacto se ve drásticamente reducido; por ejemplo, en el pabellón de la UP 44 contaban con un teléfono que funcionaba con tarjeta o con el servicio de cobro revertido. Este sistema resulta muy costoso y no todas pueden acceder por falta de recursos económicos, situación que se agrava en los casos de personas

extranjeras⁷³. El derecho a la comunicación debería estar garantizado por el SPB.

En los apartados siguientes se analiza que pese a más de 10 años de denuncias por parte de este y otros organismos⁷⁴, y contradiciendo los marcos protectorios, no existen políticas de salud con perspectiva trans y no hay oportunidades de acceso laboral para este colectivo. Tampoco se han creado dispositivos que busquen erradicar la violencia y torturas transodiantes en los penales ni se han implementado políticas penitenciarias con perspectiva de género.

3.7. El problema del alojamiento

Uno de los principales problemas que condicionan el régimen de vida de las personas trans en el encierro es el del alojamiento. Pese a que desde 2012 existe una ley de identidad de género que reconoce la autopercepción como principio rector, para organizar la población el SPB no respeta la identidad autopercebida y sigue utilizando la categoría sexo-género desde una perspectiva binaria. Estas formas de ordenamiento poblacional no necesariamente coinciden con la identidad autopercebida de cada persona detenida en un momento particular de su vida. Es necesario asumir que en cárceles “de varones” no habitan únicamente masculinidades o que en cárceles “de mujeres” sólo son alojadas feminidades. Esta advertencia debe ser tenida en cuenta al momento de intervenir para erradicar las violencias heterocissexistas o gestar políticas públicas protectorias y afirmativas para este colectivo.

La población trans es alojada en pabellones “de género” o “de diversidad”. Las feminidades trans y personas travestis son alojadas en cárceles de varones: en el pabellón 9 de la UP 2 de Sierra Chica, los pabellones 2 y 11 de la UP 32 de Florencio Varela y el módulo A de la UP 44 de Batán⁷⁵. También se ha relevado que en la alcaldía departamental Pettinato de La Plata suelen alojar personas trans, pero no existen manifestaciones institucionales del SPB sobre esta decisión⁷⁶.

Las masculinidades trans continúan invisibilizadas y violentadas en múltiples formas dentro del sistema penitenciario. A raíz del caso testigo de un varón trans e intersex⁷⁷ que ingresó al sistema en 2019, el SPB destinó una celda en el sector de admisión de la UP 8 (cárcel de mujeres), anunciando la constitución de un nuevo pabellón “destinado a personas que se autoperciben como varón trans, siendo biológicamente mujer”. Esta manera de enfatizar el aspecto biológico viola la normativa vigente y deja expuesto el verdadero criterio con el cual el SPB organiza la población: los genitales. Cabe destacar que este criterio es compartido por el Poder Judicial. Con el objeto de definir el alojamiento de este varón trans intersex, el juez Guillermo Gastón Mércuri del Juzgado de Garantías 2 de Bahía Blanca hizo caso omiso a los principios de Yogyakarta y la ley nacional y requirió a la Asesoría Pericial Departamental que “practique examen genital (...) tendiente a determinar género

73 En el marco de la pandemia de coronavirus y al cierre de este Informe Anual, distintos fallos judiciales ya firmes habilitaron el uso de celulares de parte de los detenidos, aunque deben ser provistos por sus familias.

74 Desde el informe publicado en 2010, la CPM registra y denuncia las graves violaciones de derechos humanos padecidas por la población trans en las cárceles y de parte de las fuerzas de seguridad en su despliegue territorial. También organizaciones que trabajan con esta población, como O'trans, han hecho lo propio.

75 A diciembre de 2019, había 13 personas trans en la UP 2, 58 en la UP 32 y 26 en la UP 44. Además, 3 estaban detenidas bajo la modalidad de monitoreo electrónico.

76 En el informe 2019 se denunció que las personas trans y travestis detenidas eran alojadas en esta alcaldía junto a personas acusadas de agresiones sexuales en un pabellón denominado “delitos contra la integridad sexual y violencia de género”.

77 Sobre intersexualidad, ver <https://brujulaintersexual.org/2015/01/19/que-es-la-intersexualidad/>

sexual”⁷⁸. Pese a que la persona manifestó públicamente autoperibirse como varón trans⁷⁹, el SPB y el funcionario judicial negaron su identidad.

La lógica binarista y cisexista que organiza esta institución, y que lee los sexos según la genitalidad, quedó expuesta cuando intentaron inscribir en esta dicotomía a una persona intersex. Ante esta situación, el 18 de septiembre de 2019 la CPM presentó un habeas corpus, complementado por presentaciones posteriores efectuadas el 1 y el 18 de octubre de 2019. Se denunciaron los actos de violencia estatal, se solicitó el cumplimiento de la ley nacional 26.743 y se acompañó un pedido de arresto domiciliario impulsado por la defensa pública. La CPM entiende que el SPB no está preparado para respetar y garantizar los derechos de las personas trans. Por este motivo, una medida alternativa al encarcelamiento podría evitar torturas y violencias específicas. Sin embargo, el 12 de noviembre de 2019, el juez de garantías Guillermo Mércuri rechazó la acción de habeas corpus. En una resolución tardía y carente de perspectiva de género ratificó su decisión en materia de alojamiento e incluso afirmó que este varón trans e intersex instrumentalizó su identidad de género para acceder a una “situación de detención (...) privilegiada”. La CPM apeló la resolución ante la Cámara de Apelación y Garantías en lo Penal del Departamento Judicial Bahía Blanca, y el 26 de diciembre la Sala II (con salvedades y disponiendo medidas) confirmó la decisión de primera instancia.

A pesar de las intervenciones y denuncias realizadas por la CPM, esa celda de aislamiento en la UP 8 continúa en funcionamiento y aloja a una sola persona. Ello no quiere decir que no existan otras masculinidades trans sino que, por el contrario, el dispositivo de castigo desplegado por estas agencias busca disciplinar al resto del colectivo. El accionar penitenciario mediante el cual se segregó a esta persona es una de las tantas violencias a las que se enfrenta la población trans al momento de expresar su identidad.

Las violencias que despliega el SPB (torturas, discriminación, aislamiento extremo, requisas vejatorias, amenazas de traslado) refuerzan el cisexismo y reproducen la violencia patriarcal de la institución. Si bien no hay criterios universales sobre cuál debe ser el alojamiento de las personas trans en las cárceles, rigen los principios de Yogyakarta (2007) que establecen como principio rector la consulta del lugar de alojamiento a la propia persona no cisgénero, y eso no fue respetado en este caso particular.

Con respecto a las feminidades trans, si bien los pabellones de diversidad sexual presentan características comunes, se sitúan en territorios específicos. En la UP 2 de Sierra Chica las personas trans son alojadas con personas procesadas o condenadas por delitos contra la integridad sexual. Esta situación es denunciada desde 2010, dado que esta forma de organización responde a un criterio patológico que asimila la figura del violador y las existencias trans con la categoría de “desviados sexuales”. El SPB denominaba este pabellón hasta el 2016 como “de homosexuales pasivos y delitos contra la integridad sexual”. En la misma línea, los pabellones de “diversidad sexual” en la UP 32 eran catalogados como “pabellón de gays” asimilando las identidades trans (identidad de género) con la homosexualidad (orientación sexual). Hoy en estos espacios se alojan

78 Esta resolución fue firmada por el juez Mercuri, el 7 de junio de 2019, en el marco del HC 28-19.

79 Cabral (2018) establece que intersex son “quienes nacimos con cuerpos cuyas características sexuales varían respecto de las que se consideran promedio, típicas y ‘la norma’”. Hay muchas formas distintas de ser intersex. Las personas intersex tenemos todo tipo de identidad de género. Nacer con un cuerpo intersex no significa no tener identidad de género, o tener un tercer género, o ser una persona no binaria. Significa haber nacido con un cuerpo que varía respecto del promedio femenino o masculino... las variaciones corporales intersex no son una patología”. Disponible en <https://latinta.com.ar/2018/11/que-intersex-conceptos-derrumbar-mitos-prejuicios/>

feminidades trans y travestis, y masculinidades cis (varones gay y parejas de las mujeres trans). En el Informe anual 2019 se había denunciado la práctica discriminatoria del SPB en la UP 32 de hacer firmar un acta de conformidad a las personas alojadas en estos pabellones: eran obligadas a declarar que son “homosexuales” y a hacerse cargo de su integridad física. El acta es incorporada al legajo de la persona, viajando con ella en cada traslado, desconociendo la exposición a violencias que implica existir como una persona LGBTI+ en un contexto carcelario (CPM, 2019: 195). Esta práctica continúa hasta la fecha aunque con modificaciones⁸⁰, y da cuenta de que no existen políticas específicas para los pabellones de diversidad sino que el SPB segmenta a este grupo como si fueran otros *refugiados*.

El pabellón de la UP 44 de Batán se denomina “de género”. A partir de las tareas de monitoreo realizadas por la CPM en 2019, se registró que se alojaban feminidades trans y personas travestis, y un varón que si bien se identificaba como cis expresó que “en la calle” solía travestirse para trabajar. Nuevamente el criterio del SPB asigna compulsivamente la identidad de género, pese a la identidad autopercebida. Por otro lado, la situación de este joven invita a pensar el lugar de las masculinidades no hegemónicas y/o no heterosexuales en las cárceles⁸¹.

Las autoridades del penal manifestaron que el criterio para aceptar personas trans en el pabellón era delegado en otras personas detenidas conocidas como *referentes* o *limpieza* del pabellón. Al ingresar una persona trans “hay como un autocontrol de ellas mismas, la ve la referente y ve. Si no la aceptan o ha tenido problemas en la unidad, automáticamente la aislamos y le solicitamos traslado” (entrevista al director de la UP 44, 29/10/2019).

Esta dinámica se considera arbitraria y discrecional, y por ello se preguntó qué sucede con las personas trans que no son aceptadas por las referentes. El director expresó que “legalmente tendríamos que tenerlos [en masculino] 60 días, pero en mi caso no”. Esta respuesta da a entender que las alojaba en el sector de admisión hasta dar el traslado a otra unidad, lo que se traduce en aislamiento extremo y otras condiciones inhumanas de detención.

El circuito carcelario para las personas trans es problemático porque está limitado a tres unidades; si una persona tuvo algún problema de convivencia en esos pabellones o denunció torturas y violencia penitenciaria, se ve obligada a transcurrir su pena sometida a un aislamiento extremo en sectores de admisión, *leonerías* o *buzones*. Dichos sectores se caracterizan por agravar las condiciones de detención: miden 2x2 metros y carecen de letrina, camastro y mobiliario o acceso a duchas: las personas deban realizar sus necesidades fisiológicas en botellas o bolsas, vivan sin luz ni ventilación, duerman sobre el piso o en un colchón sobre el piso⁸².

El “pabellón de género” de la UP 44 está conformado por cuatro celdas, y el día de la inspección tres alojaban personas por encima de la capacidad. No había camastros ni colchones suficientes, e incluso algunos de los colchones eran de goma espuma no ignífugos. Las personas dormían en el piso con sus propias mantas y sábanas, ya que el SPB no les proveía ropa de cama. Con respecto al régimen de vida del pabellón, las personas trans manifestaron que desde las 19:00 los días de

80 Según lo manifestado por las autoridades del penal en la inspección realizada el 27.11.2018, el acta se habría dejado de utilizar para mujeres trans con DNI rectificado. Sin embargo continuaba siendo implementada con el resto del colectivo trans y de masculinidades cis que ingresan al pabellón.

81 Entendiendo “hegemónicas” no en términos de clase social sino de (género) cómo son y cómo deben ser “los hombres” en la familia y en la comunidad.

82 En la UP 32, mediante habeas corpus colectivo presentado en 2018 ante el juez Federico Merlini, se solicitó la clausura de dos leonerías ubicadas en el sector de control con estas características. En 2019 se reiteró la existencia de este espacio pero el SPB continuaba utilizando las celdas.

semana y desde las 15:00 los fines de semana y feriados son aisladas o *engomadas* en las celdas, sin acceso a las duchas, al teléfono o a cocinarse.

En la UP 44 no pueden acceder a trabajo ni a talleres. Esta práctica discriminatoria obstaculiza también la posibilidad de acceder a derechos propios del sistema de progresividad de la ejecución de la pena: los juzgados solicitan “buena conducta” y la realización de talleres de oficio o jornadas laborales para otorgar medidas como salidas transitorias o libertad condicional. En otras palabras, el sistema judicial exige requisitos que el propio Estado debe brindar (oficios, talleres) pero que el Poder Ejecutivo deniega. En este caso, no solo por la crisis humanitaria del sistema sino también por una clara práctica transodiante.

Según los últimos datos publicados del SNEEP, en 2018 las personas trans tenían en promedio menor participación en programas laborales y en actividades deportivas que el resto de la población detenida: el 25% de la población trans tenía acceso a hacer un deporte, mientras que ese porcentaje para las mujeres cis era del 55%, y para los varones cis del 73%. Lo mismo ocurría con los programas educativos: el 80% de las personas trans no participaba⁸³; en la UP 44 relataron que sólo acceden al sector de escuela. Si en la vida extramuros la circulación de las personas trans por los espacios públicos se ve violentada y atravesada por dinámicas expulsivas, esta lógica se exacerba en el encierro. Una de ellas manifestó que le negaron ir a la escuela por ir vestida con un top; el SPB le informó que no vestía “ropa adecuada para un establecimiento educativo”. Por otro lado, si se demoran 5 minutos en salir cuando el guardia les habilita el paso, ya no pueden asistir a la actividad, lo que no ocurre en otros pabellones. Estas prácticas discriminatorias se suelen excusar como medidas de seguridad por parte del SPB, pero en realidad buscan limitar la circulación de las personas trans por la unidad.

El acceso a la salud también se ve limitado por estas prácticas. La CPM continúa denunciando que el SPB, en todas las cárceles, restringe arbitrariamente las solicitudes de atención médica⁸⁴. El personal médico no recorre los pabellones de las unidades, y deja librado a la arbitrariedad del SPB el acceso a los sectores de sanidad. Esta situación se ve agravada en el caso de las personas trans, dado que son violentadas, acosadas y sexualizadas por el personal penitenciario y de salud. En la UP 44, las detenidas informaron que el odontólogo les ofrecía atención a cambio de que le practiquen sexo oral.

La hipersexualización del colectivo trans y los abusos sexuales son problemas también denunciados por más de una década. En el habeas corpus colectivo presentado en 2018 al Juzgado de Ejecución 2 de Quilmes, a cargo de Federico Merlini, había sido denunciada esta práctica como “acoso sexual”, y mediante una intervención con el INADI se corroboraron las denuncias y se propuso la capacitación de parte del personal penitenciario. Si bien estas medidas pueden colaborar en la reducción de las violencias, es necesaria la implementación de políticas integrales que construyan respuestas adecuadas para abordar el cissexismo y las violencias de género a nivel estructural.

También se detectó que las personas trans con consumos problemáticos o adicciones decidían no concurrir al CPA o a realizarse tratamientos psicológicos porque la psicóloga de la unidad se dirigía a ellas en términos masculinos. Lo mismo sucede en el sector de sanidad, donde médicos y enfermeros las hostigan sistemáticamente durante la atención. Expresaron que no las atienden como corresponde y que ni siquiera son revisadas: “les da asco tocarnos”, “nos discriminan”. En

83 En cambio, en 2018, el 58% de los varones cis detenidos no participaba en programas educativos y las mujeres cis en un 39%.

84 Para un análisis de la desatención a la salud en las cárceles bonaerenses, ver el capítulo 2 de esta sección.

una ocasión obligaron a una detenida a tomarle la fiebre y la presión a otra “por asco a tocarnos”. Estas situaciones que padecen en la atención sanitaria son consecuencia del transodio del personal de salud. La salud de las personas trans debe dimensionarse dentro de la violencia estructural que padecen a lo largo de toda su vida, dentro y fuera de los muros.

Respecto a los derechos sexuales y (no) reproductivos, se constató que el “pabellón de género” era el único que no tenía permitidas las visitas íntimas. Ante la consulta sobre el motivo de esta prohibición, el director argumentó que la medida era “para que no se degenere la unidad”, perpetuando la lógica que patologiza las identidades LGBTI+ y ubica a las personas trans como “desviados sexuales”. Y añadió:

“Hemos consensuado con la Jefatura y referentes que no accedan a la íntima. No queremos que se degenere esto. Hay varones casados. Acá no discriminamos, deambulan normal como si fuera la sociedad, el tema es que no haya un abuso” (entrevista al director de la UP 44, 29.10.2019).

En esta misma lógica, las visitas para las personas trans en la UP 44 se realizan separadas del resto de la población, en un SUM aparte. Sin embargo, la mayoría no tiene visitas: “Si me preguntas de internos trans, son muy pocas los que reciben visitas... Ellos lo que hacen es que comparten” (entrevista al director, UP 44 29/10/2019). En toda la entrevista el funcionario se refirió a las personas trans en masculino.

Por otro lado, las requisas son vejatorias y deben ser comprendidas como un tipo de violencia sexual. En la UP 44, las personas detenidas manifestaron que deben desnudarse completamente, realizar flexiones y toser delante del personal penitenciario masculino ante cada requisita, para luego retirarse de la celda mientras la revisan. Los agentes masculinos están presentes durante toda la requisita, humillando y denigrando a las personas trans, e incluso a veces también se hace presente el enfermero de la unidad. Deben someterse al mismo mecanismo de requisita vejatoria al momento de ir a comparecer o ser trasladadas a otra unidad, y esta situación es otro tipo de tortura por las condiciones en que se realiza y que constituye un elemento central de negación del acceso a la justicia, ya que provoca la autolimitación de asistencia a las diligencias judiciales que la requieren para no padecer dichas vejaciones.

3.8. Mónica Mego: la desatención de la salud como práctica de tortura

Mónica es una mujer trans peruana detenida desde agosto de 2018. Su caso expone las torturas, violencia y malos tratos que padecen las personas detenidas, y visibiliza lo que sucede cuando el género, la clase social y la nacionalidad intervienen en el despliegue del castigo. Las violencias penitenciaria y judicial generaron daños irreversibles que casi le cuestan la vida.

En octubre de 2018, mientras estaba alojada en la alcaidía Pettinato, comenzó a sufrir intensos dolores en la espalda acompañados de fiebre, escalofríos y dificultades para caminar. Aún siendo una persona con VIH y antecedentes de tuberculosis, el Ministerio de Justicia no le brindó atención y la libró a su deterioro.

En febrero de 2019 fue trasladada a la UP 32, donde su situación se agravó: el padecimiento le resultaba insoportable, gritaba y lloraba de dolor. Entre el SPB que negaba atención médica y la nula respuesta de Salud Penitenciaria cuando accedía a sanidad y sólo recibía ibuprofeno y paracetamol, deterioraron rápidamente su cuadro. A mediados de marzo Mónica y otras detenidas iniciaron una

huelga de hambre a modo de protesta, reclamando atención hospitalaria. En consecuencia, fue trasladada al sector de sanidad de la UP 23 donde sólo fue examinada superficialmente. En el traslado sufrió violencia y discriminación en razón de su género: los agentes varones del SPB le decían que “les daba asco tocarla” y pretendían que ella misma subiera a una silla de ruedas, algo que le resultaba imposible.

Cuando el cuadro era de extrema gravedad, Mónica perdió un turno médico en el hospital Mi Pueblo de Florencio Varela debido a la tardanza de los agentes penitenciarios encargados del traslado. Al volver a la UP 32 fue alojada en buzones, bajo condiciones inhumanas. Ya no podía desplazarse, había perdido sensibilidad en gran parte de su cuerpo y tenía serias lesiones. Al día siguiente fue trasladada a la UP 22 y luego derivada al hospital San Martín de La Plata, donde la operaron por un absceso epidural en la médula.

Luego de seis meses de tortura, las consecuencias fueron irreparables: cuando llegó al hospital ya era demasiado tarde: Mónica no podrá volver a caminar ni controlar esfínteres el resto de su vida. Aún con este diagnóstico, fue internada con custodia penitenciaria y esposada de pie y mano a la camilla del hospital.

Al tomar conocimiento de los hechos, la CPM solicitó al Juzgado de Garantías 1 de La Plata, a cargo de Federico Atencio, que garantice la atención médica integral, provea dispositivos para su movilidad y ordene el inmediato retiro de las esposas. También requirió que se le designe un defensor oficial ya que, desde hacía varios meses, no tenía contacto con su defensor particular.

A pesar de su delicado estado de salud, en abril fue trasladada a un establecimiento penitenciario, la UP 22 de Olmos. De manera discriminatoria, fue alojada bajo un régimen de aislamiento individual en el anexo femenino. Según las autoridades del penal, solo podía ser alojada individualmente en virtud de su género. Pasaba las 24 horas en la celda y no tenía silla de ruedas. La falta de atención médica adecuada agravó su estado de salud: disminuyó considerablemente de peso y se le formaron importantes escaras, principalmente en los glúteos. Permanecía gran cantidad de horas sin ser higienizada y con los pañales sucios.

En mayo y junio de 2019 la CPM presentó dos acciones de habeas corpus denunciando los hechos. Solicitó atención médica y la concesión urgente de una medida alternativa a la prisión, acompañada de medidas específicas para garantizar un tratamiento integral. También requirió la intervención de la fiscalía en turno para investigar las torturas infligidas en el encierro⁸⁵. En paralelo, la CPM solicitó una medida cautelar ante la CIDH, que fue rechazada el 15/07/2019. El Estado la había colocado en una situación crítica de vida o muerte.

Como consecuencia de estas presentaciones, el juzgado dictó la morigeración de la prisión preventiva y ordenó su ingreso al hospital San Juan de Dios de La Plata. La CPM continuó interviniendo, y en julio realizó una pericia que advirtió sobre el alarmante estado de sus escaras y su desalentador pronóstico de recuperación. Mónica continuó internada e incluso contrajo una bacteria intestinal intrahospitalaria que la expuso a un peligro mayor. En septiembre fue trasladada al hospital San Martín de La Plata, donde continuó la curación de escaras y el tratamiento de su infección intestinal. El 4 de noviembre, luego de cinco meses de internación, Mónica recibió el alta hospitalaria y se

85 Se formó la IPP 21210/19 ante el Juzgado de Garantías N° 2, a cargo de Eduardo Pelossi. La CPM y la UFD N° 1, a cargo de Manuel Bochoux, se han constituido como particular damnificado. La investigación corresponde a la UFI N° 3 de Marcelo Martini. Cabe destacar que el fiscal Martini ha planteado una excepción de competencia, denegada por el juzgado. Al momento de escribir este informe, estaba en trámite un recurso de queja por apelación denegada, interpuesto por el fiscal ante la Cámara de Apelación y Garantías en lo Penal del Departamento Judicial La Plata.

dirigió hacia un domicilio aportado para cumplir su arresto. Al ser migrante y no poseer redes de contención en el país, conseguir un sitio fue sumamente dificultoso. Con el objeto de garantizar atención médica y sustento, la CPM gestionó el acceso a una obra social y un ingreso mínimo estatal. Sin embargo, la burocracia aún se erige como obstáculo para que acceda al tratamiento. Mientras la causa avanza en el Poder Judicial, su situación de salud continúa siendo sumamente delicada.

Este caso expone las consecuencias del transodio en los cuerpos de las personas que no se ajustan a la cisnormatividad penitenciaria. Las violencias del Estado se traducen en torturas y daños irreversibles que perpetúan la exclusión y discriminación hacia las personas trans. La falta o deficiente atención médica de las personas privadas de la libertad es una práctica estatal sistemática. En el caso de las personas trans, la ausencia de perspectiva de género y las violencias específicas agravan la situación. Este caso ilustra una realidad que afecta a las personas trans en el encierro. La mediación de la agencia penitenciaria en el acceso a la salud regula y restringe la atención sanitaria de manera discriminatoria. Y esto cuenta con el consentimiento tácito del Poder Judicial. La cárcel es un lugar violento para todas las personas detenidas. Sin embargo, el monitoreo realizado nos permite poner en evidencia que el sistema cisheteronormativo patriarcal habilita violencias específicas a las que son sometidas las mujeres y las personas trans y travestis en el encierro. Estas violencias son desplegadas por el Estado a través de sus agentes penitenciarios, médicos y judiciales, y provoca un castigo penal diferenciado por el género.

El contenido de este capítulo nos permite afirmar y denunciar una vez más estas violencias por parte del Ministerio de Justicia y el Poder Judicial, así como la falta de una perspectiva de género desconoce la desigualdad estructural que padecen mujeres, trans y travestis. Una carencia que se refleja en procesos judiciales llevados adelante bajo premisas patriarcales. Por ello, se demanda la implementación de políticas públicas integrales que contemplen la complejidad de estos colectivos vulnerables, y la imperiosa necesidad de un abordaje institucional desde la normativa vigente que incluya la prevención, asistencia y sanción de las violencias de género.



4. Violencia penitenciaria

4.1. Los hechos de violencia informados

En esta capítulo se presenta el análisis de los hechos de violencia y las lesiones que fueron informados por el Servicio Penitenciario Bonaerense (SPB) a los órganos judiciales intervinientes, y por éstos últimos a la CPM en cumplimiento de la resolución 2825/06 de la Suprema Corte de Justicia bonaerense (SCJBA). Los datos surgen de notificaciones (en adelante, “partes”) del SPB a los juzgados donde comunican la ocurrencia de hechos considerados violentos (agresiones, autolesiones, accidentes, etc.) y que pueden producir lesiones físicas en las personas detenidas a su disposición.

Estos datos constituyen la versión penitenciaria de los hechos. Por la parcialidad de lo que informa, por la falta de criterios unificados y por la presencia de incoherencias o contradicciones, la fuente presenta un sesgo que, desde el punto de vista analítico, por sí sola no da cuenta de la violencia en el encierro. Su valor reside precisamente en que permite reconstruir la perspectiva oficial sobre la violencia en la cárcel a partir de *la única sistematización de las autoridades penitenciarias*.

La CPM registra desde 2008 hechos de violencia y lesiones en los lugares de encierro, y sistematiza los datos con la misma metodología desde 2016⁸⁶, lo cual permite analizar lo ocurrido en la gestión 2016-2019. En ese período se informaron 26.368 víctimas de hechos de violencia o que padecieron lesiones en los lugares de detención bonaerenses.

86 Ver CPM (2017, 2018 y 2019). Cada parte informado constituye un caso que puede contener más de un tipo de hecho violento y más de una víctima.

Tabla 1. Total de casos, hechos y víctimas informados/as, 2016-2019

Año	Cantidad de casos	Cantidad de hechos	Cantidad de víctimas
2016	3.799	4.918	6.700
2017	3.375	4.451	5.760
2018	4.035	5.563	7.150
2019	3.575	5.115	6.758
Total	14.784	20.047	26.368

Fuente: Base de hechos violentos CPM, sobre un total de 14.784 partes elaborados por el SPB e informados por órganos jurisdiccionales de la provincia de Buenos Aires.

Como la fuente de información muestra la parcialidad de la versión oficial del SPB y como el reenvío de las notificaciones por parte del Poder Judicial no siempre es regular, no podemos hablar de aumento o disminución de los hechos de violencia realmente ocurridos. La variación observada en la Tabla 1 puede tener su explicación en la discrecionalidad del SPB al momento de elaborar o informar los partes a los órganos judiciales, o en la notificación a la CPM. No obstante este límite, emergen dos posibles aseveraciones.

Por un lado, en todos los años se registra más de un hecho por caso⁸⁷, lo cual evidencia que a un hecho de violencia le suele suceder otro. Por otro, si bien las personas involucradas representan el 15% de la población detenida (en 2019), los hechos se distribuyen en 55 de los 64 establecimientos carcelarios. Ambas cuestiones reflejan que las violencias son parte intrínseca del sistema penitenciario.

Entre el 01/01/2019 y el 31/12/2019 se cargaron y analizaron **3.575** partes penitenciarios que informaron **5.115** hechos ocurridos en **61** centros de detención (unidades penales, alcaldías, comisarías, centros de detención para jóvenes⁸⁸), padecidos por **6.758** víctimas. Los hechos informados fueron los siguientes, ordenados según mayor ocurrencia.

Tabla 2. Cantidad de hechos violentos informados según tipo (nominales y porcentuales), período 2019 (variable múltiple)

Tipo de hecho	Frecuencia	Porcentaje
Uso de la fuerza SPB	1.096	21.4%
Agresión física entre personas detenidas	1.060	20.7%
Accidente	779	15.2%
Autolesión	654	12.8%
Pelea entre personas detenidas	650	12.7%

⁸⁷ En promedio sobre el total de casos, se han producido 1.4 hechos.

⁸⁸ Además se han registrado hechos de violencia en un hospital y durante traslados.

Agresión verbal al personal	171	3.3%
Intento de agresión física al personal	169	3.3%
Agresión verbal entre personas detenidas	141	2.8%
Amenaza al personal	110	2.2%
Sin dato	105	2.1%
Agresión física al personal	81	1.6%
Intento de suicidio	47	0.9%
Amenaza entre personas detenidas	26	0.5%
Intento de agresión física entre personas detenidas	20	0.4%
Suicidio	6	0.1%
Total	5.115	100%

Fuente: Base de hechos violentos CPM, sobre un total de 3.575 partes elaborados por el SPB e informados por órganos jurisdiccionales de la provincia de Buenos Aires.

Si se observan las cinco primeras filas de la Tabla 2, se encuentra que los tipos de hecho más registrados para 2019 también lo fueron para el periodo 2016-2019, y representan el 81% (16.190) del total de hechos de violencia informados en estos cuatro años⁸⁹.

La Tabla 3 muestra la distribución de víctimas de 2019 según el género: se destaca que el 8,3% fueron mujeres, porcentaje superior a su participación en el total de la población carcelaria (4,7% en base al promedio anual).

Tabla 3. Cantidad de víctimas según género (valores nominales y porcentuales), año 2019

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	6.179	91.4%
Femenino	562	8.3%
Trans	17	0.3%
Total	6.758	100%

Fuente: Base de hechos violentos (agrupados por víctima) CPM, sobre un total de 3.575 partes informados por el SPB y/o órganos jurisdiccionales de la provincia de Buenos Aires.

En los casos donde las víctimas eran varones, los hechos más informados fueron: “Uso de la fuerza por el SPB” (51%), “agresión física entre personas detenidas” (34%) y “pelea entre personas detenidas” (33%). Mientras que para las víctimas mujeres fueron: “agresión entre personas detenidas” (33%), “accidente” (30%) y “uso de la fuerza” (27%). En cambio, las víctimas trans en 9 de los 17 hechos se produjeron autolesiones.

⁸⁹ En el periodo 2016-2019, el tipo de hecho violento más informado fue “agresión entre personas detenidas” con 3.871 (el 19% del total). Seguido por “autolesión” con 3.403 hechos (17%), “uso de la fuerza del SPB” con 3.285 hechos (16%), “accidente” con 2.988 hechos (15%) y “pelea entre personas detenidas” con 2.643 hechos (13%). Los otros nueve tipos de hechos y los casos “sin dato” conformaron el 19%, con 3.854 hechos.

Muchas veces una misma persona padeció de manera reiterada distintos hechos violentos. Al analizar los extremos encontramos que una víctima fue informada en 13 partes penitenciarios en un año y que 740 se identificaron en dos casos.

Tabla 4. Cantidad de casos de una misma víctima, año 2019

Cantidad de casos	Cantidad de víctimas
13	1
11	1
10	1
9	4
8	4
7	4
6	16
5	36
4	77
3	190
2	740
Total	1.074

Fuente: Base de hechos violentos (agrupados por víctimas) CPM, sobre un total de 3.575 partes informados por el SPB y/o órganos jurisdiccionales de la provincia de Buenos Aires.

Que la misma persona haya sido informada como víctima en más de un parte penitenciario no significa que haya sufrido esa misma cantidad de hechos: por ejemplo, la víctima que registró 10 casos padeció 17 hechos violentos en el año. Porque -como ya se dijo- los hechos violentos suelen producirse combinados ante una misma situación.

A continuación se presenta un análisis de los tipos de violencia más registrados en 2019 (y en el periodo 2016-2019): en primer lugar, el uso de la fuerza por parte del SPB y las agresiones físicas entre personas detenidas; luego, los accidentes y las autolesiones. Ambos análisis reflejan las violencias constitutivas de los espacios carcelarios y el incumplimiento del Poder Judicial en su responsabilidad de velar por las personas detenidas bajo su custodia.

4.2. Uso de la fuerza y agresiones físicas: la gestión de la violencia intramuros

El “uso de la fuerza por el SPB” es el mayor hecho registrado en 2019. Los 1.096 hechos no fueron informados como tales por la fuente, sino que fueron registrados bajo dicha categoría por la CPM. El registro del SPB no incluye explícitamente ningún caso de agresión del personal hacia personas detenidas, pero su existencia está probada en otras fuentes. Por un lado, la Dirección de Instrucción Sumarial del Ministerio de Justicia informó los sumarios tramitados contra personal del SPB durante

2016-2019, entre los que se registran 77 por amenazas y 44 por lesiones. Por otro, el Registro de Violencia Institucional (RVI) de la Procuración General entre 2018 y el primer semestre de 2019 registró 2.040 denuncias contra agentes del SPB por hechos de violencia institucional⁹⁰.

Es decir, para el SPB el uso de la fuerza estatal no constituye un hecho de violencia en sí mismo sino una medida de seguridad dispuesta ante un hecho de violencia de las personas detenidas, basada en el supuesto “uso mínimo e indispensable de la fuerza”. Pero, a partir de la carga sistemática de casos, se puede dar cuenta de que se asemejan más a hechos de violencia.

Ante un supuesto hecho de violencia entre personas detenidas, la intervención penitenciaria produce graves lesiones (reiteradas veces las únicas lesiones que se informan son las producidas por las postas de goma) mientras enuncian que intervienen con el fin de evitar riesgos y daños a las personas detenidas. Los casos que se describen a continuación no son excepcionales sino que en los partes penitenciarios constituyen la regla.

Parte 65.052: informa que en la UP 47 San Martín, el 04.09.2019, un detenido sale de su celda con un elemento punzante vociferando insultos y amenazas al agente presente, a lo cual interviene el Grupo de Intervención ante Emergencias (en adelante, G.I.E.)⁹¹, efectuando disparos intimidatorios a zonas no vitales para tomar el control de la situación. El informe del enfermero de turno en la Unidad Sanitaria detalla que el detenido recibió 22 disparos en ambas piernas, calificando a la lesión de moderada.

Parte 64.207: informa una pelea entre dos detenidos en la UP 24 Florencio Varela el día 08.10.2019. Las lesiones descriptas para ambos detenidos son producto de las balas de goma, y uno de ellos fue trasladado de manera urgente a un hospital extramuros por presentar traumatismo encéfalo-craneano con pérdida de conocimiento y 19 heridas numulares.

Los hechos de violencia no pueden escindirse de las condiciones de detención y de las prácticas de tortura a las que son sometidas las personas detenidas. Responder a estos hechos con más violencia es lo único que hace el SPB: se pudo registrar que el uso de la fuerza se combinó con 11 tipos de hechos diferentes (todos salvo con suicidio e intento de suicidio)⁹².

Algunas combinaciones de hechos demuestran que la violencia física es la respuesta unívoca del SPB ante todo tipo de situación. En el 81% (138) de partes que informaron una supuesta agresión verbal al personal de parte de las personas detenidas, se registró también el uso de la fuerza del SPB. Por las tareas de monitoreo y las entrevistas a las personas detenidas realizadas por la CPM, sabemos que reiteradas veces el SPB califica como “agresiones verbales” o “falta de respeto” los reclamos por derechos incumplidos.

Los partes confeccionados por el SPB no suscitan ninguna reacción del Poder Judicial, responsable de velar por los derechos de las personas privadas de su libertad. En este marco, la construcción de información falaz, parcial e inconsistente se transforma en una política de impunidad frente a los

90 Ver <https://www.mpba.gov.ar/violenciainstitucional#quees>

91 El Grupo de Intervención ante Emergencias (GIE) es un grupo de agentes penitenciarios que funciona en cada unidad penal, según se informa, especializado para actuar en conjunto ante situaciones urgentes o que requieran otras medidas de seguridad (como los traslados). El SPB refiere que dichos agentes han recibido un “entrenamiento orientado a salvaguardar la vida de las personas, respetando los principios rectores del uso de la fuerza a nivel internacional, en un marco de advertencia, legalidad, necesidad y proporcionalidad” (<http://www.spb.gba.gov.ar/>).

92 Incluso en 13 casos sólo se registró “uso de la fuerza” sin la aparición de ningún otro hecho.

delitos de funcionarios estatales. Pese a la contradicción entre los partes y las declaraciones de las personas detenidas, los órganos judiciales encargados de remitir la información no explicitan llevar adelante acciones para investigar si se oculta la comisión de un delito del personal penitenciario; generalmente, sólo se ocupan de archivar y remitir los partes sin controlar su contenido.

Por ejemplo, el parte 63.944 informa que el 2/02/2019 en la UP 21 Campana un detenido había regresado con lesiones después de comparecer ante el juez. Se incluye el textual del detenido: “Me estaban llevando a la alcaldía de San Martín en un camión de La Plata, cuando me asomo a mirar por la ventana y de repente se abre la puerta de la caja y me saca un guardiacárcel para afuera de la misma, ahí nomás uno me da un arrebato y caigo al suelo del camión y me empiezan a dar patadas y piñas en todo el cuerpo”, hasta que interviene otro penitenciario para que no le peguen más. El detenido concluye diciendo: “la verdad no sé qué hice para que me peguen así, me duele todo el cuerpo”. Esta información brindada y remitida por el Juzgado Correccional 6 de San Martín no aclara que se hayan iniciado actuaciones para investigar un delito de los agentes penitenciarios. Al analizar la combinación de hechos informados, se observa que los hechos mayoritarios que incluyeron el uso de la fuerza por el SPB fueron “pelea entre personas detenidas” (460 casos) y “agresión física entre personas detenidas” (353 casos). En otras palabras, del total de hechos informados como uso de la fuerza por parte del SPB, en el 74% se combinaron con agresión física (32%) y con pelea (42%) entre personas detenidas. Los datos muestran que uno de cada tres hechos informados fueron agresiones físicas y peleas entre personas detenidas⁹³.

La preeminencia de estos hechos se explica, principalmente, porque la violencia intracarcelaria es parte de una estrategia de gobierno penitenciario a través de diferentes técnicas, como dan cuenta las investigaciones sobre el tema⁹⁴. La delegación de la violencia y la tercerización del orden son fundamentales para entender una cotidianidad violenta entre las mismas personas detenidas. Esta estrategia de gobierno se enmarca y complementa “con el despliegue de los malos tratos físicos y torturas, los traslados, las medidas de aislamiento, las requisas personales y de celda ejercidos expresamente por el personal penitenciario” (Andersen, 2014: 260).

Los partes informados en 2019 identificaron entre una y 32 víctimas; sin embargo, el 62% de los casos identificó a una sola persona. Asimismo, resultó poco relevante la cantidad de casos que involucraron a más de 10 personas, con sólo un 1% (34 casos). En oposición al imaginario social que comúnmente asocia la violencia en la cárcel a una guerra de bandas, los hechos violentos en la cárcel se producen más a nivel individual o entre no más de dos personas, ya que el 84% de los hechos tuvieron entre una y dos víctimas⁹⁵.

93 La diferencia entre estos dos tipos de hechos es que en “agresión entre personas detenidas” se incluyen acciones en las que una o más personas detenidas agreden a una o más personas detenidas, sin respuesta por parte de las agredidas. En cambio, “pelea entre personas detenidas” hace referencia a hechos en los que dos o más personas detenidas se agreden mutuamente.

94 Un análisis detallado de las técnicas con las que se implementa la estrategia de gobierno penitenciario identifica: la delegación de la violencia física directa, generalmente por un trato directo “entre carcelero y preso”; la delegación relativa del control del pabellón (mediante la figura de los limpietas); la habilitación de pabellones con “régimenes evangelistas”, en donde lo anterior alcanza un mayor grado de organización (Andersen, 2014).

95 En el caso de las “agresiones físicas entre personas detenidas” que por su misma definición incluye a más de una persona, en un 46% se identifica a sólo una.

Tabla 5. Cantidad de casos según cantidad de víctimas por caso (agrupados), año 2019

Cantidad de víctimas	Frecuencia	Porcentaje
1 víctima	2.199	62%
2 víctimas	782	22%
Entre 3 y 5	441	12%
Entre 6 y 10	119	3%
Entre 11 y 20	28	0.8%
Más de 21	6	0.2%
Total	3.575	100%

Fuente: Base de hechos violentos CPM, sobre un total de 3.575 partes informados por el SPB y/o órganos jurisdiccionales de la provincia de Buenos Aires.

La preponderancia de estos hechos también se relaciona con la parcialidad de la fuente: el SPB omite las agresiones del personal penitenciario que se vinculan con las de las personas detenidas, así como la responsabilidad por la delegación de la violencia. Se identificaron casos en los que fueron informadas agresiones o peleas entre detenidos/as, que derivaron en la realización de un comparendo con el/la juez/a de alguna de las víctimas, momento en el que la persona detenida indicó que se trató además de una agresión del personal penitenciario. A continuación describimos uno de los casos:

Parte 66.171. La oficina judicial de la Procuración General de la UP 4 Bahía Blanca informa que el 15 de julio un detenido se comunicó para denunciar haber sido golpeado por cuatro agentes penitenciarios. El parte informa que el 16 de julio, al retirar de la celda de SAC al interno, lo requisaron y observaron que tenía lesiones, fue atendido por el médico de turno de la Unidad Sanitaria pero el detenido se negó a decir lo que había ocurrido. En la audiencia en el Juzgado de Ejecución Penal N° 1 de Bahía Blanca, al día siguiente, el detenido declaró que había tenido un conflicto con “el limpieza” de su pabellón, habido sido agredido por otros detenidos y llevado a los “buzones”. Una vez allí, ingresaron los agentes penitenciarios y le dijeron “vos te metiste con mi gente” y lo golpearon. La audiencia fue firmada por la secretaria Diana Uribe, sin informar nada acerca de las acciones necesarias para denunciar al SPB por las agresiones recibidas, pese a que el detenido declaró allí querer realizar la denuncia como lo había hecho ante la oficina judicial de la UP 4.

Este caso demuestra la parcialidad de la información que remite el SPB y el accionar cómplice del Poder Judicial que ante un testimonio explícito de tortura penitenciaria se limita a reproducir los dichos sin disponer acciones que apunten a una investigación seria. Pero no constituye un caso excepcional: a continuación se analizan casos en los que las personas detenidas comparecieron en un juzgado e informaron que habían sido víctimas de una agresión penitenciaria. Uno de los hechos violentos no fue informado por el SPB y en los casos restantes los/as jueces/zas no iniciaron acciones de investigación.

Parte 65.226: en una audiencia ante el juez Leonardo Celsi del Juzgado Correccional N° 5 de Mar del Plata llevada a cabo el 25.09.2019, la persona detenida informó que días atrás había sido agredida por otros detenidos en la UP 44 Batán en connivencia con los agentes penitenciarios, ya que no intervinieron para resguardar su integridad física. Este hecho no fue informado por el SPB.

Parte 65.227: en una audiencia el día 30.10.2019 en San Martín, un detenido denunció haber sido golpeado por los agentes penitenciarios el 25.10 en la UP 46 San Martín, a raíz de tardar en vestirse en el momento de la requisa. El informe del juzgado se limitó a comunicar en el marco de la acordada sin tomar acciones para investigar los delitos de acción pública de los que acaban de ser informados.

Parte 65.228: en una audiencia del 31.10.2019 en el Juzgado de Ejecución Penal N° 2 de San Martín, un detenido alojado en la UP 48 San Martín comunicó haber tenido un conflicto con el personal penitenciario mientras realizaba su actividad laboral como recolector de basura. Lo acusan de haberle faltado el respeto al empleado de la empresa de recolección por lo que posteriormente fue golpeado por los agentes, negándole también la atención médica correspondiente. Además declara que, en caso de que le hayan impuesto una sanción disciplinaria, quiere recurrir dicho parte.

4.3. Accidentes y autolesiones: otra expresión de la tortura

Los accidentes y las autolesiones son otros de los hechos más registrados: se contabilizaron 6.391, el 32% del total de hechos del período 2016-2019. Por definición, podrían considerarse hechos que exceden al accionar penitenciario por tratarse de situaciones fortuitas o de acciones voluntarias de una persona detenida. Sin embargo, son expresiones de la tortura en el encierro porque dan cuenta de las malas condiciones de detención y de las prácticas violentas que padecen las personas. Además, el análisis de estos casos permitió profundizar en la inconsistencia que presenta la fuente. Este tipo de situaciones, debido a su recurrencia, le permiten al personal penitenciario ocultar hechos de tortura mediante una simple acción administrativa y eximirse de responsabilidades.

4.3.1. Accidentes

Los accidentes representaron el 15% (779) de los hechos violentos o lesiones en 2019, siendo el tercero más comunicado. Como ya se mencionó, este hecho ha sido de los cinco más frecuentes desde el año 2016, sumando un total de 2.988 en los cuatro años.

La cantidad de víctimas que sufrieron accidentes en 2019 fueron 842, registrándose entre 1 y 7 víctimas por caso. Sin embargo, el 89% (746) de los accidentes registran una sola víctima. Y se destaca que, como muestra la Tabla 6, algunas víctimas registran más de un accidente informado en el año, llegando a una persona que ha padecido seis.

Tabla 6. Cantidad de accidentes informados sufridos por víctima, año 2019

Cantidad de accidentes	Cantidad de víctimas
6	1
5	1
4	2
3	6
2	108
1	724
Total	842

Fuente: Base de hechos violentos (agrupados por víctimas) CPM, sobre un total de 3.575 partes informados por el SPB y/o órganos jurisdiccionales de la provincia de Buenos Aires.

Del total de víctimas que sufrieron accidentes, el 20% (168) fueron mujeres y el 80% (674) fueron varones. De las 10 personas informadas que padecieron tres o más accidentes durante el año, 9 fueron mujeres.

Si bien respecto al total de víctimas de accidentes la incidencia de mujeres es baja, en la población femenina los accidentes son uno de los hechos con mayor porcentaje: representaron el 30% de los hechos sufridos; mientras que para los varones ese porcentaje es sólo del 11%.

Los accidentes es el tipo de hecho más informado para las mujeres, al menos desde 2017, como se ha mencionado en informes anteriores⁹⁶. Al analizar estos casos, se manifiesta una mirada estereotipada del SPB sobre las mujeres, que enfatiza que se accidentan realizando “tareas domésticas” (limpiando la celda, cocinando, etc.) o como consecuencia de acciones que demuestran torpeza. Resta indagar si los mismos tipos de accidentes son informados para la población masculina o si este dato es una muestra más de la falta de perspectiva de género del SPB⁹⁷.

Si se analizan las medidas que tomó el SPB ante estos hechos, en la mayoría (88%) no se informó ninguna. Lo cual es razonable ya que ante un accidente, el SPB no debería intervenir contra esa persona. Por ese mismo motivo resulta llamativo que ante un accidente el SPB haya decidido, por ejemplo, requisar a la persona accidentada en 59 casos o poner en aislamiento en 44 casos.

⁹⁶ CPM (2019: 129; 2018: 213). Desde 2017 la sistematización incluye la variable género.

⁹⁷ Para profundizar sobre el encarcelamiento de mujeres y de personas trans, ver el capítulo 3 de esta sección.

Tabla 7. Medidas adoptadas por el SPB ante el tipo de hecho “accidente”, año 2019

Medidas	Frecuencia	Porcentaje
Sin dato	744	88,4%
Requisa	59	7%
Reubicación	45	5,3%
Aislamiento	44	5,2%
Traslado no solicitado	1	0,1%
Total	893	100%

Fuente: Base de hechos violentos (agrupados por víctimas) CPM, sobre un total de 3.575 partes informados por el SPB y/o órganos jurisdiccionales de la provincia de Buenos Aires.

El siguiente parte penitenciario es un ejemplo de las disposiciones adoptadas por el SPB como “medidas preventivas de seguridad” ante situaciones que no tienen otro fundamento que empeorar las condiciones de detención.

Parte 64.248. La UP 15 Batán informa como un hecho sufrido por un detenido el 13.10.2019, quien expresa que después de tomar unas pastillas “me caí de la cama pero no recuerdo con qué me golpeé la cabeza”. El informe sanitario refiere que tiene heridas cortantes y contusiones en el cuero cabelludo y es derivado al hospital para una mejor evaluación. Pero el SPB agrega lo siguiente: “en virtud a la lesión que el encartado posee y que lo manifestado por éste no establece con exactitud el origen de la misma y a su vez dicha lesión no condice con lo declarado por el mismo, es que previo aval sanitario cuando regrese del hospital será alojado en SAC como medida preventiva de seguridad”.

La adopción de medidas que agravan las condiciones de detención de las personas que tuvieron un accidente lleva a cuestionarse qué hechos son calificados e informados por el SPB como accidentes. Los siguientes casos muestran datos o contradicciones que permiten cuestionar la veracidad de la información, ya que se informa un accidente pero la descripción de las lesiones se ajustan más a agresiones de otras personas detenidas o del mismo personal penitenciario.

Parte 66.313. La UP 1 Olmos informa que el 08.12.2019 cuatro internos sostenían sobre una manta a otro pidiendo llevarlo a Sanidad, ya que se había descompensado. Los detenidos relatan que estaban fumando en el sector de las duchas y que la víctima se descompensó y cayó golpeándose brutalmente contra el piso. El médico cataloga como “leves” las lesiones: “heridas contuso cortantes en frente, puente nasal, escoriaciones en muñeca izquierda, en pómulo derecho y en hombro izquierdo”. Las lesiones descriptas difícilmente ocurran ante una caída por un desmayo, y no se informa en el parte si la víctima fue consultada sobre lo ocurrido, que es lo que suele hacerse en estos casos.

Parte 64.183. La UP 50 Batán el 21/10/2019 informa que una detenida presenta una lesión diagnosticada como hematoma en el pómulo derecho. Al preguntarle por lo sucedido menciona: “ese moretón que tengo en la cara me lo hice cuando estaba saliendo de mi celda y justo entraba mi compañera y nos chocamos sin querer”.

Pese al cuestionamiento sobre qué hechos informa el SPB bajo la calificación de “accidente” o si

se lo utiliza para ocultar otros tipos de hechos violentos, algunos de los accidentes informados dan muestras de las condiciones materiales de las cárceles bonaerenses, las cuales ponen en peligro la integridad física de las personas detenidas:

Parte 65.612. La UP 4 Bahía Blanca informa un accidente que sufre un detenido a raíz de una explosión del horno del pabellón tras intentar prenderlo reiteradas veces. El detenido sufrió múltiples quemaduras en rostro, cuello y uno de sus brazos.

Parte 64.989. Informa que en la UP 15 Batán el 04.11.2019 tres detenidos presentan lesiones producidas por accidentarse con la tapa de la cloaca del pabellón.

Parte 65.280. La UP 19 Saavedra informa el 26.11.2019 el accidente de un detenido que, mientras hacía tareas de mantenimiento en las zonas lindantes a la parrilla que está en la guardia de seguridad exterior, fue picado por una serpiente. No se informó el tipo de lesión a pesar de que la persona fue trasladada al hospital.

Como muestra el último ejemplo, algunos de los accidentes informados se producen mientras las personas detenidas realizan tareas laborales y de mantenimiento de la propia cárcel sin elementos o la protección.

Otros accidentes registrados dan cuenta de la inapropiada medicalización que sufren las personas detenidas⁹⁸. Es el caso de una detenida que en la UP 33 Los Hornos sufrió tres accidentes en un lapso de tres meses, dos con un día de diferencia. Ante el primer accidente registrado el 24/03/2019 la víctima manifestó: “Señora, estaba en mi celda, sentí un mareo y me caí golpeándome la cabeza con el piso”. El segundo, el día 26/03, describe que limpiando la celda se resbala y golpea con la mesa de la celda, y las lesiones fueron traumatismo en pie derecho, muslo y tercio inferior, en antebrazo derecho, mano izquierda y en cabeza. El último accidente del que tomamos conocimiento sucedió el 10/06, y la víctima dijo: “Señora, me caí queriendo bajar de la cama y me golpeé la espalda con la mesa del televisor”; el diagnóstico fue una excoriación en región de espalda. A partir de la información brindada por Salud Penitenciaria, se conoce que la mujer recibe medicación psiquiátrica desde el 3/08/2018. Esta situación evidencia la relación que existe en el abordaje de la salud, en este caso psiquiátrica, con la posibilidad de sufrir distintos accidentes y la responsabilidad que tiene el SPB.

4.3.2. Autolesiones

Como se ha venido señalando en informes anteriores (CPM, 2019: 136-144), las autolesiones son una reacción de las personas detenidas frente a distintos tipos de tortura carcelaria. Durante el periodo 2016-2019, se informaron 3.403 hechos identificados como “autolesiones”; en 2019 se registraron 654, en un cuarto lugar entre los hechos violentos más comunicados, representando un 13%. Estos hechos parecen no comprometer al SPB (ya que se identifican como acciones generadas “por propia voluntad” del individuo), pero por su alta ocurrencia resultan difíciles de ocultar, aspecto que incide en que sea uno de los tipos de hechos más informados.

A partir de la información acumulada y en función de los textuales⁹⁹ expresados en los partes, los principales motivos que llevan a la autolesión son: afectación del vínculo familiar, falta de

98 Para más información sobre este tema, ver capítulo 2 de esta sección.

99 Se tomarán los textuales como veraces, pero sin dejar de lado que se trata de lo que el SPB dice que expresan las personas detenidas al ser consultadas luego de autolesionarse.

acceso a la justicia, pedidos de traslado, problemas personales o familiares, desatención de la salud, aislamiento. Ante el desprecio y la desidia, la estrategia para ser escuchados/as es marcar el cuerpo, autolesionarse.

Frecuentemente las personas privadas de su libertad mencionan problemas personales o familiares, dando cuenta de la distancia respecto de sus familias que les impide recibir visitas, lo que también repercute en las condiciones en que viven el encierro ya que es la familia quien solventa la alimentación, los remedios y los artículos de higiene y limpieza. Esto se traduce en angustia y/o malestar emocional que no recibe ningún tipo de atención terapéutica. Por otra parte, la autolesión también puede convertirse en una herramienta para realizar pedidos de traslado, indicador de la distancia con los operadores judiciales que sistemáticamente desoyen las solicitudes.

El caso de Sergio es un ejemplo claro. De 13 partes registrados a su nombre, 11 informan autolesiones, la máxima cantidad de hechos de este tipo registrados en una víctima. Sucedieron en cuatro unidades distintas y en un lapso de 9 meses; mientras estuvo en la UP 4 Bahía Blanca, alojado en SAC, se informaron seis partes:

8/1/2019: Se autolesiona suturándose la boca. “Tengo una banda de problemas”. Fue examinado en Sanidad.

21/1/2019: Se autolesiona e ingiere hojas de afeitar. Es derivado al hospital. “Me corté porque estoy zarpado de la cajita¹⁰⁰”.

25/1/2019: Manifestó haber ingerido dos hojas de afeitar. “Tuve que salir con la misma otra vez porque se ve que no entienden que no quiero estar en la cajita verdugueado”. Fue examinado en Sanidad.

31/1/2019 16:50: Se autolesiona y menciona que tragó hojas de afeitar. “Me tragué un par de feites y me corté porque ya estoy zarpado de estar acá en la cajita”. Fue examinado en Sanidad y continuó alojado en aislamiento.

31/1/2019 20:45: Inicia un foco ígneo en su celda. “Ahora me van a tener que sacar”; “Ya estoy re zarpado de estar acá en buzones, hace banda de días que estoy”. Fue examinado en Sanidad y luego fue nuevamente alojado en SAC.

7/3/2019: Autolesiones. Es examinado en Sanidad y alojado nuevamente en SAC.

Al mes siguiente, durante su detención en el pabellón 7 de la UP 19 Saavedra, se autolesiona suturándose la boca. Según el SPB el textual es: “...que por propia voluntad el día de la fecha no voy a ingerir ningún tipo de alimentos sólidos y/o líquidos, provistos por el establecimiento o ingresado por visita, declarándose en huelga de hambre, hasta tanto resuelva mi traslado para la unidad 4 de Bahía Blanca”. Fue atendido por el médico de Sanidad y nuevamente alojado en el mismo pabellón. Mientras se encontraba alojado en sanidad de la UP 2 Sierra Chica, el 30/07/2019 se autolesiona. Textual: “Me autoagredí porque no quiero estar más en esta unidad”. Es examinado en la unidad sanitaria y enviado al hospital para la realización del examen psicofísico solicitado por su juzgado. No hay información sobre los resultados.

Durante el mes de agosto, mientras estaba alojado en SAC de la UP 2, se informan tres hechos de autolesiones:

1/8/2019: El parte no informa textual. Lo examinan en Sanidad y se solicita una interconsulta

100 “Cajita” hace referencia a la celda de los espacios de aislamiento.

con el gabinete de psicólogos. Continúa alojado en SAC.

5/8/2019: “Me autoagredí porque estoy podrido y me quiero ir de esta unidad, los voy a denunciar a todos y me hice esto para que mi juzgado me crea y me saque”. Es examinado en Sanidad y nuevamente se solicita una interconsulta psicológica.

27/8/2019: Se autolesiona suturándose la boca y manifiesta haber tragado tres hojas de afeitar lo cual se constata a través de Rx. “Don me cosí y me tragué el feite porque me quiero ir de traslado a la Unidad 4 para estar cerca de mi familia y le quiero avisar que a partir de ahora me declaro en huelga de hambre”. Luego de ser examinado en Sanidad es alojado nuevamente en SAC.

2/9/2019: Mientras estaba alojado en el SAC de la UP 30 Gral. Alvear se autolesiona. “Me hice esto porque quiero salir de traslado a Bahía”. Es examinado en Sanidad y vuelve a ser alojado en SAC.¹⁰¹

Como evidencia este caso, ante los problemas personales y el aislamiento continuo, lesionar el cuerpo se vuelve la estrategia principal para llamar la atención del SPB y de los funcionarios judiciales. En vez de resolverse, estos padecimientos se agravaron con la continuidad del aislamiento y la ruptura del vínculo familiar a través de los traslados constantes. Ante esta situación, la persona detenida recurre nuevamente a las autolesiones y sigue sin hallar respuestas a su padecimiento. No hay ningún abordaje profesional sobre su padecimiento mental, pese a que claramente lo verbalizaba y actuaba. Ni tratamiento psicológico o psiquiátrico adecuado, sólo acciones penitenciarias que agravan su situación.

De las 686 personas detenidas que sufrieron autolesiones, el 26% (179) tuvo más de una.

Tabla 8. Cantidad de autolesiones sufridas por víctima, 2019

Cantidad de autolesiones	Cantidad de víctimas
11	1
6	1
5	8
4	8
3	15
2	144
1	509
Total	686

Fuente: Base de hechos violentos (agrupados por víctimas) CPM, sobre un total de 3.575 partes informados por el SPB y/o órganos jurisdiccionales de la provincia de Buenos Aires.

Las 10 personas detenidas con mayor cantidad de autolesiones eran varones. En el caso de las personas trans, las autolesiones son el hecho más contabilizado.

¹⁰¹ Base de hechos violentos CPM: partes 63.149, 64.097, 64.099, 64.334, 65.490, 65.535, 65.596, 65.598, 65.599, 65.600, 65.602, 66.221.

Tabla 9. Cantidad de víctimas con autolesiones según género, valores absolutos y porcentuales, 2019

Género	Cantidad	Porcentaje
Masculino	618	90%
Femenino	59	9%
Trans	9	1%
Total	686	100%

Fuente: Base de hechos violentos (agrupados por víctimas) CPM, sobre un total de 3.575 partes informados por el SPB y/o órganos jurisdiccionales de la provincia de Buenos Aires.

El análisis de las autolesiones informadas, en concurrencia con otros hechos de violencia, nos permite caracterizar tanto a la fuente de información como a este tipo de hechos puntualmente. En 2019 fueron 64 los hechos violentos que se combinaron con autolesiones. Por una parte, los que incluyen al personal penitenciario dan cuenta de una cadena de reclamos en la que la autolesión es parte de un repertorio más amplio, que incluye amenazas (3), agresiones verbales (13), físicas (11) —en tentativa o consumadas— y finalmente autolesiones en busca de acceso a un derecho o del cese de un padecimiento. Por otra, los hechos de autolesiones y accidentes (5), agresión (2), pelea (3) o amenaza (1) entre personas detenidas; en el marco de accidentes, peleas o agresiones se realizan requisas en las que se identifican autolesiones de más larga data, y en un mismo parte se comunican dos tipos de hechos que no están relacionados entre sí, lo cual explicaría los hechos de uso de la fuerza (23) combinados con autolesiones. En los casos en los que se producen autolesiones e intentos de suicidio (3), ambos hechos funcionan como puntos de una escala de reclamos en que el cuerpo actúa como soporte, y que se materializan por la desatención y el abandono. Muchas veces estas situaciones se dan con escasa diferencia de tiempo (horas o pocos días).

Ante un hecho de autolesión, para el 69% (470) de las víctimas no se informan las medidas dispuestas. La medida más informada, con un 16% (112 víctimas) es el aislamiento, lo cual resulta sumamente preocupante por el impacto negativo que tiene en términos físicos y psíquicos. Disponer el aislamiento ante una autolesión es un agravante, en tanto la principal razón que esgrimen quienes la realizan es angustia por problemas personales o familiares, afectación del vínculo familiar y constante solicitud de traslado desoída por los funcionarios penitenciarios o judiciales. El aislamiento en sí mismo recrudece las condiciones de detención, lo que lo vuelve aún más grave en el caso de personas con afectación de la salud mental que se autolesionan como medida desesperada. Ninguna de estas personas recibe atención adecuada desde una perspectiva de salud integral, antes ni después de ocurrido el hecho. Tampoco se revierten las condiciones que provocaron ese desenlace, lo que muchas veces genera repetición.

Estos hechos, a pesar de su asociación directa con los individuos, no dejan de ser responsabilidad del SPB ya que forman parte de los cuidados y condiciones de vida a los que tienen derecho las personas privadas de su libertad. Que una gran parte de las autolesiones y accidentes se hagan evidentes para el personal en el marco de otros hechos, como las peleas o agresiones, muestra que el cuidado no es una prioridad y que la mediación entre ambos actores es principalmente represiva.

4.4. Consecuencias de los hechos violentos

En cuanto a las consecuencias físicas que sufren las personas privadas de su libertad por estos hechos de violencia, se analizaron las lesiones según la tipificación definida e informada por el personal de salud. La consecuencia más comunicada fue “lesión leve”, con el 50% de las víctimas; las categorías “lesión moderada” (105), “lesión grave” (16) y “muerte” (12) sumaron 133 víctimas, y representa apenas el 2%.

El dato sobre la cantidad de muertes nuevamente evidencia la parcialidad de la información: durante el año 2019 se produjeron 10 homicidios en cárceles y 6 fueron los informados mediante la acordada 2825¹⁰²; mientras que de 16 suicidios solamente se informaron seis por esta vía¹⁰³.

Se destaca que para un 28% (1.920) de las víctimas no se informa, no se determina o no se especifica el tipo de lesión, aun cuando haya habido alguna intervención del área de Sanidad¹⁰⁴.

Tabla 10. Consecuencias físicas según tipo por víctima (valores absolutos y porcentuales), año 2019

Tipo de lesión	Frecuencia	Porcentaje
Lesión leve	3.378	50%
Sin lesiones	1.327	19,6%
No especifica tipo de lesión	1.129	16,7%
No informa lesión	444	6,6%
A determinar	347	5,1%
Lesión moderada y otras	105	1,6%
Lesión grave y otras	16	0,2%
Muerte	12	0,2%
Total	6.758	100%

Fuente: Base de hechos violentos (agrupados por víctimas) CPM, sobre un total de 3575 partes informados por el SPB y/o órganos jurisdiccionales de la provincia de Buenos Aires.

La principal intervención la realizó el personal sanitario de la unidad en la que se produjeron los hechos (86%), sin que necesariamente se trate de un/a médico/a¹⁰⁵. En general no se especifica quién realiza la atención, sino que se limita a informar el tipo de lesión y el tratamiento indicado.

102 Un claro ejemplo es el parte 65.653 del día 17 de junio en la UP 23 Florencio Varela, donde informan una pelea entre dos detenidos tras la cual uno de ellos fue atendido en la Unidad Sanitaria y resultó “sin lesiones”, y el otro derivado al nosocomio más cercano por una herida punzocortante en el tórax que califican como “a determinar”. A partir del registro de muertes en las cárceles que administra la CPM, damos cuenta que esa persona murió ese mismo día después de llegar al hospital, pero su muerte no fue informada mediante el órgano judicial, incumpliendo la resolución 2825/06.

103 Para un análisis de las muertes producidas en los espacios carcelarios, ver el capítulo 5 de esta Sección.

104 Para un análisis detallado de la atención de la salud en las cárceles, ver el capítulo 2 de esta Sección.

105 El funcionamiento deficiente de la Dirección de Salud Penitenciaria implica entre otras falencias, la falta de personal médico permanente en las unidades penitenciarias, que solo cuentan con personal de enfermería o detenidos con alguna experiencia previa que son quienes atienden las urgencias.

Tabla 11. Intervención de agentes sanitarios según tipo por víctima, año 2019

Tipo de intervención	Frecuencia	Porcentaje
Intervención intramuros	5.838	86%
Intervención extramuros	478	7%
Sin datos	374	6%
Internación extramuros	48	0,7%
Internación intramuros	20	0,3%
Total	6.758	100%

Fuente: Base de hechos violentos (agrupados por víctimas) CPM, sobre un total de 3575 partes informados por el SPB y/o órganos jurisdiccionales de la provincia de Buenos Aires.

Teniendo en cuenta solamente los casos donde no se especifica, no se determina o no se informa el tipo de lesión (1.920 casos), el 62% recibió la atención médica en las unidades sanitarias de la cárcel.

Como la intervención médica a cargo de las unidades sanitarias es la mayoritaria (86,7%), implique o no internación, se deben considerar las características que ésta adopta. Tal como se desarrolla en el capítulo 2 del presente informe, constituye una desatención sistemática.

El acceso a Sanidad está mediado por el SPB, lo que implica que las lesiones o dolencias no sean atendidas en el momento que corresponda, sino cuando los/as penitenciaros/as deciden llevar a las personas ante el personal de salud, o cuando logran ser escuchadas o las *encuentran* lesionadas. Por ejemplo, el parte 64.772 informa una agresión entre detenidos donde la víctima es encontrada a las 22:00 pero en el informe médico se refiere que la lesión había sido provocada a las 13:00. O el parte 65.003, que también informa una agresión a un detenido en la UP 43 González Catán el día 3/10/2019, pero la víctima solicita atención médica al sentirse descompuesto; allí manifiesta que las heridas que tenía (punzocortantes en miembro inferior derecho, miembro superior derecho y en hemitórax derecho) eran del día anterior y termina siendo derivado a un hospital extramuros.

Si se pone en relación la intervención sanitaria y el modo en que se clasifican las lesiones, emerge la precariedad de la misma. Como se señaló anteriormente, es frecuente que no tipifiquen las lesiones o que no se incluyan datos. Pero, además, se encuentran casos donde las lesiones son calificadas de “leves” aunque impliquen graves consecuencias físicas:

Parte 64.828: la UP 1 Olmos informa que el 17/04/2019 un detenido fue agredido por un grupo de internos con golpes de puños y le ocasionaron una lesión. El informe médico menciona que la lesión es leve y el diagnóstico es laceración en rótula derecha tipo scalp, curable en 3 días salvo complicaciones. Según el diagnóstico, este tipo de lesión no puede ser calificada como leve porque implica una contusión compleja, donde se produce un profundo corte en la piel.

Parte 65.129: con fecha 22/11/2019 comunica que un detenido solicita atención médica al agente penitenciario que supervisaba el campo de deportes, por tener una lesión en su mano producida durante la actividad deportiva. Es llevado a Sanidad, donde la médica de la UP 23 Florencio Varela constata que tiene “fractura expuesta de falange de dedo anular” y sugiere su derivación al hospital más cercano, pero califica a la lesión de leve.

Parte 64.457: informa una pelea entre internos en la UP 46 San Martín el 20.05.2019, donde el GIE interviene con disparos hacia el piso con cartuchería de estruendo y anti tumulto. “Por efecto del rebote” resulta lesionado uno de los detenidos que es atendido en la Unidad Sanitaria donde califican como leves las lesiones que presenta: herida de arma de fuego en ambos miembros inferiores y en testículo izquierdo, herida punzante en epigastrio derecho y heridas cortantes en labio, mano y región parietal izquierda. Además, pese a considerar que son heridas leves, requieren que sea trasladado a un hospital extramuros.

Esta contradicción del personal de salud (calificar como leves las lesiones o incluso no identificar lesiones de las personas detenidas pero requerir la intervención extramuros y señalar la necesidad del traslado a un hospital) se repite en numerosos casos:

Parte 64.155: la UP 17 Urdampilleta informa el día 22/10/2019 una agresión entre personas detenidas y los informes médicos mencionan que uno de los involucrados no presentaba lesiones, pero se sugiere su derivación al hospital extramuros.

Parte 64.639: la Alcaldía Departamental III La Plata informa que el 11/11/2019 una persona detenida es atendida en Sanidad e indican su derivación a hospital extramuros. El informe médico explicita que el carácter de la lesión es leve, sin embargo el diagnóstico es: traumatismo en parrilla costal izquierda, herida cortante en región occipital, excoriación en codo derecho, herida cortopunzante en muslo izquierdo, herida cortante en labio superior y neumotórax laminar izquierdo.

Parte 64.938: la UP 38 Sierra Chica informa una pelea producida el 14/01/2019 entre 18 detenidos, de los cuales 10 son derivados al hospital con heridas cortantes en varias partes del cuerpo, neumotórax, herida punzante en el cuello y abdomen, y uno “presenta objeto contundente punzante en glúteo izquierdo”, pero todos tienen categorizadas sus lesiones como leves.

Una de las cuestiones que expone la falta de criterios unificados de la fuente es que algunas lesiones son caracterizadas como “leve salvo complicaciones” o “leve potencialmente grave”, construyendo información confusa e invisibilizando el tratamiento poco adecuado que se brinda:

Parte 63.063: el 06/04/2019 la UP 3 San Nicolás informa que en el marco de una agresión física entre personas detenidas, la lesión de uno de ellos es diagnosticada como herida punzante y calificada como “leve salvo complicaciones”.

Parte 64.088: menciona que el 26/06/2019 en la UP 45 Melchor Romero una persona detenida, producto de una agresión física, sufrió una herida “leve potencialmente grave” descrita como una contusión en el ojo izquierdo y varias escoriaciones en espalda.

Caracterizar lesiones como leves mencionando que pueden agravarse es ignorar e ocultar las condiciones materiales de vida en la cárcel. El escaso acceso a medicamentos y elementos de higiene condiciona enormemente la posibilidad de que las heridas o dolencias evolucionen favorablemente. Por otra parte, resulta preocupante el tipo de medidas que informa el SPB ante la comisión o padecimiento de un hecho violento. Las que presentaron mayor frecuencia fueron “aislamiento” para 3.181 víctimas (29%) y “reubicación” para 2.970 (27%)¹⁰⁶.

106 Sigue presentando un valor muy alto el “sin dato”, con 2.309 casos (21%) en los que no se definen acciones que permitan incidir sobre la comisión de un nuevo hecho violento.

Tabla 12. Medidas adoptadas según tipo por víctima (variable múltiple), año 2019

Medidas dispuestas	Frecuencia	Porcentaje
Aislamiento	3.180	28,8%
Reubicación	2.969	26,9%
Requisa	2.519	22,8%
Sin dato	2.308	20,9%
Traslado no solicitado	35	0,3%
Traslado solicitado	27	0,2%
Prohibición de ingreso	8	0,1%
Total	11.046	100%

Fuente: Base de hechos violentos (agrupados por víctimas) CPM, sobre un total de 3.575 partes informados por el SPB y/o órganos jurisdiccionales de la provincia de Buenos Aires.

La forma en que se combinaron las medidas adoptadas por el SPB permite una mejor descripción de las situaciones que padecieron las personas detenidas después de un hecho violento. Al analizar la medida tomada mayoritariamente, se observa que en el 81% (2.569) de los casos en que se dispuso el aislamiento también implicó la reubicación; es decir que el aislamiento no se realizó en la propia celda sino que la persona detenida fue trasladada a otro sector (generalmente a separación del área de convivencia, a *leonas* o celdas de control, donde no acceden a sus pertenencias ni a la posibilidad de cocinarse, muchas veces incluso no cuentan con sanitarios). Además, el 43% (1.101) también se combinó con requisa; generalmente las requisas son violentas y vejatorias, provocan humillación, lesiones físicas y daño de pertenencias, lo que se suma a la pérdida de los vínculos entre los/as compañeros/as de pabellón (por la reubicación) y las peores condiciones materiales de los espacios de aislamiento.

Una de las medidas más violentas (informada en el parte 66.309) se llevó a cabo en la UP 51 Magdalena el 10/12/2019. Ante la noticia de que debía comparecer, una detenida sufre un estado de exaltación y nerviosismo, insulta al personal y amenaza con atacar contra su vida. El personal policial la reduce mediante la fuerza y la lleva a Sanidad donde le diagnostican contusiones en la región frontal y sienes. Luego es alojada en una celda de contención en Sanidad y, previo aval médico, queda sujeta mecánicamente hasta que se efectiviza el comparendo al día siguiente.

Estos datos evidencian que la intervención del SPB ante los hechos de violencia agrava las situaciones de las víctimas. La deficiente atención sanitaria, que minimiza las lesiones y la mayoría de las veces deja librada a la suerte de la persona la posibilidad de cura, resulta un agravante y muestra la desatención sistemática de la salud en la cárcel. La respuesta del SPB ante un hecho violento suele ser más violencia: las medidas de aislamiento, reubicación y requisa que se adoptan frecuentemente implican un agravamiento de las condiciones de detención y de la salud de las personas.

4.5. La versión oficial: una muestra de las prácticas penitenciarias

Se ha desarrollado una descripción general de lo informado por el SPB sobre la violencia carcelaria. Esta versión oficial no reconoce responsabilidades institucionales ni cuestiona las condiciones de los espacios carcelarios, sino que se centra en la idea de que los hechos violentos ocurren por decisión de las personas detenidas.

Las entrevistas a las personas detenidas permiten dar cuenta de que los partes disciplinarios son utilizados por el SPB como una forma más de castigo. Al ser el modo oficial de comunicar los hechos intramuros a los tribunales y juzgados (que deciden sobre las penas y los derechos o beneficios) lo utilizan como amenaza o para poner en duda la credibilidad de la persona detenida ante un hecho violento, con el fin de ocultar la responsabilidad penitenciaria. Por otro lado, los partes penitenciarios gozan de una presunción general de veracidad y lo consignado allí no será problematizado ni investigado por el Poder Judicial.

Por ejemplo, se remitió un parte penitenciario de la UP 50 Batán que no informaba ningún hecho violento pero describía el reclamo de una detenida al ser notificada de un traslado, y agregaba:

Parte 64.502: No es descabellado suponer que [la detenida] podría valerse de cualquier artilugio, tales como autoagresiones o generar cualquier tipo de disturbio que posteriormente ponga en tela de juicio el accionar penitenciario, y así efectuar denuncias infundadas contra el personal ante Organismos Judiciales o de Derechos Humanos.

La incoherencia de los partes permite visibilizar la parcialidad de la versión penitenciaria al momento de informar y cuestionar su veracidad. Al respecto, cabe mencionar la utilización de estos datos en el marco de la medida cautelar que se tramita desde 2012 ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) por la situación del complejo penitenciario San Martín y del sistema carcelario en general. El 23 de julio de 2019 el gobierno provincial elevó un informe a la CIDH con una serie de inconsistencias en relación al registro de los hechos de violencia. Los datos allí presentados no se condicen con lo informados por el propio Ministerio de Justicia, también a la CIDH, en noviembre de 2018:

Tabla 13. Hechos de violencia ocurridos entre 2016 y 2018 en unidades del SPB informados por el Ministerio de Justicia a la CIDH, según fecha de comunicación

Año	Noviembre 2018	Julio 2019
2016	2.762	3.338
2017	2.880	3.226
2018	-	3.734

Fuente: elaboración propia en base a respuestas del Estado a la CIDH (noviembre 2018 y julio 2019).

El Ministerio no explicó el motivo de estas diferencias, con apenas ocho meses entre una y otra comunicación. Los datos suministrados en 2019 cuestionan la validez de los informados en 2018, que habían sido presentados como válidos y no preliminares. Por otro lado, que en 2019 se sigan actualizando los datos de 2016 y 2017 refleja serios problemas en el circuito de registro de los hechos

de violencia, que contrastan con la imagen de funcionamiento normal dada por el Ministerio¹⁰⁷. Aun con las limitaciones que presentan, con estos datos oficiales la CPM construye y actualiza anualmente la única sistematización sobre las violencias en las cárceles bonaerenses informadas por el SPB. Lejos de reflejar la “violencia carcelaria entre presos”, estos datos permiten identificar las responsabilidades institucionales y las prácticas penitenciarias. Expresan la violencia que el sistema penal despliega sobre las personas detenidas y las relaciones que generan dentro de la cárcel.

107 En ese documento, el Ministerio afirma que por Resolución 651/18 se introdujeron modificaciones al “Protocolo unificado de gestión de la información y estadística penitenciaria” (Resolución 477/16), surgidas en el marco de una “mesa de trabajo” llevada a cabo entre junio 2018 y febrero 2019, a la que no fueron convocados los organismos peticionarios que intervienen en la medida cautelar, entre ellos la CPM. Las resoluciones citadas no se encuentran publicadas en el sitio web del Ministerio, por lo cual no son de acceso público; asimismo, las copias adjuntadas en dicho documento son ilegibles.



5. El hambre es tortura

5.1. La provisión de los alimentos

La seguridad alimentaria no es un derecho garantizado por el Estado dentro de las cárceles bonaerenses. En este apartado se analiza el funcionamiento del servicio de alimentación, describiendo la circulación de los alimentos desde que ingresan a las unidades hasta que llegan a las personas detenidas.

De las inspecciones realizadas durante 2019, en diez oportunidades se inspeccionaron los sectores de cocina y depósito de las unidades penitenciarias. Allí se constató el stock de alimentos disponibles, el modo de conservación, la regularidad en la entrega, las condiciones de infraestructura, las normas de higiene y seguridad, la cantidad de personas detenidas que trabajan en esos sectores y si reciben peculio por la labor realizada, y la confección de menús: si eran realizados por personal de salud y si se garantizaban las dietas especiales definidas por los/as médicos/as ante determinadas patologías. Actualmente la prestación del servicio de alimentación se desarrolla mediante dos modalidades: a través de la tercerización en empresas y de la provisión de alimentos desde el propio SPB.

Según lo informado por el Ministerio de Justicia de la Provincia, la empresa Cook Master (CUIT 30-70821436-8) presta servicios en las unidades 9 de La Plata, 21 y 41 de Campana, 23, 24, 31, 32, 42 y 54 de Florencio Varela, y 36 de Magdalena, a través del servicio asistido para la cocción de alimentos destinados a la elaboración de los servicios diarios de desayuno, almuerzo, merienda y cena, tanto para la población privada de la libertad como para el personal penitenciario. La misma empresa brinda en las unidades 46, 47 y 48 de San Martín un servicio de racionamiento cocido por día: desayuno, almuerzo, merienda y cena. Y por último, realiza un servicio de viandas de desayuno, almuerzo, merienda y cena en las alcaldías Malvinas Argentinas, José C. Paz, San Martín, La Plata I y Virrey del Pino.

Por otro lado, la empresa Compañía Integral de Alimentos (CUIT 33-58648427-9) presta servicios en las unidades 35 y 28 de Magdalena bajo la modalidad de servicio asistido para la cocción de alimentos destinados a la elaboración de los servicios diarios, y en la alcaldía Lomas de Zamora y el complejo penitenciario Sur-Oeste, a partir de la entrega de viandas ya cocidas para el servicio diario de desayuno, almuerzo, merienda y cena.

La empresa Belclau (CUIT 30-70165597-0) realiza servicio de catering de viandas ya cocidas para desayuno, almuerzo, merienda y cena para las alcaldías La Plata II, La Plata III y Avellaneda. Por último, la empresa Servicios Integrales (CUIT 30-69559556-1) provee a la unidad 51 de Magdalena. El resto de las unidades de la provincia (1 de Olmos, 2 de Sierra Chica, 3 de San Nicolás, 5 de Mercedes, 6 de Dolores, 7 de Azul, 17 de Urdampilleta, 30 de Alvear, 37 de Barker, 50 de Batán, 52 de Azul) reciben alimentos e insumos que luego son elaborados en la cocina por personas detenidas bajo supervisión del personal. El producto de esta modalidad es el denominado *rancho* por los/as detenidas/os.

Los alimentos cocidos que se entregan en los pabellones, en general, están mal elaborados y/o con materia prima en mal estado o en descomposición. La base del *rancho* se compone de hidratos de carbono (fideos, polenta o arroz) con salsa de tomate a modo de guiso espeso; es difícil que haya verdura o carne y, en algunas oportunidades, se pueden encontrar huesos. Los propios detenidos suelen señalar:

“El rancho está re mal, acá las ratas comen mejor y además de podrida a veces la comida llega con pedazos de plásticos” (entrevista en la UP 2 Sierra Chica, 29/08/2019).

“La comida no se puede comer, yo desde que estoy en buzones bajé 6 kilos porque vomito cada vez que intento comer el rancho” (entrevista en la UP 17 Urdampilleta, 1/10/2019).

Se relevó que en algunos pabellones, además de estos alimentos, se entrega mercadería: productos secos o verduras e, incluso, en algunas oportunidades pollo o carne. No obstante, esto se configura en el marco de prácticas discrecionales tendientes a generar mayor grado de gobernabilidad a partir del acceso a alimentos gestionados arbitrariamente.

Cabe aclarar que las personas alojadas en los pabellones de aislamiento (SAC y Admisión) no reciben complementos dietarios. Estos son pabellones en donde el régimen de vida es de aislamiento extremo, es decir, de 24 horas dentro de la celda, sin acceso al patio y mucho menos a una cocina o lugar donde elaborar o reelaborar alimentos. En algunas unidades, a quienes se encuentran en estos pabellones tampoco les permiten contar con implementos para cocinar, como ollas, *fuelles*¹⁰⁸ o calentadores eléctricos, utensilios. En los pabellones de aislamiento y en los pabellones denominados de población común es habitual que se consuma el *rancho*; pero hay pabellones donde no se consume, o sólo una parte, porque las familias garantizan el alimento, principal estrategia de supervivencia.

El padecimiento que genera la falta de alimentos provoca graves afectaciones en las personas detenidas. En la UP 17 Urdampilleta se entrevistó a Nicolás Pérez, de 62 años, en una celda diseñada para dos personas donde había alojadas cuatro en aislamiento extremo, sin acceso a duchas, patio ni cocina. Luego de conversar sobre los traslados, la situación procesal y su familia, se le preguntó por su estado de salud: “Me duele la panza del hambre”, respondió y se largó a llorar (entrevista en la UP 17, 1/10/2019). El Juzgado de Ejecución Penal 2 de Azul, a cargo de Adriana Raquel Bianco, tramita desde el año 2017 los problemas del complejo penitenciario Centro, donde se conformó una mesa de trabajo para abordar diversas cuestiones de las unidades, entre ellas la situación alimentaria. En ese marco, el 17 de septiembre de 2019 se llevó a cabo una mesa diálogo con autoridades penitenciarias y del Ministerio de Justicia donde se dejó constancia

108 Fuelle: se asimila a un calentador eléctrico que, construido con ladrillo tallado donde colocan una resistencia eléctrica, se conecta a la red de electricidad. Cabe destacar que, generalmente, las instalaciones eléctricas son precarias e inseguras, ya que se observan cables colgados de las paredes y cielorrasos, empalmes sin aislación y sin enchufes, por lo que se conectan cables pelados sobre otros iguales.

del desabastecimiento de carne y verduras principalmente, y se destacó que, pese a que en algunas unidades contaban con stock de varios rubros alimentarios, en algunos pabellones no se garantizaba la comida indispensable. En la audiencia, las autoridades penitenciarias expresaron que los faltantes, desabastecimiento y readecuación de mercadería, se correspondían a la situación inflacionaria por la cual, desde la Dirección General de Administración, estaban renegociando la prestación de servicios con las empresas correspondientes.

Los primeros días de octubre, desde el Juzgado de Ejecución Penal 2 de La Plata, a cargo de José Nicolás Villafañe, se dio inicio a actuaciones de oficio por el derecho a la alimentación¹⁰⁹. En ese marco, el 7 de octubre el juez realizó recorridos y entrevistas con personal encargado de los depósitos de alimentos de las unidades 8, 9, 18, 25, 26 y 33. En cada una se labró un acta que asentó el panorama desolador en cuanto a la falta de diferentes productos y el incumplimiento del derecho a la alimentación. Todas las unidades presentaban un desabastecimiento de carne vacuna de entre uno y tres meses, y en algunos casos habían recibido esa semana aprovisionamiento de carne que bastaba para las raciones de entre tres y seis días. También se constató el desabastecimiento de harina de trigo, huevo y derivados de productos lácteos, y se observó escasa cantidad de verduras. En la U 18, incluso, prácticamente no contaban con alimentos secos, sólo arroz para tres días.

El juzgado resolvió librar oficio a los titulares del Ministerio de Justicia, del SPB y de los complejos penitenciarios correspondientes a efectos de que “en forma inmediata adopten las medidas necesarias para la existencia, disposición y aprovisionamiento indispensable, continuo y permanente de enseres, productos y alimentos”.

En diciembre se solicita a los responsables de las unidades que informen acerca del abastecimiento de alimentos: se observa nuevamente un desabastecimiento generalizado de carne, pollo, huevos, harina de trigo, papas, aceite, lentejas, queso, leche en polvo, levadura, arvejas, etc.

5.2. La gestión de los alimentos

En lo que respecta al ingreso de los alimentos que no están garantizados por las empresas tercerizadas y que deben ser elaborados en la cocina de las unidades, son recibidos por lo que se denomina “comisión receptora de mercadería”, encargada de constatar que lo ingresado coincida con los remitos.

En las unidades 37 Barker, 2 Sierra Chica, 17 Urdampilleta y 15 Batán se negaron a informar a la CPM el nombre de las empresas distribuidoras de alimentos, y se impidió el acceso a una copia de los remitos (en las tres primeras unidades la comisión está conformada por directivos).

Los faltantes informados con mayor regularidad en las unidades penitenciarias fueron carne vacuna, pollo, vegetales A, B y C, frutas A y B, aceite y sal. Según lo expresado por el jefe de depósito de la UP 2, “por decisión de Jefatura hace un mes que la carne vacuna es reemplazada por carne de pollo” (entrevista UP 2, 29/08/2019).

En cuanto a los lugares de conservación de alimentos, se observaron depósitos y cámaras frigoríficas desabastecidas que no cumplen con las condiciones de seguridad e higiene estipuladas. En lo que respecta a la conservación de carnes, verduras y frutas, no existen criterios estandarizados por el SPB, dando cuenta de que estas áreas sensibles están a cargo de personal que no cuenta con la

109 “Constatación Jurisdiccional en Turno – Cárceles Régimen Cerrado del Departamento Judicial de La Plata – Derecho a la Alimentación – Artículo 25 inciso 3° código Procedimientos Penales Bs. As. en causa 11801”.

formación adecuada y dependen exclusivamente de la predisposición individual.

No hay control sobre la distribución del servicio alimentario, lo que favorece la discrecionalidad; según señalan los encargados de cocina, se estima que las porciones que se distribuyen ronda entre los 350 y 380 gramos diarios.

Habitualmente las cocinas funcionan en dos turnos de 4 horas cada uno. Muchas personas detenidas que trabajan en este sector no están registradas formalmente; esto afecta en la percepción del peculio y en la evaluación para el otorgamiento de los derechos o beneficios procesales. Cabe agregar que estas personas no reciben formación alguna para la correcta manipulación de alimentos ni para la cocción, y tampoco se les brindan elementos de seguridad e higiene.

El *rancho* se distribuye en ollas o bandejas. En algunas unidades cuentan con carros que se trasladan hacia los pabellones (como es el caso de la 2 de Sierra Chica, con un sistema de vías interno). Una vez allí, los *referentes* del pabellón organizan la distribución interna, y entregan los alimentos a las personas en cada plato o recipiente. Lo que busca esta lógica es profundizar los mecanismos de gobernabilidad del SPB, otorgando una cierta legitimidad del “orden del pabellón” a personas que en algunas oportunidades son elegidas como representantes por las personas alojadas y en otras son seleccionadas por el SPB. Este rol responde a una funcionalidad específica según la unidad penitenciaria, el pabellón o las características personales, pero principalmente en función del gobierno penitenciario.

Dentro de las celdas, las personas detenidas comen a escasos centímetros de la letrina, en ambientes signados por el hacinamiento y el amontonamiento de elementos personales y sin condiciones higiénicas adecuadas. Es común ver cucarachas en las paredes, el piso o sobre los elementos donde después se sirven los alimentos, como también excremento de roedores.

Aduciendo normas de seguridad, en algunas unidades el SPB no permite la posesión de cubiertos, ni siquiera de plástico, por lo que las personas alojadas (por ejemplo, en sectores de aislamiento extremo) deben ingerir los alimentos con las manos: “Ni los perros comen así. Sí, muchas cometimos errores, pero así no comen ni los animales; a veces hasta tenemos que sacar pelos y restos de basura también” (entrevista UP 51, 15/04/2019). Estos mecanismos generan padecimiento psíquico y profundizan el proceso de cosificación y deshumanización que provoca el encierro.

A raíz de las entrevistas realizadas durante 2019, se denunciaron 376 hechos de falta o deficiente alimentación, sea por su escasa cantidad, su mala calidad o su estado (alimentos crudos o podridos). Las unidades 2 de Sierra Chica, 1 de Olmos, 30 de Alvear, 17 de Urdampilleta y 28 de Magdalena fueron donde más hechos se constataron. Se trata de unidades con elevados índices de sobrepoblación y hacinamiento, y varias están ubicadas en el interior provincial a cientos de kilómetros de distancia de los domicilios familiares.

Se denunciaron también ante la CPM 99 hechos de faltante de dietas especiales, indicadas por el personal de salud para patologías determinadas: HIV, diabetes, hipertensión, problemas gástricos y personas desdentadas, como también otras situaciones que requieren dietas hipocalóricas o hipercalóricas. Cada unidad penitenciaria debe gestionar de manera interna su abastecimiento, disponiendo medidas internas tales como la entrega de alimentos crudos o la doble ración.

Aquí nuevamente se pone en juego el rol de los familiares, que intentan mitigar al menos una parte de esta desprovisión.

5.3. Reciclar y reutilizar el *rancho* para sobrevivir

Como se expresó anteriormente, los alimentos elaborados y entregados por el SPB no son aptos para el consumo pero las personas detenidas despliegan diferentes estrategias para poder consumirlos. Es habitual que se retiren trozos de verduras y de huesos o carne, y luego de un lavado se vuelvan a cocinar agregando lo que algún familiar pudo compartir en la visita o “lo que se pudo rescatar”. La escasez de alimentos produce que en cada pabellón funcionen pequeñas ollas populares: cada persona aporta lo que obtuvo para calmar el hambre. A veces, conocidos/as de otros pabellones hacen llegar un paquete de fideos, arroz o papas.

Otro efecto es el intercambio, que puede ser desventajoso: para conseguir alimentos, deben entregar indumentaria u otros elementos. En el SAC de la UP 1 se entrevistó a una persona que cambió unas zapatillas por una bolsa de fideos; en la UP 23 de Varela, en el sector de *leonerías*, debían cambiar con otras personas detenidas remeras, pantalones o zapatillas a cambio de alimentos. Por otro lado, lo que en algunos momentos se desarrolla como un intercambio en otros puede no serlo, ya que los objetos son sustraídos, rotos, o se da en una relación de extrema desigualdad en la cual la entrega es a cambio de *protección*. Estos intercambios se encuentran mediados por situaciones de violencia y se basan en la escasez de los recursos.

El hambre en las unidades penitenciarias es generalizado, y son los/las familiares y referentes afectivos quienes garantizan buena parte de la alimentación, lidiando con las restricciones arbitrarias y cambiantes impuestas por el SPB para el ingreso de alimentos.

Durante la huelga de hambre de diciembre de 2019¹¹⁰, quedó en evidencia cómo el sistema penitenciario depende en gran medida de la comunidad en general y principalmente de familiares de detenidos/as para la alimentación de los presos. Fue cuando se dispuso e incentivó a que las familias depositen alimentos, ampliando los días y horarios para tal fin, porque los depósitos y cocinas de la gran mayoría de las unidades se encontraban vacíos y/o con faltantes. Esto ocurrió en un contexto económico general atravesado por el empeoramiento de los indicadores sociales y el aumento del costo de vida. Así, se sometió a los sectores más vulnerados, en particular a familiares de detenidos/as, a una situación desesperante: en sus hogares se acrecentaba la escasez de alimentos al tiempo que aumentaba la necesidad y la urgencia de garantizar alimentos en la cárcel. En una inspección realizada en la Unidad 9 de La Plata, entrevistamos a Marcelo Lonardi, quien expresó: “Como yo tengo VIH me dieron un paquete de leche los del SPB, pero yo lo guardé y en la visita se lo voy a dar a mi esposa porque mis hijos no tienen para comer afuera” (entrevista UP 9, 12/03/2019).

La combinación entre el incremento de la tasa de encarcelamiento y de la canasta básica repercute severamente dentro de las cárceles: expone la falta de adecuación del presupuesto en materia de alimentos; la ausencia de una estructura eficaz que planifique, regule y controle el funcionamiento del servicio de alimentos (en unidades que cuentan con catering y en las que la elaboración de alimentos está a cargo del propio SPB); y la falta de personal capacitado e idóneo para desarrollar tareas esenciales.

Durante la gestión de María Eugenia Vidal, el aumento de la población carcelaria se dio en paralelo con el desabastecimiento de alimentos, lo que implicó más hambre y una transferencia de los costos de la alimentación hacia las familias de las personas detenidas. En las inspecciones se observó, en

¹¹⁰ Ver el próximo capítulo.

general, que los depósitos estaban vacíos, con faltante de varios rubros o con alimentos en estado de descomposición. Y en las entrevistas las personas detenidas expresaron estar pasando hambre. Este no es un problema nuevo. Hace más de 15 años que la CPM viene denunciando el hambre en las cárceles como una de las formas que asume la tortura penitenciaria sistemática.



6. La huelga de hambre

6.1. El cuerpo como forma de protesta y objeto de represión

El sistema penal establece a las cárceles como los lugares en donde se deben cumplir las penas de privación de libertad ambulatoria por la comisión de un delito establecido en el código penal. Sin embargo, los agravantes a las condiciones de detención denunciados se transforman en torturas y tratos crueles, inhumanos y degradantes, mediante una práctica sistemática que establece un *vivir* cotidiano privado de derechos.

Los regímenes de vida carcelaria implican, además de afectación de la dignidad, la falta de atención de la salud integral, la restricción de la libertad de aprender, trabajar, desarrollarse como ser humano, alimentarse, mantener contacto o comunicación telefónica con sus vínculos familiares, falta de información adecuada sobre el proceso penal. En ese contexto, también se limita la libertad de expresión, de manifestar ideas, de reclamar por el cumplimiento de derechos. Esto deja a las personas detenidas tan limitadas en su campo de acción que recurren a métodos que atentan sobre el único recurso disponible: el propio cuerpo.

Las autolesiones¹¹¹ son formas recurrentes de reclamar: coserse la boca, tragarse objetos cortopunzantes, cortarse en distintas partes del cuerpo y también hacer una huelga de hambre. En diciembre de 2019, alrededor de 7.300 personas detenidas en 31 cárceles y alcaidías de la provincia de Buenos Aires realizaron una huelga de hambre reclamando el cumplimiento de sus derechos. Esto significa que la medida fue sostenida por el 16% de las personas detenidas y que se expandió por casi la mitad de los establecimientos, en algunos con adhesión total. La medida se inició el 5 de diciembre y finalizó entre el 12 y el 18 del mismo mes¹¹².

6.1.1. La censura: antes y durante

A principios de noviembre de 2019, se anunció el inicio de una huelga de hambre generalizada en todas las unidades que comenzaría a partir del 5 de diciembre. La CPM, en su carácter de Mecanismo Local de Prevención de la Tortura (MLPT), llevó adelante un plan de inspecciones de emergencias

¹¹¹ Ver capítulo 4 en esta sección.

¹¹² Este capítulo se construyó con información recolectada durante la huelga, a partir de diferentes fuentes: inspecciones a lugares de detención, recepción de denuncias de familiares y detenidos, información suministrada por el SPB y el Poder Judicial.

para realizar un seguimiento de las medidas. Se realizaron inspecciones a fin de entrevistar a las personas y constatar las condiciones de detención, y se mantuvieron comunicaciones frecuentes con los familiares y autoridades sanitarias y penitenciarias. Además de las condiciones de detención ya señaladas, un aspecto distintivo de la medida fueron los diferentes mecanismos o *aprietes* utilizados por el SPB con el propósito de censurar las expresiones de protesta.

En la UP 9 La Plata, dos días antes del inicio de la huelga, los detenidos comenzaron a ser llamados a audiencia por las autoridades, jefe, subjefe y director del penal. La audiencia tenía por objeto que cada uno manifestara los motivos de la huelga de hambre y si personalmente estaba a favor o en contra. Al momento de la inspección, las autoridades del penal habían entrevistado a la mitad de un pabellón, informando al organismo que sólo cinco de 19 personas se manifestarían bajo la modalidad colectiva de huelga de hambre. Sin embargo, durante las entrevistas los detenidos manifestaron que “cuando se preguntó qué celdas iban a iniciar huelga, lo que sucedió es que la mayoría se quedaron callados”, dejando al descubierto la forma sutil pero efectiva de censura.

En la UP 1 Olmos, el 5 de diciembre los detenidos manifestaron que, por disposición del SPB, no se permitía a los referentes de los diferentes pabellones dialogar o informar sobre el petitorio general de la huelga de hambre, motivo por el cual había pabellones que no se habían adherido a la medida. Cinco días después de iniciada, los referentes de todos los pabellones en huelga describieron cómo los amedrentaba el SPB para que depusieran la medida: duplicaron la cantidad de requisas y aumentaron su duración. Pasaron de tener dos requisas diarias a un promedio de seis al día, durante las cuales los alentaban a desistir la medida y los amenazaban con trasladarlos a otras unidades o con la suspensión de las visitas familiares. Estos hechos fueron denunciados por los detenidos el mismo día de la inspección ante el Juzgado de Ejecución Penal 2 de La Plata, a cargo de José Villafañe.

Como ejemplo expreso de la censura, las 26 personas alojadas en el pabellón 2.4 de la UP 1, el día que iniciaron la huelga colgaron una bandera de protesta al ingreso del pabellón manifestando su adhesión, que debieron retirar poco después debido a las amenazas penitenciarias. En otro caso, los intentos por evitar la adhesión a la huelga tuvieron otras modalidades: en el UP 35 Magdalena (pabellón 16) los detenidos relataron a la CPM que, previo a adoptar la medida de protesta, el SPB les ofreció levantar la sanción de aislamiento colectivo si no se adherían. Cabe destacar que las sanciones colectivas de aislamiento se encuentran prohibidas, porque implica el encierro de las personas en sus propias celdas durante las 24 horas del día; llevaban ya 12 días de aislamiento extremo y adherirse a la huelga de hambre implicaba la continuidad de este régimen de vida por tiempo indeterminado.

6.2. El relato, los reclamos y las solicitudes

El 3 de diciembre la CPM realizó la primera inspección al complejo penitenciario San Martín, en el marco de la huelga de hambre anunciada. Se había tomado conocimiento de que se iniciaría el día 5, en reclamo por la violación sistemática de derechos humanos provocada por el hacinamiento, las graves condiciones materiales, el régimen de vida, y particularmente por la inadecuada alimentación y la falta de acceso a la justicia. Esto último se traduce en un déficit de información sobre cuestiones procesales por falta de comunicación con los operadores judiciales y la nula aplicación de los institutos procesales en las resoluciones judiciales.

Otra de las unidades inspeccionadas antes del inicio formal de la huelga fue la UP 1, el 4 de diciembre. Los detenidos manifestaron que el día anterior se habían reunido la mayoría de los referentes de los pabellones con el director, donde le manifestaron el acuerdo de realizar una huelga de hambre pacífica, planteando sus reclamos de la siguiente manera:

...Contra la sobrepoblación, el hacinamiento, el hambre dentro de las cárceles; por que las decisiones judiciales respeten los estándares y pautas de los tratados internacionales, se promuevan medidas alternativas a la prisión preventiva, se revea la construcción de los informes criminológicos y la conmutación de la pena, y se derogue el paquete de leyes llamado “leyes Blumberg” (extracto de comunicado entregado durante la inspección).

Durante el periodo de la huelga de hambre se realizaron 21 inspecciones, manteniendo entrevistas con personas detenidas que daban cuenta de sus planteos de manera clara: derecho a la vida, a la integridad psicofísica, a no ser torturados, a la salud, a la educación, al trabajo, al acceso a la justicia, a la información. En definitiva, garantías constitucionales y derechos humanos reconocidos por los tratados internacionales y por el Estado nacional y el provincial.

Además de expresar los reclamos, en el marco de la huelga de hambre produjeron gran cantidad de escritos contruidos colectivamente que fueron entregados a la CPM para ser remitidos principalmente al Poder Judicial. En ellos expresaban los motivos de la huelga y un petitorio de medidas. En algunas unidades las personas detenidas entregaban estos petitorios a las autoridades del penal para que informen a los juzgados en turno, como en este caso de la UP 51, donde se inició la medida:

UP 51 Magdalena

El 4 de diciembre el Juzgado de Ejecución Penal N° 2 de La Plata informó a la CPM que, por medio de las autoridades de la UP 51, tomó conocimiento del inicio de huelga de hambre de 61 mujeres alojadas en planta alta; presentando un habeas corpus ante su judicatura, con diversas denuncias y pedidos, principalmente: falta de atención médica, faltante de insumos y medicamentos, faltante de elementos de higiene, condiciones materiales y colchones¹¹³.

Una de las mayores preocupaciones, y por ende la primera solicitud, era justamente que se respetara el derecho a manifestarse pacífica, voluntaria y libremente sin recibir represalias. Los principales motivos de protesta fueron: las consecuencias del hacinamiento producto de la sobrepoblación, lo que definieron como la “sistemática violación al debido proceso penal” haciendo referencia a: la falta de contacto con los operadores judiciales, el no acceso a la información de su situación procesal, el fundamento de informes criminológicos arbitrarios y deficientes como casi exclusivo argumento judicial para el otorgamiento de los derechos procesales establecidos por la ley de ejecución penal, la demora en la tramitación de las causas y la falta de respuesta en general sobre solicitudes planteadas por las personas detenidas a sus juzgados y defensores, en cuanto a atención de salud, acceso a la educación, traslado por acercamiento familiar.

En relación al hacinamiento, los reclamos incluían la falta de alimentos y la mala calidad de comida que reciben por parte del Estado, así como condiciones materiales de detención deplorables: paredes y techos con falta de mantenimiento, problemas con el acceso al agua potable, sistema eléctrico precario que genera riesgos de vida, inadecuada ventilación y calefacción, cloacas desbordadas, roedores e insectos, malos olores, suciedad, humedad, putrefacción. Respecto a las condiciones sanitarias, se reclamaba por la falta de insumos de limpieza, de higiene personal, de medicación y

¹¹³ Incidente de ejecución 11.936 “Mujeres Privadas de libertad - cárcel N° 51 s/ habeas Corpus Colectivo”.

de personal para la atención médica.

Por otro lado, solicitaban la constitución de una mesa de diálogo que involucrara a los tres poderes del Estado, organizaciones no gubernamentales, actores interesados en la materia, referentes de los centros universitarios y otras personas privadas de la libertad de los diferentes complejos.

En definitiva, el desarrollo de la huelga de hambre y sus motivaciones dejan al descubierto la dramática situación en la que se encuentra el sistema penal (atravesado por factores que no son nuevos) y que la falta o empobrecimiento de las políticas públicas han exacerbado, dando como resultado la violación sistemática de los derechos humanos y la necesidad de recurrir a medidas extremas para su denuncia.

6.3. El contexto de la huelga de hambre, el origen de la protesta

6.3.1. Sobrepoblación y condiciones materiales de detención: la privación de derechos

La cantidad de personas detenidas en cárceles y alcaidías del SPB ha ido en aumento: 45.000 en diciembre de 2019¹¹⁴, un 118 % de sobrepoblación. A la par, la infraestructura carcelaria se deteriora estructural y funcionalmente provocando condiciones inhumanas de detención.

El hacinamiento se traduce en el colapso permanente en términos de espacio y de recursos. Por un lado, la utilización de espacios no aptos para el alojamiento de detenidos y la convivencia de muchas personas en celdas de dimensiones pequeñas construidas para alojamiento individual. Por otro, el deficiente suministro de agua, de electricidad, de insumos y la falta de personal de salud. Todas las unidades inspeccionadas entre el 3 y el 9 de diciembre superaban la capacidad informada por las autoridades.

114 Ver capítulo sobre la política criminal.

Tabla 1. Unidades sobrepobladas, inspeccionadas durante la huelga de hambre, diciembre 2019

Unidad	Fecha de inspección	Personas detenidas	Capacidad informada	Capacidad original
Alcaldía San Martín	03/12/2019	210	78	78
UP 48	03/12/2019	1.080	522	336
UP 9	03/12/2019	1.880	1.450	874
UP 24	04/12/2019	1.552	980	644
UP 1	04/12/2019	2.064	2096	1056
UP 26	04/12/2019	473	306	172
UP 25	04/12/2019	220	206	214
UP 51	06/12/2019	229	226	132
UP 28	06/12/2019	1.575	880	482
UP 36	06/12/2019	756	684	384
UP 35	06/12/2019	1.580	780	624
UP 23	06/12/2019	1.111	976	358
UP 31	06/12/2019	1.041	450	287
UP 6	06/12/2019	961	522	188
UP 21	09/12/2019	1.257	716	590

Fuente: CPM en base a los registros de inspecciones.

La capacidad edilicia informada por las autoridades penitenciarias equivale a multiplicar camastros en celdas ya existentes, es decir que no amplían su espacio sino la densidad ocupacional. Dicha cifra crece permanentemente sin explicitarse criterios o estándares tenidos en cuenta para considerarlas y siempre es mayor que la comunicada en la inspección anterior; a modo de ejemplo: en las celdas unicelulares de la alcaldía San Martín había hasta cuatro personas. Para formalizar esta situación el Ministerio de Justicia, mediante acto administrativo, las había convertido en celdas colectivas y había construido camastros tipo cuchetas.

Si en cambio se toma la capacidad original (es válido debido a que en esas unidades no se registran reformas sustanciales que la hubieran ampliado), todas las unidades inspeccionadas durante los días de la huelga se encontraban sobrepobladas, con un promedio de 165%.

Este nivel de hacinamiento se agrava por las deficientes condiciones materiales de las unidades denunciadas por la CPM año tras año en sus informes y en el marco de litigios judiciales. Todas las acciones colectivas, y la mayoría de las acciones individuales sobre agravamientos de las condiciones de detención, involucran la denuncia de malas condiciones materiales. Como hemos señalado (CPM, 2018: 198), no se reducen a las cuestiones edilicias —ya sea la antigüedad de las instalaciones o la falta de mantenimiento— sino que incluyen el acceso a servicios básicos como la electricidad, el agua potable, el gas, la comunicación y la higiene.

En agosto de 2019 se constató que en el SAC¹¹⁵ de la UP 2 Sierra Chica ninguna de las celdas poseía canilla ni suministro de agua. Tampoco tenían lámparas, por lo cual alrededor de las 17 hs la mayoría de las personas quedaban en la oscuridad total. El pabellón 11b presentaba un estado deplorable: faltantes de pintura, falta de revoque, arreglos muy precarios en paredes y mal estado del mobiliario (camastro, pileta y letrina de cemento). La mayoría de las letrinas estaban tapadas y había que colocar botellas plásticas para impedir el ingreso de ratas. En varias celdas la canilla no funcionaba o no existía; la instalación eléctrica consistía en cables colgando desde una caja hexagonal embutida en la pared a unos 3 metros del suelo sobre la puerta; allí las personas conectan mediante cables pelados portalámparas, TV o equipos de música.

Los espacios comunes de la UP 17 de Urdampilleta (pasillos, patio y sector de duchas en los sectores de SAC y admisión) estaban en muy malas condiciones. Se observó mucha suciedad en el patio externo: las cloacas no tenían tapa y emanaban olores nauseabundos. Al pasillo no ingresaba luz solar y la única luz era provista por un solo tubo fluorescente pequeño y gastado. En el sector de duchas había 6 caños recortados casi al ras de la pared¹¹⁶, de los que brotaba el agua en grandes cantidades y de forma constante. El piso estaba colmado de agua estancada. El lugar estaba a oscuras, con presencia de hongos y moscas.

Las condiciones descriptas a modo de ejemplo explican en parte el hastío y desesperación que provocan medidas en pos del respeto por la dignidad humana y los derechos básicos. En todas las unidades inspeccionadas se constataron las situaciones denunciadas en los petitorios por las personas detenidas.

6.3.2. El acceso a la justicia

Durante las inspecciones realizadas en el marco de la huelga de hambre, en la mayoría de las entrevistas sostenidas con personas detenidas se nos entregaron petitorios para hacerlos llegar a los juzgados de turno, lo cual en sí mismo refleja la distancia entre los detenidos y sus jueces. La CPM presentó 9 acciones colectivas —habeas corpus e informes— ante órganos judiciales entre el 5 y el 12 de diciembre.

La ausencia del Poder Judicial en las unidades penales y la falta de observancia sobre el cumplimiento de las garantías constitucionales, fue un reclamo central durante la huelga de hambre. Las decisiones judiciales —o la falta de ellas— influye decididamente en la vida cotidiana de las personas detenidas. Los reclamos referían a la demora en la resolución de causas judiciales, la falta de contacto con defensores y jueces naturales, la dificultad para conocer información actualizada del estado de sus causas, y la continua negativa para el otorgamiento de derechos procesales, supeditados a requisitos de difícil o imposible cumplimiento dentro del sistema carcelario bonaerense, como estudiar y trabajar¹¹⁷.

115 Sector de aislamiento denominado formalmente “separación del área de convivencia”.

116 En la mayoría de las unidades inspeccionadas las duchas no poseen grifería, se componen de los caños de la instalación cortados al ras de la pared o sobresaliendo unos centímetros y una llave de paso que solo sirve para abrir y cerrar, sin posibilidad de regular la cantidad y temperatura del agua.

117 A modo de ejemplo se presenta lo relevado en la UP 15 Batán. Durante la inspección en diciembre de 2019 se nos informó que la población ascendía a 1.419 personas, de las cuales solo 115 (8%) participaban de emprendimientos productivos (fábrica de bloques, envases, mangueras, pan rallado y ladrillos). En relación a la escolaridad, la educación primaria de adultos —brindada por la Escuela 734 en tres turnos— contaba con 174 alumnos, la educación secundaria técnica —Escuela 3— con 34, el bachillerato —CENS 470, en tres turnos— con 270, y la carrera universitaria de derecho —UNMdP— con 25 inscriptos. Sumados, el 35% de la población de la unidad accedía a instancias educativas.

En las entrevistas se escuchan frases tales como “no conozco a mi defensor”, “estoy pasado para los beneficios”¹¹⁸, “no sé qué pasa con mi causa”, “me negaron todo”; dando cuenta de la disconformidad frente a la actuación de quienes los tienen a cargo: sus jueces y defensores.

“Hace más de dos años que estoy procesado, y hace seis meses que no sé nada de mi causa, no sé qué defensor me toca, y me dicen que ya estoy pasado de los tiempos, pero no entiendo”.

“Ayer me informaron que me negaban la libertad condicional, estoy hace cuatro años, me dieron 4 años y tres meses, es la primera vez que estoy detenido, y no sé mucho; me rechazaron porque no voy a la escuela ni trabajo, y acá no te dan carné (credencial) para trabajar, y hace tres años que estoy en lista de espera para poder ir a la escuela”.

“La última vez me negaron la libertad porque la psicóloga de acá dijo que no soy apto, me vio 5 minutos ahí afuera (pasillo) y dijo que no era apto”.

En el año 2019, desde la CPM se solicitaron gran cantidad de comparendos con jueces y defensores, principalmente a fin de conocer su situación procesal y por no haber podido establecerse contacto. Ello da cuenta de la falta de acceso a la información judicial y el estado de indefensión que se traduce en prácticas de denegación de justicia: falta de escucha hacia las personas privadas de libertad, demoras en la tramitación de las causas, falta de contacto entre los operadores judiciales y las personas a disposición de la justicia, negativa sistemática de beneficios procesales, entre otros. En definitiva, por eso el acceso a la justicia fue uno de los principales reclamos de la huelga de hambre.

6.3.3. Impedimento del vínculo familiar

Otro padecimiento denunciado por las personas detenidas fue el impedimento de contacto familiar. Muchas de las unidades penales son poco accesibles para las familias de los detenidos, considerando las distancias y la falta de transporte público, en varios casos. La necesidad de hacer largas colas para el ingreso implica además que la familia debe asegurarse de estar horas —a veces de madrugada— esperando a la intemperie. Por esta razón son recurrentes (sostenidos en el marco de la huelga de hambre) los pedidos de traslado por acercamiento familiar; en 2019 la CPM recibió 2.250 denuncias por afectación del vínculo familiar. El sistema de encierro bonaerense tiene miles de plazas en el interior provincial, cuando la mayor parte de la población detenida reside en el Conurbano. El alejamiento geográfico no sólo incumple el principio de alojamiento de las personas en cárceles que se encuentren cercanas a su domicilio, sino que además aumenta los costos que deben afrontar las familias para mantener los vínculos.

Ir a la visita implica llevar alimentos, elementos de higiene personal, productos de limpieza, ropa, abrigo, medicamentos. Durante los últimos años, el aumento del costo de vida¹¹⁹ tuvo su impacto hacia adentro de los muros, sobre todo en aquellas unidades incluidas dentro del circuito campo¹²⁰ donde cada vez más detenidos denuncian la interrupción de los vínculos afectivos por cuestiones económicas, y padecimiento de hambre, ya que la provisión alimentaria del Estado es insuficiente.

118 Refiriéndose a encontrarse en término procesal para solicitar y acceder a un derecho o “beneficio” procesal, sin que haya sido tramitado.

119 Según el INDEC, entre abril 2016 y abril 2019 el costo de la canasta básica total se incrementó un 160%.

120 Ver CPM (2018: 192).

6.4. El derecho a la alimentación y la gestión deficiente

Si bien la falta de alimentación apropiada y suficiente es un problema de larga data dentro del sistema, el contexto electoral de 2019 tuvo repercusiones específicas sobre el problema, colaborando a los reclamos en la huelga de hambre.

Luego de las elecciones PASO, el Estado provincial interrumpió el pago a las empresas proveedoras de insumos alimenticios; esto tuvo efectos inmediatos: en las inspecciones realizadas desde entonces (unidades 1, 2, 8, 15, 17, 23, 28, 30, 33, 37, 43, 44, 45, 46, 50, 51 y 52) se constató un padecimiento generalizado de hambre, lo que fue denunciado ante el Ministerio de Justicia:

En las cárceles inspeccionadas, sobre todo en los últimos dos meses, pudimos relevar faltante de carne vacuna. (...) detectamos entre los rubros faltantes de alimentos, los insumos necesarios para la confección de dietas gástricas, hepáticas, hipocalóricas, hipercalóricas, desdentados, HIV y diabéticos, por lo que no se están cubriendo las mismas, afectando a la salud de las personas privadas de la libertad. De las entrevistas realizadas a las personas privadas de la libertad en las inspecciones mencionadas se constató que los alimentos que ingresan a los pabellones son insuficientes, de escasa variedad, en general hidratos de carbono, crudos o en estado de descomposición, por lo que en muy pocas oportunidades pueden ingerirlos. En general en las Unidades Penales, los detenidos se alimentan con comidas llamadas “rancho”, que son elaboradas por ellos en función de la mala calidad de la comida provista por las autoridades. La entrega consiste en arroz y/o fideos, pasados de cocción, con salsas de tomates sin cocinar y con trozos de hueso y grasa. Las personas detenidas intentan reelaborar estos alimentos, lavándolos y re cocinando. A esto se suman los alimentos provistos por las familias (extracto de nota CPM 1547 al Ministerio de Justicia, 3/12/2019).

Dicha situación fue también advertida por algunos órganos del Poder Judicial. En el Juzgado de Ejecución N° 2 de La Plata, a cargo de José Villafañe, tramitó una acción iniciada por el propio magistrado que tuvo su primera sentencia en octubre de 2019:

Librar oficio a los titulares del Ministerio de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, del Servicio Penitenciario de la Provincia de Buenos Aires, de la Dirección General de Administración del Servicio Penitenciario Bonaerense a efectos de ordenar que, en el marco de sus competencias, y en forma inmediata, adopten las medidas necesarias para la existencia, disposición y aprovisionamiento indispensable, continuo y permanente de enseres, productos y alimentos que aseguren el derecho constitucional de la alimentación de las personas privadas de libertad alojadas en los establecimientos penitenciarios correspondientes al Departamento Judicial de La Plata (especialmente en lo que respecta al abastecimiento de carne vacuna y carne de ave)¹²¹.

El 3 de diciembre, en la misma causa judicial y a punto de iniciarse formalmente la huelga de hambre, se constató nuevamente la falta de provisión de alimentos. El incumplimiento de lo ordenado en la sentencia anterior llevó al magistrado a resolver en el mismo sentido:

...bajo apercibimiento de aplicar sanciones pecuniarias compulsivas y progresivas a los máximos funcionarios responsables de dicha manda, y de denunciar penalmente el incumplimiento de la presente resolución.

121 Causa 11.801 “Constatación jurisdiccional en turno - cárceles régimen cerrado del Dpto. judicial La Plata- Derecho a la alimentación - Art. 25 inc. 3 CPPBA”.

En el mismo mes de octubre, operadores judiciales y autoridades penitenciarias de las unidades del interior (denominado circuito campo) denunciaban que la mercadería no estaba llegando. Durante una inspección ocular, en relación a la situación de crisis alimentaria y los rumores del inicio de la huelga de hambre, una operadora judicial concluyó: “si seguimos así, no llegamos a diciembre”. Las personas detenidas llevaban dos meses sin comer. En estas unidades la situación es mucho más dramática toda vez que, por la distancia y difícil acceso para las familias, los detenidos dependen de los alimentos que brinda el SPB.

En el marco de las inspecciones realizadas por la huelga de hambre, se constató la falta de mercadería e insumos en todas las unidades recorridas. Se entrevistó a empleados de la empresa proveedora Cook Master, quienes transmitieron que debido a la falta de pago a partir de noviembre dejarían de repartir carne vacuna y pollo. Sumado a las faltantes previas, esta situación fue un punto de inflexión.

Durante la inspección en el complejo San Martín el 3 de diciembre, los empleados de la empresa manifestaron en diciembre la implementación de una “complementación proteica” para el “menú de emergencia”, con los alimentos que tenían disponibles en ese momento: huevo, queso, papa, zanahorias, batatas, repollo, legumbres, arroz y fideos. El impacto de la modificación de las viandas también se trasladó a las dietas especiales requeridas por enfermedades.

Un día después, en las entrevistas sostenidas en la UP 24 de Florencio Varela con autoridades de Cook Master, además de informar que la empresa registraba falta de pago desde el mes de octubre, alegaron que desde 2018 no se realizaba una nueva concesión y que en la actualidad el servicio continuaba mediante una prórroga. Para ejemplificar, refirieron que “según la concesión realizada en 2017, el costo diario de la alimentación correspondía a \$120 para cuatro comidas por día; actualmente, es de \$300”. Por último, destacaron que no tenían interlocutor con el Estado¹²².

6.5. Medidas adoptadas por el Estado frente a la huelga

6.5.1. Medidas tomadas en las unidades

Durante la medida de protesta, las personas detenidas entrevistadas hicieron hincapié en que se trataba de una medida pacífica. La primera medida penitenciaria en todas las unidades penales fue la del régimen de vida: las personas adheridas a la huelga de hambre permanecieron en aislamiento individual o colectivo durante las 24 horas del día, dependiendo de las características del lugar de alojamiento y la sobrepoblación de la unidad. Según lo informado por el Ministerio de Justicia, esto se encuentra avalado en una circular de la Jefatura del SPB fechada el 20/12/2007:

En caso de producirse una huelga de hambre generalizada, adoptarán las medidas que a continuación se detallan con el fin de restringir al mínimo indispensable todo tipo de actividad de los internos fuera del ámbito de su celda o pabellón.

El aislamiento prolongado es un trato cruel, inhumano y degradante con impacto negativo en todos los aspectos de la persona, y genera deterioro físico y psicológico.

Las personas entrevistadas relataron que desde el inicio de la huelga pasan las 24 horas

122 Según información proporcionada por el Ministerio de Justicia, Cook Master (CUIT 30-70821436-8) provee a las unidades 9, 21, 23, 24, 31, 32, 36, 41, 42, 46, 47, 48, 54 y a las alcaldías Virrey del Pino, Malvinas Argentinas, José C. Paz, San Martín y La Plata I. Por otra parte, la empresa “Servicios Integrales” (CUIT 30-69559556-1) provee a la UP 51; la empresa Belclau (CUIT 30-70165597-0) a las alcaldías La Plata II, La Plata III y Avellaneda; y la Compañía Integral de Alimentos (CUIT 33-58648427-9) a las unidades 28, 35, 39, 40, 43 y la alcaldía Lomas de Zamora.

del día encerradas dentro de sus celdas. Ni siquiera les abren las celdas para ducharse. La modificación del régimen de vida hizo que las familias tengan mayores dificultades para ingresar a la unidad, y solamente les permiten el paso a familiares directos de las personas detenidas que no estén adheridas a la huelga, ya que las otras no tienen permitido recibir visitas. Al momento de la inspección, los entrevistados se encontraban incomunicados hacía 4 días, imposibilitados de recibir y realizar llamadas telefónicas (relato de campo, inspección a la UP 23 de Florencio Varela).

En las unidades donde se llevó a cabo la huelga de hambre, se limitaron las visitas familiares. Esto implicó una restricción de elementos para la higiene personal, de productos para la limpieza de la celda y de medicamentos. En algunos casos se suspendieron y en otros se redujeron a personas adultas y familiares directos. También suspendieron actividades laborales, educativas o recreativas. Además de no comer, no veían el sol ni respiraban aire fresco: permanecían en celdas de tamaño reducido, oscuras, húmedas, con suciedad y olores nauseabundos, como parte del “protocolo de huelga de hambre” aplicado por el SPB. Otra medida adoptada fue el retiro de todos los insumos alimenticios que había en los pabellones y el impedimento de acceder al sector de duchas.

En la UP 51 Magdalena, por ejemplo, se dispuso aislamiento o *engome*¹²³ para todas las mujeres adheridas a la huelga de hambre. Solo podían salir de la celda 20 minutos al día, para hablar por teléfono o ducharse. Al mismo tiempo, les retiraron todos los alimentos y dejaron de entregar la medicación psiquiátrica a aquellas que la tenían prescrita. Para aquellas mujeres que no se habían adherido, también se modificó el régimen de vida: no se les permitía tener alimentos, y para almorzar y cenar eran trasladadas al SUM de visitas.

De acuerdo al discurso sostenido por los agentes del SPB entrevistados en distintas unidades, la decisión de estar en huelga de hambre implica que obligatoriamente deben realizarse requisas y retirar todos los alimentos, incluso los provistos por las familias (que al finalizar la medida en general tampoco devuelven). En cuanto a las requisas, aumentaron en los pabellones adheridos.

Además de no estar fundadas en ninguna normativa, estas medidas no abonan a la resolución de los problemas que generaron la huelga; por el contrario, generan condiciones para el despliegue de la violencia.

6.5.2. Protocolo de salud penitenciaria

La Dirección Provincial de Salud Penitenciaria (DPSP) cumple un rol fundamental en la vida carcelaria: tiene a cargo las áreas de sanidad de las unidades penales y, por ende, la distribución tanto de recursos materiales como de personal sanitario para garantizar el derecho a la salud de las personas privadas de libertad. Como dijimos al comienzo, la falta de acceso a la salud fue otro de los reclamos de la huelga, falta de insumos y personal, y la modalidad de atención¹²⁴. En este punto, analizaremos las medidas adoptadas por la DPSP y los profesionales de la salud que se encuentran en las unidades.

Al inicio de la huelga no se registró una orden o protocolo formal para proceder. Sin embargo, se utilizaron (aunque de manera deficiente) lineamientos básicos que se aplican en todas las

123 Palabra utilizada para referirse al encierro dentro de la celda.

124 Ver capítulo 2 de esta sección.

huelgas de hambre: control de pesaje¹²⁵ y signos vitales¹²⁶; para garantizar la salud integral, resultan insuficientes.

Una semana después se entrevistó al médico de guardia de la UP 23 Florencio Varela, en el marco de una inspección. Nos comunicó que, de acuerdo a una circular de la DPSP, debían realizar los controles a la población adherida a la huelga. Sin embargo, aclaró que realizaban los controles de hipertensión a demanda, no a toda la población. En relación a los insumos necesarios para prevenir descompensaciones, manifestó que contaban con suero para evitar casos de deshidratación, siendo el único recurso disponible. Ante cualquier urgencia debían derivar a un hospital extramuros.

El *Protocolo de actuación para huelga de hambre*¹²⁷ elaborado por la DPSP consiste en nueve puntos que indican de qué forma deben proceder los profesionales de la salud en las unidades penales; se dirige también a los jefes de las sanidades como *Pautas de manejo sobre la población carcelaria en virtud del episodio de huelga de hambre colectiva*. Establece que el personal debe confeccionar un listado de las personas detenidas que de forma fehaciente se hayan declarado en huelga de hambre, y realizar un seguimiento periódico de acuerdo a criterios médicos destacando cambios clínicos y procediendo a la atención, y prestando especial atención a las personas con patologías crónicas. También sugiere considerar abordaje psicológico en caso de considerarse oportuno de acuerdo a la evaluación clínica. Deja a criterio médico la administración de tratamientos crónicos, ya sean clínicos o farmacológicos. Finalmente, los informes médicos deben elevarse a los juzgados intervinientes. Además, define que el personal debe intervenir tanto en el área de Sanidad como en los pabellones, y aclara que en caso de “reyerta” se aplica la *Guía de comportamiento y funcionamiento del personal de salud penitenciario*, cuyo contenido es desconocido incluso por operadores sanitarios consultados en las unidades.

La primera observación que surge es que las pautas de la DPSP llegaron tarde. La huelga de hambre venía anunciándose al menos 40 días antes de su inicio, y el protocolo fue comunicado una semana después del inicio de la medida. Eso muestra una política de salud pública que no está enfocada en la prevención sino que corre tras los problemas. En segundo lugar, la aplicación de estas pautas varió de acuerdo a cada unidad, con una aplicación discrecional basada en criterios de seguridad y/o en la disponibilidad de recursos materiales y humanos.

En la UP 6 Dolores, por ejemplo, el personal de salud entrevistado relató que se había llegado a un acuerdo con el Juzgado de Ejecución Penal: debido al poco personal de salud disponible, no pesarían a todos diariamente sino que de forma aleatoria irían eligiendo “entre 10 y 20 personas” diarias por pabellón hasta completarlo y comenzar nuevamente. Asimismo, informó que las personas con padecimientos crónicos serían pesadas diariamente y no se suspendería la entrega de medicación; tampoco dejarían de entregar los psicofármacos prescritos. Frente a esta medida, hubo pabellones que se negaron a un pesaje parcial y reclamaron el cumplimiento del protocolo. La respuesta de la autoridad sanitaria fue no pesar a ninguno; en otras palabras, frente al reclamo por atención de salud la respuesta fue más desatención. En cuanto a traslados a hospitales extramuros, se nos informó que aunque contaban con una ambulancia equipada que solo se utilizaba por razones sanitarias (una aclaración llamativa, pero que tiene sentido en el sistema carcelario bonaerense), en reiteradas oportunidades el SPB no se las ponía a disposición por falta de combustible, lo que

125 Esta medida suele ser intermitente o interrumpida, y con balanzas que no funcionan de manera adecuada o bien se cambian utilizando otra.

126 No se controla diariamente y en general lo hace un enfermero u otro detenido que trabaja en sanidad.

127 N0-2019-42021510-GDEBA-DMAYPSMJGP, elevado a los jefes de Sanidad en fecha 10 de diciembre de 2019.

genera pérdida de los turnos.

Un ejemplo de la aplicación del protocolo en el sentido contrario al cuidado de la salud, es el de la UP 51 Magdalena, en donde la médica psiquiatra decidió que a toda detenida que se encontrara en huelga de hambre se le suspendía la medicación neurológica. La psiquiatra Claudia Di Marco (no es personal de la UP 51 y solo concurre los días miércoles) comunicó, mediante una nota que remitiera al Juzgado de Ejecución 2 de La Plata el 4 de diciembre de 2019, la suspensión de “toda ingesta de medicamentos dada la posibilidad de efectos adversos e intoxicación por alteración en la farmacocinética”. La decisión no se acompañó de ninguna otra indicación médica a fin de abordar la situación de cada detenida; de manera repentina se les suspendió la entrega de psicofármacos. En la UP 21 Campana, se mantuvo una entrevista con la jefa de Sanidad, la psicóloga Candela Aimal. Manifestó que “por criterio médico” el pesaje se realizaría cada 72 horas, a pesar de que los juzgados lo solicitaran en forma diaria. También por criterio médico se suspendió la entrega de medicación a todos aquellos que estuvieran en huelga. Por otro lado, manifestó que solo contaban con dos balanzas para toda la unidad que alojaba más de 1.200 detenidos. Por último, las personas insulino-dependientes debían controlarse todos los días, pero no siempre eran conducidas al sector por el personal de seguridad.

En síntesis, el protocolo de la DPSP no resultó clarificador para el personal sanitario o sus prácticas arraigadas de desatención, junto a la insuficiencia estructural de recursos, lo hicieron inaplicable. Quizás combinadas, estas razones hicieron que las pautas establecidas no se tradujeran en un desempeño médico adecuado a la delicada situación que implica una huelga de hambre.

6.5.3. Constitución de la mesa de diálogo

Hasta aquí las medidas adoptadas en lo inmediato por el SPB y la DPSP en función de la huelga. A nivel ministerial, la gestión asumida el 10 de diciembre tomó medidas dirigidas a mejorar las condiciones de detención, procurando atender los motivos que originaron la medida de protesta e intentando conformar un espacio participativo con representación de todas las voces de las partes involucradas.

En primer lugar, se restableció el servicio de provisión de alimentos. En segundo lugar, por decreto 24/2019 del gobernador Axel Kicillof, se creó una mesa de diálogo interinstitucional, convocada por el flamante ministro de Justicia y Derechos Humanos, Julio Alak con el objetivo de abordar la crisis carcelaria. La mesa se reunió por primera vez el 19 de diciembre con la presencia de representantes del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Ministerio de Seguridad, Suprema Corte de Justicia, Ministerio Público, Tribunal de Casación Penal, Defensoría de Casación Penal, la Iglesia, Comisión Provincial por la Memoria, Defensoría del Pueblo, Centro de Estudios Legales y Sociales, Colectivo de Investigación y Acción Jurídica, Defensorías Territoriales en Derechos Humanos y Asociación Civil La Cantora. La CPM propuso sumar a las organizaciones de familiares de personas detenidas que integran la Red de familiares contra la tortura y otras violencias estatales, con quienes las autoridades ministeriales realizaron reuniones por separado.

En la apertura de la iniciativa, que contó con la presencia del presidente de la CPM, Adolfo Pérez Esquivel, el ministro Alak sostuvo que “es imposible sostener esta política criminal” y el presidente de la SCJBA, Eduardo de Lázzari, señaló que “el Poder Judicial debe trabajar en serio para solucionar el problema”. El objetivo señalado de la mesa fue:

[...] revertir las gravosas condiciones de los alojados en comisarías, alcaidías y unidades

penitenciarias del Servicio Penitenciario Bonaerense, que tienden a agravarse en función, entre otros factores, de la elevada tasa de detenidos [...], el uso inadecuado de la prisión preventiva, las modificaciones operadas en el Código Penal y en las leyes procesales, las dificultades en el régimen de progresividad de la pena, siendo todo ello susceptible de generar responsabilidad penal al Estado argentino.

Uno de los planteos iniciales de la CPM fue que las personas privadas de la libertad y las organizaciones de familiares debían participar de dicha instancia.

A principios de enero se realizó la segunda reunión plenaria y, entre ambas, se sucedieron reuniones en algunas unidades penales con la participación de detenidos referentes de los pabellones. El inicio de las mesas de diálogo apaciguó las protestas y la huelga fue levantada entre el 12 y el 18 de diciembre. De acuerdo a lo expresado por los propios detenidos, fue suspendida como un gesto para promover el diálogo.

La CPM, como mecanismo local de prevención de la tortura, presentó una serie de documentos de trabajo y solicitudes concretas, reclamando la modificación de la política criminal, el abordaje no solo de la sobrepoblación y hacinamiento sino también de la práctica sistemática de la tortura, las condiciones inhumanas de detención y la corrupción estructural del sistema. Al Ministerio Público, la derogación de una serie de resoluciones que contribuían a una mayor prisionización y la investigación efectiva de las violaciones de derechos humanos que acontecen en lugares de encierro, a partir de la puesta de las fiscalías especializadas en violencia institucional y la autonomía de la defensa. También se planteó el cese de alojamiento de personas en comisarías.



7. Muertes bajo custodia del SPB

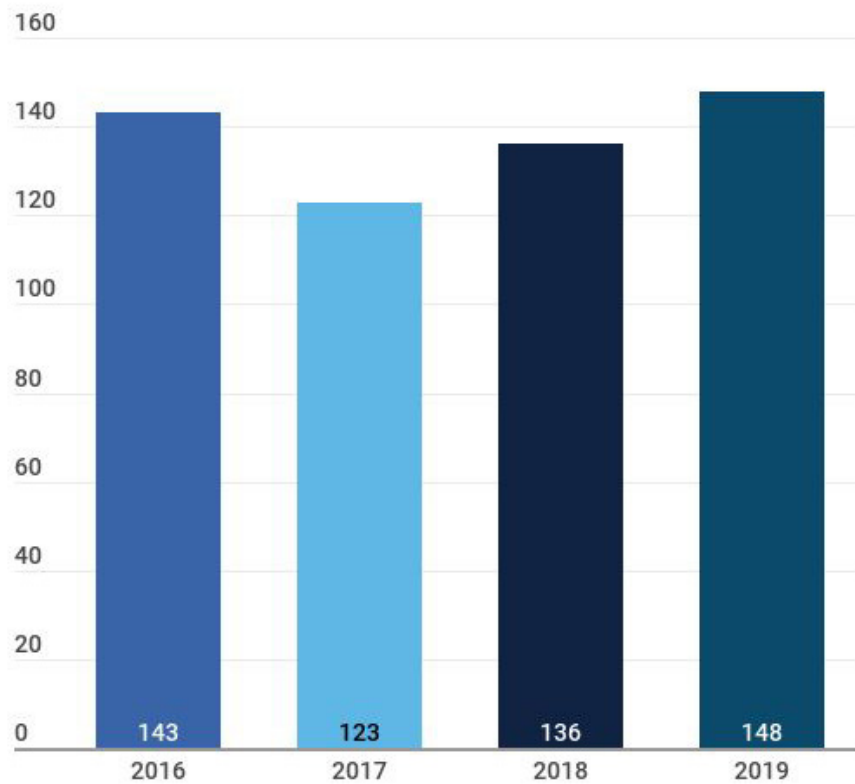
7.1. Evolución de las muertes en el SPB

Lo descripto 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)

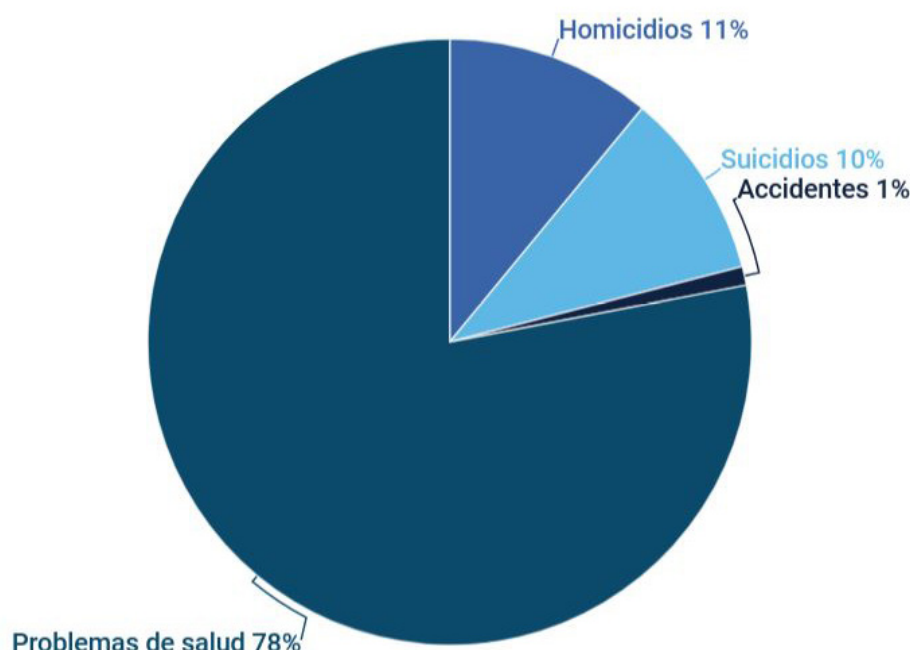


Fuente: CPM, registro anual de muertes producidas en el SPB.

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 alcaidías 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.

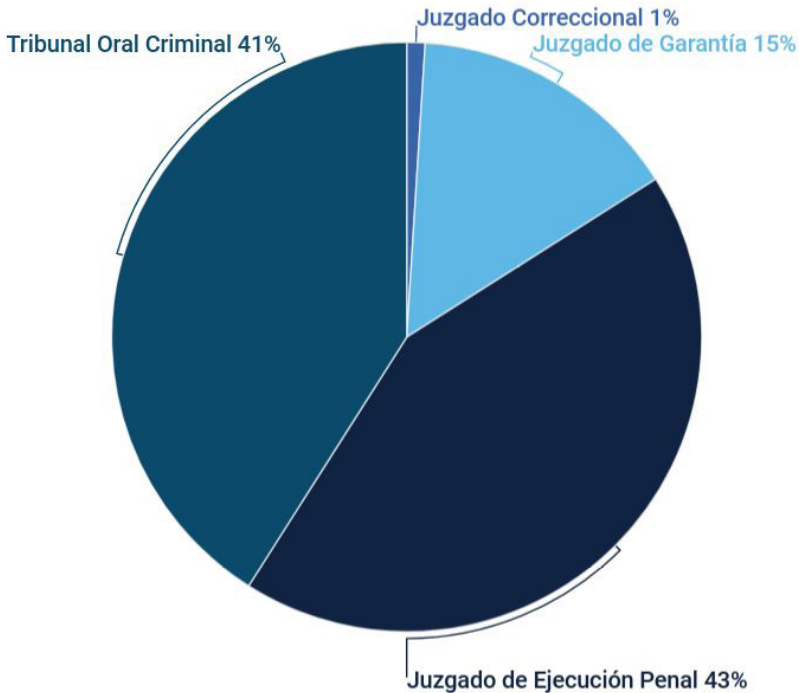
Tabla 2. Homicidios y suicidios de personas detenidas en cárceles y alcaidías bajo custodia del SPB, según lugar de detención, 2019

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 neumólogo.

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 bronquiolitis, 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.