



POLÍTICAS PENITENCIARIAS

INTRODUCCIÓN

En 2002, la CPM creó el Comité contra la tortura para abordar desde una perspectiva de derechos humanos la grave crisis que atravesaba el sistema de encierro en la provincia de Buenos Aires. En 2005 se constituyó el equipo encargado de las inspecciones y el monitoreo de las condiciones de detención en los diferentes ámbitos de encierro y del despliegue de las fuerzas de seguridad en el territorio bonaerense; se asumió además la intervención ante violaciones a los derechos humanos con la finalidad de revertirlas¹. La CPM se constituyó en un mecanismo de prevención de la tortura preexistente no sólo a la ley 26.827, que creó el Sistema Nacional de Prevención de la Tortura, sino también a la vigencia del protocolo facultativo que reglamenta la Convención contra la Tortura de Naciones Unidas, ratificada por Argentina en el año 1994. En 2019 la trayectoria del organismo fue reconocida por el Consejo Federal de Mecanismos Locales y el Comité Nacional para la Prevención de la Tortura (CNPT), que lo designaron como Mecanismo Local de Prevención de la Tortura (MLPT).

En esta sección describen algunos de los aspectos relevados por este MLPT durante el año 2022 en cárceles y alcaldías del Servicio Penitenciario Bonaerense (SPB). El relevamiento se realizó en el marco de las tareas de monitoreo; con la información recolectada se producen informes o recomendaciones a los poderes públicos y se realizan acciones judiciales y administrativas en defensa de los derechos de las personas detenidas².

La información tiene su origen en diversas fuentes e instrumentos de recolección aplicados por cuatro programas del MLPT: Inspección en lugares de encierro, Recepción de denuncias, Intervenciones complejas y colectivas (PICC), Producción y análisis de información (PAI).

1 En la actualidad, este control se lleva a cabo a través de diferentes áreas y programas. Se pueden consultar el organigrama y los equipos de trabajo en: <https://www.comisionporlamemoria.org/datosabiertos/equipos-de-trabajo/>

2 Ver "Acciones contra la tortura durante 2022".

- **Entrevistas** con personas detenidas, con familiares en el contexto de la recepción de denuncias, con autoridades penitenciarias, sanitarias y judiciales.
- **Observación** directa en las inspecciones periódicas.
- **Documentos oficiales:** partes mensuales y diarios de personas detenidas, registros administrativos de unidades sanitarias, expedientes judiciales, oficios y listados de fallecimientos, comunicaciones de hechos de violencia.

El contexto de producción de las torturas y malos tratos penitenciarios relevados en 2022 fue nuevamente con un incremento de la población encarcelada. Entre diciembre de 2021 y diciembre de 2022 aumentó un 4%, pasando de 49.662 a 51.673 personas detenidas.

En el **capítulo 1**, a través de la descripción de hechos registrados durante el año 2022, se analiza el carácter sistemático de la tortura penitenciaria y la combinación de sus distintas dimensiones: aislamiento, traslados gravosos, traslados constantes, agresiones físicas, requisa personal vejatoria, malas condiciones materiales, falta o deficiente alimentación, falta o deficiente asistencia de la salud, robo y/o daño de pertenencias, impedimentos de vinculación familiar y social, y amenazas. Se trabaja a partir de entrevistas realizadas por equipos del MLPT y sistematizadas en el *Registro Nacional de Casos de Tortura*.

En el **capítulo 2** se desarrolla puntualmente uno de los tipos de tortura, la desatención de la salud, abordando dimensiones como las condiciones materiales de internación, la disponibilidad y distribución de recursos humanos, la modalidad de atención, la mediación penitenciaria y judicial para el acceso a la salud, y las condiciones de internación extramuros.

En el **capítulo 3** se describe el uso del control punitivo en términos de disciplinamiento patriarcal, dilucidando aquellas vulneraciones específicas vinculadas al género. Se actualizan las principales características de la criminalización de mujeres, trans y travestis, y de los espacios de alojamiento destinados a ellas. Se analiza la relación entre género y salud describiendo casos de muertes por falta o deficiente atención sanitaria. Se exponen los resultados de un relevamiento realizado en 2022 sobre la población trans encarcelada.

El **capítulo 4** trata la gestión penitenciaria de la violencia en base a datos del *Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaidías*. Se analizan los hechos informados durante 2016-2022, sus consecuencias físicas, las medidas adoptadas y la intervención sanitaria; y se profundiza la mirada sobre las agresiones físicas de agentes penitenciarios y entre personas detenidas, hechos que permiten diagnosticar preliminarmente la gestión penitenciaria de la violencia.

Finalmente, en el **capítulo 5** se vuelcan los resultados del *Registro CPM de muertes en cárceles y alcaidías*: evolución interanual, causas de muerte, incidencia del tiempo de detención, conexión con el sistema de salud, intervención judicial, entre otros elementos que confirman la responsabilidad estatal en la generación de condiciones que favorecen la muerte en el encierro. Al final se incorporan datos del *Registro CPM de muertes en detención domiciliaria*.

1. TORTURA Y GOBIERNO DE LA CÁRCEL

Durante 2022 los equipos de este MLPT realizaron más de 600 inspecciones a cárceles y alcaidías de la provincia de Buenos Aires, y 38.000 entrevistas o comunicaciones con personas detenidas, familiares, allegados, otros organismos estatales u organizaciones de la sociedad civil. En ese marco, se registraron de 45.000 vulneraciones de derechos: torturas, malos tratos, falta de acceso a la justicia y otras restricciones. Por estos hechos se realizaron más de 25.000 presentaciones judiciales individuales y 122 colectivas.

Estas vulneraciones se extienden por todo el sistema penitenciario bonaerense: se relevaron hechos —con distinta frecuencia— en *todos* los establecimientos del SPB, con una significativa incidencia de aquellos ubicados lejos de los grandes aglomerados urbanos (y por lo tanto de la sede central de la CPM). Agrupadas por complejo penitenciario, se observa que el 24% de las entrevistas fueron realizadas a personas detenidas en cárceles de los dos complejos del centro de la Provincia³.

³ Complejo Centro-Sur: UP 2, 27 y 38 de Sierra Chica, 17 de Urdampilleta. Complejo Centro-Norte: UP 7 y 52 de Azul, 14 y 30 de Alvear, 37 de Barker.

Tabla 1. Vulneraciones de derechos padecidas por personas detenidas en cárceles y alcaldías del SPB, comunicadas a la CPM en 2022, según tipo⁴

Vulneraciones comunicadas	Cantidad	Porcentaje
Falta o deficiente acceso a la justicia	9.370	20,8%
Falta o deficiente asistencia de la salud	9.016	20,0%
Afectación del vínculo familiar y social	7.652	17,0%
Malas condiciones materiales	6.880	15,3%
Aislamiento	3.603	8,0%
Otros hechos comunicados	2.317	5,1%
Agresiones físicas	1.337	3,0%
Restricción de actividades educativas o laborales	1.232	2,7%
Falta o deficiente alimentación	1.171	2,6%
Amenazas	1.159	2,6%
Traslados violatorios de derechos	759	1,7%
Apropiación, robo y/o daño de pertenencias	402	0,9%
Agresión verbal o psicológica	62	0,1%
Requisa vejatoria y/o violenta	44	0,1%
Total	45.004	100,0%

Fuente: SAVIT-CPM.

La vulneración de derechos más relevada fue *falta o deficiente acceso a la justicia*, como consecuencia de los obstáculos que enfrentan las víctimas para comunicarse y obtener audiencias con sus juzgados y defensorías, el desconocimiento de la situación procesal, el armado o fraguado de causas, entre otras. Las personas detenidas recurren a la CPM por situaciones que deberían ser garantizadas por los órganos judiciales a su cargo, como el acceso a la atención médica, el traslado por acercamiento familiar, el resguardo físico luego de un hecho de violencia, los pedidos de morigeraciones, de régimen abierto o de comparendo⁵.

4 Debido a la implementación de un nuevo sistema de gestión de casos (SAVIT) desde octubre de 2022, en esta tabla se incluyen la totalidad de los hechos relevados por los programas Recepción de denuncias, Inspecciones en lugares de encierro, e Intervenciones complejas y colectivas; pero sólo una parte de los hechos relevados por las Delegaciones y los Puntos Denuncia Torturas; y no se incluyen hechos relevados por los programas de Salud mental, de Niñez, de Corrupción y de Monitoreo de la violencia policial.

5 A propósito de la responsabilidad de la agencia judicial en la producción de torturas, ver los Informes anuales 2021 y 2022 del RNCT. El segundo se encuentra en proceso de ela-

La CPM releva un conjunto diverso de vulneraciones de derechos en razón de las intervenciones que realiza ante los organismos del sistema penal. De esas 45.004 vulneraciones, **32.023** (71%)⁶ corresponden a **hechos de tortura** de acuerdo a la definición de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura de la OEA (1985):

“...se entenderá por tortura todo acto realizado intencionalmente por el cual se inflijan a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. Se entenderá también como tortura la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica” (Art. 2).

Los organismos integrantes del **Registro Nacional de Casos de Tortura y/o Malos Tratos (RNCT)**⁷ adoptan esta definición de la OEA por ser la de mayor progresividad y amplitud. Bajo esa definición conceptual, se relevan hechos de tortura de acuerdo a la siguiente tipificación: aislamiento, traslados gravosos, traslados constantes, agresiones físicas, requisa personal vejatoria, malas condiciones materiales, falta o deficiente alimentación, falta o deficiente asistencia de la salud, robo y/o daño de pertenencias, impedimentos de vinculación familiar y social y amenazas.

A su vez, se contempla el registro de todas las situaciones que las personas detenidas o allegadas estén dispuestas a informar, con independencia de que hayan sido denunciadas formalmente. Esto responde a que la gran mayoría de las torturas y los malos tratos no llegan a denunciarse por temor, naturalización, dificultades en el acceso y/o descri-

boración. El primero aborda el entramado judicial-penitenciario en la construcción de la impunidad (pp. 40-49) y está disponible en https://www.comisionporlamemoria.org/wp-content/uploads/sites/16/2022/11/RNCT_INFORME2021.pdf

⁶ Esta cifra se obtiene restando de la Tabla 1 los siguientes tipos de vulneraciones: Falta o deficiente acceso a la justicia, Restricción de actividades educativas o laborales, Agresión verbal o psicológica y Otros hechos comunicados.

⁷ Integrado desde 2010 por la CPM, la Procuración Penitenciaria de la Nación (PPN) y el Grupo de estudios sobre sistema penal y derechos humanos (Gespydh) del Instituto de Investigaciones Gino Germani (UBA).

miento en la agencia judicial (RNCT, 2020a: 23-24). Como cada año, en los testimonios relevados en 2022 se confirmó que un registro de casos judicializados dejaría por fuera muchos hechos no denunciados:

“Desde que me tiraron en este ‘depósito’ —hace 45 días— no me pude comunicar con el Juzgado ni con el Defensor. No me atienden” (caso RNCT 5823/22).

“Yo presenté escritos por derecho propio pero no me contestan o me niegan todo, eso es lo que hacen los jueces, te ignoran o te niegan” (caso RNCT 5677/22).

“No quiero denunciar porque me van a aislar” (caso RNCT 5942/22).

“Ayer estaba esperando la visita en el horario en que mi familia tenía que estar. Pregunté al encargado y me dijo que la visita no quería ingresar y que sólo había dejado un depósito. Me comuniqué con mi familia y me dijeron que no los habían dejado pasar. Me puse nervioso y empecé a patear la celda y llamar al encargado. Nadie se acercó hasta que apareció el grupo de requisa y me pidieron que saliera para hablar con la psicóloga por lo que estaba pasando. Me esposaron, me llevaron hasta el control y me empezaron a golpear. El jefe del penal me ahorcó y me dijo ‘a vos te gusta hacerte el loco’. Me desmayé y me tuvieron unas horas en un cuarto cerca de control encerrado y esposado. Me gustaría denunciarlos, pero tengo miedo” (caso RNCT 5696/22).

En suma, el marco conceptual y metodológico del RNCT aumenta la posibilidad de conocer la tortura penitenciaria porque:

- parte de un concepto amplio que contiene dimensiones pertinentes que dan cuenta, de manera rigurosa, del conjunto de padecimientos que el sistema penitenciario genera sobre las personas privadas de su libertad;
- registra por cada víctima todos los hechos combinados que se comuniquen;
- incorpora hechos independientemente de si hay denuncia judicial.

La formulación de un concepto amplio y dinámico (construido desde la palabra de las víctimas en casi 20 años de monitoreo de lugares de encierro) extendió el horizonte de interpretación de este fenómeno, reflejando las distintas formas de violencia que experimentan las personas detenidas. Como marco conceptual construido a partir de investigaciones rigurosas y periódicas, esta *multidimensionalidad* permite entender la tortura como parte de la *governabilidad penitenciaria*. En ese sentido, se registran tanto prácticas violentas de tipo estructural y extendido como otras selectivas y direccionadas, de mayor o menor nivel de intensidad, y desplegadas por períodos temporales variables que van de unos pocos minutos a la suma de jornadas enteras (RNCT, 2020a: 32-38).

De los casos abordados por la CPM durante 2022 se seleccionó una muestra intencional de 470 casos que pasaron a formar parte de la base anual del RNCT⁸ y que permiten individualizar **2.163** hechos de tortura⁹. Estos representan un 7% de los 32.023 hechos relevados por la CPM. Esta muestra permite una descripción más detallada de los casos, para así comprender de manera más densa y profunda el fenómeno de la tortura a los efectos de aportar elementos analíticos para luchar contra ella de manera adecuada, y así salvaguardar los derechos de las personas detenidas.

8 Disponible en <https://www.comisionporlamemoria.org/datosabiertos/bases/>

9 Las especificaciones metodológicas se pueden consultar en cualquiera de los Informes anuales del RNCT. Se sugiere especialmente el informe especial *10 años del RNCT (2020a: 38-48)*, disponible en <https://www.comisionporlamemoria.org/archivos/cct/informesrnt/Informe-Especial-10-anios-rnct.pdf>

Tabla 2. Hechos de tortura incorporados al RNCT, padecidos por personas detenidas en cárceles y alcaidías del SPB, según tipo, 2022

Hechos de tortura	Cantidad
Malas condiciones materiales de detención	441
Falta o deficiente asistencia de la salud	424
Aislamiento	416
Falta o deficiente alimentación	345
Impedimentos de vinculación familiar y social	266
Traslados gravosos	63
Traslados constantes	62
Requisa personal vejatoria	54
Agresiones físicas	44
Robo y/o daño de pertenencias	30
Amenazas	18
Total	2.163

Fuente: 470 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2022.

A continuación se presenta una selección de casos que resultan valiosos para analizar las dimensiones que adopta la práctica de la tortura y sus combinaciones.

El hecho de tortura que surgió con mayor frecuencia en el relevamiento de los equipos del MLPT (Tabla 1) fue la **falta o deficiente asistencia de la salud**, expresada en las restricciones al acceso al área de Sanidad o a la atención médica en hospitales, la falta o deficiente provisión de medicamentos o dieta especial, la ausencia de estudios o tratamientos. Se consideran problemas de salud diagnosticados o no diagnosticados, así como dolencias o lesiones. Mediante entrevistas se relevaron descripciones como la siguiente:

“Estoy detenida hace 7 años. Cuando quedé detenida ya tenía hipertensión e insuficiencia cardíaca. El resto de las cosas las tengo desde que estoy detenida, y cada vez me siento peor: diabetes, problemas de tiroides y de hígado. También me dijeron que tengo migraña aguda, pero no me hicieron estudios.

Tomo medicación para la diabetes y tengo que tomar aspirina pero no me la dan todos los días. Se me nubla la vista y me arden los ojos. Tengo artrosis en las manos. Tenía que operarme de una rodilla pero me daba miedo tener que rehabilitarme en la unidad, ¿cómo hago? Me cuesta caminar, no puedo apoyar del todo la pierna. Me suele faltar la medicación para el corazón. Si te dan de más no la podés guardar porque si te la encuentran te sancionan. A veces no me la dan y me da taquicardia. Me dan las pastillas cortadas y no puedo ver qué tomo” (caso RNCT 5801/22).

Este problema se sostiene en el tiempo: las personas que integran la muestra del RNCT sufrieron en promedio durante 1 año la **desatención o la atención deficiente de dolencias o enfermedades**. En casos graves de enfermedades diagnosticadas, estas falencias sanitarias no sólo afectan la calidad de vida sino que constituyen un riesgo de muerte¹⁰. En 2022, el 86% de los fallecimientos en el SPB fueron a causa de problemas de salud¹¹.

En segundo lugar aparecen los **impedimentos de vinculación familiar y social**, un problema estructural generado por la ubicación de detenidos/as en unidades lejanas a su domicilio, por los maltratos a las/os visitantes, por la obstaculización de salidas y regímenes de visita inter-carcelaria, por la modalidad de traslados constantes, entre otras prácticas. En el plano afectivo, las familias contienen los padecimientos propios del encierro y representan la conexión con el mundo exterior al que esperan volver. En el plano material, son las principales proveedoras de alimentos, medicamentos, elementos de higiene, entre otras necesidades básicas no garantizadas por el Servicio Penitenciario Bonaerense que incumple con estas obligaciones.

En ese sentido, la desvinculación familiar y social se considera un tipo de tortura porque “provoca angustia y depresión en el aspecto emocional-afectivo, perjudica el sostenimiento de estrategias alternativas de so-

10 La desatención de la salud se profundiza en el siguiente capítulo. También se puede consultar el informe *La salud en las cárceles bonaerenses*, disponible en <https://www.comisionporlamemoria.org/project/la-salud-en-las-carceles-bonaerenses/>

11 Ver capítulo 5 en esta misma Sección.

brevivencia alimenticia y material, y genera un contexto de indefensión en cuanto a la comunicación, reclamo y denuncias sobre las vulneraciones de derechos” (RNCT, 2019: 117). A su vez, el obstáculo a las visitas promueve un clima de tensión que provoca conflictos y suele constituir el principal motivo de reclamo de las personas detenidas, hechos que generalmente desencadenan en fuertes represiones y una sucesión de torturas y malos tratos, tales como la aplicación de aislamiento.

“Yo quiero un traslado a la Unidad 36, tengo a mi primo ahí. Mi familia podría viajar con mi tía y visitarnos a los dos en la misma unidad. Para esta unidad mi mujer tiene 3 horas de viaje para verme sólo 2 horas. (...) Mi señora no aguanta más. Esto rompe el vínculo familiar” (caso RNCT 5849/22).

“Mis hijos no vienen a visitarme porque no quiero que pasen por la requisa. Recibí visitas de amigos que los hicieron desnudarse y hacer flexiones. Encima no les permitieron ingresar cosas que a otras personas detenidas sí” (caso RNCT 5741/22).

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. El promedio temporal de desvinculación, en la muestra del RNCT, es de un año y seis meses.

“Llevo más de 3 años sin ver a mi familia. Están muy lejos, si no fuera por lo que cuesta venir a visitarme, se complica también por sus trabajos. Llevo 4 años detenido con una condena de 11 años; pensar en no ver a mi familia en todo el tiempo que me falta me deprime y me angustia” (caso RNCT 5641/22).

El tercer hecho de tortura más relevado fueron las **malas condiciones materiales**, lo que incluye sub-dimensiones como celda/habitación inundada, falta o riesgosa instalación eléctrica, falta o deficiente acceso a duchas, falta o deficiente estado de los sanitarios, falta o deficiente provisión de agua en la celda, falta de calefacción/refrigeración, falta o deficiente estado del colchón, falta o insuficiente luz artificial, falta o insuficiente luz natural, hacinamiento, falta de vidrios o vidrios rotos, presencia de plagas, entre otras.

“Somos 6 personas en una celda de 3 x 4, sólo hay 2 camas. La celda no tiene agua, dependemos del agua que nos dan otros compañeros. La letrina no se puede desagotar en el momento que se necesita, entre otras cosas. No tenemos acceso a nuestras pertenencias, hace 4 días que estamos con la misma ropa” (caso RNCT 5683/22).

“Te sacan a las 6 de la mañana a bañarte con agua fría. Si nos dejan pasar traemos nosotros elementos de limpieza. Hay dos camas para tres. Si no tapás la puerta se te meten las ratas y está minado de cucarachas. El otro día llovió y se inundó toda la celda porque no hay vidrios. Se tapan las cloacas y se rebalsa el inodoro” (caso RNCT 5649/22).

La combinación de estas falencias (producto de la falta de inversión y de mantenimiento de las instalaciones, la desprovisión de elementos básicos, la desidia penitenciaria o incluso su decisión de sostener estos lugares en clave de castigo) genera espacios riesgosos para la integridad física de las personas detenidas. Las deficiencias atraviesan a todos los establecimientos y a todos los espacios dentro de ellos: en los espacios de aislamiento y de alojamiento transitorio las condiciones materiales suelen ser peores, mientras que en los espacios de alojamiento habitual, por definición, dichas condiciones se padecen por más tiempo.

En cuarto lugar se registró la práctica de **aislamiento**: el encierro prolongado de una persona en celda durante toda o la mayor parte del día, ya sea por una sanción, es decir como castigo por incumplir una norma de la institución (medida en lo formal reglamentada, pero que suele aplicarse informalmente sin una notificación por escrito); por una 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); por regímenes propios de los pabellones aplicados como modo regular de vida; por admisión/ingreso (hasta la asignación de pabellón); como *depósito* (encierro sin justificación explicitada ni previsiones de cese); por espera de traslado; por *propia voluntad* (decisión condicionada de la víctima que “se tira a buzones” para conseguir un traslado o un cambio de pabellón,

o por preferir una celda de aislamiento por sobre un pabellón porque teme por su seguridad); aislamiento en Sanidad; u otras modalidades menos frecuentes. En los últimos años se viene identificando una tendencia a la diversificación de la práctica de aislamiento¹².

“No tenemos derecho ni a patio. Parece Estados Unidos esto. Estoy re pálido de estar acá adentro. Siempre es así, estos lugares siempre son un asco [celdas de aislamiento]. Es inhumano. Tenés que estar así por la corrupción del Servicio. Si yo pago 100 mil te aseguro que acá no estoy. Yo quería subir a pabellón pero no me aceptan. Ya vengo de estar aislado en el campo [cárceles alejadas del AMBA]. Estoy detenido hace 16 años, me quedan 5 meses para irme cumplido. Ya me voy y mirá dónde estoy. Tendría que tener otro régimen, ya cerca de la calle” (caso RNCT 5671/22).

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 se combina con otras 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.

Estos cuatro tipos —falta o deficiente asistencia de la salud, afectación del vínculo familiar, malas condiciones materiales y aislamiento— agrupan el 85% de los 32.000 hechos de tortura relevados durante 2022 por la CPM. El 15% restante incluye agresiones físicas, falta o deficiente alimentación, amenazas, traslados gravosos, traslados constantes, robo y/o daño de pertenencias y requisas vejatorias.

Las **agresiones físicas** de agentes penitenciarios se producen en diversas circunstancias, como la represión por conflicto entre presos/as, la represión ante pedidos, reclamos y/o denuncias, durante el ingreso a una cárcel, el traslado entre unidades, las requisas, el aislamiento, entre otras.

12 Para un mayor desarrollo de este tema, ver *El aislamiento en las cárceles bonaerenses*, disponible en <https://www.comisionporlamemoria.org/project/el-aislamiento-en-las-carceles-bonaerenses/>

“Cuando ingreso a mi pabellón me entero que hubo problemas entre las compañeras y por eso deciden hacer una requisita en todo el pabellón. Yo dije que me parecía injusto que requisaran mi celda porque yo estaba en audiencia cuando se armó el conflicto. El Servicio me obligó a salir, yo me resistí y el equipo de ‘escopetas’ empezó a golpearme a mí y a mis compañeras. Todo pasó frente a los ojos de la directora y la subdirectora de la unidad, que decían ‘no la golpeen en la cabeza, golpes en el cuerpo’. Después de pegarme me sujetaron, me taparon la nariz, me abrieron la boca y me tiraron gas pimienta” (caso RNCT 5941/22).

“Llevo 2 años en la unidad. El jueves pasado me llama el jefe por un conflicto que tuve con otro detenido. Cuando salgo de su oficina, camino a sanidad, el jefe de la escuela me empieza a golpear sin ningún motivo y yo estando esposado. Perdí un diente y tenía hematomas en la cara y el cuerpo. Después de pegarme entro a sanidad pero no registran mis lesiones ni me dan atención. Me obligaron a firmar un parte por amenazas a la autoridad. Me trajeron a los buzones donde llevo 5 días aislado y sin celular porque me lo rompieron” (caso RNCT 5704/22).

Las agresiones incluyen golpes de puño, golpes con objetos contundentes, patadas, empujones, cachetazos, aplicación de gas pimienta o lacrimógeno, disparo de balas de goma, sujeciones prolongadas, asfixias o ahorcamientos, inyecciones compulsivas, entre otras. La gravedad queda evidenciada en la cantidad de personal involucrado (se destaca la participación de hasta 15 agentes penitenciarios/as en simultáneo) y en las consecuencias físicas que implican: lesiones que producen dolores intensos o comprometen órganos y funciones vitales.

“El martes a la mañana me llevaron a una oficina donde dos personas me preguntaban por mis datos personales pero sin explicarme para qué. Al salir en dirección a los buzones veo dos filas de agentes del Servicio, una de cada lado, que me fueron pegando. Después de pasar el jefe del penal agarra el palo y me empieza a pegar. Me pegaba en la cara y me dijo

‘todo vuelve’, por unas denuncias que hice en el 2018” (caso RNCT 5890/22).

“En los traslados es cuando más vulnerable estás, y están las condiciones para que te pase cualquier cosa. Me golpearon y torturaron camino a esta unidad. Todo pasó en la parte delantera del camión. Entre 6 y 8 personas me golpearon y amenazaron. Cuando llegué a la unidad no constataron las lesiones. Estoy preocupado, quiero llegar vivo al juicio” (caso RNCT 5638/22).

La **requisa vejatoria** es una práctica de control por parte de las fuerzas de custodia. Formalmente, implica la revisión de los cuerpos de las personas detenidas con fines de seguridad. Extendida a toda la población encarcelada, es un procedimiento regular que de por sí constituye una intromisión en la intimidad de las personas con un impacto humillante significativo.

“Acá las requisas son casi todos los días y la frecuencia varía según quién esté. Te tenés que desnudar por completo, entran y rompen todo” (caso RNCT 5689/22).

“Te hacen el psicofísico a las 6 de la mañana. Si no vienen a la mañana vienen a la tarde. Te hacen sacar todo. No te miran adentro del culo porque no pueden” (caso RNCT 5656/22).

En el relevamiento se destacan prácticas que se desarrollan con manifiesta arbitrariedad, como son las requisas inútiles y prolongadas, con exposiciones al frío o al calor, inspecciones agresivas del cuerpo, imposición de desnudos, posturas y/o ejercicios humillantes para someter a la mirada la zona genital y anal (flexiones, sentadillas, agacharse, separarse las nalgas). A su vez, las requisas suelen combinarse con agresiones físicas, agresiones verbales y robo/daño de pertenencias.

El **robo y/o daño de pertenencias** por parte de agentes penitenciarios se produce en diversas circunstancias: el ingreso a la unidad, un traslado, una requisa de pabellón, una agresión física, una requisa de visita, una requisa de encomienda, un cambio de alojamiento in-

tra-cárcel, entre otras. Los/as agentes roban o rompen indumentaria, calzado, teléfonos celulares, mobiliario, electrodomésticos, objetos de valor personal, alimentos, elementos de limpieza, ropa de cama, medicamentos o cigarrillos. Otra práctica es la de romper los paquetes y mezclar los alimentos.

“Ayer me robaron mis pertenencias, me sacaron los bolsos de visita y después me los entregaron rotos. Me dejaron con lo puesto. El jefe del penal me dijo que me quede tranquilo, que mañana tengo visita” (caso RNCT 5527/22).

“Ayer hicieron una requisita en nuestras celdas del pabellón universitario. Nos robaron ropa, perfumes, material de estudio. Nos secuestraron los celulares” (caso RNCT 5847/22).

“Me trasladaron de la Unidad 46 a Mercedes y cuando llegué faltaba mi mono [manta o pedazo de tela donde se envuelven las pertenencias]. Lo reclamé pero no apareció. Me lo robó alguien de la comisión de traslados” (caso RNCT 5906/22).

“Cuando el Servicio empezó a reprimir me rompieron el celular, ahora estoy incomunicado” (caso RNCT 5942/22).

Estos malos tratos implican un desgaste y padecimiento psicológico en las víctimas, que deben empezar de nuevo cada vez que son despojadas de objetos indispensables para la vida en esas condiciones (calentador, celular, elementos de limpieza e higiene, medicamentos, comida) o de objetos queridos o valorados afectivamente (fotos o regalos de la familia), en el contexto de un sistema que no provee los elementos básicos para subsistir.

Los **traslados gravosos** son un tipo de tortura referido a las situaciones de movimiento entre unidades o entre unidades y oficinas judiciales en las que las personas padecen malas condiciones materiales: falta de alimentación, de agua o acceso a un baño, aislamiento prolongado en vehículos o en celdas transitorias, agresiones físicas, robo o pérdida de pertenencias, dolores físicos producidos por la posición en que viajan (por ejemplo, varias horas con las manos esposadas al piso

del camión y en posición inclinada hacia abajo o encorvada sin poder moverse).

“Fui de la Unidad 36 a la 42 todo el tiempo esposado. Tiraron gas pimienta porque sí. No te dan agua ni nada, te dan gas pimienta. Siempre te pegan los de la comisión” (caso RNCT 5804/22).

“El mismo día tuve un comparendo y traslado de unidad. Salí a las 3 de la mañana y llegué a las 5 de la tarde del comparendo. Me dejaron en la leonera del juzgado esperando. Volví a la Unidad 24 [Florencio Varela] y me dijeron que arme el mono, que salía de traslado. Volví a salir y llegué a la Unidad 35 [Magdalena] a las 5 de la mañana. Estuve 24 horas en un camión. No comí nada” (caso RNCT 5666/22).

Los **traslados constantes** son una práctica penitenciaria que produce desvinculación familiar y social, aislamiento reiterado, malas condiciones materiales (producto de los sucesivos ingresos a las unidades penales en pabellones con regímenes de 24 horas en celda), interrupción del acceso a actividades educativas y laborales (que no pueden iniciarse ni sostenerse por la brevedad de las permanencias en cada lugar), límites a la progresividad de la pena ante la dificultad de hacer puntaje de conducta, falta o interrupción de tratamientos médicos, ruptura de relaciones con sus pares y pérdida de pertenencias.

“No quiero ser más trasladado. Tengo que armar 3 monos cada vez que salgo. Estoy cansado. Ahora busco la comodidad de mi familia, no la mía. Me llevan de acá para allá, me quedo incomunicado. Y por las cosas que tengo [sus pertenencias] soy una puñalada caminando. Vengo así desde que estoy preso, llevo 2 años así” (caso RNCT 5893/22).

“Hace 6 meses que estoy así por querer acercarme a mi familia. Tengo un bebé de 3 meses que no lo conozco. Quiero terminar el secundario. Lo empecé hace 12 años y cuando voy a terminar me sacan de traslado. Llegás a un lugar y ‘no te sirve, tenés que empezar de nuevo’. Te verduguean. Yo vengo rene-

gando de acá para allá porque quiero llegar a Mercedes. En 6 meses solamente pude estar en pabellón dos veces” (caso RNCT 5899/22).

“Hace casi un año que estoy de rotativa. (...) El juzgado me pide que trabaje, que estudie pero casi no se puede, no me puedo acomodar. El juzgado manda al SPB que me den lo tratamental, pero acá no me dan nada. Me sacan de traslado. Estar de rotativa me hace estar en lugares como éste. También genera conflictos con otros, no sabés lo que te podés encontrar, como me pasó en la 36 [Magdalena] que salí sin mis pertenencias” (caso RNCT 5658/22)¹³.

Por último, la **falta o deficiente alimentación** incluye la falta de comida y bebida, así como deficiencias en la cantidad y la calidad. Es recurrente la existencia de comida mal cocida (pastosa, pegajosa, cruda) o en mal estado (podrida, con hongos, con mal olor, con insectos). Las víctimas entrevistadas en 2022 padecieron hambre por no ingerir alimentos o por ingerirlos en forma irregular y/o discontinua. El promedio de tiempo —para la muestra del RNCT— fue de 30 días padeciendo hambre.

“Es un asco. Viene carne con tendones y casi todo podrido. Papa toda sucia, verdura podrida. La sandía la tienen un mes guardada y cuando se está por pudrir la reparten. Yerba y azúcar ni llega” (caso RNCT 5649/22).

“Carne lo mínimo, más hueso que otra cosa. Cocinamos nosotros, un arroz, un fideo y la familia colabora con un poco de carne. En la unidad vienen dos viandas por día y hacemos un guiso de lo que se rescata, lo que se puede. No hay agua en la celda, llenamos botellas con agua del baño para que nos quede durante el engome” (caso RNCT 5836/22).

“Llegan dos porciones por día [almuerzo y cena] que está cru-

13 Para un mayor desarrollo de este tema, ver *Los traslados como práctica de tortura en las cárceles bonaerenses*, disponible en <https://www.comisionporlamemoria.org/project/traslados-como-forma-de-tortura/>

da y a veces no la como. Los fideos que traen están masacoteados, todos pegados, con carne picada que tiene feo gusto. Los pibes se enojan porque tienen hambre. ¿Quién va a comer eso? En la celda no permiten tener elementos para calentar, así que no podemos cocinar o recalentar la comida. Nadie tiene siquiera agua caliente para unos mates o un té” (caso RNCT 5747/22).

Estas deficiencias fuerzan a las víctimas a generar estrategias para alimentarse, especialmente usando complementos que las familias o presos de otros pabellones pueden aportarles, y también 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, requisita las encomiendas, regula el contacto entre personas detenidas y controla el uso de utensilios de cocina.

“Entregan una sola comida por día y completamos con lo que nos da la familia. Los fideos los traigo yo cuando salgo a la calle [en las salidas transitorias], pero tuve que hacer quilombo porque no te los quieren dejar pasar” (caso RNCT 5649/22).

“Está el guiso abajo y toda una capa de grasa así, que no se puede comer. El guiso es lo peor que viene. Viene como re pasado de cocción. Me hace mal. Si viene algo de carne la saco y con lo que me manda mi familia me cocino” (caso RNCT 5662/22).

A través de estos relatos se buscó mostrar las distintas dimensiones que adopta la práctica de la tortura en la cárcel. Por motivos descriptivos se expusieron por separado, pero cada víctima relata haber padecido más de un hecho de tortura de manera combinada. Es decir que la *multidimensionalidad* de la tortura se expresa tanto a nivel del sistema como a nivel individual. A modo ilustrativo se describe el caso de **Camila** que combina aislamiento, falta o deficiente asistencia de la salud, falta o deficiente alimentación, requisita vejatoria, agresiones físicas y amenazas.

En el sector de aislamiento (SAC), donde permanecía 23 horas diarias dentro de la celda, “estuve 10 días y me estaba volviendo loca. Me da-

ban una hora para bañarme, dividida en dos, media hora a la mañana y media hora a la tarde. Me sentí mal mientras estuve ahí por mis problemas de salud, vomitaba sin parar, incluso vomité sangre. Después de reclamar me sacaron a Sanidad pero me volvieron a llevar a buzones aunque seguía sintiéndome mal. Terminé desmayándome en la celda”. Camila tiene problemas gástricos. Fue operada de la vesícula pero no tiene controles. Desde hace 10 meses esos problemas se vienen agravando y suele vomitar bilis y sangre. “Cuando quedé detenida pesaba 130 kilos, ahora 85. Cada vez que me llevan a Sanidad no me quieren pesar”. Tenía turno en la UP 22 (hospital) para hacerse estudios pero no la llevaron. Formalmente recibe una dieta especial, pero aclara señalando una bandeja: “Esto es dieta especial, no lo comen ni los perros”.

Luego de diez **días de aislamiento, la llevan a una audiencia con la jefa de penal, quien le dice** “que no me quiere en su cárcel y que me pida un traslado”. Después de la audiencia la llevan a otro espacio para requisarla y “en vez de hacer como siempre, me dicen que me saque todo, la bombacha, el corpiño, delante de todos ahí”. Estaba la jefa de penal, otras agentes y agentes masculinos. Empieza a reclamar, le tiran gas pimienta y la golpean, y después de golpearla le vuelven a tirar gas pimienta. Luego de la golpiza fue alojada en Sanidad, donde le dijeron que le iban a dar buscapina pero le suministraron un psicofármaco que la mantuvo dormida un día entero en los *buzones*. Además le armaron un informe donde se plasmó que había sido “agredida por otras detenidas”. Con posterioridad al hecho, Camila duerme vestida “por si me sacan. Todos los días nos dicen que nos van a trasladar. Vimos cómo se llevan a varias a los gritos, sin sus cosas, a los golpes sin decirte a dónde vas” (caso RNCT 5878/22).

Año a año el relevamiento de los equipos del MLPT y el análisis de casos del RNCT confirman el carácter sistemático, generalizado y multidimensional de la tortura penitenciaria, sus consecuencias en términos de derechos humanos y su funcionalidad para sostener el gobierno de la población encarcelada.

2. DESATENCIÓN DE LA SALUD

2.1. Introducción

El presente capítulo aborda la situación del sistema sanitario en las cárceles de la provincia de Buenos Aires¹⁴. La cuestión de la política sanitaria en el encierro excede el análisis de las prácticas médicas, debe contemplar las gravosas condiciones de vida 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 (CPM, 2021: 173).

La obstaculización de este derecho se constituye como una práctica sistemática de tortura y malos tratos en el SPB. Esto contempla las condiciones materiales de detención: la creciente sobrepoblación y el hacinamiento en lugares húmedos con falta de ventilación y de calefacción, deficiente provisión de camas y colchones, mala alimentación, pésimas condiciones de higiene y acceso restringido a agua potable y agua caliente. También los problemas en la prevención y atención de las afecciones de salud, que depende del trabajo de la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria (DPSP) del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires.

Las carencias y deficiencias del sistema de salud en el encierro fueron denunciadas año tras año por la CPM, llegando al desmantelamiento de la estructura sanitaria en 2019, que debió soportar la pandemia de Covid-19 y provocó gran impacto en la salud de las personas detenidas.

14 Para un abordaje más amplio de la situación del sistema de salud en el encierro, la lectura del presente capítulo debe acompañarse del capítulo 5 de esta misma sección (sobre muertes) y de la sección Políticas de salud mental.

El Plan de Infraestructura Penitenciaria 2020-2023 lanzado en 2020 por el Ministerio consideró la situación de emergencia sanitaria en el encierro; sin embargo, las políticas implementadas no solucionaron los problemas estructurales del sistema de salud e incluso presentaron nuevos obstáculos para garantizar su acceso a la atención y, por tanto, al derecho a la salud. El diseño de dicho plan ignoró dinámicas propias del sistema penal y se implementó desconociendo situaciones específicas de la cárcel, provocando nuevas dificultades que se traducen en una mayor mediación del SPB y también de la agencia judicial en el acceso a la salud.

La Dirección Provincial de Salud Penitenciaria (DPSP) contaba con 1.842 trabajadores/as a octubre de 2022; entre ellas/os, 387 eran médicos/as (21%). Esta cifra arroja una tasa de 81 médicos/as cada 10.000 personas detenidas¹⁵, un valor notoriamente superior a la tasa correspondiente a la provincia de Buenos Aires: 28 médicos/as cada 10.000 habitantes para 2020 (último dato disponible)¹⁶. Sin embargo, al momento de inspeccionar las unidades penitenciarias, la presencia de profesionales médicos en las áreas penitenciarias es nula o escasa. Esto abre al menos dos interrogantes.

Primero, uno metodológico, acerca de los regímenes horarios del personal médico, ya que un correcto cálculo de esta tasa implicaría la ponderación de cada médico/a en función de las horas que trabaja; por ejemplo, si trabaja ocho horas diarias se computa como 1 médico/a y si trabaja cuatro horas diarias se computa como 0,5. En ese sentido, si se contara con esa información para incorporar al cálculo —y considerando que es frecuente entrevistar a médicos/as con regímenes de 25 horas semanales— posiblemente la tasa de la DPSP sería menor.

Segundo, uno práctico, acerca de si los/as 387 médicas/os de la DPSP realmente cumplen su jornada laboral, teniendo en cuenta que los relatos de las personas detenidas son coincidentes respecto a la ausencia frecuente del personal en las unidades sanitarias o que al momento de las inspecciones habitualmente no se encuentran médicos presentes

15 Se calcula sobre un total de 47.727 personas detenidas al 30/09/2022.

16 <https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio/datos/fuerzadetrabajo>

y que los propios encargados sanitarios suelen ratificar la vacancia de guardias médicas durante los fines de semana.

Entonces esta información debe considerarse preliminar y sujeta a revisión. Además, hipotéticamente se puede afirmar que si dentro de la cárcel hay una tasa mayor que afuera, las deficiencias sanitarias estructurales no se explicarían por la escasez de profesionales sino por su efectiva presencia en los establecimientos y por la calidad de la atención médica, que se problematiza en este capítulo.

Esta información del personal de la DPSP se puede desagregar según profesión, área sanitaria o unidad penitenciaria, como se expone a continuación. La Tabla 1 muestra que el 26% son enfermeros/as¹⁷, el 21% médicos/as¹⁸, el 12% odontólogas/os y el 10% psicólogas/os, alcanzando estas cuatro profesiones el 70% del personal. En términos globales, hay 99 personas detenidas por cada 1 enfermero/a, 123 por cada 1 médico/a, 235 por cada 1 odontólogo/a, 271 por cada 1 psicólogo/a.

17 De los 483 enfermeros, 31 son auxiliares.

18 La fuente no discrimina las especialidades médicas.

Tabla 1. Personal de la DPSP según profesión, octubre 2022

Profesión	Cantidad	Porcentaje
Enfermero/a	483	26,3%
Médico/a	387	21,1%
Odontólogo/a	228	12,4%
Sin título profesional	225	12,3%
Psicólogo/a	176	9,6%
Radiólogo/a y tecnóloga/a en salud con especialidad en radiología	109	5,9%
Bioquímico/a, técnico/a en laboratorio en análisis clínico, técnico/a superior en hemoterapia y técnico/a superior en salud con especialidad en laboratorio	55	3,0%
Otras	27	1,5%
Otros/as técnicos/as	23	1,3%
Obstetra	22	1,2%
Otras área administrativa	18	1,0%
Técnico/a en instrumentación quirúrgica	16	0,9%
Operador/a terapéutico/a, terapeuta ocupacional y acompañante terapéutico	16	0,9%
Abogado/a	14	0,8%
Trabajador/a social	13	0,7%
Farmacéutico/a, técnico/a superior en farmacia hospitalaria y auxiliar de farmacia	13	0,7%
Nutricionista	11	0,6%
Total	1.836	100,0%

Fuente: CPM en base a datos aportados por la DPSP. **Nota:** se excluyen de la tabla 6 casos sin dato.

En cuanto al personal médico estrictamente, ambos indicadores — tasa de médicos cada diez mil personas y cantidad de personas por cada 1 médico— varían según el área sanitaria, tal como se expresa en la Tabla 2.

Tabla 2. Personal médico de la DPSP según área sanitaria¹⁹, octubre 2022

Área	Médicos/as	%	Personas detenidas por cada 1 médico/a	Tasa de médicos/as cada 10 mil personas
Área Sanitaria I	138	36%	65	155
Área Sanitaria III	47	12%	212	47
Sede central	39	10%	-	-
Área Sanitaria IV	28	7%	109	92
Área Sanitaria VII	26	7%	138	73
Área Sanitaria V	24	6%	144	70
Área Sanitaria II	22	6%	257	39
Área Sanitaria X	22	6%	186	54
Área Sanitaria VI	19	5%	109	47
Área Sanitaria IX	11	3%	163	61
Área Sanitaria VIII	11	3%	290	35
Total	387	100%	123	81

Fuente: CPM en base a datos aportados por la DPSP.

En el Área Sanitaria I los indicadores son más favorables debido a que incluye la unidad-hospital 22 de Olmos, la UP 34 neuropsiquiátrica de Melchor Romero, la UP 33 de Los Hornos, la UP 1 de Olmos y la UP 9 de La Plata que tienen sectores de internación y reúnen el 24% del

¹⁹ Área I: unidades y alcaldías de La Plata. **Área II:** de San Martín, La Matanza, Ituzaingó, José C. Paz, Avellaneda y Malvinas Argentinas. **Área III:** de Florencio Varela y Lomas de Zamora. **Área IV:** de Junín y Mercedes. **Área V:** de Campana, San Nicolás y Baradero. **Área VI:** de Azul, Alvear y Urdampilleta. **Área VII:** de Mar del Plata, Dolores y Barker. **Área VIII:** de Sierra Chica. **Área IX:** de Bahía Blanca. **Área X:** de Magdalena.

total de médicos/as. Es importante aclarar que la UP 22 no atiende únicamente a personas detenidas en el Área I sino que también recibe personas de otras áreas.

En todas las demás áreas, la relación es de 1 médico/a cada más de 100 o de 200 personas detenidas. Se destaca la gravedad de tres Áreas: en la VIII (comprende las tres cárceles de Sierra Chica) hay 11 médicos para más de 3.000 personas; en la II (unidades y alcaidías de San Martín, La Matanza, Ituzaingó, José C. Paz, Avellaneda y Malvinas Argentinas) hay 22 médicos para 5.600 personas; y en la III (Lomas de Zamora y complejo Florencio Varela, el más sobrepoblado del SPB) hay 47 médicos para casi 10.000 personas.

A su vez, estas cifras agrupadas por área no permiten apreciar una gravedad mayor al nivel de algunos establecimientos en particular. Como muestra la Tabla 3, en la mayoría de los establecimientos penitenciarios la relación es de 1 médico/a por cada más de 100 personas detenidas.

Tabla 3. Establecimientos penitenciarios según relación entre personal médico y personas detenidas, agrupados según rangos, octubre 2022

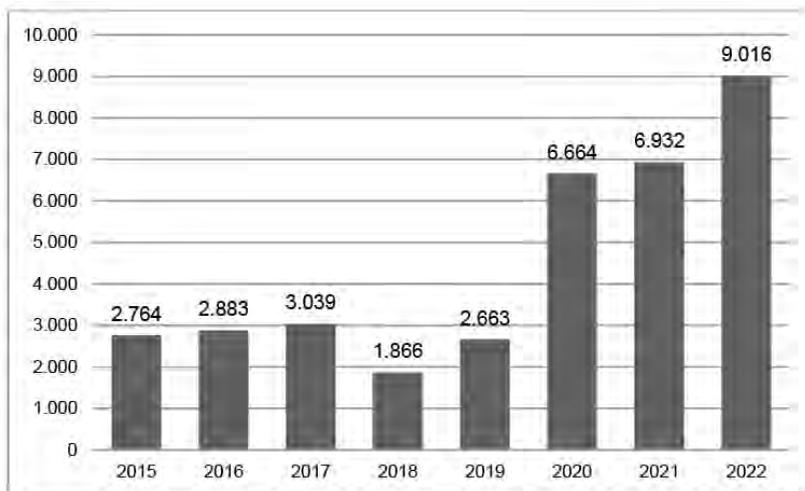
Relación	Cantidad
1 médico/a cada 1 a 100 personas	16
1 médico/a cada 101 a 200 personas	24
1 médico/a cada 201 a 300 personas	10
1 médico/a cada más de 300 personas	9
Sin médico asignado	7
Total	66

Fuente: CPM en base a datos aportados por la DPSP.

Dentro de los 9 establecimientos más críticos, se destacan cinco donde la relación alcanza valores que hacen imposible la atención médica: en la UP 39 (Ituzaingó) hay 1 médico/a cada 952 personas, en la UP 41 (Campana) 1 cada 723, en la UP 31 (Varela) 1 cada 530, y en la UP 44 (Batán) 1 cada 515.

El estado del sistema sanitario en las cárceles provoca que la falta o deficiente asistencia de la salud sea el hecho de tortura más denunciado por las personas detenidas, familiares o allegados/as a la CPM durante 2022. Se registraron 9.016 hechos, el 28% del total de hechos de tortura y el 20% del total de vulneraciones de derechos padecidas por personas detenidas en el SPB²⁰. Como se observa en el Gráfico 1, al fuerte incremento registrado en 2020 y 2021 (ambos años de la pandemia) le sigue un aumento del 30% en la cantidad de hechos por desatención de la salud relevados en 2022²¹.

Gráfico 1. Hechos de falta o deficiente atención a la salud comunicados a la CPM, 2015-2022²²



Fuente: SISCCOT y SAVIT (CPM)

20 Se han relevado un total de 45.004 vulneraciones de derechos, de las cuales 32.023 corresponden a hechos de tortura. Para más información, ver el capítulo 1 de esta Sección.

21 Debido a la implementación de un nuevo sistema de gestión de casos (SAVIT) desde octubre de 2022, se incluyen la totalidad de los hechos relevados por los programas Recepción de denuncias, Inspecciones en lugares de encierro, e Intervenciones complejas y colectivas; pero sólo una parte de los hechos relevados por las Delegaciones y los Puntos Denuncia Torturas. Por la misma razón, para el año 2022 no es posible analizar los hechos según tipo específico, debido a la modificación de las categorías adoptadas en el nuevo sistema.

22 Debe considerarse que desde 2020 la capacidad de relevamiento de la CPM se incrementó a partir del lanzamiento del Programa Punto Denuncia Torturas y la creación paulatina de las Delegaciones, por lo cual el incremento entre 2019 y 2020 responde a esta mejora en la capacidad de abordaje de los casos y no a que la situación sanitaria fuera mejor. Sí debe atenderse el importante incremento de casos entre 2021 y 2022 donde la capacidad de registro del organismo ha sido similar.

En base a los datos recolectados, para el 52% de las víctimas registradas en el sistema de gestión de casos de la CPM se ha comunicado al menos 1 hecho de tortura o maltrato por desatención de la salud²³.

A continuación, se expone la información recabada a partir de las inspecciones realizadas por los equipos de la CPM, el seguimiento de casos particulares a través del Programa de Intervenciones Complejas y Colectivas (PICC) y las entrevistas y presentaciones judiciales iniciadas en el marco de las tareas como Mecanismo Local de Prevención de la Tortura.

2.2. Los Centros de Atención Sanitaria

El gobierno de Axel Kicillof lanzó en 2020 el Plan de infraestructura penitenciaria 2020-2023, en el marco del cual se construyeron 15 Centros de Atención Sanitaria (CAS) en terrenos ubicados en diferentes complejos carcelarios²⁴. Como ya había sido denunciado en el informe anterior, la aparición de los CAS u hospitales modulares generó nuevos obstáculos para el acceso a la salud (CPM, 2022: 251). Frente a la implementación de los CAS se vio modificado el mecanismo de acceso a la atención. De acuerdo a la información relevada, no se definió un plan de trabajo estratégico y unificado, sino que dicho mecanismo fue construido de manera arbitraria por cada unidad y cada centro de atención.

La información que se presenta a continuación surge de las inspecciones realizadas por el programa de Inspecciones en lugares de encierro, donde se entrevistaron a autoridades de las unidades penitenciarias, a profesionales de la salud de dichas unidades y de los CAS, y a personas privadas de la libertad.

23 En 2022 los equipos mencionados entrevistaron a 12.340 personas detenidas, de las cuales 6.425 registraron al menos un hecho de falta o deficiente asistencia de la salud. En promedio, por cada víctima se registraron 1,4 hechos de falta o deficiente asistencia sanitaria.

24 Batán, Florencio Varela, Junín, Los Hornos, Magdalena, Campana, Alvear, Sierra Chica, San Martín, Ituzaingó, Lomas de Zamora, La Matanza y Melchor Romero.

2.2.1. Estado de los CAS

Los CAS son módulos de construcción en seco sobre plateas de hormigón, instalados fuera de los perímetros de las unidades penitenciarias. Esto conlleva nuevas dificultades para que las personas detenidas puedan acceder a estos edificios, que se suman a las deficiencias estructurales registradas en ellos. En las inspecciones realizadas en 2022 se constataron serias problemáticas de infraestructura. Si bien son construcciones modernas, resultan ser inadecuadas para la función que deben cumplir.

Un ejemplo es el acceso al CAS 13 de Junín: para ingresar hay que recorrer un pasillo pequeño y con curvas, imposible de transitar con una camilla o una silla de ruedas. De acuerdo a lo manifestado por el personal de salud entrevistado, cuando llovía la entrada se embarraba y dificultaba el ingreso. Indicaron que, en caso de urgencia, solían poner a las personas sobre frazadas para su traslado o las llevaban a la rastra. Algunos CAS, como Junín y Los Hornos, fueron equipados nuevos, pero en otros se utilizó el equipamiento que ya estaba en las sanidades de las unidades, como el caso de Florencio Varela.

En el CAS 32 de Florencio Varela la sala de rayos no estaba en funcionamiento al momento de la inspección, en marzo del 2022. Contaban con ecógrafo pero no con personal con conocimiento para usarlo. En el lugar había aire acondicionado, pero no podía ser encendido porque la instalación eléctrica no soportaba la tensión requerida.

Situación similar se registró en el CAS 47 de San Martín: contaba con aparatología para realizar rayos y digitalizador de placas, pero no un espacio acondicionado con paredes aisladas con plomo para usarlo. Por ello, habían reubicado los aparatos en una sala de internación alejada para evitar la propagación de radiaciones. Se utilizaban dos soportes para sueros como sostén para dicho equipamiento. Había sectores del CAS 47 sin suministro de agua, fundamental en un espacio de salud que debe mantener condiciones higiénicas y asépticas apropiadas. Por otro lado, los baños fueron diseñados para ser abiertos desde afuera, o sea que toda persona que ingresaba quedaba encerrada y necesitaba que alguien le abriera para salir.

La comunicación de los CAS con las UP de los complejos presentaba otro obstáculo para la adecuada atención de la salud. Por ejemplo, en el CAS 47 el servicio de internet se cortaba periódicamente; por otro parte, no tenían impresora para imprimir las placas (necesaria ya que era un equipo digital de rayos), por lo que el personal debía ir a la UP con un *pendrive*. Tampoco había buena señal telefónica, lo que no sólo obstaculizaba la comunicación con las unidades (aunque algunas tampoco contaban con teléfono, como la UP 45) sino también con los hospitales extramuros para solicitar turnos.

2.2.2. Funcionamiento y diversificación

Los problemas relevados en el funcionamiento de los CAS evidencian falta o deficiente planeamiento estratégico²⁵. La implementación de los hospitales modulares no sólo afectó la calidad de la asistencia sanitaria sino la posibilidad de acceso.

La puesta en funcionamiento no se acompañó con el nombramiento de más profesionales de la salud, cuestión ya existente que ha sido señalado en informes previos (CPM, 2022: 240). Según la información relevada en distintas inspecciones, no asignaron nuevo personal de salud: el personal que trabajaba en estos espacios era el mismo que antes lo hacía en las unidades sanitarias. Esto perpetúa una problemática de larga data: la falta de atención médica por la ausencia de profesionales de la salud en las cárceles. Como se expuso en el apartado anterior, no estaría vinculado a la cantidad formal de profesionales de la salud sino a su efectiva presencia en los establecimientos. En base a las inspecciones realizadas durante el año, se constató la falta de personal en los CAS y sanidades, y que la atención médica era nula o insuficiente.

Por otro lado, a partir del monitoreo se ha constatado que el traslado

25 Varios directores o subdirectores de las unidades penitenciarias señalaron que no habían sido consultados para el diseño o las cuestiones operativas del funcionamiento de estos hospitales con relación al SPB, sus recursos, protocolos de actuación o abordaje de las urgencias, y que esto provocaba problemas operativos que habían agravado y dificultado el acceso a las prestaciones médicas.

del personal profesional continuaba siendo arbitrario: no había un mismo criterio de asignación sistematizado para todos los CAS, por lo que en cada complejo penitenciario se organizó de manera discrecional. No todo el personal sanitario cumplía sus funciones en CAS sino que muchos/as permanecían en las sanidades de la unidad.

En la entrevista, una de las autoridades de la UP 35 de Magdalena, realizada el 14 de noviembre del 2022, manifestó: “hay inconvenientes con Salud, ya que hay días que no hay médicos ni enfermeros en todo el complejo”²⁶. Comentaron que hacía poco habían tenido una situación de salud grave, y la persona debió ser derivada al hospital de la localidad sin previa evaluación médica por no contar con profesionales en el CAS 28²⁷.

Al déficit de trabajadores/as de la salud se debe sumar la ausencia de profesionales de especialidades sumamente necesarias. Por ejemplo, el CAS 23 que abarca tres UP de Florencio Varela, con una población de 3.500 personas, no contaba con infectólogo/a ni pediatra²⁸. Y el CAS 32 del mismo complejo no utilizaba la sala de internación por falta de personal de salud y de seguridad que garantice la atención.

La situación relevada con los recursos humanos de los CAS se potencia con el faltante de insumos médicos y medicamentos necesarios para garantizar una atención integral y de calidad, problema también ya existente y estructural (CPM, 2022: 244). Se ha relevado falta de elementos básicos para cualquier atención primaria de la salud, como antisépticos y gases. Se ha constatado interrupción en la medicación para las personas detenidas para patologías crónicas (hipertensión, diabetes, asma, VIH, TBC, etc.) y agudas, como los antibióticos. La administradora de la farmacia del CAS 23, en marzo de 2022 destacó que había faltante de puf para personas asmáticas, medicación inyectable como diclofenac, buscapina, ibuprofeno para atender casos agudos, además de bolsas de colostomía y pañales.

A su vez, se ha registrado la falta de equipamiento para garantizar prác-

26 A diciembre de 2022, eran 1.654 personas detenidas en dicho complejo penitenciario.

27 La información de la DPSP indica que a octubre de 2022 la UP 28 Magdalena tenía asignados 7 médicos/as.

28 UP 23, UP 31 y UP 54. En la UP 54 suelen ser alojadas mujeres junto a sus hijos/as.

ticas específicas. Por ejemplo, en el CAS 47 no había bisturí para extraer los chips anticonceptivos, por lo que las mujeres permanecían con el chip vencido en su cuerpo. Si bien estos elementos se habían solicitado en septiembre de 2021 y en marzo de 2022, al 7 de abril del 2022 no habían sido entregados. Por otro lado, en el mismo hospital modular, la nutricionista había solicitado una balanza con tallímetro para control de peso y talla, pero fue entregada una balanza doméstica a pila.

Las personas detenidas entrevistadas han manifestado que accedieron al CAS luego de largas demoras por falta de móviles o ausencia de profesionales, provocando la agudización de sus cuadros de salud y muchas veces poniendo en riesgo a otras personas. En el CAS 8, que abarca las UP 8 y UP 33 de Los Hornos (esta última aloja mujeres embarazadas y niños/as), se relevó que los fines de semana y los feriados no había médicos/as: si alguien se siente mal y no es una emergencia, tiene que esperar al día hábil para recibir asistencia²⁹.

Incluso acceder al CAS, para algunas personas detenidas no significa recibir una adecuada atención médica porque las evaluaron y les indicaron un tratamiento que no tuvo continuidad. En algunos casos por no acceder nuevamente al CAS para un seguimiento adecuado; en otros, por no recibir evaluaciones específicas o acceder a turnos en hospitales para estudios de complejidad. También se ha detectado que algunas personas recibían menos medicación de la necesaria para completar los tratamientos o fármacos que solamente alivian la sintomatología y no abordan la causa de las afecciones.

La infraestructura de los espacios, la ausencia de profesionales de la salud y la recurrente falta de medicación e insumos vulneran el derecho a la salud de las personas detenidas. El funcionamiento de los CAS presenta diversos obstáculos que dificultan que las personas sean atendidas y evaluadas y que, cuando lo logran, imposibilita la continuidad y el control de los tratamientos. La implementación de los hospitales modulares no ha logrado paliar la desatención en salud, generando incluso la agudización de las problemáticas ya existentes.

29 La información de la DPSP indica que a octubre de 2022 estas unidades tenían asignados 22 médicos/as (cuatro en la UP 8 y dieciocho en la UP 33).

Algunos CAS no han sido aprovechados en su totalidad, y se usan sólo para garantizar algunos servicios como el de radiología o psicología (el CAS 30 de General Alvear) o para responder a interconsultas de psiquiatría a personas de distintas UP de la provincia que no contaban con esa especialidad, como el CAS 34.

En algunos hospitales modulares se constata que directamente estaban en desuso, como el CAS 38 de Sierra Chica, por no contar con personal que trabaje allí. Otros, que debían garantizar la atención para todas las personas de varias unidades, solamente eran utilizados para una, como el CAS de Junín que asistía a la población de la UP 13 dejando sin asistencia a las personas alojadas en la UP 16 y AP 49.

A las falencias estructurales e históricas en la atención sanitaria se agregan, a partir de la implementación de los CAS, los obstáculos generados por la falta de estrategias organizadas para su implementación, su adecuado uso y su pleno funcionamiento.

2.2.3. Un nuevo eslabón en la mediación penitenciaria

La CPM denuncia desde hace años las dificultades para que las personas privadas de la libertad accedan a atención médica. Una causa central es la mediación de los/as agentes del SPB, ya que es a ellos/as quienes las personas deben solicitar e informar la necesidad de atención (CPM, 2022: 249). En base a lo relevado durante 2022, la implementación de los CAS ha provocado nuevas y mayores situaciones de mediación penitenciaria.

La mediación penitenciaria implica que el SPB tiene la potestad de habilitar (o no) los contactos con el personal sanitario y los obstáculos que impone son el primer filtro que deben atravesar las personas detenidas; supone que el personal penitenciario gestione los problemas de salud y determine cuáles son urgentes y requieren intervención sanitaria y cuáles no (CPM, 2018: 55-59 y 92-100³⁰).

30 El informe *La salud en las cárceles bonaerenses* se encuentra disponible en <https://www.comisionporlamemoria.org/project/la-salud-en-las-carceles-bonaerenses/>

Los obstáculos provocados por la mediación penitenciaria se han relevado, principalmente, ante dos tipos de situaciones. En primer lugar, las personas deben solicitar a la guardia del pabellón el acceso a atención médica y la respuesta a su demanda depende de la voluntad de ese/a agente del SPB, quien decide si la situación necesita atención médica sin ser un/a profesional de la salud. En 2022 se constató que el personal administrativo o penitenciario, es decir personal sin ningún conocimiento en salud, evaluaba y disponía si la persona era llevada o no al CAS.

En las UP 32 y UP 42 de Florencio Varela se relevó que el personal penitenciario elaboraba un listado de personas que habían pedido atención, que enviaba al CAS donde los/as médicos definían quiénes recibirán atención para que las UP hagan los traslados. Estos mecanismos generaban demoras en las evaluaciones médicas, provocando que dolencias de simple tratamiento derivaran en cuadros graves y urgentes.

En las entrevistas con las personas detenidas se registró una situación constante: los pedidos de atención médica no eran escuchados. Las personas se han visto obligadas a recurrir a estrategias indeseadas para lograr ser escuchadas: gritar, *chaponear* (golpear la puerta de chapa de los buzones) o incluso autolesionarse para ser asistidas por personal de salud³¹.

En segundo lugar, se evidenciaron problemas generados por la implementación arbitraria en relación a la admisión de las personas, un eslabón más para el acceso a la atención en los CAS. En algunas unidades penitenciarias las personas eran evaluadas en las viejas sanidades, en un *triage*³² por enfermeros/as que cumplían funciones allí. Este profesional definía si derivar o no a la persona al CAS para ser atendida por un médico/a.

No obstante, esta guardia de enfermería que continuaba cumpliendo funciones dentro de cada Unidad brindando primeros auxilios o asis-

31 Ver capítulo 4 "La gestión de la violencia", en esta misma sección.

32 El término triage o triaje es un neologismo que se define como escoger, separar o clasificar. Se utiliza como concepto de clasificación o priorización de la atención urgente de pacientes.

tencia en la emergencia fue reasignada paulatinamente a los CAS. En algunos casos, como en la Unidad 31, se dejó en el lugar una persona detenida que oficia de auxiliar de enfermería sin tener los conocimientos elementales ni la habilitación correspondiente para estas tareas.

Esta problemática ya existente del sistema carcelario se ha agudizado con la puesta en marcha de los hospitales modulares. Si una persona logra ser escuchada y el SPB decide que debe ser atendida en el CAS, surgen nuevos obstáculos respecto al traslado desde la UP hasta el hospital modular que se encuentra fuera de los muros de las unidades. Dicho traslado requiere la conformación de una comisión de traslado (tres agentes por persona detenida) y, además, disponer de un vehículo.

Al entrevistarlas, las autoridades de varias UP manifestaron que no contaban con móviles suficientes para los traslados. Esta situación era más problemática cuando los vehículos se compartían entre diferentes unidades del mismo complejo penitenciario. Tal era el caso del Complejo Penitenciario de Florencio Varela (el más poblado y sobrepoblado del SPB) que disponía de dos móviles y dos ambulancias para garantizar los traslados no solamente al CAS sino también a hospitales extramuros, universidades, comparendos a oficinas judiciales, entre otros traslados requeridos. Cuatro vehículos para una población de casi 8.000 personas³³.

Otro obstáculo constatado para acceder al CAS fue la insuficiencia de personal de seguridad para los traslados requeridos cada día. Personal de salud del CAS 47, el 7 de abril del 2022, señaló serias dificultades para que mujeres y varones alojadas/os en la UP 46 puedan llegar al CAS. Esgrimieron “problemáticas de logística” tanto de sanidad como de la unidad y de coordinación con el resto del complejo. Cuestionaron el impedimento de trasladar las personas detenidas caminando al CAS 47, ya que entendían que eso agilizaría la concurrencia a los hospitales modulares.

En este mismo sentido, personal de salud de la UP 34 de Melchor Romero manifestó, el 31 de marzo del 2022, que estaba conforme con las condiciones edilicias del CAS, pero su puesta en funcionamiento era

³³ Al finalizar el 2022, eran 7.724 personas alojadas en el Complejo con una sobrepoblación del 177%.

compleja: “Es excelente pero de ahí que sea práctico es otra cosa, no hay personal para llevar a las personas”.

Autoridades penitenciarias y profesionales de la salud del CAS 32 señalaron el impacto en el acceso a la salud para las personas detenidas: la atención se redujo de manera considerable y está limitada a quienes tienen disposición judicial o situaciones de salud muy graves. En varias inspecciones realizadas a los CAS en horarios de mañana o mediodía, no había personas detenidas siendo atendidas o esperando la atención, es decir que no había pacientes.

Las personas privadas de la libertad entrevistadas en diferentes UP refirieron que una estrategia de supervivencia para sortear la mediación penitenciaria fue pedir a sus respectivos juzgados y tribunales la solicitud de atención médica por oficio judicial. Este mecanismo suele ser efectivo, pero conlleva una demora que no siempre garantiza la correcta atención y, en ocasiones, profundiza el problema de salud.

Esta estrategia para afrontar los obstáculos surgidos con la implementación de los CAS, a su vez, ha engendrado otras dificultades que no hacen más que sistematizar la vulneración al derecho a la salud en el encierro. El personal del SPB de la UP 36 de Magdalena admite que la gran cantidad de oficios judiciales que llegaban por día solían ser respondidos por los/as mismos/as agentes penitenciarios. Por su parte, el personal sanitario del CAS 23 de Florencio Varela manifestó que dedicaban casi toda su jornada a responder oficios judiciales, lo que provoca que sólo se atiende a 10 ó 15 personas por día. Así, la mediación penitenciaria obliga a una requisitoria judicial que se constituye en una nueva excusa para demorar o negar la atención.

La ejecución de los CAS también ha obstaculizado el acceso a la atención en hospitales extramuros porque pone en práctica modalidades de derivación diferenciadas. Se registró que, en algunos casos, el personal administrativo presente en las UP solicitaba los turnos a los hospitales luego de que las personas fueran evaluadas en el CAS. Esto generaba la interrupción en el seguimiento del equipo profesional del CAS, ya que no verificaban que la persona efectivamente haya accedido a dicho turno. En otros casos el personal del CAS se encargaba de solicitarlos, lo

que implicaba articular con el SPB para garantizar el traslado al hospital, pero se constató que dicho trabajo no era realizado.

Todo lo registrado evidencia que la implementación de los CAS profundizó la mediación penitenciaria dificultando el acceso al sistema sanitario y, en consecuencia, padecimientos que podrían ser tratados se agudizan desencadenando graves problemas de salud que ponen en riesgo la vida de las personas.

Por ejemplo, en enero de 2022 se presentó un habeas corpus colectivo, por desatención de la salud, ante el Juzgado de Ejecución Penal N° 1 de Mar del Plata³⁴ en favor de la población de mujeres del pabellón 3 de la UP 50 de Batán. Si bien en esa fecha no se encontraba en funcionamiento el CAS 15, en julio de 2022 se amplió el objeto del habeas corpus en favor de todas las unidades del Complejo Penitenciario Este³⁵. En el acta de la audiencia realizada el 11 de julio de 2022 se dejó planteado que la implementación del CAS 15 resultó en el empeoramiento de la atención por la dificultad de concretar los traslados. Esta acción continuaba en trámite al momento de la redacción del presente informe.

Otro ejemplo es el habeas corpus con alcance colectivo y efecto correctivo tramitado en el Juzgado de Ejecución N° 1 de Quilmes³⁶, que la CPM presentó el 16 de marzo de 2022 a los fines de solicitar que se garantice el debido acceso a la atención de la salud de las personas alojadas en el Complejo Penitenciario Florencio Varela. Allí se denunciaron las falencias de los CAS y sus efectos: dificultad del cierre de las sanidades dentro de las UP, falta de recursos humanos y materiales para su correcto funcionamiento, insuficiente personal penitenciario y móviles para los traslados, y limitación de la atención de la salud a las urgencias que impide un seguimiento, tratamiento y control periódico de la salud. Esta presentación fue rechazada el 1° de abril del 2022, por lo que la CPM interpuso el 6 de abril un recurso formal de apelación ante la Cámara de Apelación y Garantías en lo Penal (sala II) de

34 A cargo de Ricardo Gabriel Perdichizzi.

35 UP 15, AP 44 y UP 50.

36 A cargo de Julia Elena Márquez.

Quilmes³⁷, que confirmó la resolución. Ante ello, se interpuso un recurso formal de Casación, en mayo de 2022, que fue admitido y se encontraba en trámite al momento de la redacción del presente informe.

Hasta aquí se ha intentado exponer el estado del sistema sanitario en el SPB a partir de la información relevada en cada inspección con el detalle más exhaustivo posible. Cada situación relatada cobra vida real y concreta en la trayectoria biográfica de quienes sufren todos los días en su cuerpo las consecuencias de la política penitenciaria bonaerense en materia de salud, configuradas como torturas o malos tratos. En el siguiente apartado se presentan casos testigos que ilustran lo analizado.

2.2.4. Casos de tortura por desatención de la salud

A continuación se presentan los casos de Carlos y Julio, abordados por la CPM durante 2022, que expresan los obstáculos extra con la implementación de los CAS a los múltiples problemas existentes del sistema sanitario-carcelario y los visibilizan como práctica de tortura.

El 31 de enero del 2022 tomó intervención el PICC en el caso de **Carlos**: ya se habían realizado diferentes presentaciones judiciales por su problema de salud pero la gravedad requirió un seguimiento más profundo e integral. Carlos, de 31 años, tenía una patología severa en su pierna izquierda: osteomielitis crónica (infección en los huesos) y fístulas en la rodilla, con supuración de sangre, donde tenía una prótesis. La infección se había generado por un golpe aproximadamente un año atrás, lapso en el que no había recibido ningún tipo de atención médica. Esto le generaba intenso dolor, inflamación, fiebre, calambres y dificultad para moverse. Durante ese tiempo, siempre estuvo alojado en el Complejo Penitenciario de Florencio Varela, donde nunca le fue garantizado el debido acceso a la atención de salud.

En 10 meses (desde que se tomó intervención en el caso hasta la operación) el cuadro de salud empeoró gravemente, y repercutió en

37 Integrada por Luis Alejandro Gil Juliani, Pablo Gastón Barbieri y Alejandro Cascio.

su estado de ánimo y salud mental. La situación le generaba angustia y temor a perder su pierna. Carlos se vio obligado a decidir no acceder más a los CAS, ya que los traslados le generaban graves dolores en la pierna. A veces, cuando lo llevaban al CAS (el 23 o el 32) no le realizaban ningún tipo de revisión o curación; tampoco le proveían de insumos para, al menos, curarse por sus propios medios.

En 10 meses se realizaron 13 presentaciones judiciales solicitando atención médica para Carlos. El Complejo Penitenciario de Florencio Varela no garantizó el acceso a la atención médica dentro o fuera del SPB, ya que perdió numerosos turnos con especialistas en hospitales extramuros porque no lo trasladaban. Finalmente, se logró que operaran Carlos. En octubre estaba alojado en la UP 42 Florencio Varela, donde había sido atendido por una kinesióloga del CAS 23 que le había indicado una serie de ejercicios con elementos caseros para recuperar la movilidad; la fue recuperando gradualmente proyectando un pronóstico favorable.

La CPM tomó conocimiento de la situación de **Julio** en agosto de 2021, y al mes ya había comenzado a intervenir PICC. Julio, de 37 años, tiene cuadriplejia y se encuentra en silla de ruedas. Utiliza una bolsa colectora de materia fecal, tiene escaras en la zona de los glúteos y una fístula perianal que requiere de intervención quirúrgica. Cuando la CPM tomó conocimiento de su situación, estaba alojado en la UP 1 de Olmos en un estado de completo abandono: no recibía atención médica, no le realizaban curaciones, no le proveían de pañales ni bolsas de colostomía, se orinaba y defecaba encima. A su vez, la silla de ruedas estaba en pésimas condiciones. Requería de asistencia permanente de otra persona para movilizarse, alimentarse y aarse; pero al encontrarse alojado solo no podía realizar ninguna de estas acciones.

En diciembre de 2021 fue trasladado a la UP 24 de Florencio Varela. Allí era asistido por sus compañeros de celda en las tareas cotidianas y en las curaciones. Sin embargo, su cuadro de salud seguía agudizándose por la falta de atención médica, y tampoco le entregaban bolsas de colostomía y pañales. Desde la CPM se presentaban escritos al Juzgado de Ejecución N°1 de Lomas de Zamora³⁸ solicitando que se le garantice el acceso a la salud, adecuadas condiciones de alojamiento

38 A cargo de Francisco Mario Valitutto.

to, atención médica y provisión de pañales, elementos de curación y bolsas colectoras. También se solicitó turno en el hospital correspondiente a su obra social. En abril de 2022, el SPB le comunica que no pueden trasladarlo ya que el hospital se encuentra a 100 km de la UP y no disponían de móvil o ambulancia para concretarlo.

Su estado continuó igual: sin atención médica, elementos de curación ni provisión de bolsas colectoras o pañales; Julio relató que se ponía bolsas de nylon que una vez le dieron un pervinox contenido en un guante descartable que sólo le alcanzó para un día. En junio le comunicaron que iban a llevarlo al CAS 32 para una evaluación; sin embargo, cuando llegó a la puerta de la UP le dijeron que finalmente no lo llevarían porque no contaban con un móvil de traslado adecuado para la silla de ruedas. Luego de ese episodio, Julio relata que siempre que solicitó atención médica ha ocurrido lo mismo.

Hasta el momento de la redacción del presente Informe, Julio se encontraba en la misma situación. En este tiempo fue trasladado de UP en dos oportunidades, pero no lo recibieron por su estado de salud y tuvo que regresar a la UP 24. La no atención de sus patologías implica un severo deterioro en su salud, y genera más infecciones, dolores, molestias y olor. El ineficiente sistema de salud implementado a través de los CAS pone en riesgo su salud e integridad física.

2.3. Mediación judicial

Desde el PICC (Programa de Intervenciones Complejas y Colectivas) se abordan situaciones de personas detenidas respecto de quienes se realizaron numerosas presentaciones judiciales previas sin lograr la atención médica requerida. La salud de las personas se deteriora a medida que el tiempo avanza sin recibir respuestas. Durante 2022 se registró que las unidades sanitarias de las UP requerían a las personas detenidas que su juzgado oficie a la unidad para recién gestionar turnos o brindar atención médica. El personal sanitario argumenta que

la gran demanda diaria de atención de salud hace que deban priorizar la asistencia de aquellas personas por las que existe un oficio judicial a responder. En muchas situaciones, además, la falta de respuesta directa entre las personas detenidas y las defensorías oficiales y los juzgados incrementa la demanda recibida en el programa Recepción de denuncias, los Puntos Denuncia Tortura y el PICC. Las personas solicitan informes destinados al juzgado para que los/as jueces/zas oficien a Sanidad y/o la UP pidiendo atención médica. A pesar de eso, más allá de que los órganos judiciales oficien a Sanidad, la atención médica no se garantiza -como se expuso en el apartado anterior.

Los obstáculos que impone el SPB para la atención en hospitales, la ineficiencia para garantizar tratamientos, la imposibilidad de acceder a procesos de rehabilitación y la pérdida de turnos confluyen en que la alternativa más viable sea lograr una morigeración o el arresto domiciliario. Una de las tareas de PICC es realizar informes psico-sociales para agilizar el trámite iniciado por la defensa técnica. Se acompaña todo el proceso hasta lograr, en el mejor de los casos, las medidas que habilitan a las personas cursar la detención en su domicilio.

Es preciso mencionar que no sólo no hay acceso a la salud para abordar patologías o afecciones que, de recibir tratamiento, podrían tener un buen pronóstico de recuperación: es aun más complejo lograr que se garanticen tratamientos paliativos y atención de salud en personas con enfermedades en estado terminal. En algunos casos las intervenciones han tenido como objetivo una muerte digna, en otras condiciones y en compañía de sus seres queridos. Ejemplo de ello es el caso de **Fernanda**.

En el marco de las tareas desarrolladas por el PICC, se llevó a cabo un seguimiento exhaustivo de la situación de Fernanda, desde octubre de 2021, a partir de una entrevista presencial en la UP 8 de Los Hornos que alertó el grave cuadro de salud que padecía. Fernanda tenía 32 años y cursaba un cáncer de útero que le provocaba hemorragias profusas y constantes, por lo que estaba sumamente debilitada y requería transfusiones de sangre. A través de numerosos informes, era evidente que su padecimiento se agudizaba ante la falta de atención médica adecuada y oportuna, sumado a las inhumanas condiciones

materiales de detención que lejos están de garantizar los cuidados que requiere una persona con esa patología.

Por tal motivo se solicitó con insistencia que se le provea la medida de morigeración para que pudiera vivir en condiciones dignas y acceder a la atención que su cuadro de base requería. Por medio de la comunicación diaria con Fernanda, se constató que se desestimaba su palabra cuando manifestaba diversos padecimientos diarios, como dolores, dificultades para orinar y constipación, temperatura elevada, debilidad corporal, falta de apetito. Al ser consideradas consecuencia de su cuadro de base no fueron ni evaluadas ni tratadas de manera adecuada y oportuna.

El 2 de julio de 2022 fue internada en el Hospital San Juan de Dios de La Plata. Se le practicaron dos transfusiones de sangre y se le realizó un análisis que arrojó como resultado un diagnóstico de desnutrición y una elevada cantidad de glóbulos blancos que, junto a síntomas clínicos, determinaron una infección urinaria. Recibió potasio vía intravenosa, dieta hipercalórica para revertir el cuadro de desnutrición y antibióticos. A los dos días, se le realizó una tomografía computada donde se constataron neoplasias que indicaban metástasis en la vejiga, y que además presentaba cálculos renales que generaron la necesidad de intervención quirúrgica para colocarle una sonda.

El 11 de julio la trasladaron al Hospital San Martín de La Plata, donde se concretó la cirugía. Estuvo internada cuatro días y, luego del alta, Fernanda fue trasladada a la UP 22 de Olmos, donde integrantes de este equipo la entrevistaron el 20 de julio. Padecía de carcinoma invasor de cuello de útero en estadio cuatro y no consideraban un posible futuro tratamiento, ya que el pronóstico era fatal. No estaba en buen estado físico para recibir y tolerar el tratamiento de quimioterapia indicado por el hospital: pesaba 35 kg, permanecía con sonda y en un estado general de suma debilidad.

La defensa técnica solicitó que se reevalúe su incorporación al régimen de prisión domiciliaria para contar con la contención familiar y clínica que requería su cuadro. Si bien su patología era de suma gravedad y podía derivar en la muerte, un tratamiento adecuado y oportuno podría

haber provocado otro desenlace. Una lectura minuciosa de su historia clínica evidencia que el acceso a salud fue un derecho vulnerado desde el momento en que Fernanda presentó los primeros síntomas, considerados un “desarreglo hormonal” sin haber realizado siquiera una evaluación simple. La falta de un diagnóstico certero a tiempo, la demora posterior, por desidia médica, en recibir el tratamiento indicado y las carencias de las cárceles de la Provincia para garantizar acceso a salud tuvieron como consecuencia que una persona que podía revertir su cuadro de salud estuviera al borde de la muerte.

La permanencia en unidades penales le impedía revertir su cuadro e incluso atravesar una muerte digna: pasar sus últimos días en un contexto continente, con el apoyo de su red afectiva y evitar mayor sufrimiento al ya ocasionado. A pesar de evidenciar todo ello, el 19 de abril el Juzgado de Ejecución N° 1 de San Martín³⁹ decidió rechazar el pedido de morigeración de la coerción personal. Su defensa apeló y elevó el recurso a Cámara; desde PICC se elevó un informe detallando la situación de salud de Fernanda. Además, la CPM presentó su caso frente a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, que el 24 de junio de 2022 pidió información al Estado argentino.

El 25 de julio le concedieron la domiciliaria “en forma inmediata y con carácter urgente por motivos humanitarios”. El control del cumplimiento de la medida debería estar a cargo del área de Monitoreo hasta tanto se le coloque la pulsera. A partir de allí, Fernanda comenzó a atender su salud de manera autónoma, sin intermediarios del SPB. Su familia gestionó los turnos correspondientes y, ante distintas situaciones de mayor urgencia, concurría al hospital dando aviso a Monitoreo. Fernanda pudo recibir los cuidados paliativos que necesitaba en su último tiempo de vida. Murió el 7 de septiembre de 2022 internada en un hospital extramuros y en compañía de su familia.

Otra de las situaciones trabajadas desde PICC fue la de **Mariano**. A continuación se destaca el trabajo realizado para que le otorgaran el arresto domiciliario y que su cuidado se realizara en un entorno familiar, y accediendo a los múltiples turnos y controles que necesita.

39 A cargo de María del Carmen Rodríguez Melluso.

Mariano tiene 38 años y, a raíz de un incidente con la Policía Federal previo a su detención, recibió impactos de proyectiles de arma de fuego. Por ello, ingresó el 23 de agosto de 2021 al Hospital Posadas, donde pasó por múltiples intervenciones quirúrgicas debido a la gravedad de su condición. Las lesiones que padeció derivaron en orquiectomía bilateral, ligadura de vena y arteria femoral izquierda, drenaje pleural por neumotórax, fasciotomía en muslo izquierdo y colocación de tutores externos en dicho miembro y férula en miembro inferior izquierdo. Además, padecía monoparesia braquial derecha.

Debido a la gravedad de su salud, Mariano permaneció internado en el hospital durante más de un año. Pese a no tener la capacidad de movilizarse ni sentarse en la cama por sus propios medios y sólo movilizar dos dedos del miembro superior derecho, estaba con elementos de sujeción mecánica y con agentes policiales de la misma jurisdicción que le dispararon en el procedimiento previo a su detención. Mariano no sólo estaba sujeto las 24 horas sino que tampoco accedía a su teléfono, y no podía comunicarse con su familia, sus hijos/as ni con operadores judiciales, como la defensoría.

Se tomó conocimiento de su situación desde PCCC a partir de comunicaciones con su madre y su pareja. El 26 de agosto de 2022 el equipo entrevistó a Mariano en el hospital; se encontraba acostado con elementos de sujeción en el miembro inferior izquierdo. En la entrevista explicó que, además de no permitirle tener teléfono, las visitas eran sumamente restrictivas. Recibía sólo la visita de su madre por las mañanas y de su pareja por las noches; ellas lo ayudaban a comer ya que no podía cortar los alimentos ni llevárselos a la boca, lo asistían con su higiene y con todas las actividades diarias. Mariano mencionó que recibía asistencia psicológica por el impacto de las secuelas que le generaron semejante cambio en su vida. Por otro lado, manifestó que su madre había sufrido en varias ocasiones comentarios despectivos por parte de los policías que lo custodiaban.

A partir de allí se realizaron diferentes presentaciones; la primera fue un habeas corpus solicitando que le retiren los elementos de sujeción. A su vez, licenciadas de trabajo social y de psicología de PCCC realizaron una entrevista en el domicilio de la madre de Mariano, el 30 de

agosto, a fin de elaborar un informe psicosocial en pos de acompañar el pedido de prisión domiciliaria realizado por su defensoría oficial. En la entrevista el objetivo era indagar sobre las condiciones socio-familiares para contener y acompañar a Mariano en el tratamiento de salud. En ese sentido, si bien son centrales los recursos económicos, también lo es la accesibilidad a dispositivos institucionales y la disposición de acompañarlo en su cuadro de gravedad.

El 25 de octubre de 2022 se presentó un escrito solicitando que se le autorice el uso de celular para comunicarse con sus familiares e hijos, puesto que eran el único vínculo activo que le daba contención, asistencia y elementos de higiene. Durante este tiempo, la intervención se basó en acompañar a Mariano para facilitar su comunicación con la defensoría, acompañarlo a él y su familia ante la preocupación de un alta inminente y su traslado a una UP.

El 4 de noviembre se comunicó Mariano para explicar que en el hospital le habían dicho que ya disponía del alta con destino de traslado a la Alcaldía de San Martín. Una situación preocupante por la cantidad de servicios y profesionales con los cuales debía mantener un seguimiento en pos de mejorar su situación de salud. Mariano estaba totalmente angustiado y preocupado por las condiciones de vida que llevaría en el encierro, considerando además que necesitaba figuras de apoyo permanentemente. Ese mismo día se presentó un escrito señalando la urgencia de resolver la prisión domiciliaria e informando las condiciones en las que estaba.

Pese a esto fue trasladado gravosamente a la Alcaldía de San Martín: sin silla de ruedas y postrado en la parte trasera de un móvil del SPB. En la alcaldía no fue recibido por la situación de salud y fue llevado a la UP 22 de Olmos. El viaje comenzó a las 13:00 y terminó alrededor de las 21:00 hs. El 9 de noviembre un equipo de PICC fue a la UP 22 a entrevistarlo. Allí refirió con un fuerte malestar que estuvo más de doce horas arriba de un móvil policial, donde lo subieron cual “paquete” sin alimento ni agua siendo una persona totalmente dependiente.

Mientras estuvo alojado en la UP 22 se continuó el seguimiento de su situación y se mantuvo comunicación activa con él, que refería el

incumplimiento de varios turnos asignados en el hospital. El 17 de noviembre se comunicó Mariano para contar que había tenido una audiencia ante el Tribunal en lo Criminal N° 2 de Morón⁴⁰, donde se pudo visibilizar su estado grave de salud y la incapacidad del SPB para garantizar el correcto acceso a la atención de la salud, las dificultades para continuar con su tratamiento y la nula asistencia. Sin embargo, al constituirse la CPM en la UP 22 el 2 de diciembre, se volvió a constatar que la asistencia hacia Mariano era nula, estaba supeditada a sus compañeros, la atención médica no era continua ni acorde a su hospital de base, tampoco recibía rehabilitación ni atención de salud mental. Finalmente, el 15 de diciembre le otorgaron la prisión domiciliaria, pero continuó en estas condiciones hasta que el 27 de diciembre cuando pudo irse a su casa. Si bien Mariano posee una discapacidad crónica y necesita apoyo permanente, fue fundamental el acceso a la prisión domiciliaria para garantizar el traslado a los múltiples turnos que requiere, como también la contención familiar y los cuidados que de ninguna manera se brindan en las cárceles bonaerenses.

Estos casos, que tuvieron una resolución favorable a partir de la intervención de la CPM, ponen de manifiesto las condiciones de internación (dentro o fuera de la cárcel) a las que se somete a las personas detenidas. Estas prácticas de tortura y malos tratos en los hospitales se exponen en el apartado siguiente.

2.4. La sujeción mecánica y la incomunicación como práctica de tortura en hospitales

Ante la necesidad de internación o evaluación fuera del ámbito penitenciario, las personas detenidas son trasladadas y alojadas en dispositivos de salud donde se les imponen diferentes medidas de seguridad. Estas medidas se encuentran detalladas en el *Reglamento interno para custodias de internos hospitalizados extramuros del SPB* que fuera adoptado por la Dirección de Seguridad del SPB en el año 2007 y que se

40 Integrado por Osvaldo Fabián Cedarri y Humberto González.

encuentra en pleno uso. Entre sus disposiciones están las vinculadas a la sujeción mecánica y a las tareas que debe desplegar el personal penitenciario al momento de realizar el traslado y la custodia. El Reglamento, en su capítulo VII, establece que la persona detenida que fuera trasladada a un hospital extramuros deberá estar sujeta a la cama con esposas y cadenas de prolongación colocadas en forma de cruz, es decir que debe tener un anillo y una cadena en una de sus muñecas y otro anillo y cadena en el tobillo con ubicación opuesta, anulando de esta manera cualquier posible movimiento. Esta sujeción se debe mantener durante el transcurso de toda la internación de la persona enferma, aun si se encontrara inconsciente o sin capacidad clínica de movilizarse.

Los dos casos que se presentan a continuación muestran la falta de un criterio humanitario a la hora de aplicar la norma. Ambos tuvieron padecimientos que imposibilitaban totalmente la movilidad, pero aun así se encontraban esposados a la cama de hospital.

Mario tenía 57 años y a comienzos de 2022 comenzó con un proceso de deterioro generalizado; temía atravesar una enfermedad degenerativa, diagnóstico que se confirmó en septiembre luego de ser internado en el Hospital Rossi de La Plata: padecía ELA. Durante su internación en el hospital, pese a estar incapacitado para movilizarse por sus medios y con un pronóstico de muerte inminente, Mario estuvo sujetado mecánicamente con grilletes y cadenas. El hospital le da el alta el 23 de septiembre porque no había tratamiento para su enfermedad, sólo indicaciones de cuidados paliativos; sin embargo, fue trasladado a la UP 22 de Olmos y murió una semana después.

Franco, de 24 años, fue internado el 6 de septiembre del 2022 en la terapia intensiva del Hospital Korn en Melchor Romero con un traumatismo intracraneal y lesiones en la columna al caer del techo de un pabellón tras una represión en la UP 45. Tanto durante su permanencia en la UTI como en la sala de neurocirugía, Franco estuvo esposado a pesar del pronóstico de los/as profesionales del hospital de que no volvería a caminar. Su internación se extendió hasta diciembre de 2022 y, con su cuadro de paraplejia irreversible, pasó esos tres meses sujetado mecánicamente todo el tiempo.

Se registró que estas medidas de seguridad se imponen sin tener en cuenta la condición de la persona enferma, la debilidad corporal que presenta y la limitación extra que genera estar esposada, sin poder realizar actividades comunes como comer, beber agua o incluso incorporarse en la cama para aliviar los dolores posturales.

Esta práctica, en base a lo relevado, se ha aplicado a todas las personas detenidas enfermas, sin distinción de condición de salud ni de las condiciones edilicias del hospital, que, en ocasiones, permitiría el control adecuado por medios no gravosos, como la custodia de la habitación ubicada en pisos superiores o en aquellas que no tienen salidas más allá de la puerta donde se encuentra la custodia penitenciaria permanente.

Por otro lado, pese a que no está establecido en el Reglamento citado, se constató que se dispone de hecho que las personas no puedan estar internadas con sus pertenencias, incluso la tenencia y uso de teléfonos celulares.

Durante el año 2022 se ha registrado y acompañado el proceso de internación de varias personas que, por su condición de salud, fueron derivadas a hospitales extramuros, con estas medidas de seguridad que agravaban significativamente las condiciones de detención y, en varios casos, interferían en los tratamientos médicos indicados.

Por el aislamiento y las condiciones de seguridad impuestas por el SPB, se han registrado situaciones donde las personas internadas en hospitales extramuros solicitaron ser trasladadas nuevamente a la cárcel; allí transitan su enfermedad sin atención médica, pero manteniendo la movilidad, alimentarse por sus propios medios y comunicarse con su familia, allegados/as e incluso con los órganos judiciales. Dichos métodos de seguridad son de tal gravedad que se imponen sobre el tratamiento, al punto de que las personas se ven obligadas a desatender su salud con tal de no padecerlos.

Camila, una mujer trans de 39 años, fue entrevistada por el PICC el 3 de agosto del 2022 durante su internación en el Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela. Estaba atravesando un cuadro de TBC en fase 1 y en el hospital establecieron que convivía con VIH, pero sin tratamiento

porque mientras estuvo alojada en la UP 32 no le habían realizado los estudios para determinar la presencia del virus. Se encontraba en una sala de aislamiento del hospital, sola y con una guardia del SPB ubicada en el pasillo inmediatamente contiguo a la sala. Tenía esposas colocadas en ambas manos, con cadenas de prolongación pesadas que le impedían todo movimiento ante la debilidad física que presentaba.

Camila sólo podía contactarse por teléfono con su familia que vivía en Perú. Esta fue su mayor preocupación mientras estuvo internada. Por ello, durante ese tiempo, la CPM se constituyó como el medio de comunicación entre ella, su familia, su abogada y las compañeras detenidas que querían saber cómo estaba. Camila manifestó su intención de irse del hospital por esta situación, lo que sucedió unos días después.

Debido al avance de su enfermedad, Camila fue internada nuevamente, esta vez en el Hospital Evita Pueblo. Allí fue entrevistada por un equipo de la CPM el 24 de agosto: se encontraba de nuevo esposada a la cama, sin posibilidad de movilizarse. El personal médico del hospital indicó que, por el cuadro clínico que presentaba, era fundamental que pudiera pararse, caminar y permanecer sentada en la cama; pero que al solicitarlo, el personal del SPB había dicho que era imposible y que eso se debía informar a través del juzgado. Es decir, le requerían al personal de salud una autorización judicial para establecer el tratamiento médico adecuado para Camila. La CPM interpuso una acción de habeas corpus, rechazada por el Tribunal en lo Criminal N° 1 de Quilmes⁴¹ que reconoció la legitimidad de la sujeción y ordenó que se sostenga sobre una de las partes del cuerpo, a pesar de conocer el débil estado de salud de Camila. A los dos días, un equipo de la CPM concurrió al hospital para entrevistar nuevamente a Camila, pero no fue posible por su estado de salud: ya no podía comunicarse, movilizarse y recibía oxigenoterapia. Aun así, en ese estado, se encontraba con sujeción mecánica. Camila falleció el 27 de agosto en pésimas condiciones de detención, sujeta a la cama y sin haber podido comunicarse con sus familiares y amistades en los últimos días de su vida.

Cuando una persona detenida necesita ser internada los hechos se repiten de modo análogo al caso de Camila. Son tales las imposicio-

41 Integrado por María Florencia Butiérrez y Jorge Franklin Moya Panisello.

nes de seguridad desplegadas que las personas evalúan el hecho de volver a la cárcel y abandonar el hospital mediante alta voluntaria, incluso si ello implica la desatención de su salud. Estas medidas del Reglamento se constituyen como prácticas de tortura y malos tratos, que se extienden en todos los casos de internación en hospitales y se imponen a los tratamientos de salud socavando la subjetividad de las personas detenidas. A continuación, se expone un análisis de la inconstitucionalidad y contra convencionalidad del Reglamento del SPB.

2.4.1. Inconstitucionalidad del reglamento del SPB

Como ya se ha mencionado, durante 2022 la CPM denunció las consecuencias que genera la sujeción mecánica en las personas internadas, pero ningún órgano judicial ordenó su cese. A partir del caso de **Tatiana**, se decidió solicitar una revisión constitucional y convencional del *Reglamento interno para custodias de internos hospitalizados extramuros del SPB*.

Tatiana, una mujer trans detenida en la UP 32 de Florencio Varela, fue entrevistada por el PICC el 19 de septiembre de 2022, mientras estaba internada en el Hospital San Juan de Dios de La Plata con diagnóstico presunto de TBC. Se encontraba aislada en una sala de guardia del hospital esposada a la cama en forma de cruz, con un grillete en su tobillo izquierdo y uno en su muñeca derecha, ambos con cadenas de prolongación muy cortas que impedían su movilidad. Al ingresar, Tatiana estaba almorzando con mucha dificultad, ya que la mesa con la vianda de comida se ubicaba sobre la derecha de la cama y el brazo ubicado sobre ese lado estaba encadenado. Es decir, debía comer y tomar agua acostada en la cama. Tampoco le permitían tener pertenencias, ropa o su teléfono celular, por lo cual no podía comunicarse con su familia ni sus allegados.

La CPM solicitó, mediante acción de habeas corpus, que se modifiquen las agravadas condiciones de detención y se revise la legalidad del reglamento aplicado por el SPB. En su resolución, el Juzgado Correccional N° 3 de San Isidro⁴² decidió hacer lugar parcialmen-

42 A cargo de Mariela Carla Quintana.

te a la acción, indicando al personal penitenciario que controle las condiciones de la sujeción, es decir que evalúe si las cadenas de prolongación eran suficientemente largas y si se encontraban colocadas sobre la mano hábil de Tatiana. Es decir, ante la denuncia de aplicación de mecanismos que agravan sustancialmente la condición de detención de una persona y que constituyen prácticas que no se ajustan a los estándares de la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, el Juzgado decidió establecer una regulación de dicha práctica bajo la justificación de que se encuentra prevista en el Reglamento interno del SPB, cuya constitucionalidad y convencionalidad se había puesto en discusión y sin decir nada al respecto.

Al tiempo que se interpuso el recurso, Tatiana recibió el alta hospitalaria. Por ello, tanto el Juzgado como la Cámara departamental se negaron a continuar analizando la cuestión, a pesar de que a las claras el caso excedía la situación particular de Tatiana y requería un pronunciamiento que generara seguridad en cuanto a la legalidad del Reglamento interno que el SPB aplica sin mayores miramientos.

Debe advertirse que en 2022, según el registro de muertes en cárceles y alcaldías de la CPM, del total de muertes registradas el 86% se relaciona a problemas de salud y, entre estas muertes (105), el 65% se registran en hospitales extramuros. Esto convierte a las condiciones de detención en internación extramuros en un problema central. En relación al tiempo de internación, el 20% de las personas fallecidas fueron trasladadas entre un día antes y el mismo día de la muerte; 5 de cada 10 personas que mueren por problemas de salud son internadas en un hospital, como máximo, una semana antes de su muerte, y sólo el 12% estuvo internada más de un mes⁴³. Estos datos ponen de manifiesto que las internaciones se producen cuando la intervención médica ya no puede torcer los efectos del abandono sanitario y, en general, los traslados a hospitales se ordenan y efectivizan cuando los cuadros se encuentran muy avanzados.

43 Para un mayor análisis de las muertes producidas en el SPB, ver capítulo 5 de la presente sección.

Entonces, al deterioro avanzado de la salud y el padecimiento propio de la enfermedad, en las personas detenidas se suma un segundo orden de sufrimiento que es la sujeción a la cama mediante esposamiento, lo que no sólo genera incomodidades físicas, sino que atenta contra la dignidad y humanidad de las personas. El trato que se dispensa no se ajusta a los estándares internacionales y genera en las personas un padecimiento subjetivo extra a la enfermedad que atraviesan.

Ante la negativa de trato del caso, se interpuso un recurso de Casación por vía de queja con la finalidad de que el máximo tribunal penal de la provincia de Buenos Aires evalúe la cuestión y dictamine la inconstitucionalidad y contra convencionalidad del Reglamento en función de establecer garantías de no repetición en casos análogos. El recurso se encontraba en pleno trámite al momento de la redacción del presente informe.

3. MUJERES, TRANS Y TRAVESTIS ENCARCELADAS

Para las mujeres cis y personas del colectivo LGTBIQ+ la cárcel produce impactos diferenciales por ser un lugar pensado y estructurado para alojar varones. Las violencias y vulneraciones de derechos inherentes al sistema carcelario, sumadas al tratamiento desigual de funcionarios/as judiciales y penitenciarios/as reproducen la violencia patriarcal y heterocissexista imperante. La mayoría de las mujeres cis y de las personas trans y travestis está encarcelada por infracciones a la ley de estupeficientes⁴⁴, lo que muestra que la política criminal que proclama la *lucha contra el narcotráfico* se limita a perseguir sólo al eslabón más débil del mercado ilegal. Su participación se debe contextualizar en la situación vulnerable en la que se encuentran: la pobreza y la exclusión del mercado laboral⁴⁵, atravesadas por la desigualdad y las violencias patriarcales.

El presente capítulo expone el impacto del encierro punitivo sobre los cuerpos de las mujeres y las personas trans y travestis relevado por la Comisión Provincial por la Memoria (CPM) en el marco de las tareas como Mecanismo Local de Prevención de la Tortura (MLPT). Durante 2022 se monitorearon todos los lugares de encierro del SPB destinados a alojar a mujeres y personas trans y travestis⁴⁶. Las violencias registradas no son nuevas, ya fueron denunciadas por la CPM en informes previos y dan cuenta de la continuidad y la sistematicidad del sistema de la crueldad⁴⁷.

44 En 2021, en base al último informe del Registro Único de personas Detenidas (RUD) de la Procuración General de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, el 43% de las mujeres estaba detenida por infracción a la ley 23.737, mientras que el 13% de los varones estaba detenido por ese delito. Y según el Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena (SNEEP) del Ministerio de Justicia de la Nación, en 2021, el 45% de las personas trans y travestis estaba detenida por este delito. Las series históricas se encuentran disponibles en Mujeres detenidas en el SPB, según delito imputado, 2010-2021 y en Trans y travestis detenidas en el SPB, según delito imputado, 2017-2021.

45 Según el SNEEP, en 2021 el 47% de las mujeres cis y el 81% de las personas trans y travestis estaba desocupadas previo a su detención. En los varones detenidos, ese porcentaje era del 41%.

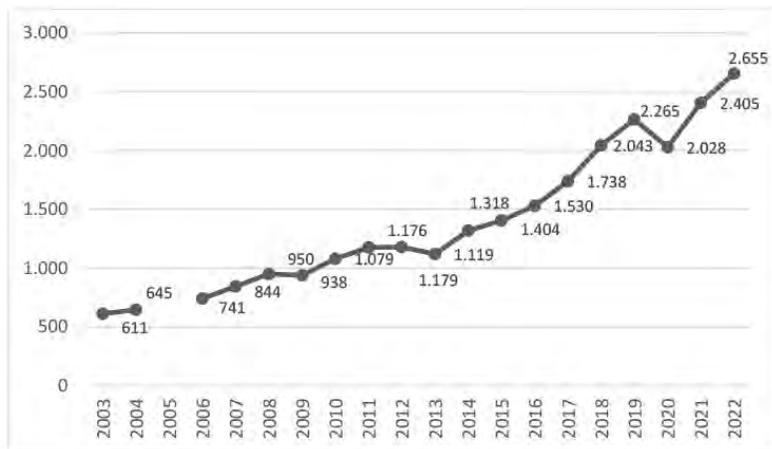
46 Se han realizado 210 inspecciones; un promedio de 10,5 inspecciones en cada uno.

47 Ver Informes 2007-2022 para la población de mujeres e Informes 2011-2022 para la población trans y travesti, donde la CPM ha denunciado las violencias y vulneraciones padecidas por estas poblaciones.

3.1. Encarcelamiento

Al finalizar 2022, había 2.655 mujeres y 106 personas trans y travestis detenidas en el SPB, el 5% del total de la población detenida. La cantidad de mujeres cis y personas trans y travestis detenidas aumentó un 10% con respecto a 2021, mientras que la población de varones detenidos creció un 4% de un año al otro. La población de mujeres cis registra un ascenso sostenido; creció más de 3 veces en los últimos 20 años como se observa en el Gráfico 1: aumentó un 335%, pasando de 611 en 2003 a 2.655 mujeres presas en 2022.

Gráfico 1. Mujeres detenidas en el SPB, 2003-2022

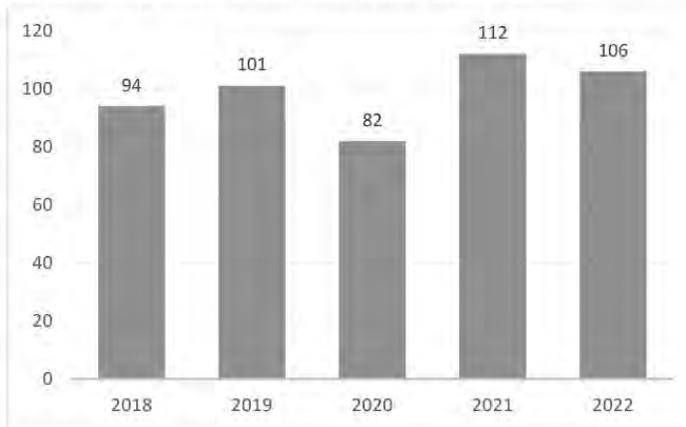


Fuente: CPM en base a informes anuales del SNEEP (2002-2013) y a datos de población detenida provistos por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires (2014-2022). **Nota:** se desestima el dato publicado por el SNEEP en 2005, ya que en ese año la provincia de Buenos Aires no informó datos desagregados del total de unidades penales, entre ellas la UP 8 y la UP 33, que alojaban la mayoría de mujeres detenidas.

En cuanto a la población trans y travesti, se asume la existencia de un subregistro en los datos oficiales remitidos ya que, a partir de las tareas de monitoreo, se ha tomado conocimiento de personas cuya

identidad de género autopercibida no es respetada. En base a la información oficial, entre 2018 y 2022 estuvieron detenidas en promedio 99 personas trans y travestis en el SPB. En 5 años esta población ha aumentado en un 13%.

Gráfico 2. Personas trans y travestis detenidas en el SPB, 2018-2022



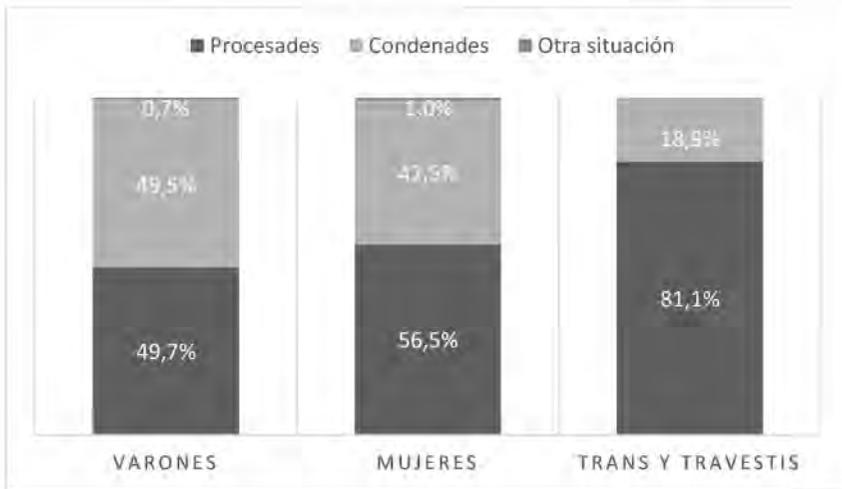
Fuente: CPM en base a datos de población detenida provistos por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires.

Una problemática histórica del sistema carcelario bonaerense es que la mayoría de las personas está presa sin condena firme⁴⁸. La sistematicidad del uso extendido de la prisión preventiva se profundiza al analizar según género –como muestra el Gráfico 3– perjudicando de modo diferencial a mujeres, trans y travestis como se ha denunciado en informes previos⁴⁹. Si se suman las personas procesadas, sobreseídas y sin prisión preventiva detenidas en 2022, se observa que casi el 60% de las mujeres cis y más del 80% de las personas trans y travestis se encontraban detenidas siendo inocentes para la justicia.

48 En diciembre de 2022, 50% personas se encontraban procesadas, 49% con condena y el 1% restante sobreseídas o sin prisión preventiva. Para un análisis del uso extendido de la prisión preventiva, ver sección Política criminal del presente informe. Datos históricos disponibles en: [Población carcelaria histórica – CPM | Datos abiertos](#)

49 CPM, 2020: 203; 2021: 209; 2022: 281.

Gráfico 3. Porcentaje de personas detenidas en el SPB, según género y situación procesal, 2022

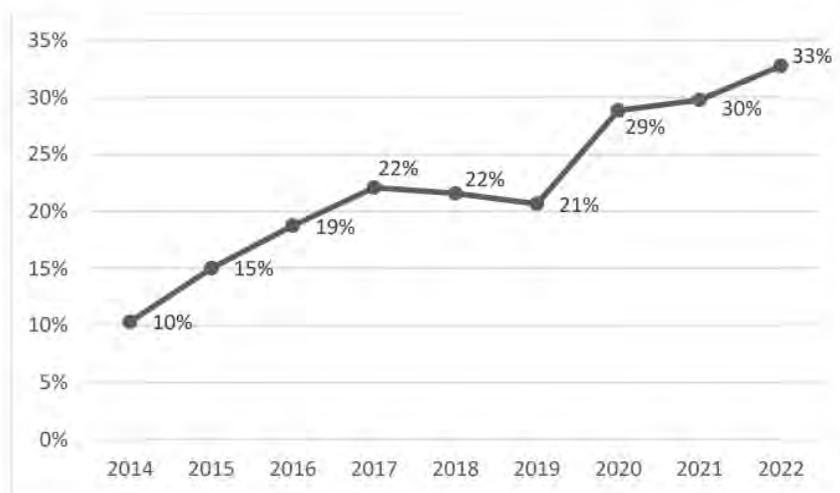


Fuente: CPM en base a datos de población detenida provistos por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires. **Nota:** “otra situación” incluye a personas sobreseídas y sin prisión preventiva. Los datos corresponden al mes de diciembre.

Un aspecto particular del encarcelamiento de estas poblaciones es la proporción de detenidos/as con arresto domiciliario. En 2022 el 33% (870) de las mujeres cis estaba detenida bajo monitoreo electrónico. Como se destacó en el informe anterior (CPM, 2022: 282) y como muestra el Gráfico 4, este porcentaje viene en aumento desde el año 2020. Las mujeres, en comparación al resto de la población detenida, acceden más a dicha morigeración⁵⁰. Esto se vincula al reconocimiento legislativo de la responsabilidad de las tareas de cuidados impuesta socialmente a las mujeres (CPM, 2021: 199).

⁵⁰ A diciembre de 2022, el 6% de los varones detenidos en el SPB se encontraba bajo la modalidad de monitoreo electrónico.

Gráfico 4. Porcentaje de mujeres con monitoreo electrónico sobre el total de mujeres detenidas en el SPB, 2014-2022



Fuente: CPM en base a datos de población detenida provistos por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires.

Sobre la población trans y travesti detenida bajo monitoreo electrónico, se tiene registro desde 2019 cuando el parte diario dejó de informarse de manera binaria. En 2022 eran 11 detenidos/as con monitoreo electrónico, el 10% del total y la misma cantidad que en 2021. En cuatro años, el promedio interanual fue de 9%⁵¹.

El aumento del encarcelamiento provoca cárceles sobrepobladas, con condiciones de detención que vulneran los derechos de las personas detenidas. Para las poblaciones de mujeres cis y personas trans y travestis, el sistema carcelario destina 20 de 66 lugares de encierro⁵². Las mujeres son encarceladas en 15 unidades penales⁵³ y una alcaldía departamen-

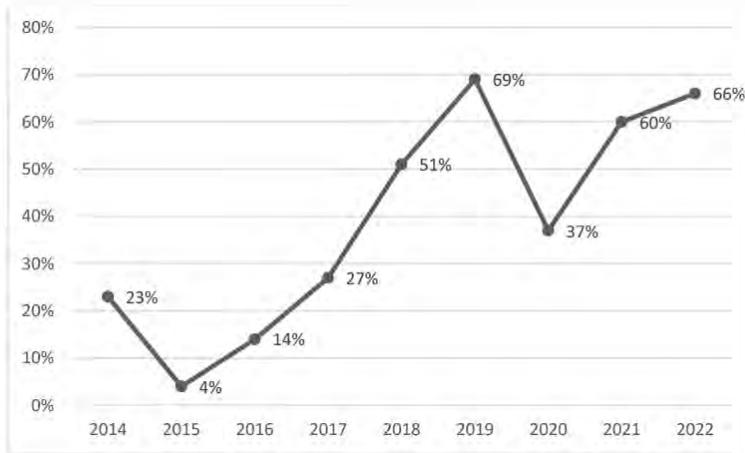
51 En 2019 y 2020 fueron informadas 9 personas trans y travestis detenidas bajo monitoreo electrónico.

52 Las unidades penales y alcaldías del SPB y su distribución en el territorio provincial se encuentran disponibles en [Mapa de cárceles del SPB](#).

53 Son 5 unidades penales destinadas a alojar solamente a mujeres y 10 anexos femeninos en cárceles de varones.

tal, con un cupo estipulado para 1.077 personas⁵⁴. Esto significa que, en 2022, la sobrepoblación de mujeres en las cárceles bonaerenses fue del 66%, el segundo pico más alto registrado en 9 años, como se ve en el Gráfico 5. En casi una década la sobrepoblación aumentó en un 187%.

Gráfico 5. Sobrepoblación de mujeres en el SPB, 2014-2022



Fuente: CPM en base a Plan Edilicio y de Servicios (2008), Capacidad de construcción original (2016) y otros documentos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires; datos de población detenida provistos por el Ministerio de Justicia.

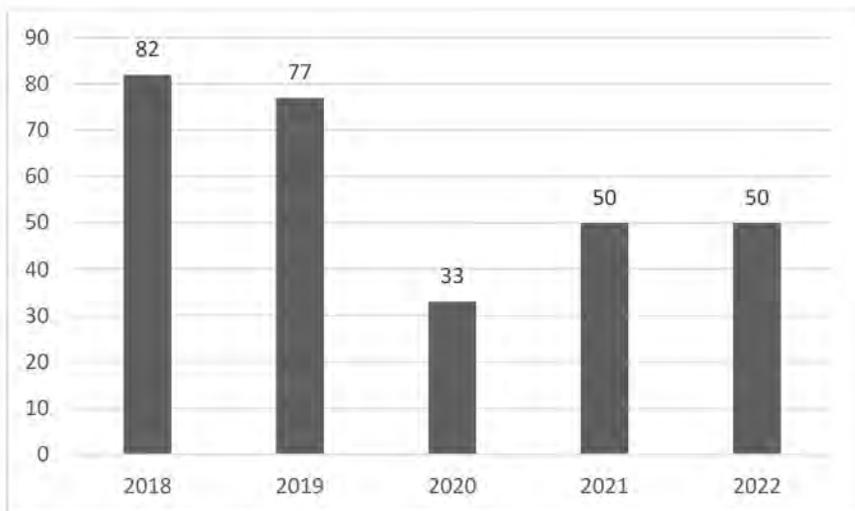
El rol que el orden patriarcal impone a las mujeres implica la responsabilidad del cuidado de sus hijos/as y sus familiares. Dicho rol se continúa ejerciendo desde el encierro (CPM, 2020: 197) y, además, se evidencia en la prisionización de mujeres junto a sus hijos/as. Al finalizar el 2022, el SPB alojaba 50 mujeres embarazadas o detenidas junto a sus hijos/as, el 3% del total de detenidas en las cárceles; 25 estaban embarazadas y 25 junto a sus hijos/as⁵⁵. Como se ve en el Gráfico 6, se registró la

54 En 2022, el cupo para las unidades penales y alcaldías penitenciarias era de 1.054 y de 23 para la Alcaldía Departamental La Plata III.

55 En diciembre de 2022 eran 25 niños/as viviendo junto a sus madres en el encierro: 19 en la UP 33 y 6 en la UP 54; 42 mujeres se encontraban en la UP 33 de Los Hornos (La Plata), 6 madres con sus hijos/as en la UP 54 de Florencio Varela, y una persona gestante en las UP 4 de Bahía Blanca y UP 46 de San Martín.

misma cantidad que 2021 sin alcanzar los niveles previos al descenso de 2020 (CPM, 2021: 200).

Gráfico 6. Mujeres detenidas embarazadas y/o junto a sus hijos/as en la cárcel del SPB, 2018-2022



Fuente: CPM en base a datos de población detenida provistos por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires. **Nota:** los datos corresponden a diciembre de cada año.

Al finalizar 2022 había 25 niños/as viviendo junto a sus madres en el SPB. Pero, en promedio, hubo 36 en el año, llegando a 45 niños/as en el mes de mayo. No se registraba un número tan alto desde marzo de 2020 cuando hubo 51 niños/as en las cárceles. Estos datos alarman, ya que las condiciones de encierro vulneran los derechos de los niños/as y sus madres (CPM, 2022: 293). La CPM viene denunciando dicha situación desde hace años (CPM, 2014), como también las decisiones de funcionarios/as judiciales de no otorgar alternativas a la prisión preventiva o morigeraciones de pena en detrimento de los derechos de los niños/as y las dificultades que presenta el sistema para acompañar y asistir a las mujeres para evitar el revocamiento de los arrestos domiciliarios dados.

Hasta aquí se han expuesto los datos principales que dan cuenta del alcance del encarcelamiento de estas poblaciones. En lo que sigue se exhiben los datos obtenidos del relevamiento a feminidades trans y travestis detenidas, su situación específica y los impactos diferenciales del encierro en sus cuerpos.

3.2. Relevamiento de la población trans y travesti detenida

La CPM llevó adelante un relevamiento de la población trans feminizada detenida en las cárceles bonaerenses⁵⁶, en el marco de las inspecciones como MLPT, entre los meses de abril y agosto de 2022. Fueron entrevistadas 56 feminidades trans y travestis⁵⁷ en los cuatro pabellones denominados de *diversidad sexual* de las UP 2 de Sierra Chica (1), UP 32 de Florencio Varela (2) y AP 44 de Batán (1). A continuación, se presenta la información construida a partir de dicho relevamiento, que da cuenta de prácticas transodiantes ejercidas por el SPB, el Poder Judicial y del cissexismo que no sólo estructura las cárceles sino la sociedad (CPM, 2020: 202).

En primer lugar, se buscó conocer las características generales de esta población. La mayoría de las encuestadas (42 de 56) era menor de 40 años. Es conocido que la expectativa de vida de las personas trans y travestis es de 35-40 años⁵⁸; este dato refleja la vulnerabilidad del colectivo por la temprana expulsión del hogar y la escuela, la falta de vivienda y de empleo formal, la violencia social e institucional. Estas situaciones atraviesan la trayectoria de las personas trans y travestis y la cárcel las pro-

56 Se optó por relevar los espacios que alojan feminidades trans teniendo en cuenta la dimensión de dicha población, sin desconocer la existencia de masculinidades trans detenidas. En informes previos (CPM, 2020: 205; 2022: 288) ya se ha denunciado y analizado la invisibilidad de este colectivo por parte del sistema y los padecimientos específicos que la misma genera.

57 Cabe aclarar que, si bien el objetivo era entrevistar a la totalidad de feminidades trans y travestis detenidas, al realizar las inspecciones algunas no desearon ser entrevistadas y otras fueron encontradas en una UP ya habiendo sido entrevistadas en otra con anterioridad, debido a los traslados entre unidades. Sin embargo, fueron entrevistadas más de la mitad del total de detenidas.

58 Si bien hasta el momento no hay datos públicos oficiales con respecto a ello, este dato ha sido estimado a partir de estudios de organizaciones como ALITT Y ATTTA. Además, es uno de los lemas de la lucha del movimiento trans y travestis del país.

fundiza. Además, 6 de cada 10 encuestadas eran extranjeras; este dato coincide con datos oficiales publicados y con lo ya expuesto en informes previos: la mayoría de las personas trans y travestis detenidas son de nacionalidad extranjera, mientras eso no sucede con el resto de la población detenida. Según los últimos datos disponibles, el 56% de la población trans y travesti en el SPB es extranjera; mientras que, para la población de varones y de mujeres, esa proporción era del 5% y 6% respectivamente⁵⁹.

Las personas extranjeras en el encierro están en una posición más adversa porque no tienen visitas y/o personas que puedan acercarles alimentos, productos de higiene o medicamentos no provistos por el SPB. A su vez, encuentran mayores dificultades para acceder a derechos procesales, como el arresto domiciliario. Estos datos, además, deben pensarse en el contexto de una política criminal transodiante y xenófoba que criminaliza, persigue y castiga especialmente a las trans y travestis extranjeras. Al indagar por los motivos de su migración al país, la mayoría refirió que había migrado por oportunidades laborales o por sufrir discriminación en su lugar de origen. Varias expresaron que creían que en Argentina, a raíz de la ley de identidad de género y otras políticas destinadas a la población trans, podrían tener mejores condiciones de vida en comparación con sus países de nacimiento. Una de ellas relató que este hecho motivó su migración desde Bolivia, donde sufría discriminación: “no podía ser yo y siempre tenía mucho miedo”. Otra comentó que había emigrado a los 24 años porque “en Perú son muy hostiles con las trans y peor con las que trabajamos en la calle”. En ese sentido, muchas tuvieron que desplazarse desde muy temprana edad: una mencionó que llegó al país desde Perú a los 11 años porque su propia familia la había rechazado. Esta situación no es exclusiva de las extranjeras, también las nacidas en otras provincias expresaron que su llegada a la provincia de Buenos Aires se vinculó con escapar de situaciones violentas y con lograr mejores oportunidades laborales. Una de ellas, nacida en Tucumán, relató que vino a vivir a Buenos Aires sola con 13 años a raíz de la discriminación que sufrió en su propia familia y también en la escuela.

Las circunstancias relacionadas muestran como el transodio atraviesa la trayectoria de vida de las personas trans y travestis. Más de la mitad

59 Según datos publicados por el SNEEP para el año 2021. Disponibles en [Población extranjera detenida en el SPB – CPM | Datos abiertos](#)

de las encuestadas no había podido completar su escolarización. Una de ellas contó que su padre la había sacado de la escuela por “putito”. Asimismo, la estigmatización social de este colectivo conlleva la imposibilidad de acceder a un trabajo formal o no criminalizado: 8 de cada 10 encuestadas expresaron que poseían trabajos informales antes de ser detenidas y muchas se prostituían. Este dato coincide con la situación a nivel nacional: casi el 70% de las personas trans detenidas en el país se encontraban desocupadas/os antes de su detención⁶⁰.

Una cuestión central a relevar fue la atención a la salud. Como se ha denunciado en este y anteriores informes⁶¹, el problema del acceso a la salud de toda la población detenida es alarmante. En el colectivo trans y travesti adquiere dimensiones específicas debido a la patologización de sus identidades, la falta de reconocimiento de las mismas, y la discriminación y violencia que sufren de los profesionales de la salud al buscar atención y cuidados. Las patologías y afecciones que pueden ser prevenidas y tratadas sin mayores obstáculos en el encierro se agudizan ante la falta de controles, evaluaciones y tratamientos.

En este sentido, 7 de cada 10 encuestadas expresó padecer algún tipo de enfermedad; de ellas más de la mitad con más de una afección diagnosticada: un promedio de 1,7 enfermedades cada una. Se registraron 24 enfermedades diferentes⁶², pero el dato preocupante es que 5 de cada 10 mujeres trans y travestis detenidas entrevistadas convivían con HIV.

Cuando se indagó si padecían alguna afección o problema de salud sin diagnóstico, se obtuvieron 32 respuestas afirmativas. Entre muchas dolencias descritas, se destacan aquellas vinculadas a las deficiencias en la atención a la salud: malestar por la medicación recibida (en particular con los antivirales para el VIH), dolores no atendidos o padecimientos de salud mental sin asistencia. Muchas otras afecciones refieren a especificidades del colectivo, como infecciones por prótesis que no son correctamente atendidas. Por ejemplo, una de ellas relató que creía tener una infección en los pechos debido a la cirugía, en la unidad sanitaria no le hicieron ningún estudio y sólo le dieron paracetamol; por ello su

60 Según el SNEEP para los últimos datos publicados correspondientes a 2021.

61 Ver el capítulo 2 de esta sección.

62 Luego de VIH, se destacan las siguientes enfermedades: asma, diabetes, hipertensión, sífilis, enfermedades cardiovasculares, tuberculosis, gastritis, hepatitis, HPV, entre otras mencionadas.

familia le llevó antibióticos, pero desconociendo cuál problema de salud estaba padeciendo. En ese sentido, varias vincularon sus malestares físicos con las condiciones materiales del encierro: por el mal estado del colchón o tener que pasar muchas horas acostadas por estar encerradas en espacios reducidos. En resumen, si sumamos las enfermedades y dolencias registradas, 9 de cada 10 feminidades trans detenidas encuestadas poseían algún padecimiento de salud.

Al preguntar sobre la atención a la salud en el encierro, todas las personas encuestadas identificaron deficiencias: en promedio cada una identificó 5 diferentes. Como se ve en la Tabla 1, más del 90% coincidió en que no les hacían estudios ni controles por sus enfermedades o dolencias. Más del 80% expresó que no recibían tratamientos a sus problemas de salud. Asimismo, 8 de cada 10 afirmaron que no les informaban su diagnóstico luego de la atención. La gran mayoría aseguró no ser atendida cuando lo necesitaba ni acceder a sanidad de la UP. En menor proporción, pero más de la mitad de las encuestadas, aseguró que no se les brindaba la medicación requerida o se la proveían de manera irregular o impertinente, es decir, le daban fármacos que no trataban su enfermedad y/o sólo aliviaban síntomas.

Tabla 1. Deficiencias en la atención a la salud identificadas por las personas trans y travestis detenidas en el SPB según tipo. Provincia de Buenos Aires, 2022

Deficiencias en atención a la salud	Respuestas		Porcentaje de casos
	Cantidad	Porcentaje	
No realizan estudios	50	17%	93%
No realizan controles	49	17%	91%
No realizan tratamientos	45	15%	83%
No informan diagnósticos	43	15%	80%
No recibe atención cuando necesita	42	14%	78%
No es llevada a Sanidad	36	12%	67%
Falta o irregular provisión de medicación	29	10%	54%
Total	265	100%	544%

Fuente: Relevamiento CPM en base a 56 encuestas.

Con respecto a la atención de la salud mental, 8 de cada 10 encuestadas expresaron no recibir asistencia psicológica. De quienes deseaban ser asistidas, la mayoría refirió que no la habían llamado para ser atendida pese a haberlo solicitado o que ha accedido esporádicamente. En ocasiones, la interrupción se debió al traslado de una UP a otra. Por otro lado, algunas no deseaban recibir atención por no sentirse cómodas con los profesionales: “más que 10 minutos de asistencia psicológica son 10 minutos de tortura”.

En ese sentido, al consultar por el trato recibido por el personal de salud, algunas de las entrevistadas expresaron sentirse violentadas: “no te atienden nunca, pero cuando te atienden te tratan mal o te hacen burla”, “me tratan en femenino, pero se me ríen por la espalda después”, “tardan mucho en llevarte a sanidad y la atención es una cagada, siempre me siento discriminada, me hacen burlas, no me gusta”. Respecto a la atención sanitaria, se registró que era insuficiente: “el enfermero se ha negado a revisarme”, “la atención es superficial, no se profundiza, solo dan paracetamol”, “sólo te llevan a sanidad para que diga eso en la historia clínica, no revisan ni hacen estudios”, “hace tres años que estoy esperando una consulta con un neumólogo”. Estos relatos se constataron en las situaciones de desatención de la salud de las personas en el encierro sobre las que intervino la CPM en 2022: es evidente la incapacidad de garantizar adecuada atención y tratamiento que provoca la generación o la agudización de enfermedades en el encierro, llegando incluso a la muerte⁶³.

Un aspecto específico a relevar de la población trans, relacionada directamente con la atención de la salud, son los tratamientos de hormonización. Sólo 15 de las mujeres trans y travestis se encontraban bajo tratamiento al momento de ser entrevistadas y casi todas afirmaron tener dificultades. Los problemas eran propios de las deficiencias en la atención a la salud inherentes al sistema: había discontinuidad en el tratamiento, la entrega de medicamentos era irregular, no recibían un seguimiento generando dolores en su cuerpo y malestar general. El

63 Según el registro de muertes de la CPM, entre 2017 y 2022, hubo 7 fallecimientos de mujeres trans o travestis detenidas. Todas murieron a causa de problemas de salud no atendidos. Para más información, ver datos disponibles en <https://www.comisionporlamemoria.org/datosabiertos/carceles/muertes/>

resto de las entrevistadas no se encontraba realizando el tratamiento y los motivos también radicaban en la falta de la atención sanitaria en el encierro. La mayoría (16) dijo “no desear hacerlo”; según varias la razón era por estar detenidas y lo que ello implicaba en su salud: “no me da confianza, no hay seguimiento”, “prefiero hacerlo cuando salga en libertad por si me da algún problema, sé que no me van a atender bien acá”. Otra gran parte (14) manifestó querer hacerlo, pero que no se lo proveían por la existencia de listas de inscripción a las que no les permitían anotarse. Por último, otras relataron que el tratamiento se vio interrumpido por su detención o por el traslado de una unidad hacia otra.

Un tercer aspecto a relevar fue el acceso a la justicia. En primer lugar, 7 de cada 10 trans y travestis encuestadas estaban detenidas sin condena firme. Esto corrobora el dato histórico para el total de la población trans detenida expuesto en el apartado anterior: en promedio, entre 2018 y 2022, el 78% estaba presa en calidad de procesada. Asimismo, como muestra el dato histórico provincial⁶⁴, 7 de cada 10 se encontraba detenida por delitos vinculados a la comercialización de estupefacientes. Una de ellas manifestó que sentía que por ser trans los/as operadores/as judiciales ya la culpaban por vender drogas sin importar sus dichos.

Para 6 de cada 10 encuestadas era la primera detención. En promedio, las personas encuestadas llevaban 27 meses detenidas. Sin embargo, 4 de cada 10 llevaba detenida menos de un año. Este dato tiene su correlato en el desconocimiento de las personas detenidas en general y de la población trans en particular sobre su situación judicial. Casi un tercio de las mujeres trans y travestis desconocía cuál juzgado, tribunal o departamento judicial atendía en su causa. De igual modo, la mayoría (38) afirmó tener algún tipo de contacto con su defensor/a y sólo 10 con el juzgado a cargo de su causa. Sin embargo, casi un tercio expresó no tener contacto ni con su defensa ni con el juzgado: “no me atienden, directamente no me dan bola”, “nunca conocí a nadie”, “nunca hablé con nadie del juzgado”.

64 Entre 2017 y 2021, el 52% de las personas trans y travestis estuvo detenida por este tipo de delito en el SPB según el SNEEP. Para más información, ver [Trans y travestis encarceladas / CPM | Datos abiertos](#)

Por último, al preguntar sobre el trato recibido por el personal penitenciario, varias de ellas, en especial las que habían sido detenidas anteriormente o se encontraban detenidas desde hacía más tiempo, hicieron referencia a que el trato ha ido cambiando con el tiempo (“viste que ahora ha cambiado todo”, “en Varela hace muchos años era terrible”) y que en ocasiones el respeto a su identidad dependía del personal que toque: “algunos sí, otros no, muchos me tratan como un tipo o se me ríen en la espalda”. Sin embargo, el transodio es una constante en las respuestas registradas: “a veces te tratan de masculino, o te dicen puto, otras veces se ríen al llamarte en femenino”, “en el sector de la escuela hay un solo baño para hombres y sólo se puede usar ese, y nos retan, se burlan, se nos ríen en la cara”, “un encargado de la escuela del servicio me decía cosas por cómo me vestía”. Otra de ellas relató que había hecho un taller de huerta y sentía que le dan talleres para burlarse, ya que ha escuchado al SPB decir “mirá los putitos con las plantas”.

El transodio penitenciario no se limita a la humillación y a la violencia verbal: algunas manifestaron que algunos agentes penitenciarios también las han violentado sexualmente. Una entrevistada relató que un encargado del pabellón en la 44 “era asqueroso”, la miraba y simulaba que la iba a tocar o le decía asquerosidades en el pasillo, y la amenazó con que la iba a agarrar en el *pasoducto* para violarla. Otra de ellas contó que había tenido problemas con “un encargado un poco toquetón” que no la dejaba salir al patio; terminó reclamando y fue sancionada ella sin consecuencias para el penitenciario. En estas respuestas se ve cómo la circulación por la unidad las expone a violencias, reforzando el encierro dentro del pabellón y limitando el acceso a la educación y a actividades recreativas y/o laborales de las mujeres trans y travestis en las cárceles⁶⁵ y profundizando la desigualdad que padecen.

El relevamiento brinda datos de las características de las feminidades trans y travestis encarceladas: la desigualdad, la estigmatización y la criminalización padecidas por este colectivo hacen de la cárcel un lugar esperado en su trayectoria de vida. Y, además, de las prácticas y las dinámicas transodiantes de agentes penitenciarios/as, sanitarios/

65 Según el SNEEP, en 2021, 6 de cada 10 mujeres trans y travestis detenidas no participaba de actividades deportivas y/o de programas laborales dentro de las unidades penales.

as y judiciales. Datos que cobran vida real en los casos testigos que se presentan a continuación.

Estefanía⁶⁶ es ecuatoriana, tiene 38 años y está detenida desde enero de 2021. Por sus problemas de salud (VIH, tumoraciones en las piernas que ella creía consecuencia de haberse inyectado aceites, sífilis sin tratamiento que le generaba fuertes dolores de cabeza y candidiasis sin tratar, entre otras dolencias), a fines de 2021 le otorgaron el arresto domiciliario que empezó a cumplir en la casa de una amiga. Pero su situación se complicó: la persona que se estaba encargando de su cuidado abandonó la casa y Estefanía quedó sin sustento económico para alimentarse o asistir a los turnos médicos y sin poder trabajar por estar presa. Además, por ser extranjera, no contaba con familiares o personas allegadas para asistirle. En esta situación extrema, sin recibir acompañamiento ni asistencia por parte de ningún organismo estatal, se vio obligada a tomar una decisión desesperada: volvió a la UP ante el temor de incumplir la medida de arresto que el juzgado le había dado. La cárcel agudizó sus patologías. Ante la falta de respuestas a las presentaciones judiciales realizadas desde marzo de 2022, en noviembre el caso es abordado por el Programa de Intervenciones Complejas y Colectivas (PICC). En ese momento, Estefanía padecía hemorragias anales profundas que le generaban un mal estado general: decaimiento, mareos, descenso de peso, visión borrosa, entre otros síntomas. No recibía atención médica por ello, ni tampoco le realizaban los estudios para el tratamiento por el VIH que habían sido solicitados por el médico infectólogo un mes antes. Ninguno de los turnos en hospitales gestionados desde el PICC se cumplió: la UP 32 no la trasladaba o lo hacía varias horas más tarde del horario pautado y perdía el turno. Estefanía, antes de cada traslado al hospital o al CAS, era alojada en una *leonera* ubicada fuera de la UP desde las 6 ó 7 am pese a que los turnos eran cerca del mediodía. La celda estaba a la intemperie, expuesta a condiciones climáticas extremas, y sin baño ni agua padeciendo graves hemorragias. En la *leonera* era alojada junto a varones que la acosaban físicamente. Las agresiones sufridas allí también provenían de agentes del SPB, quienes se dirigían a ella en masculino llamándola “señor”, “chabón”, etc., le hacían comentarios despectivos y la empujaban. Las condiciones eran tales

66 Para resguardar la intimidad de las víctimas, se utilizan nombres ficticios a lo largo de todo el capítulo.

que Estefanía a veces solicitó volver al pabellón, aunque ello implicará perder el turno en el hospital o no ser atendida por el personal de salud. Es decir, las violencias padecidas la obligaban a abandonar el cuidado de sus problemas de salud. Esta situación fue denunciada por la CPM: se solicitó que sea trasladada en comisión especial y en momentos previos al turno. Esto fue garantizado sólo en una ocasión, luego Estefanía volvió a padecer las mismas violencias. A la fecha de redacción del presente informe, se sigue trabajando en su situación involucrando a diversos organismos estatales para dar respuesta a sus necesidades. Se ha comenzado a diagramar la articulación con instituciones externas que puedan involucrarse como referentes de apoyo, para que Estefanía vuelva a acceder al arresto domiciliario.

Sasha tenía 37 años y falleció el 20 de julio de 2022 en un total abandono de su salud. Había sido víctima de una golpiza por parte de agentes penitenciarios en diciembre de 2021 mientras se encontraba detenida en la UP 32 de Florencio Varela. Los golpes le provocaron la pérdida de visión de un ojo y, a su vez, le desencadenaron afecciones de salud que se fueron agudizando en el encierro. El 5 de julio de 2022 se comunicó su sobrina relatando su delicado estado de salud. A los días fue entrevistada por un equipo de la CPM en la UP 44 de Batán. Además de los problemas de visión, Sasha convivía con VIH, sufría fatiga y presión baja que le provocaba no poder movilizarse con normalidad. Presentaba síntomas compatibles con tuberculosis y había sufrido recientemente un cuadro gripal para el cual le habían dado antibióticos que su cuerpo rechazaba: vomitaba frecuentemente y no podía alimentarse. A su vez, se había visto obligada a suspender el tratamiento antirretroviral de VIH porque le generaba mayores vómitos. En poco tiempo había bajado 30 kilos. Sasha relató que había solicitado atención médica en reiteradas oportunidades, pero el personal sanitario le había dicho que “exageraba porque no tenía nada”. Expresó que, debido al trato violento que padecía en los traslados, se había negado ir al hospital en ocasiones previas. La sujeción mecánica a la que era sometida terminaba generándole mayores dolores de los que ya padecía. A partir de la entrevista, la CPM presentó un habeas corpus ante el Tribunal en lo Criminal N° 3 de Mar del Plata⁶⁷; luego,

67 Integrado por Juan Manuel Sueyro, Federico Wacker Schroder y Fabián Luis Riquert.

Sasha fue internada en el hospital. Se encontraba desorientada y con un cuadro de malestar general: cefaleas, visión borrosa, disnea, asma y VIH no tratado. Al llegar, requirió asistencia respiratoria mecánica y falleció después de ocho días internada. En el hospital, Sasha había sido registrada con nombre masculino. Momentos antes de su muerte, el Tribunal decidió otorgarle la libertad.

3.3. Condiciones de vida en las cárceles y anexos de mujeres

A partir de las inspecciones realizadas durante 2022 en el marco de las tareas como MLPT, la CPM volvió a constatar graves vulneraciones a los derechos padecidas por las mujeres en el encierro. Las vulneraciones han sido informadas ante los órganos judiciales a cargo de las víctimas de manera individual, y también se han denunciado mediante diez presentaciones judiciales colectivas. Las violencias y las vulneraciones de derechos son propias del sistema de la crueldad y alcanza a todas las personas detenidas, pero en las mujeres manifiestan las desigualdades de una sociedad patriarcal que complejizan las torturas de las cuales son víctimas.

En primer lugar, las cárceles se encuentran en condiciones materiales precarias. Por ejemplo, en el sector de *leonerías*⁶⁸ del anexo de la UP 46 de San Martín las mujeres son alojadas de a dos o tres en pequeñas celdas de 2 por 4 metros aproximadamente. En la inspección⁶⁹ se registró que no había camas: las mujeres dormían en colchones o mantas sobre el suelo. Son *leonerías* porque son similares a jaulas donde uno o varios de sus lados son rejas, esto obligaba a que las mujeres cuelguen mantas para evitar el paso de la luz y el frío, y a tener intimidad. El sanitario estaba al lado de donde dormían y permanentemente emanaba olores nauseabundos. Las mujeres pasaban allí las 24 horas del día,

68 Las leonerías son lugares de alojamiento transitorio o de paso, por poco tiempo, para personas que van de un lugar a otro y por lo tanto no están acondicionadas para permanecer durante días. En general están sobre pasillos, con rejas pero sin paredes, no cuentan con camastros ni agua potable e incluso en algunos casos sin baño.

69 Realizada el 29 de marzo de 2022.

sin acceder al patio ni a duchas en ningún momento. Esta práctica de tortura también se registró en el sector de admisión de la UP 50 de Batán. En junio de 2022 había cuatro mujeres alojadas en las tres celdas del sector, una tipo *leonera*. El frío en el lugar era insoportable, ya que la calefacción a veces no funcionaba. Los colchones estaban húmedos y, por el mal estado, se desgranaban. Pasaban las 24 horas aisladas, sólo podían salir de la celda unos minutos para ducharse. La comida se entregaba a las 12 hs y a las 16 hs y debían comer en ese momento antes de que se enfríe, ya que no contaban con elementos para calentarla. En dicho sector tenían prohibido recibir visitas. Además, las mujeres que recién habían ingresado estaban sin teléfono e incomunicadas para hablar con su familia, profundizando los padecimientos comunes al resto de la cárcel y provocando mayor angustia.

Como se ha denunciado en informes previos, el SPB impone restricciones a las mujeres que no se suelen adoptar de igual modo que el resto de la población detenida, y responden a una lógica sexista (CPM, 2020:193). En la inspección realizada el 25 de octubre de 2022 en la Alcaldía Departamental III de La Plata se registró que las mujeres alojadas en el pabellón 2⁷⁰ eran tratadas por parte del personal penitenciario bajo una lógica de premio-castigo que determina el acceso a derechos (por ejemplo, la salida al patio) según su comportamiento; es decir, si se ajustan o no al ordenamiento institucional (Daroqui, 2014; CPM, 2022: 298). El trato sexista se traduce en prohibiciones arbitrarias: las mujeres no podían tener elementos de higiene personal dentro de las celdas, disposición que no suele encontrarse en cárceles que alojan varones. Para el aseo personal el SPB había determinado un día a la semana denominado “día de chicas”: los miércoles durante dos horas permitían el ingreso de pincitas de depilar, esmaltes, hilos de coser y agujas. También ese día se autorizaba la circulación por las celdas de una planchita para el pelo para todas las mujeres del pabellón. Este tipo de prohibiciones también se constataron en otras UP, lo que da cuenta de la sistematicidad de ese trato diferenciado del SPB hacia las mujeres detenidas. En las inspecciones⁷¹ realizadas en la

70 La AD III de La Plata es la única alcaldía que aloja mujeres en el SPB; tiene 11 pabellones: 9 para varones y 2 para mujeres. Al momento de la inspección en el pabellón 2 se encontraban alojadas 36 mujeres.

71 Se realizaron inspecciones el 11 de mayo, el 14 de junio, el 1 de septiembre y el 16 de noviembre de 2022.

UP 50 se registró que las mujeres tampoco tenían acceso libre a ciertos elementos de cuidado personal (espejo, alicate, pinza de depilar, perfume) ni para alimentarse (utensilios y bombillas de metal), porque quedaban en la oficina de control. Los utensilios debían solicitarse de 9:30 a 10:00 y podían conservarlos hasta las 16:00, es decir que si querían comer fuera de ese horario debían hacerlo con las manos. Los elementos de higiene también debían solicitarse en el mismo horario, pero solamente los días miércoles, jueves o viernes, y no los entregaban si era un día feriado. En la UP 52 de Azul también se relevó la limitación de usar utensilios⁷². Las detenidas manifestaron que, durante las visitas, sólo podían usar cubiertos de plástico; los de metal eran permitidos según el día dependiendo de la guardia penitenciaria, dando cuenta de que estas prohibiciones son arbitrarias y discrecionales y no responden a criterios de seguridad, como suele expresar el SPB.

Estas prácticas de control sobre las mujeres se traducen en prácticas de tortura. En la AD III de La Plata las mujeres detenidas eran sometidas a reiteradas requisas vejatorias: en cada ingreso y egreso del patio debían desnudarse, hacer flexiones y toser. Una de las entrevistadas refirió que se sentía muy molesta con esta práctica: “le tenés que andar mostrando una teta a la guardia cada vez que entras o salís al patio”. Esta violación a la intimidad también se registró en las prácticas penitenciarias al momento de la ducha. Las mujeres allí detenidas accedían al sector de las duchas una sola vez a las 7 am, debiéndose trasladar desde sus celdas hasta dicho sector sólo tapadas con una toalla y, mientras se higienizaban, eran observadas por agentes penitenciarias. Por estas graves situaciones registradas en la alcaidía, la CPM presentó una acción colectiva el 18 de noviembre ante el Juzgado Correccional N° 5 de La Plata⁷³ denunciando las requisas vejatorias, la presencia penitenciaria durante la ducha y la prohibición de poseer elementos de aseo personal en la celda⁷⁴.

72 Se realizaron dos inspecciones: una el 26 de enero y otra el 2 de noviembre de 2022.

73 A cargo de Diego Tatarsky.

74 Dicha presentación fue respondida en 2023, el juzgado solicitó medidas a adoptar por la alcaidía que la CPM fue a relevar en el mes de febrero si se habían acatado. Allí se constató que se había eliminado la presencia del personal penitenciario en el sector de duchas y se había permitido que las mujeres tengan en la celda elementos de aseo personal. Sin embargo, persistía la requisa vejatoria personal como práctica de tortura recurrente.

Por otro lado, como se ha destacado en informes previos (CPM, 2022: 284), los espacios que alojan mujeres dentro de las cárceles destinadas a varones -como la alcaldía y los 10 anexos femeninos⁷⁵- presentan dinámicas particulares que conllevan implicancias negativas para las mujeres alojadas. (Lo mismo ocurre en los pabellones que alojan a feminidades trans y travestis en cárceles de varones). Ellas ven condicionada su circulación por la unidad, tienen limitado, por ejemplo, el acceso a actividades laborales, educativas o recreativas. Si es que dichas actividades existen, ya que se ha registrado que algunos de estos espacios el SPB no dispone de oferta de talleres y labores para ellas. Esta situación vulnera el derecho a la educación y al trabajo y, a su vez, perjudica el acceso a derechos procesales. El poder judicial para otorgar morigeraciones exige que las personas detenidas estudien o trabajen, algo que el mismo sistema no garantiza. Asimismo, tiene otras consecuencias como lo mencionado por una mujer entrevistada en la alcaldía: “cuando te sacan a sanidad o a visitas, tenés que vestirse con ropa que tape todo tu cuerpo, pantalones largos, remeras manga larga, aun cuando hace calor”. Por último -como se expone en el siguiente apartado- generan un impacto diferencial en el acceso a la atención de la salud, una vulneración propia de todo el sistema carcelario.

3.3.1. El impacto de la desatención a la salud en el cuerpo de las mujeres

La falta de atención a la salud es la regla del sistema carcelario bonaerense y las cárceles que alojan mujeres no son la excepción, incluso adquieren particularidades que la agravan. Más de la mitad de las mujeres detenidas en cárceles y alcaldías entrevistadas por la CPM refirieron algún hecho de desatención a la salud en 2022⁷⁶. A continuación, se describen algunas vulneraciones relevadas en las inspec-

75 Los anexos que alojan mujeres se encuentran en la UP 3 de San Nicolás, UP 4 de Bahía Blanca, UP 5 de Mercedes, UP 13 de Junín, UP 22 de Olmos, UP 40 de Lomas de Zamora, UP 45 de Melchor Romero, UP 46 y UP 47 de San Martín, y UP 54 de Florencio Varela.

76 Se registraron 878 mujeres víctimas detenidas en cárceles o alcaldías en el SAVIT que fueron entrevistadas (ellas o sus familiares) durante 2022. De ellas, 499 (el 57%) comunicaron al menos un hecho de desatención a la salud.

ciones de la CPM en 2022 que visibilizan el estado alarmante de la atención a la salud de las mujeres encarceladas.

El 5 de enero del 2022 se presentó una acción colectiva ante el Juzgado de Ejecución Penal N° 1 de Mar del Plata⁷⁷ en representación de las mujeres detenidas en la UP 50 de Batán: se denunció la desatención de la salud, la falta de personal de salud (en particular, ginecólogo/a) y la prohibición de ingresar fármacos a la UP por parte de las familias. Esto significaba la nula provisión de medicación a las mujeres detenidas, quienes manifestaron que esto había interrumpido todo tratamiento médico. Por ejemplo, las que padecían asma no recibían la medicación necesaria desde hacía dos meses. Quienes asistían al Centro de Tratamiento de Adicciones tampoco recibían tratamiento ante la falta de psicofármacos. Las mujeres expresaron que, para acceder a los medicamentos, debían pedirle al órgano judicial a su cargo que solicite el suministro a la unidad por medio de un oficio judicial. Esta obstaculización también surgía cuando las detenidas solicitaban ser asistidas por personal médico: tenían que sacar audiencia con el jefe de penal, quien autorizaba o no la consulta⁷⁸. Luego de esta presentación, el 28 de enero la CPM solicitó ampliar el objeto del habeas corpus colectivo para todas las personas detenidas en el Complejo Penitenciario Batán por la vulneración del derecho a la salud. Al momento de la redacción del presente informe, pese a diferentes resoluciones dictaminadas por el juzgado, el SPB continuaba sin garantizar la atención a la salud.

En una inspección realizada en la UP 8 de Los Hornos, el 21 de junio de 2022 se monitoreó el pabellón que alojaba a adultas mayores. En las entrevistas expresaron que no les proveían la medicación en tiempo y forma: no todo lo que necesitaban, no todos los días y no para todas las patologías. Algunas manifestaron desconocer qué medicamentos les suministraban, ya que el personal de salud les daba las pastillas sin explicación alguna y no podían acceder al blíster o la caja. Las detenidas refirieron que la dieta especial era insuficiente y los alimentos no eran acordes para aquellas que tenían diabetes u otras enfermedades que requerían una dieta especial. Por otro lado, y en relación a las prácticas arbitrarias impuestas por el SPB antes descritas, relataron que si el per-

77 A cargo de Ricardo Gabriel Perdichizzi.

78 Para un análisis mayor de estas prácticas, ver capítulo 2 de esta sección.

sonal sanitario les daba medicación de más o para varios días no podían tenerla con sus pertenencias, porque eran sancionadas si el personal penitenciario les encontraba fármacos aunque fueran indicados.

En la UP 52 de Azul se registró un reclamo generalizado de las detenidas ante la falta de acceso a la atención médica. Refirieron que no las llevaban a Sanidad cuando lo necesitaban y, si lograban acceder, en general no había profesionales para asistirlos. Mencionaron que sólo les daban ibuprofeno porque no había otra medicación o insumo; que si en ocasiones les entregaban era porque el personal de salud llevaba elementos del hospital público de la ciudad. La mayoría de las mujeres comentaron que tomaban medicación sólo quienes tenían la posibilidad de que su familia se la lleve. En la unidad sanitaria había un dentista, un médico y un nutricionista. Sin embargo, no contaban con especialista en ginecología, pese a ser una cárcel que aloja sólo mujeres. Respecto a la atención en el hospital, manifestaron la dificultad de conseguir turnos y que sólo iban si se trataba de cuadros graves de salud.

Con respecto a la salud mental relataron que la psicóloga, cuando efectivamente atendía, lo hacía 10 ó 15 minutos y que percibían falta de interés de su parte en los tratamientos. Varias de las mujeres entrevistadas hicieron referencia al deterioro en su salud provocado por el encierro, ya que muchas de sus afecciones habían comenzado luego de pasar un tiempo detenidas: cuadros de asma, gastritis crónicas, impedimento para caminar, entre otras. Algunas expresaron: “acá me están desfigurando”, “me estoy deteriorando cada día más”, “uso bastón gracias a la parte sanitaria de acá”, refiriendo a no haber recibido la atención necesaria en el momento indicado.

En el anexo de mujeres de la UP 13 de Junín se realizó una presentación judicial⁷⁹ al detectar que había mujeres alojadas en un sector de internación de la UP destinado a varones con enfermedades infecto-contagiosas como tuberculosis, sin adecuada ventilación o elementos de protección ni de higiene. El SPB ubicaba allí a mujeres sancionadas porque el anexo femenino no contaba con un espacio destinado

79 Se presentó un artículo 25 de constatación judicial el 28 de octubre ante el Juzgado de Ejecución Penal de Junín, a cargo de Silvio Mario Galdeano.

para ello. Las mujeres sancionadas y las personas enfermas estaban en aislamiento las 24 horas. Quienes transitaban una enfermedad debían recibir atención sanitaria permanente; sin embargo, se registró que el personal de salud no recorría el sector: eran asistidas por otra persona detenida que estaba alojada allí de manera permanente. Algunas mujeres entrevistadas mencionaron que eran sancionadas sin motivo y de manera arbitraria.

En este sector, en este contexto de total ausencia de personal encargado del cuidado sanitario y/o de seguridad de las personas alojadas, se produjo el suicidio de **María Elsa**, de 34 años. En octubre fue entrevistada en ese sector: estaba alarmada por los desmayos frecuentes y las convulsiones reiteradas que sufría. Hacía dos meses la psiquiatra le había suprimido casi toda la medicación, esto la preocupaba porque antes dos psiquiatras habían coincidido en el tipo de medicación y la dosis que debía tomar. A partir de eso, había comenzado con ataques de pánico y problemas motores; sin embargo, se encontraba aislada las 24 horas sin asistencia. María se suicidó el 5 de diciembre de 2022. La encontró una compañera que le había pedido al SPB acercarse a su celda para hacerle la comida porque no respondía. Como era de tardecita y no había luz, ella alumbró con su celular y vio a María muerta. Desde las 14 hs nadie se había acercado a verla. En cambio, el parte del SPB informó que había sido encontrada fallecida a las 20:50 hs mientras se realizaba el recuento de la población⁸⁰.

En los anexos de mujeres de las UP 46 y 47 de San Martín las mujeres detenidas relataron la decisión de la jefa de Sanidad⁸¹ de negarles atención médica: les había dicho que no quería trabajar con mujeres porque “son un desastre, que prefiere trabajar con masculinos”. Por otro lado, según la grilla de atención que consta en los registros de sanidad solicitados en la inspección del 4 de abril de 2022, la ginecóloga atendía los miércoles, un día a la semana para asistir a 370 mujeres⁸². Las mujeres detenidas expresaron que la atención ginecológica era deficiente y que no les proveían preservativos o test de embarazo cuando los solicitaban. Algunas relataron que habían solicitado la ex-

80 Para un análisis de los suicidios y las muertes en el encierro, ver capítulo 5 de la presente sección.

81 Lic. Andrea Carrizo.

82 En promedio, hubo 371 mujeres alojadas entre ambos anexos de San Martín durante 2022.

tracción y/o colocación del chip anticonceptivo —una hacía seis meses que lo tenía vencido—, pero que el personal sanitario les había dicho que no contaban con anestesia local, los elementos adecuados ni personal que pudiera encargarse del procedimiento.

La ausencia total de atención médica se materializa en los cuerpos de las mujeres detenidas. A continuación, se presenta un caso testigo que muestra las consecuencias de la falta de acceso a la salud y la constituye como una práctica de tortura y malos tratos en el encierro⁸³.

En octubre de 2022, el programa de Inspecciones de la CPM tomó conocimiento de la situación de **Carla**, quien estaba detenida por primera vez desde hacía 6 meses en la UP 52 de Azul. Carla, de 35 años, fue entrevistada en el hospital donde había sido internada de urgencia en la sala de maternidad después de haber parido en la celda el día anterior. Estaba esposada y con dos agentes penitenciarias custodiándola dentro de la habitación. Manifestó sentirse rara por lo que pasó, ya que no se lo esperaba. Carla refirió que previo a lo que había sucedido no sentía nada raro, que menstruaba y, por ello, no sabía que estaba embarazada. Sobre lo sucedido, relató que se empezó a sentir mal a la tarde, luego de festejar un cumpleaños en el pabellón. A la noche, estaba acostada en la parte de arriba de la cucheta cuando empezó a sentirse mal y fue hasta el baño de la celda. Contó que perdía mucha sangre, que se enjuagó y se cambió de ropa. Al salir del baño, sus compañeras de celda llamaron a la encargada y fue llevada a Sanidad. Al indagar si el médico la había revisado o le había hecho alguna pregunta sobre lo sucedido, Carla respondió que no, que sólo le había dado una inyección para cortar la hemorragia. Expresó que recién cuando regresó a la celda vio que había expulsado un feto. Luego fue internada en el hospital. Esto también fue relatado por la directora de la Unidad: a la 1 de la madrugada había sido llevada a Sanidad, donde el médico le había indicado antiespasmódicos por creer que era una hemorragia menstrual. Pasada más de una hora, Carla y sus compañeras solicitaron que el médico se presente en la celda. Allí la encontraron en un colchón llena de sangre y un feto sin vida envuelto en un

83 En el capítulo 2 de esta sección del presente informe también se exponen otros casos testigo de mujeres y personas trans-travestis, que visibilizan la falta de atención a la salud en el SPB.

pantalón. Por ello, la trasladaron al hospital para terminar el proceso de desprendimiento de la placenta. A su vez, le dieron intervención a la fiscalía, que realizó una inspección ocular en la celda.

La CPM también entrevistó a las tres compañeras de celda de Carla ese mismo día. Relataron que, luego del festejo de cumpleaños, Carla expresó que le dolía la panza; pero no les llamó la atención ya que habían comido torta y otros alimentos no acostumbrados, porque siempre comen lo mismo en la unidad. A la noche Carla estuvo en el baño por varias horas. Ellas se acercaron a preguntarle cómo se sentía y vieron manchas de sangre en el piso. Cuando salió del baño, estaba pálida, temblando y con sangre en todo el cuerpo. Ahí es cuando llamaron a la guardia pidiendo que la saquen al hospital, pero les dijeron que para salir al hospital tenían que solicitarlo a través del abogado porque desde el SPB no la iban a sacar. Mientras Carla se encontraba en sanidad, ellas entraron al baño y, al ver tanta sangre, decidieron limpiar. Encontraron ropa con sangre y la pusieron en un balde. Al regresar Carla le expresó a una de ellas que estaba asustada, que había largado algo. Ahí es cuando revisaron la ropa y vieron el feto. Gritaron para que se acerque la encargada, relatan que primero llegó el enfermero que no quiso tocar nada y por eso buscaron al médico, que sólo observó y decidió llamar a la ambulancia. Las tres refirieron sentirse muy mal por lo ocurrido y que no habían recibido ningún tipo de contención psicológica. “Estamos traumadas”, dijo una de ellas. Por último, expresaron que fue una situación que se podría haber evitado si existieran los controles de salud en la UP.

Carla es madre de cuatro hijos/as que estaban a cargo de familiares, ya que el padre no se hacía cargo económica ni afectivamente. Al indagar sobre antecedentes de salud recordó que, antes de tener a sus hijos/as, había tenido un embarazo ectópico. En esa ocasión se sintió mal, se desmayó en el baño y se despertó en el hospital: le habían realizado una cesárea de un embarazo de cinco meses. Desde que ingresó a la UP 52, en marzo de 2022, no le habían realizado estudios de sangre ni controles ginecológicos, tampoco había sido atendida por un/a ginecólogo/a en un hospital (porque, como se mencionó, en la UP no había). La habían atendido otros profesionales por otras dolencias durante esos meses; sin embargo, nadie pudo determinar que se en-

contraba cursando un embarazo. La falta y la deficiente atención provocó que el personal de salud no advirtiera la existencia de una mujer embarazada en la unidad, exponiendo a Carla a un riesgo en su salud que podría haberse evitado de haber recibido la atención adecuada.

Su situación no terminó allí. Carla, una vez dada de alta, fue aislada y luego llevada a otra unidad, padeciendo agresiones del SPB en el traslado. La fiscal que lleva la causa sobre lo sucedido informó que Carla sería imputada por homicidio agravado por el vínculo porque las pericias indicaron que el feto había nacido con vida, y que había decidido solicitar de oficio la inscripción del nacimiento en el Registro de las Personas para realizar la partida de defunción. La fiscal acusa a Carla con una ausencia total de perspectiva de género y total indiferencia del contexto en el que se produjo el hecho: una mujer detenida que no sabía que estaba embarazada, sin recibir la atención médica necesaria mientras se encontraba bajo custodia estatal.

4. GESTIÓN DE LA VIOLENCIA

En este capítulo se aborda la cuestión de la violencia en la cárcel, un fenómeno que se explica fundamentalmente por las inhumanas condiciones de detención, la crudeza de los regímenes de vida impuestos, la gestión penitenciaria de los conflictos que generan dichas condiciones y regímenes; se estructura en la práctica sistemática de la torturas y los malos tratos, y la falta de políticas para la prevención, asistencia de víctimas y sanción de los responsables de esas torturas.

La violencia en la cárcel es un problema difícil de conocer con precisión y en su verdadera extensión por, al menos, cuatro razones. Primero, la violencia entre personas detenidas está relativamente naturalizada, como si fuera una parte necesaria de la sobrevivencia en el encierro (“son problemas entre presos, esto es la cárcel”). Segundo, la violencia penitenciaria contra las personas detenidas conlleva intrínsecamente una amenaza para evitar que se cuente o denuncie, lo que inevitablemente lleva a un sub registro de hechos; por ambos motivos son bajas las probabilidades de que el tema emerja en las entrevistas con personas detenidas, aunque sean confidenciales. Tercero, los registros oficiales sobre hechos de violencia son sesgados e incompletos; un ejemplo de esto es que el informe oficial del propio Servicio Penitenciario Bonaerense sobre violencia carcelaria ni siquiera contempla una categoría que registre la violencia penitenciaria, es decir niega su existencia; para el organismo no hubo siquiera un caso donde un guardia haya ejercido esta violencia, pese a que existen trámites y resoluciones de la propia Auditoría del SPB o causas judiciales que investigan y dan cuenta de su ocurrencia, aunque en menor porción a lo sucedido. Cuarto, la falta de políticas con perspectiva de derechos humanos destinadas a visibilizar, problematizar y revertir esas violencias.

A continuación, se presenta un análisis de los “hechos de violencia” informados por el Servicio Penitenciario Bonaerense (SPB) a los órga-

nos judiciales intervinientes, que los remiten a la CPM en cumplimiento de la resolución 2825/06 de la SCBA. Los datos surgen de notificaciones (en adelante, “partes”) donde se comunican los hechos que provocaron lesiones físicas en las personas detenidas. Esta fuente refleja la versión oficial sobre los hechos, por lo tanto es parcial; a su vez, presenta incoherencias, contradicciones y carece de criterios unificados de registro. Pese a ello, es válida para acercarse al problema, en tanto es información registrada por la CPM desde 2008, sistematizada bajo la misma metodología desde 2016, y publicada anualmente⁸⁴. Por otro lado, a pedido de este organismo, el SPB comenzó a centralizar su propio registro desde 2019 (recuperando datos desde 2016), pero no publica datos ni explicita su metodología.

Además del análisis de los datos, se presenta un análisis cualitativo que incluye entrevistas confidenciales realizadas por los equipos de la CPM en los que se refleja la parcialidad en la información reportada por los organismos oficiales.

4.1. El registro de los hechos y la obligación de reportar

En el período 2016-2022, se registraron más de 37.000 víctimas de hechos de violencia o eventos traumáticos en los que se produjeron lesiones, en las cárceles bonaerenses. Cabe aclarar que cada parte informado constituye un *caso* que puede contener más de un tipo de *hecho* violento y más de una *víctima*⁸⁵. Asimismo, cada persona puede ser víctima de múltiples hechos de violencia.

84 Ver CPM (2017, 2018, 2019, 2020 y 2021).

85 A los efectos de este Registro se consideran “víctimas” a todas las personas detenidas involucradas en los hechos, ya sean las agredidas o las agresoras, bajo el supuesto de que todos/as las/os detenidas/os están expuestas a una violencia que es sistémica y gestionada por la agencia penitenciaria.

Tabla 1. Total de casos, hechos y víctimas informados/as, 2016-2022.

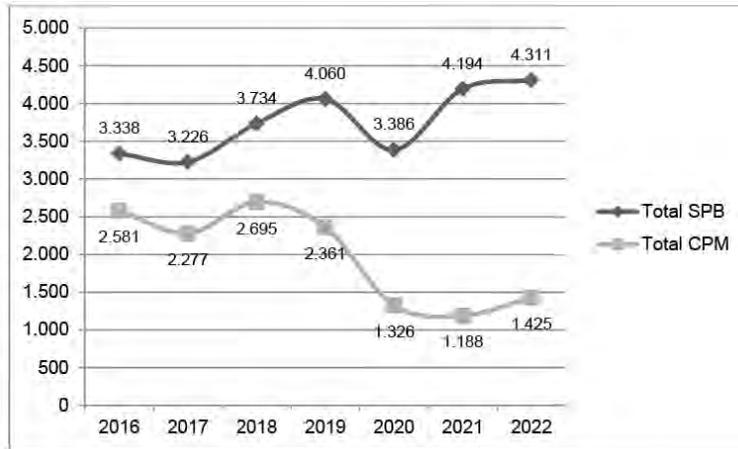
Año	Cantidad de casos	Cantidad de hechos	Cantidad de víctimas
2016	3.799	4.918	6.700
2017	3.375	4.451	5.760
2018	4.035	5.563	7.150
2019	3.575	5.115	6.758
2020	1.169	2.405	3.613
2021	1.970	2.521	3.531
2022	2.393	3.122	4.255
Total	20.316	28.095	37.767

Fuente: Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaldías.

Como la fuente tiene un alcance limitado y el reenvío de las notificaciones de los órganos judiciales es irregular, no es posible hablar de un aumento o descenso de la cantidad de hechos de violencia realmente ocurridos en las cárceles. Como se ha señalado oportunamente, sobre todo a partir de 2020, varios órganos judiciales incumplieron la resolución que les ordena remitir las notificaciones a la CPM, lo que se refleja en un importante descenso en la cantidad de partes remitidos. A pesar de las insistentes solicitudes realizadas a los responsables, aún no se logró recuperar el nivel de notificaciones previo a la pandemia.

Como se señaló al inicio, desde 2020 se tiene acceso a los *Informes de Violencia Carcelaria* elaborados por la Unidad de Gestión y Coordinación Estadística del SPB y enviados a la CPM. Estos informes reflejan el registro y sistematización de información sobre tres tipos de hechos de violencia: “agresiones de internos”, “peleas entre internos” y “autolesiones”. En base a esta información, se puede comparar la cantidad de estos tres hechos informados por el SPB con los mismos tres registrados por la CPM en base a las notificaciones reenviadas por los órganos judiciales. El Gráfico 1 permite ver la diferencia entre ambas fuentes.

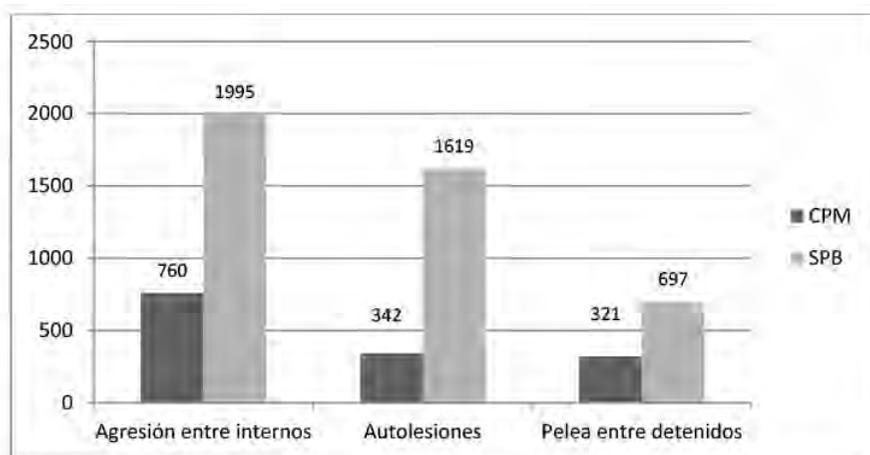
Gráfico 1. Comparación entre total de hechos (agresión entre personas detenidas, autolesión y pelea entre personas detenidas), según fuente, años 2016-2022



Fuente: Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaldías; Informes de Violencia Carcelaria 2020-2022 de la Unidad de Gestión y Coordinación Estadística del SPB. **Nota:** Las cifras de este gráfico no coinciden con el total de “Hechos” de la Tabla 1, debido a que aquí sólo se incluyen los hechos del mismo tipo que releva el SPB, para que sea válida la comparación (dejando afuera otros tipos de hechos también relevados por la CPM).

En 2022 la CPM recibió la notificación de 3 de cada 10 hechos registrados por la agencia penitenciaria; la agencia judicial informó 5 de cada 10 peleas, 2 de cada 10 autolesiones y 4 de cada 10 agresiones entre internos. Si bien el reporte de datos mejoró levemente en 2022 respecto del año anterior (pasó de 72% de sub registro a 67%), los valores siguen siendo bajos y denotan la decisión de los jueces de no cumplir con las acordadas de la Suprema Corte provincial que los obliga a enviar dicha comunicación, contribuyendo de esta manera a invisibilizar estas violencias y por lo tanto su problematización e investigación frente a la responsabilidad penitenciaria en su ocurrencia.

Gráfico 2. Hechos de violencia en el SPB, según fuente de información por tipo de hecho, año 2022



Fuente: Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaldías; e Informe de Violencia Carcelaria 2022 de la Unidad de Gestión y Coordinación Estadística del SPB. Nota: Para que sea válida la comparación, del Registro CPM sólo se incluyen “agresión entre personas detenidas”, “autolesión” y “pelea entre personas detenidas”.

Previo al análisis de los datos se destacan algunas cuestiones metodológicas fundamentales entre los registros del SPB y de la CPM:

a) Por cada caso o evento donde hay violencia, el SPB sólo registra 1 hecho y la CPM registra todos los hechos asociados. Por ejemplo, durante una pelea entre presos/as también pueden producirse agresiones al personal penitenciario, amenazas o uso de la fuerza penitenciaria. Para la CPM se trata de un dato múltiple: cada parte informado constituye un caso que puede contener más de un tipo de hecho violento y más de una víctima.

b) En relación con lo anterior, el SPB registra varios tipos de hechos de violencia conforme su propia clasificación, pero sólo informa tres tipos de hechos a la CPM: “agresiones de personas detenidas”, “autolesiones” y “peleas entre personas detenidas”. Los hechos restantes que notifican a los órganos judiciales, y que reenvían a este organismo,

contienen otros tipos de hechos de violencia o que producen lesiones (ver Tabla 2). Entre ellos, se destacan los accidentes (en muchas ocasiones provocados o favorecidos por las malas condiciones materiales de los espacios) y las agresiones verbales⁸⁶.

c) El SPB considera al uso de la fuerza penitenciaria únicamente como una respuesta a los hechos de violencia, es decir, como una medida necesaria para reprimir las peleas o interrumpir las agresiones. Para la CPM, el uso de la fuerza penitenciaria es un elemento intrínseco a la violencia en el encierro; pese a que no se registre como tal, muchas veces es previo a los hechos de violencia entre personas detenidas, o independiente de ello. Por este motivo, la CPM lo contabiliza como un tipo de hecho en sí mismo, vinculado a otro/s y no como una medida posterior.

d) El registro de la CPM también incluye información sobre las consecuencias físicas de los hechos de violencia, la atención sanitaria de las lesiones y las medidas que adopta la agencia penitenciaria como respuesta a los hechos.

4.2. Hechos, consecuencias físicas y medidas adoptadas

La información construida por la CPM entre 2016 y 2022 permite acercarse a conocer algunas de las dinámicas que adquiere la violencia en el encierro. La sistematización de los datos muestra, por un lado, que en todos los años se registra más de un hecho por caso⁸⁷, es decir que

⁸⁶ Los tipos de hechos relevados por el Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaldías, son los siguientes: accidente, agresión física al personal, intento de agresión física al personal, agresión física entre personas detenidas, intento de agresión física entre personas detenidas, agresión verbal al personal, agresión verbal entre personas detenidas, amenaza al personal, amenaza entre personas detenidas, autolesión, intento de suicidio, pelea entre personas detenidas, suicidio, uso de la fuerza por parte del SPB. Además de la categoría "sin dato" para los casos en que no se especifica el hecho que produjo la lesión.

⁸⁷ En promedio, se han registrado 1,3 hechos por cada caso y 1,7 víctimas en cada parte.

se produce una sucesión de hechos violentos en un mismo episodio. Otro dato a destacar es que se han registrado hechos en 62 de las 66 unidades penales y alcaldías, lo que da cuenta de que las violencias están expandidas en el sistema carcelario.

A continuación se presenta la distribución de hechos según tipo. En 2022, se relevaron 3.122 hechos de violencia distribuidos en 62 centros de detención⁸⁸. Los hechos informados, según mayor ocurrencia, fueron los siguientes:

Tabla 2. Hechos de violencia informados a la CPM por órganos judiciales, según tipo, SPB, 2022 (variable múltiple).

Tipo de hecho	Cantidad	%	% sobre total de partes
Agresión física entre personas detenidas	763	24,4%	31,9%
Accidente	685	21,9%	28,6%
Uso de la fuerza por el SPB	491	15,7%	20,5%
Autolesión	342	11,0%	14,3%
Pelea entre personas detenidas	319	10,2%	13,3%
Intento de agresión física al personal	91	2,9%	3,8%
Agresión verbal al personal	84	2,7%	3,5%
Agresión verbal entre personas detenidas	83	2,7%	3,5%
Amenaza al personal	77	2,5%	3,2%
Sin dato	69	2,2%	2,9%
Agresión física al personal	49	1,6%	2,0%
Otros	22	0,7%	0,9%

⁸⁸ Del total de hechos, 23 (0,1%) se produjeron durante traslados entre unidades penales o no se especifica la unidad o alcaldía donde ocurrieron.

Intento de suicidio	21	0,7%	0,9%
Intento de agresión física entre personas detenidas	15	0,5%	0,6%
Amenaza entre personas detenidas	9	0,3%	0,4%
Suicidio	2	0,1%	0,1%
Total	3.122	100%	130%

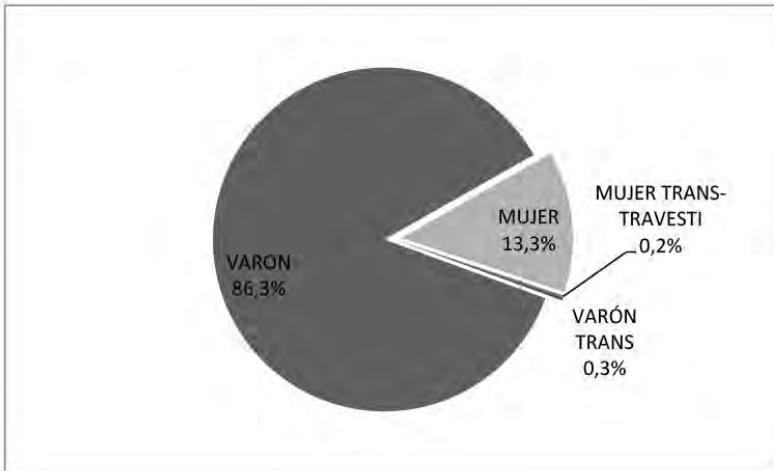
Fuente: Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaldías. **Nota:** el porcentaje sobre el total de partes se calcula sobre un total de 2.393 partes.

Los cinco tipos que registraron más cantidad de hechos en 2022 son: agresión entre personas detenidas (24,4%), accidente, uso de la fuerza, autolesión y pelea entre detenidos. Durante todo el período estos hechos registraron las frecuencias más altas, y representan 81% (20.261) del total de hechos de violencia informados en los seis años.⁸⁹

En 2022 se identificaron 4.255 víctimas de hechos de violencia o que padecieron lesiones en el encierro; del total 3.670 eran varones (86,3%), 565 eran mujeres (13,3%) y 20 eran personas trans/travestis (0,5%).

⁸⁹ Para más información sobre la evolución de los hechos en el período consultar [DATOS ABIERTOS CPM](#).

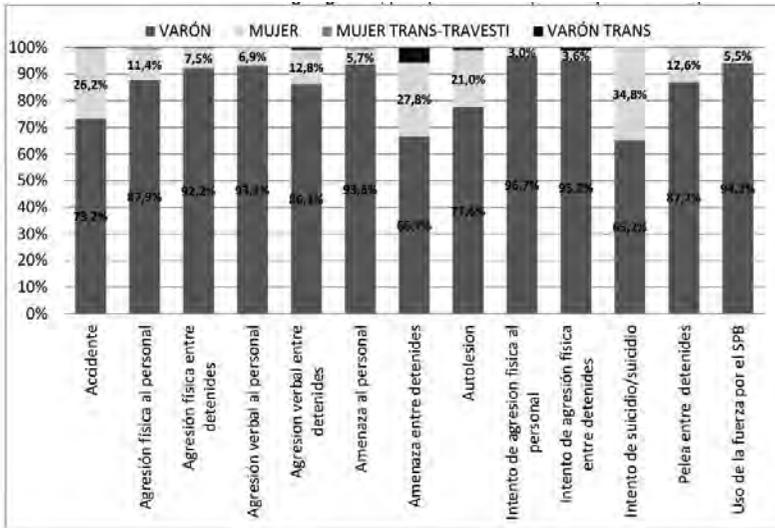
Gráfico 3. Víctimas de hechos de violencia, según género (valores porcentuales)



Fuente: Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaldías.

En el siguiente gráfico se presenta la distribución de las víctimas por género, según el tipo de hecho comunicado. Como puede observarse, se destacan algunos hechos en los que la participación de mujeres es superior al promedio general: accidente (26,2%), amenaza entre personas detenidas (27,8%), autolesión (21%) e intento de suicidio y suicidio (34,8%).

Gráfico 4. Distribución de víctimas según género, por tipo de hecho (valores porcentuales)



Fuente: Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaldías. **Nota:** Los porcentajes se calcularon sobre el total de cada tipo de hecho. No se incluyen las categorías “Otro” y “Sin dato”. Se unieron las categorías “Intento de suicidio” (21) y “Suicidio” (2) para mejorar la representación porcentual.

Como se especificó al inicio del capítulo, una misma persona puede ser víctima de distintos hechos de violencia durante el año. En la mayoría de los casos una persona fue identificada como víctima en un solo parte (2.666, 62,7%), mientras que 47,3% (1.589) padecieron en más de una ocasión algún hecho de violencia o una lesión⁹⁰.

90 Como ya se mencionó, los hechos violentos suelen producirse combinados en el marco de un mismo evento; por lo cual, que la misma persona haya sido informada como víctima en más de un parte (caso) no significa que sufrió esa misma cantidad de hechos, pudiendo esta última ser mayor.

Tabla 3. Víctimas identificadas según la cantidad de casos informados, SPB, 2022

Cantidad de casos	Cantidad de víctimas	Porcentaje
Un caso	2.666	62,7%
Entre 2 y 5 casos	1.544	36,3%
Entre 6 y 10 casos	39	0,9%
Más de 10 casos	6	0,1%
Total	4.255	100%

Fuente: Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaldías.

Con respecto a las consecuencias físicas de los hechos, en las fuentes originales se describen las lesiones según la tipificación definida e informada por el personal sanitario que intervino. En 2022, siguiendo el comportamiento histórico, la consecuencia más comunicada fue “lesión leve” (2.312), 54,3% de las víctimas. Las categorías “lesión moderada”, “muerte” y “lesión grave” sumaron 75 víctimas (1,7%).

En los datos presentados en la siguiente tabla se evidencia que la información recibida es incompleta; puntualmente respecto a la cantidad de muertes informadas, en 2022 se produjeron 26 muertes traumáticas (homicidios, suicidios y accidentes) en cárceles pero solamente 2 fueron informadas por los órganos judiciales mediante la resolución 2825 (los dos casos informados fueron suicidios)⁹¹.

91 Para un análisis de las muertes producidas en las cárceles, ver capítulo “Muertes bajo custodia del SPB” en esta misma sección.

Tabla 4. Víctimas de hechos de violencia, según consecuencia física y tipo de intervención sanitaria, SPB, 2022

		Tipo de intervención sanitaria						Total	%
		Intervención intramuros	Intervención extramuros	Internación intramuros	Internación extramuros	Sin dato			
Tipo de lesión	Lesión leve	2.228	65	3	1	15	2.312	54,3	
	Sin lesiones	833	-	-	-	2	835	19,6	
	No especifica tipo	381	89	3	-	31	504	11,8	
	No informa lesión	147	4	-	-	113	264	6,2	
	A determinar	117	142	6	-	-	265	6,2	
	Lesión moderada	52	8	1	-	-	61	1,4	
	Lesión grave	2	9	1	-	-	12	0,3	
	Muerte	1	-	0	-	1	2	0,0	
Total		3.756	322	14	1	162	4.255		
%		88,4	7,5	0,3	0,0	3,8		100%	

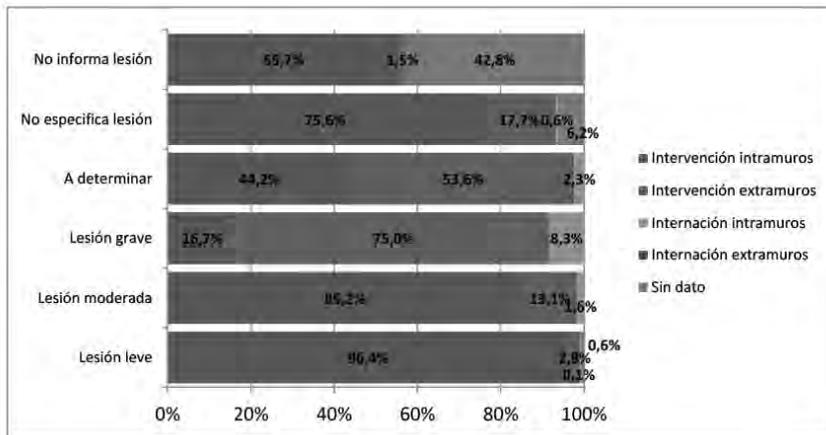
Fuente: Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaldías. **Nota:** - equivale a cero absoluto.

Otro dato a destacar es que en 24,3% (1.032) de las víctimas “no se informa”, “no se determina” o “no se especifica el tipo” de lesión sufrida, aun cuando haya habido alguna intervención del área de Sanidad, lo que en muchos casos es el reflejo de la superficialidad con la que se realiza la atención médica y el registro correspondiente⁹².

⁹² Para un análisis sobre la cuestión sanitaria, ver capítulo “Desatención de la salud” en esta misma sección.

De acuerdo a los datos reportados, el 88,7% de las víctimas fueron atendidas dentro del establecimiento penitenciario y el 7,5% derivadas a un hospital (1 caso derivó además a una internación en hospital extramuros). En el siguiente gráfico se presenta la relación entre el tipo de lesión sufrida y la intervención sanitaria recibida.

Gráfico 5. Víctimas de hechos de violencia, según consecuencia física y tipo de intervención sanitaria, SPB, 2022 (valores porcentuales)



Fuente: Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaldías.

Como puede observarse, ante lesiones graves o a determinar se produce mayoritariamente la intervención extramuros mientras que en el resto de las lesiones predomina la intervención intramuros.

Si se tiene en cuenta lo estipulado en el Protocolo de Estambul (Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles)⁹³ respecto de la atención en caso de lesiones, se destaca su incumplimiento generalizado tanto del personal

93 Este manual fue adoptado por la [Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos](#) en 2001. Contiene estándares y procedimientos aceptados internacionalmente para reconocer y documentar síntomas de torturas, contribuyendo a que esta documentación cumpla con los recaudos necesarios para servir como evidencia ante los órganos de justicia. Es una guía útil para informar los hallazgos de sus consecuencias y afectaciones a la justicia o a las agencias investigadoras.

sanitario como de los órganos judiciales que deben exigir su aplicación. Según lo registrado en los partes penitenciarios y documentos elaborados por los órganos judiciales intervinientes, en el marco de la atención sanitaria no se indaga el origen de las lesiones, y las entrevistas no se realizan de manera privada y confidencial, condiciones indispensables para conseguir información sobre las posibles causas de esas lesiones. Los testimonios de las personas detenidas lo confirman: pocas veces los atienden profesionales médicos, la mayoría de las veces lo hace un enfermero u otro detenido que cumple funciones en sanidad por tener algún conocimiento profesional. Y en todos los casos esa atención se realiza en presencia de personal penitenciario de seguridad y sin indagarse las causas de las lesiones.

Las medidas que dispone el SPB ante los hechos de violencia o lesiones informadas, son mayormente aislamientos (30,7%), requisas (23,9) y reubicaciones (17,4). En general, las medidas se adoptan combinadas entre sí, por lo cual se trata de una variable múltiple (hay más medidas que personas). Si se analizan los casos en que las víctimas fueron aisladas (1.859), en 75,1% se dispuso otra medida: requisa (877, 52,3%), reubicación (782, 46,6%), traslado no solicitado (6, 0,4%) y traslado solicitado (12, 0.7%). Esta combinación refuerza las peores características de cada una de ellas.

Tabla 5. Medidas adoptadas hacia las personas ante los hechos de violencia, según tipo de medida (variable múltiple), SPB, 2022

Medida	Cantidad	Porcentaje	Porcentaje sobre el total de víctimas
Aislamiento	1.859	30,7%	43,9%
Requisa	1.448	23,9%	34,2%
Reubicación	1.054	17,4%	24,9%
Traslado no solicitado	122	2,0%	2,9%
Traslado solicitado	35	0,6%	0,8%
No se adoptan medidas	594	9,8%	14,0%
Sin dato	935	15,5%	22,1%
Total de medidas	6.047	100%	142,8%
Total de víctimas	4.234		

Fuente: Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaldías. **Nota:** se calcula sobre un total de 2.393 partes.

Del total de personas involucradas en hechos de violencia (4.234), el 43,9% fueron posteriormente alojadas en sectores de aislamiento. Esto no sólo resulta contrario a los estándares internacionales y normativos locales para las personas privadas de libertad, sino que constituyen actos que las afectan gravemente, revictimizándolas y ocasionándoles mayores daños, ya que el aislamiento dentro del encierro constituye claramente un tipo de tortura. Padecer esta medida implica la falta de contacto con otras personas, el encierro en celda por casi 24 horas, sufrimiento de peores condiciones materiales, falta de alimentación, postergación del acceso a derechos procesales, producción y/o agravamiento de problemas de salud, entre otras vulneraciones⁹⁴ que ocasionan un sufrimiento psíquico e

94 Para un abordaje del aislamiento, consultar el informe especial “El aislamiento en las cárceles bonaerenses” (2021), disponible en: <https://www.comisionporlamemoria.org/project/el-aislamiento-en-las-carceles-bonaerenses/>

incluso físico que agravan sus condiciones de detención.

Hasta aquí se expuso la sistematización general de los hechos violentos en las cárceles, las consecuencias para las personas detenidas que resultan víctimas de los mismos y las medidas que adopta el SPB ante su ocurrencia. A continuación, se analizan en profundidad las autolesiones e intentos de suicidio.

4.3. Autolesiones e intentos de suicidio: aislamiento e inacción penitenciaria y judicial

En cuanto a lo descrito en el apartado anterior, esto se agrava cuando el aislamiento se aplica en casos de autolesiones e intentos de suicidio: muchas veces se producen en espacios de aislamiento y se decide, como medida posterior, nuevamente el aislamiento.

Si se analizan las medidas adoptadas en casos de autolesión e intento de suicidio, se destaca que en la mitad de los casos no se toman medidas que alivien los padecimientos o condiciones que provocaron esos actos. Cuando se toman medidas, la más frecuente es el aislamiento seguido por la requisa, ya que se parte de un abordaje vinculado a la seguridad, el castigo o la represión y no en la concepción de un problema de salud que debe abordarse de manera integral.

Tabla 6. Medidas adoptadas en casos de autolesión e intentos de suicidio, SPB, año 2022

Medida	Autolesiones	Intentos de suicidio	Total	Porcentaje
No se adoptan medidas	82	6	88	20,5%
Aislamiento	74	2	76	17,7%
Requisa	67	3	70	16,3%
Reubicación	37	2	39	9,1%
Traslado solicitado	19	1	20	4,7%
Traslado no solicitado	3	1	4	0,9%
Sin dato	125	7	132	30,8%
Total	407	22	429	

Fuente: Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaldías. **Nota:** el porcentaje se calcula sobre el total de medidas, para los se calcula sobre un total de 2.393 partes.

Se debe destacar que las autolesiones fueron el cuarto hecho más frecuente en 2022, permanece estable a lo largo de los años y es el hecho con mayor nivel de sub registro: los órganos judiciales remiten 2 de cada 10 hechos informados por el SPB. A partir del análisis de toda la información incluida en los partes penitenciarios, se construyó una serie de categorías acerca de los motivos que expresan las personas identificadas en los partes por autolesiones. No en todos los partes se cuenta con esta información, por lo que debe analizarse con precaución, además de que se trata de lo que dice el servicio penitenciario que dicen las personas detenidas.

Tabla 7. Motivos de las autolesiones, por tipo, SPB, 2022 (valores absolutos y porcentuales).

Motivo	Cantidad	Porcentaje
Problemas familiares/personales	57	47,9%
Pedido de traslado/reubicación	38	31,9%
Impedimentos de vinculación familiar	13	10,9%
Problemas de salud mental	5	4,2%
Falta de atención de órganos judiciales	3	2,5%
Otros	2	1,7%
Accidental	1	0,8%
Total	119	100,0%

Fuente: Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaldías.

Respecto de los motivos, “problema familiares/personales” es la que registra la mayor frecuencia. El resto de las categorías (pedido de traslado/reubicación, impedimento de vinculación familiar, problemas de salud mental, falta de atención de órganos judiciales) pueden analizarse de manera conjunta porque implican directamente una acción/inacción estatal que deriva en lesiones. Las autolesiones se concretan como última opción para acceder al cumplimiento de derechos básicos.

4. 4. Registros burocráticos para encubrir ilegalidades

Los registros de hechos de violencia, que podrían ser un insumo valioso para el diseño e implementación de políticas públicas destinadas a disminuir la violencia en los lugares de encierro, son apenas registros burocráticos tendientes a invisibilizar las modalidades del *gobierno penitenciario* y sus responsabilidades en la comisión de las graves violaciones de derechos humanos que se producen en el SPB.

Tampoco los jueces penales notificados de estos hechos los consideran para ponderar las violencias a las que se somete a las personas detenidas bajo su custodia y disponer su cese para garantizar derechos. Solamente reciben los partes y los suman al expediente sin ningún análisis crítico.

Se expone el caso de **Maximiliano**, una persona que registró múltiples autolesiones a lo largo del año 2022, algunas reportadas a la CPM en el marco de la resolución 2825. El caso muestra la nula atención de su salud integral y la responsabilidad estatal por las consecuencias de la omisión. La forma de registrar los padecimientos de este joven explica su abordaje y derivaciones. También la responsabilidad penitenciaria, de la Dirección de Salud Penitenciaria y del juez a cuya disposición se encontraba la persona detenida.

La primera autolesión se registra el 20 de diciembre de 2021, mientras estaba alojado en el sector de separación del área de convivencia (SAC) en la Unidad 47 del Complejo San Martín. Luego de ser examinado en el área sanitaria, donde le realizan cuatro puntos de sutura (lesión moderada), es reintegrado al mismo lugar de alojamiento, es decir, continuó en aislamiento.

Maximiliano tenía 21 años, llevaba detenido dos años con una sentencia de 3 años y seis meses. Fue entrevistado por los equipos de la CPM, después de haber sido trasladado a la unidad 46 del Complejo San Martín y alojado en el sector de admisión. De acuerdo a lo expresado, en esa celda fue testigo de un homicidio ocurrido el 27 de enero de 2022, donde filmó el hecho que evidenciaba la responsabilidad penitenciaria, motivo por el cual le secuestran su celular. Esto desencadena la serie de autolesiones de los días subsiguientes. Según lo relatado por Maxi, después de la autolesión sufrió una agresión del personal penitenciario que le lastimó la rodilla derecha.

Según lo informado por el SPB, el 28 de enero de 2022 vuelve a autolesionarse en la misma celda de admisión (régimen de aislamiento). Según lo expresado por el médico de sanidad: “El interno se viene auto flagelando hace dos días, él solicita que lo suture, pero las heridas son

muy superficiales, además lo asistí cuatro veces en el día...”. Sin embargo, no se informan las lesiones que refiere el personal de salud, cuya intervención se limitó a suministrarle gasa y desinfectante líquido. Luego vuelve a ser alojado en el mismo sector con régimen de aislamiento.

Un día después, 29 de enero, alojado aún en admisión, vuelve a autolesionarse y continúa con el mismo régimen de vida.

A partir de un habeas corpus presentado por la CPM el 31 de enero, al tomar conocimiento de las situaciones que ponían en riesgo su vida, Maximiliano es trasladado a la Unidad 47. Una semana después, el 6 de febrero, se registran dos hechos mientras estaba alojado en el SAC de la Unidad 47. Primero ingirió un cuerpo extraño, pero no se detalla en qué consistió la atención médica ni el tratamiento a seguir. Unas horas después se clavó un elemento corto punzante en la pelvis y en el muslo derecho, por lo que debe ser derivado a un hospital extramuros donde permaneció internado durante 7 días. Según el parte, el motivo era “problemas personales”; sin embargo, por lo expresado en la entrevista mantenida con el equipo de la CPM, el motivo era que había sido amenazado por personal penitenciario con trasladarlo a otra unidad, alejándolo de su familia. Estas amenazas penitenciarias son muy comunes, y suelen determinar las acciones de las personas detenidas que padecen un estado delicado de su salud psíquica; nunca son investigadas administrativa o judicialmente pese al daño que ocasionan.

El 14 de febrero, aún en aislamiento, vuelve a cortarse las piernas. En la entrevista realizada el 18 de febrero, Maximiliano relata que continuaban las amenazas de traslado. El 21 de febrero, aún alojado en el sector de SAC sin ninguna asistencia psicológica o psiquiátrica, vuelve a ingerir un elemento extraño con filo y a autolesionarse. En el parte que informa sobre estos hechos, expresaba: “estoy cansado de estar en esta caja”. Luego de ser examinado por el personal de la unidad sanitaria, es derivado a un hospital extramuros.

El 25 de febrero, en una nueva entrevista con personal de la CPM, relata que en días previos, y como protesta contra el personal del SPB por no permitirle recibir visitas, se había tragado 7 alambres, 2 hojas de afeitar y

anillos. A raíz de esta situación solicitó que lo trasladen a un hospital extra-muros, sin éxito. De acuerdo con lo que expresa, el personal penitenciario lo trata de mentiroso, por eso se autolesiona en el brazo izquierdo, situación que es alertada rápidamente y finalmente logra ser trasladado a un hospital. Sobre estos hechos no se recibieron las notificaciones judiciales pertinentes, por lo que sólo se cuenta con su palabra y los registros de la historia clínica relevada en el momento de la inspección.

Después de estar en el hospital es trasladado a la UP 34⁹⁵, haciendo lugar a un informe realizado por el equipo de psiquiatría y psicología de la UP 47 donde se solicita que "...sea alojado en una unidad que cuente con médico psiquiatra que evalúe el caso e indique seguimiento". Al ingresar a la UP 34 lo revisan en sanidad y le indican medicación, sin explicarle ni por qué lo medicaban ni qué efectos tendría. Él argumenta que la medicación "lo plancha". El mismo día de la entrevista le habían realizado estudios en el hospital modular, cercano a la unidad, y le habían informado la definición de "no criterio" para estar en la UP34, luego de entrevistarse con el psiquiatra.

La situación de traslado de la unidad 47 al hospital, luego a otro hospital y, por último, a la Unidad 34 lo deja visiblemente confundido: no sabe con claridad si tiene que estar internado o si le dieron el alta, teme que lo hayan sacado sin criterio del hospital. Tampoco sabe con exactitud si puede o no ingerir alimentos por la lesión en el abdomen. Los traslados constantes y la falta de información sobre su situación le provocan desorientación y ansiedad afectando gravemente su salud mental; además de dolores en el estómago, dolor de cabeza, su brazo izquierdo vendado por las sucesivas autolesiones, la herida del lado derecho del abdomen sobre la cintura, dolores intermitentes en la ro-

95 Conforme lo informa el Servicio Penitenciario en su página web: <http://www.spb.gba.gov.ar/site/index.php/unidad-34-melchor-romero>, "fue inaugurado el 14 de abril de 1999, en un principio como Sub Unidad de la existente Unidad 10 que funciona desde el año 1965, y siendo autónoma en el año 2001. Los internos alojados son los declarados inimputables, sobreseídos definitivamente por el artículo 34 inciso 1° del Código Penal y procesados en estudio a la espera del dictamen pericial psiquiátrico cuya internación halla dispuesto el Juez competente. Además son alojados internos que el Magistrado del mismo, ordena exámenes con el objeto de constatar o no la existencia de una posible enfermedad mental o ya cumpliendo su sentencia condenatoria presentan descompensación psiquiátrica y son derivados para su tratamiento. Funciona con el régimen cerrado, para sumar a la atención un criterio preventivo y asistencial para los cuadros agudos de patologías mentales que incluían auto agresión y tentativa de suicidio. Con la aplicación de un tratamiento de abordaje múltiple e interdisciplinario".

dilla por los golpes recibidos, y manifiesta que le arde al orinar y que en alguna ocasión defecó con sangre. Durante esta entrevista relata que pasó tres meses sin ver a su familia como consecuencia de los reiterados impedimentos del SPB. Según expresa esto era una de las causas de sus autolesiones y atentados contra su vida (relata que tuvo un intento de suicidio, pero no puede precisar fecha). En dicha ocasión, solicita volver a la unidad 47 para tener cercanía con su familia.

El 9 de marzo se registra una nueva autolesión y la ingesta de un elemento cortante mientras se encontraba alojado nuevamente en la unidad 47. Pese a la gravedad del cuadro se lo traslada a cientos de kilómetros de su familia, alojándolo en la Unidad 38 de Sierra Chica sin ningún tipo de asistencia psicológica ni médica.

El 10 de agosto, mientras estaba alojado en esa unidad, se corta el cuello y debe ser derivado al Hospital de Olavarría.

El 15 de agosto, luego de ser trasladado y alojado en la unidad 34, se produce heridas cortantes en el cuello y mano izquierda.

El 23 de agosto, aún en la unidad 34 -según lo expresado en el parte penitenciario- se encontraba “en un aparente estado de excitación psicomotriz con heridas cortantes en su antebrazo izquierdo”. Se indica medicación y “su alojamiento en el sector sanidad con contención mecánica en sus cuatro miembros”.

El 24 de septiembre se produjo nuevamente múltiples cortes en el cuello, la tercera autolesión consecutiva en la Unidad 34; el médico indica que continúe alojado en el pabellón junto al resto de la población.

Finalmente Maximiliano se suicidó el 19 de octubre de 2022, alojado en la unidad 34 de Melchor Romero.

Como puede verse en este caso, el registro de los hechos de violencia no sirvió para producir una respuesta sanitaria que abordara el padecimiento de este joven. Las únicas respuestas fueron el aislamiento, las requisas vejatorias, las amenazas y los traslados, todos hechos de torturas y malos tratos que fueron profundizando su malestar y abandonándolo a su muerte.

5. MUERTES BAJO CUSTODIA DEL SPB⁹⁶

En el presente capítulo se vuelcan los resultados del *Registro CPM de muertes en cárceles y alcaidías* (apartados 5.1 a 5.3) y del *Registro CPM de muertes en detención domiciliaria* (5.4). Por razones metodológicas y analíticas los datos se presentan de manera separada, sin desconocer que en ambos casos las personas se encuentran bajo control penitenciario y a disposición judicial.

Como se analizará, entre 2021 y 2022 crecieron la cantidad de fallecimientos: pasaron de 242 a 244 casos. Si bien disminuyó la cantidad de fallecimientos en cárceles y alcaidías (-12) aumentó la de detenidos con monitoreo electrónico (+14).

Tabla 1. Personas fallecidas bajo custodia del SPB en cárceles, alcaidías o con monitoreo electrónico, 2021-2022 (valores absolutos)

	2021	2022	Diferencia
Cárceles y alcaidías	200	188	-12
Monitoreo electrónico	42	56	+14
Total	242	244	+2

Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaidías; Registro CPM de muertes en detención domiciliaria.

Existe una relación directa entre ambos tipos de muerte, considerando que una parte de los fallecimientos en detención domiciliaria se producen luego de una estadía en la cárcel que genera o agrava las causas de muerte —según lo relevado mediante testimonios y expedientes judiciales— y que el 36% ocurren antes de los seis meses desde el otor-

⁹⁶ Los datos presentados en este capítulo se publican en acceso abierto en la página web de [Datos Abiertos CPM](#).

gamiento de la prisión domiciliaria (ver Tabla 22). En muchos casos, se concede el arresto domiciliario sólo luego del agravamiento de los cuadros y los pedidos reiterados de este organismo o sus defensores.

El crecimiento de las detenciones domiciliarias con monitoreo electrónico responde a situaciones como la expansión del sistema por la mayor cantidad de pulseras adquiridas, un seguimiento sostenido de los casos graves de parte de este organismo y algunos operadores judiciales que responden a estas demandas por contar con estos elementos que consideran más seguros y efectivos.

A continuación se analizan en profundidad distintas variables vinculadas a las muertes producidas en cárceles y alcaidías (apartados 5.1 a 5.3): evolución interanual, causas de muerte, incidencia del tiempo de detención, conexión con el sistema de salud, intervención judicial, entre otros elementos que confirman la responsabilidad estatal en generar condiciones que favorecen la muerte en el encierro. Luego se exponen los datos disponibles correspondientes a las muertes en monitoreo electrónico (apartado 5.4).

5.1. Evolución histórica

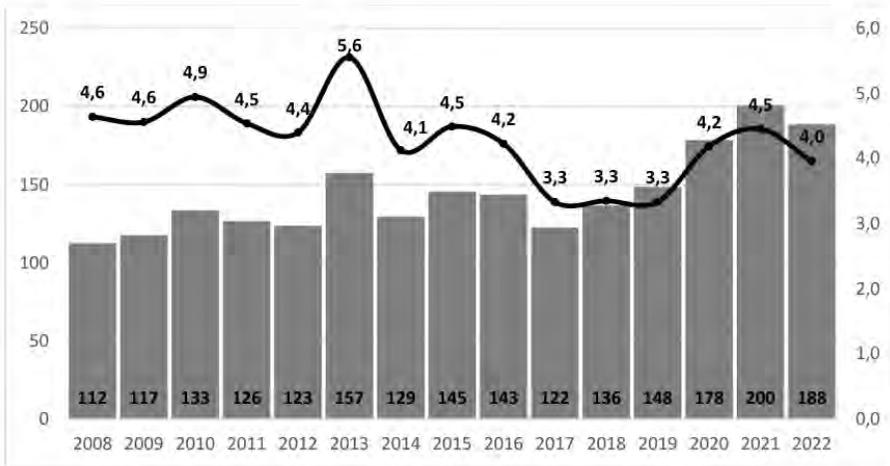
La práctica sistemática de tortura y otras violencias penitenciarias se combinan para provocar el peor resultado de la cárcel: la muerte evitable. Entre 2008 y 2022 se produjeron 2.157 muertes en cárceles y alcaidías bonaerenses, lo que equivale a un promedio de 144 muertes por año, 12 por mes. Teniendo en cuenta la población carcelaria⁹⁷, la evolución de la tasa marca un promedio interanual de 4,3 muertes cada 1.000 personas detenidas⁹⁸, valor estable durante los últimos tres años. Como puede observarse en el siguiente gráfico, entre 2018

⁹⁷ Para ver los datos sobre población detenida bajo la órbita del Servicio Penitenciario Bonaerense: www.comisionporlamemoria.org/datosabiertos/carceles/poblacion-detenido/

⁹⁸ En los datos que se presentan a continuación no se incluyen los fallecimientos ocurridos bajo la modalidad de detención domiciliaria con monitoreo electrónico, en tanto es un dato disponible a partir del año 2017. Estos datos se analizan de manera diferenciada en el apartado "Muertes de detenidos/as con monitoreo electrónico", al final de este capítulo.

y 2021 se registró un aumento sostenido de la cantidad absoluta de muertes, y desciende en 2022. Asimismo, la tasa de muertes cada 1.000 personas detenidas registró un descenso de 11,2% respecto del año anterior.

Gráfico 1. Personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, 2008-2022 (valores absolutos y tasa cada mil personas detenidas).

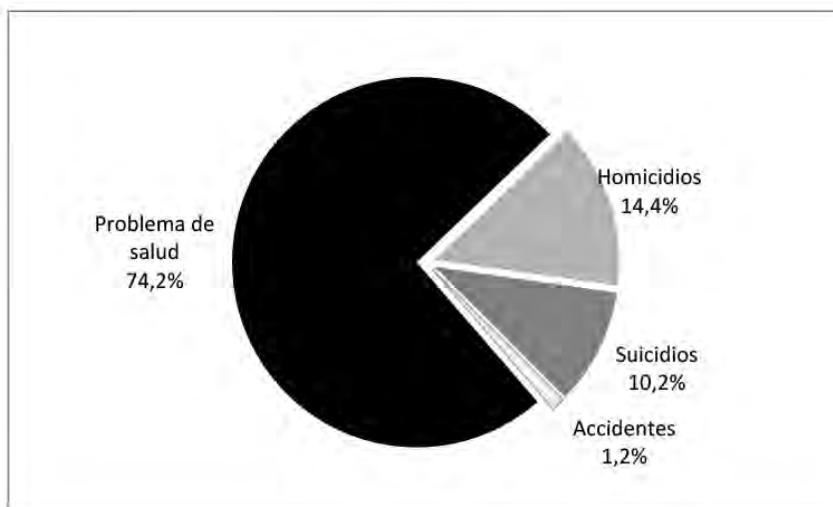


Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías; y datos de población detenida provistos por los Ministerios de Justicia y de Seguridad de la provincia de Buenos Aires y a proyecciones poblacionales del Censo Nacional 2010 (INDEC).

Base: 2.157 casos.

En todo el período la principal causa de muerte fueron problemas de salud, 72,9% del total (1.533 casos). Luego se ubican los homicidios, con 15,7% (296 casos), seguidos de suicidios (10,2%, 209 casos) y accidentes (1,2%, 25 casos). En promedio en las cárceles bonaerenses se produjeron por mes 9 muertes por problemas de salud, dos homicidios y un suicidio.

Gráfico 2. Personas fallecidas en cárceles y alcaidías del SPB, según causas conocidas, período 2008-2022 (valores porcentuales).



Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaidías. **Base:** 2.063 casos con dato en la variable Causa de muerte (95.6% del total).

El descenso interanual 2021-2022 se registra en todos los tipos de muerte con excepción del suicidio que aumenta en dos casos, presentando el valor más alto desde que hay registro. Sin dudas que este tipo, como las muertes por problemas de salud, debe inscribirse en un modelo de atención de la salud en el encierro caracterizado por las dificultades y restricciones penitenciarias en el acceso a la atención y tratamiento, que se combina con una percepción del personal penitenciario y de salud sobre las personas detenidas como peligrosas, demandantes y mentirosas, más aun en temas de salud mental. En este sentido, vale destacar lo expresado en el informe especial del Registro Nacional de Casos de Tortura, *La salud en las cárceles bonaerenses*:

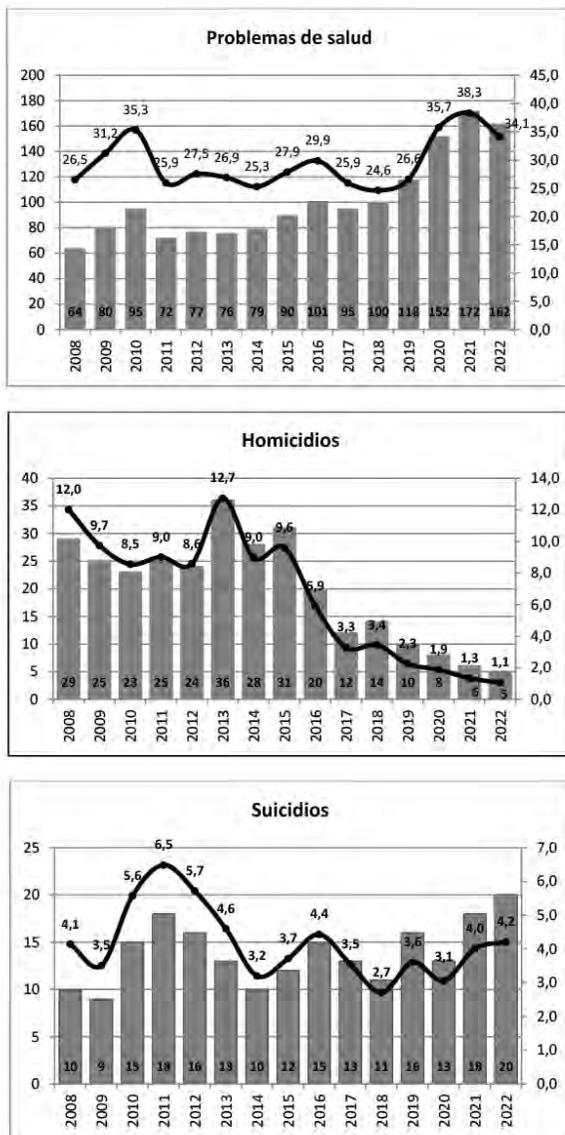
“En las entrevistas realizadas en las tres unidades encontramos reiteradamente referencias estigmatizantes, peyorativas y discriminatorias a los presos y las presas, constantemente atravesadas por criterios de clase (...)

Se percibe también a las personas detenidas como demandantes, apreciación que pone de manifiesto de forma inherente que los reclamos de las personas detenidas no son reales o “no son tan graves”, quitándole peso a la palabra de las víctimas o asignándole otras intenciones (...)

Nuevamente observamos cómo se devalúa el sentido que tienen las palabras de las personas detenidas, menospreciando sus reclamos y restando gravedad a los padecimientos que expresan” (CPM, 2018: 49-53).

Como puede observarse en los siguientes gráficos, hay una consolidación en la predominancia de muertes por problemas de salud y de la tendencia descendente en la cantidad de homicidios. En el caso de suicidios, después de leves oscilaciones entre 2018 y 2020, aumenta por segundo año consecutivo.

Gráfico 3. Personas fallecidas en cárceles y alcaidías del SPB, según causas conocidas, 2008 a 2022 (valores absolutos y tasas cada 10.000 personas detenidas)



Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaidías y datos de población detenida provistos por el Ministerio de Justicia y DDHH de la provincia de Buenos Aires.

Base: 2.063 casos con dato en la variable Causa de muerte (95.6% del total).

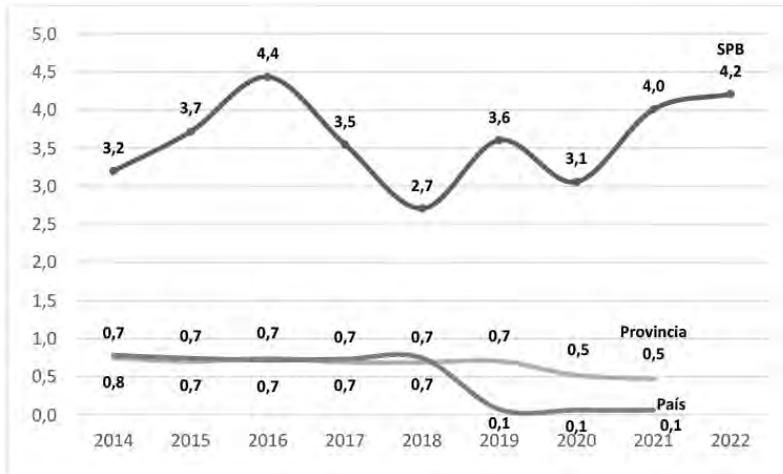
El suicidio, lejos de ser sólo una decisión individual, constituye un problema sanitario y social que requiere un abordaje complejo que tenga en cuenta distintos factores que inciden en su producción y el entorno en el que se produce. Debe destacarse que aun cuando la cárcel es un factor de riesgo en sí mismo (a lo que se suma el aislamiento, la desvinculación familiar, la falta de acceso a la salud) no se han generado desde el Estado instancias institucionales para detectar y prevenir potenciales conductas suicidas⁹⁹.

En el período 2008-2022 hubo un promedio de 14 suicidios por año, uno por mes. A partir de 2019 se constituye en la segunda causa de muerte, y se sostiene en ese lugar durante cuatro años consecutivos. En 2022 se registraron 20 víctimas y una tasa de 4,2 suicidios cada 10.000 personas detenidas, la tasa más alta de los últimos seis años y la mayor cantidad de víctimas de todo el período. Como puede observarse en el siguiente gráfico, la tasa de suicidios en el SPB, además de ser muy superior a la provincial (0,5) y a la nacional (0,1) presenta una tendencia al alza, a diferencia de la tendencia estable que registran estas últimas¹⁰⁰.

99 En *Informe de violencia carcelaria. Año 2022* el SPB (Unidad de gestión y coordinación estadística) informa 1.619 hechos de autolesiones, un incremento de 2,2% respecto a 2021, creciendo por segundo año consecutivo.

100 La tasa de suicidios 2021 se calcula a partir de los datos de mortalidad publicados por el Ministerio de Salud de la Nación [AQUÍ](#). No se compara el año 2022 debido a que el Ministerio no tiene datos actualizados.

Gráfico 4. Tasas de suicidios comparadas (país, provincia, SPB), años 2014-2022 (tasas cada 10.000 personas)



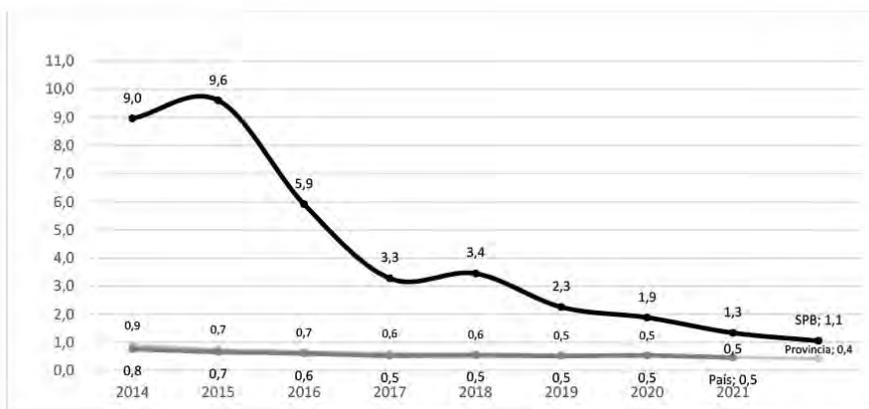
Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías; datos de población detenida de los Ministerios de Justicia y de Seguridad de la provincia de Buenos Aires; proyecciones poblacionales del Censo Nacional 2010 (INDEC). Los suicidios de Argentina (2014-2021) y de Buenos Aires (2021) de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales; los suicidios de Buenos Aires de la Dirección de Información en Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (2014-2020).

Por otra parte -como señalamos en informes anteriores- el análisis de los homicidios debe hacerse teniendo como marco general la delegación del gobierno carcelario, el abandono del deber de custodia y la gestión/habilitación de armas blancas que derivan en violencia interpersonal que en algunos casos provocan muertes intencionales¹⁰¹. Si se analiza todo el período 2008-2022, se registra un promedio de 20 víctimas de homicidio doloso por año, dos por mes. Este dato no es representativo de la situación actual ya que -como se afirmó anterior-

101 En *Informe de violencia carcelaria. Año 2022* el SPB (Unidad de gestión y coordinación estadística) informa 697 hechos de "pelea de internos" (2,2% más que en 2021), de las cuales en el 50% se utilizaron como mecanismo elementos punzocortantes. Además, informa 1.995 hechos de "agresión de internos" (1,4% más que en 2021), 23% de ellas con elementos punzocortantes.

mente- la tendencia de los homicidios es a la baja desde hace siete años (2016). El promedio de los últimos cinco años es de 9 víctimas por año. A pesar de la tendencia descendente, en 2022 la tasa de homicidio doloso en cárceles fue de 1,1 víctimas cada 10.000 personas, duplicando la tasa de homicidio nacional y provincial (0,5 víctimas cada 10.000 habitantes en el año 2021).

Gráfico 5. Tasas de homicidio comparadas (país, provincia, SPB), años 2014-2022 (tasas cada 10.000 personas).



Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías; datos de población detenida de los Ministerios de Justicia y de Seguridad de la provincia de Buenos Aires; proyecciones poblacionales del Censo Nacional 2010 (INDEC). Los homicidios en Buenos Aires de Procuración General de la provincia de Buenos Aires y del país del Ministerio de Seguridad de la Nación.

En otras palabras, morir asesinado o por suicidio es más frecuente dentro que fuera de los muros. Ya sea por problemas de salud física o mental o por violencia interpersonal o penitenciaria, la cárcel representa un factor de riesgo concreto que impacta en las expectativas de vida de las personas detenidas, pese a que se encuentran bajo custodia del Estado y por lo tanto sujetas a una protección diferencial de sus derechos, entre ellos la vida.

En relación a las características de las personas fallecidas, en el período 2008-2022¹⁰² 96,1% fueron varones, 3,6% mujeres y 1% perso-

¹⁰² Los datos presentados corresponden al promedio del período. En el caso de las per-

nas trans. Estos valores son similares a los promedios de la población detenida según género (en el mismo período), con excepción de las personas trans cuya participación en el total de muertes es superior: varones 95,3%, mujeres 4,4% y trans 0,3%.

Si se cruzan las variables género y causa de muerte, se destaca que 3 de cada 10 muertes de mujeres fueron suicidios, valor exponencialmente mayor al que se registra en varones (0,8 cada 10); el 13,2% de los suicidios fueron de mujeres, valor que triplica la participación de mujeres en el total de personas detenidas. Otro dato a destacar es que los dos suicidios de personas trans corresponden a varones trans¹⁰³.

Tabla 2. Personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, según género y causa de muerte, período 2016-2022

		Género			Total
		Hombre	Mujer	Trans	
Causa de muerte	Homicidio	74	1	-	75
	Suicidio	90	14	2	106
	Accidente	14	-	-	14
	Problema de salud	867	26	7	900
	S/D	20	-	-	20
	Total	1.065	41	9	1.115
	Porcentaje por género	95,8%	3,6%	0,6%	100%

Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 1.115 casos (100%). **Nota:** en esta tabla se usan los datos correspondientes al período 2016-2022 porque se cuenta con datos desagregados de Género y Causa de muerte, lo que permite el cruce de variables.

En relación a la edad, la mayor frecuencia se registró en los grupos de 21 a 40 años, que concentraron el 35% de las muertes. En el otro

sonas trans sólo se cuenta con datos a partir del año 2017, por lo que los valores promedio presentados pueden estar subestimados.

103 Los varones trans son más invisibilizados por el sistema que las mujeres trans, por lo que puede haber más casos de suicidios de varones trans no contabilizados por no contar con información sobre la identidad de género. En el Informe anual 2022 (pág. 288) se trabajó la problemática de la población de varones trans,

extremo, las personas mayores de 61 años concentran 23% del total. La edad promedio de las personas fallecidas en todo el período fue de 47 años, la menor edad registrada 19 y la mayor 91.

Tabla 3. Personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, por grupo etario (2016-2022) (valores absolutos y porcentuales).

Rango etario	Cantidad	Porcentaje
18-20	14	1,3%
21-30	192	17,2%
31-40	198	17,8%
41-50	226	20,3%
51-60	196	17,6%
61-70	165	14,8%
71 o más	86	7,7%
TOTAL	1.077	100%

Promedio: 47 años / Edad mínima: 19 años / Edad máxima: 91 años

Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 1.077 casos con dato en la variable Edad (96,6% del total); 38 casos sin dato.

Si se analiza la edad de las personas fallecidas según la causa de muerte, en el caso de homicidios y suicidios la edad promedio se mantiene estable respecto del año 2021, cuando había experimentado un importante descenso: 33 y 30 años respectivamente. En el caso de homicidio, la edad máxima fue de 58 años, menor a la general (91 años). Es preocupante la baja edad mínima que se registra en las tres causales de muerte, y permite acercarnos a la dimensión de la pérdida por estas muertes prematuras.

Tabla 4. Edades promedio, máxima y mínima de las personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, según causa de muerte (2016-2022)

Edad	Causa de muerte en cárceles			
	Problemas de salud	Suicidio	Homicidio	Accidente
Edad promedio	51	33	30	43
Edad mínima	20	19	20	21
Edad máxima	91	81	58	70

Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 1.077 casos con dato en las variables Causa de muerte y Edad (96,6% del total).

Al analizar la distribución de las personas fallecidas por grupo etario según la causa de muerte surgen importantes diferencias. Se destaca que, en el caso de problemas de salud, el 50,6% tenía menos de 50 años; mientras que en el caso de suicidio y homicidio las personas menores de 50 años concentran más del 90% del total de casos. En el caso de los homicidios, 61,6% tenía menos de 30 años y en el caso de suicidios los menores de 30 años concentran 46,7% de los casos.

Tabla 5. Personas fallecidas en cárceles y alcaidías del SPB, según grupo etario y causa de muerte (2016-2022) (valores absolutos y porcentuales)

Rango etario	Muertes por problemas de salud			Homicidios			Suicidios		
	Cantidad	%	% acumulado	Cantidad	%	% acumulado	Cantidad	%	% acumulado
18 a 20 años	4	0,5	0,5	1	1,4	1,4	8	7,6	7,6
21 a 30 años	97	11,1	11,6	44	60,3	61,6	41	39,0	46,7
31 a 40 años	136	15,6	27,2	19	26,0	87,7	38	36,2	82,9
41 a 50 años	204	23,4	50,6	5	6,8	94,5	12	11,4	94,3
51 a 60 años	185	21,2	71,9	4	5,5	100,0	4	3,8	98,1
61 a 70 años	161	18,5	90,4	-	-	-	1	1,0	99,0
71 años o más	84	9,6	100	-	-	-	1	1,0	100
TOTAL	871	100%		73	100%		105	100%	

Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaidías. **Nota:** - equivale a cero absoluto. Se cuentan los casos con dato en las variables Edad y Causa de muerte.

Por otra parte, si se analiza la situación procesal de las personas fallecidas, 44,7% estaba procesada sin condena (498 personas) y 1,1% estaba sobresaída (12), detenida con medidas de seguridad. Se debe tener en cuenta que la población detenida en este período es similar a la distribución de las personas fallecidas (procesadas 51,1%, condenadas 47,8, otro 1,1%).

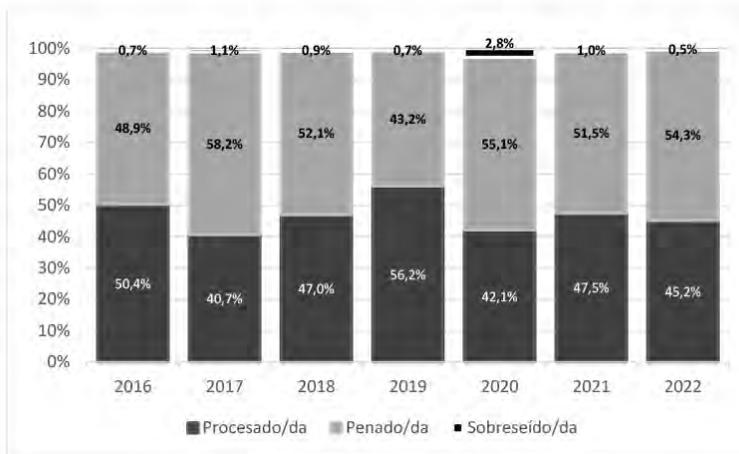
Tabla 6. Personas fallecidas en cárceles y alcaidías del SPB, según situación procesal, período 2016-2022 (valores absolutos y porcentuales)

	Cantidad	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Procesado/da	498	47,1%	47,1%
Sobresaído/da	12	1,1%	48,2%
Penado/da	547	51,8%	100%
Total	1.057	100%	

Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaidías. **Base:** 1.057 casos con dato en la variable Situación procesal (94,8% del total); 58 casos sin dato.

Al analizar los datos por año, se destaca que en 2019 se registró el porcentaje más alto de personas fallecidas sin sentencia: 56,2%. Asimismo, en los últimos tres años (2020-2022) la mayoría de las personas fallecidas estaba condenada, con una participación superior al 50%, aunque la diferencia sigue siendo ínfima.

Gráfico 6. Personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, según situación procesal, años 2016-2022 (valores porcentuales)



Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 1.057 casos con dato en la variable Situación procesal (94,8% del total).

Por otra parte, al focalizar en el órgano judicial que tenía a cargo el proceso de la persona fallecida, la mitad se encontraba a cargo de un juzgado de ejecución penal (50,9%), lo que resulta consistente con los datos sobre la situación procesal.

Tabla 7. Personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, según órgano judicial a cargo, período 2016-2022 (valores absolutos y porcentuales)

	Cantidad	Porcentaje
Juzgado de Garantías	146	13,9%
Tribunal Oral Criminal	354	33,7%
Juzgado de Ejecución Penal	535	50,9%
Juzgado Responsabilidad Penal Juvenil	4	0,4%
Juzgado Correccional	12	1,1%
Total	1.051	100%

Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 1.051 casos con dato en la variable Órgano judicial a cargo (94,3%).

Si se analiza el lugar en el que se encontraban detenidas las personas fallecidas, el primer dato a destacar es que se registran muertes en el 69% de las unidades y alcaldías penitenciarias. Si se analizan los datos del período 2016-2022, las unidades donde se registró la mayor cantidad de muertes son: 10,6% en UP 22 (unidad-hospital), 7,8% en UP 26 (Olmos, destinada a adultos mayores), 7,3% en UP 1 (Olmos), 5,3% en UP 2 (Sierra Chica), 5,2% en UP 9 (La Plata). A continuación, se presenta la distribución de las personas fallecidas según lugar de detención, resaltando los valores más altos registrados por año.

Tabla 8. Personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, según lugar de detención, 2016-2022

Unidad	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
1 – Lisandro Olmos	13	11	11	8	14	17	7	81
2 - Sierra Chica	6	5	9	11	6	11	11	59
3 - San Nicolás	3	2	3	1	4	1	5	19
4 - Bahía Blanca	4	2	3	2	5	6	2	24
5 - Mercedes	3	2	3	2	2	4	-	16
6 - Dolores	-	1	1	3	1	1	1	8
7 - Azul	1	2	1	1	2	2	-	9
8 - Los Hornos	-	1	-	2	2	-	1	6
9 - La Plata	6	5	7	8	11	12	9	58
10 - Melchor Romero	1	1	1	-	-	-	-	3
11 - Baradero	-	1	-	-	-	-	-	1
12 – Gorina	-	-	-	1	-	-	-	1
13 – Junín	3	2	4	2	1	5	5	22
14 - General Alvear	-	-	-	-	1	1	-	2
15 – Batán	8	4	5	4	7	10	13	51
16 – Junín	-	1	-	-	-	-	-	1
17 - Urdampilleta	-	1	1	-	4	4	1	11
18 – Gorina	1	-	2	1	-	1	5	10
19 - Saavedra	3	1	-	2	-	2	1	9
20 - Trenque Lauquen	-	1	-	-	-	-	1	2
21 - Campana	1	5	1	5	1	3	3	19
22 - Lisandro Olmos	11	8	18	16	20	28	17	118
23 - Florencio Varela	4	5	3	4	4	3	2	25
24 - Florencio Varela	9	1	3	6	5	4	9	37
25 - Lisandro Olmos	3	5	1	4	5	3	4	25
26 - Lisandro Olmos	4	5	11	11	20	21	15	87
27 - Sierra Chica	-	-	-	1	1	1	-	3
28 - Magdalena	2	3	4	-	2	1	5	17
30 - General Alvear	3	6	2	6	3	5	7	32
31 - Florencio Varela	3	2	4	2	3	2	2	18
32 - Florencio Varela	3	5	1	3	6	6	4	28

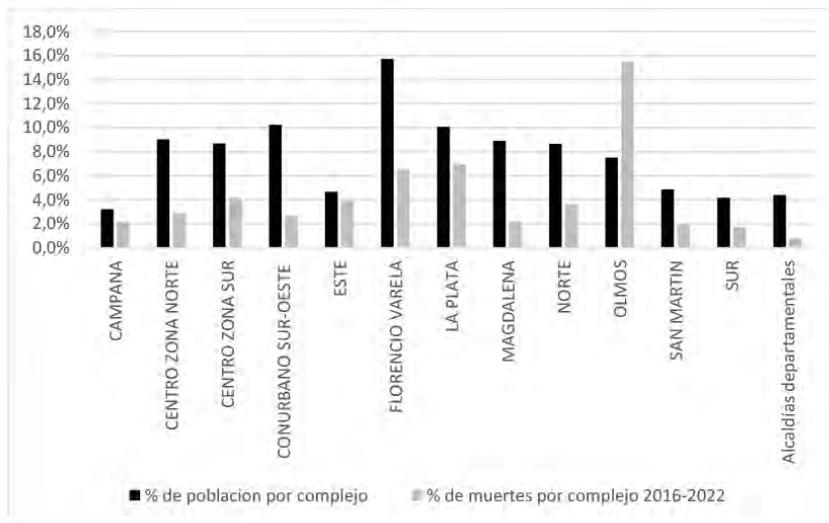
33 - Los Hornos	2	-	-	1	-	1	1	5
34 - Melchor Romero	8	5	7	7	9	10	6	52
35 - Magdalena	2	2	1	3	5	4	1	18
36 - Magdalena	-	1	-	-	2	1	2	6
37 - Barker	4	5	2	-	1	1	2	15
38 - Sierra Chica	3	3	1	1	-	-	3	11
39 - Ituzaingó	3	2	-	5	8	5	-	23
40 - Lomas de Zamora	2	2	1	1	1	3	3	13
41 - Campana	3	6	5	-	1	2	4	21
42 - Florencio Varela	3	-	1	4	6	3	-	17
43 - González Catán	2	-	-	1	3	2	6	14
44 - Alcaldía Batán	2	-	2	-	3	2	3	12
45 - Melchor Romero	1	-	-	2	-	-	2	5
46 - San Martín	1	-	4	3	2	2	8	20
47 - San Martín	1	1	3	1	-	-	2	8
48 - San Martín	2	1	-	5	1	1	1	11
49 - Alcaldía Junín	2	1	4	1	1	3	2	14
50 - Batán	-	-	1	2	2	-	2	7
51 - Magdalena	-	2	-	-	-	1	-	3
52 - Azul	-	-	1	-	-	-	-	1
54 - Florencio Varela	2	1	1	1	-	1	1	7
57 - Campana	-	-	-	-	-	2	1	3
58 - Campana	-	-	-	-	-	-	4	4
Alcaldía Virrey del Pino	-	-	1	-	-	-	-	1
AD José C. Paz	1	-	-	-	-	-	-	1
AD San Martín	-	-	-	1	1	-	1	3
AD La Plata Pettinato	-	-	-	1	1	-	-	2
AD La Plata III	-	-	1	1	-	-	1	3
AD Lomas de Zamora	-	-	1	-	-	-	-	1
AD Avellaneda	-	-	-	-	-	1	-	1
AD Campana	-	-	-	-	1	1	2	4
Sin dato	4	2	-	1	-	-	-	7
Total	143	122	136	148	178	200	188	1.115

Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 1.115 casos.

Notas: - equivale a cero absoluto.

Si se analiza la distribución de las muertes por complejo penitenciario, teniendo en cuenta la participación sobre el total de la población, se debe destacar que el único complejo cuyo porcentaje de muertes supera el porcentaje de población detenida es Olmos, que incluye la UP 22 (cárcel hospital) y la UP 1 que tiene la unidad sanitaria más grande del SPB.

Gráfico 7. Porcentaje de población y de muertes por complejo penitenciario, período 2016-2022



Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 1.115 casos.

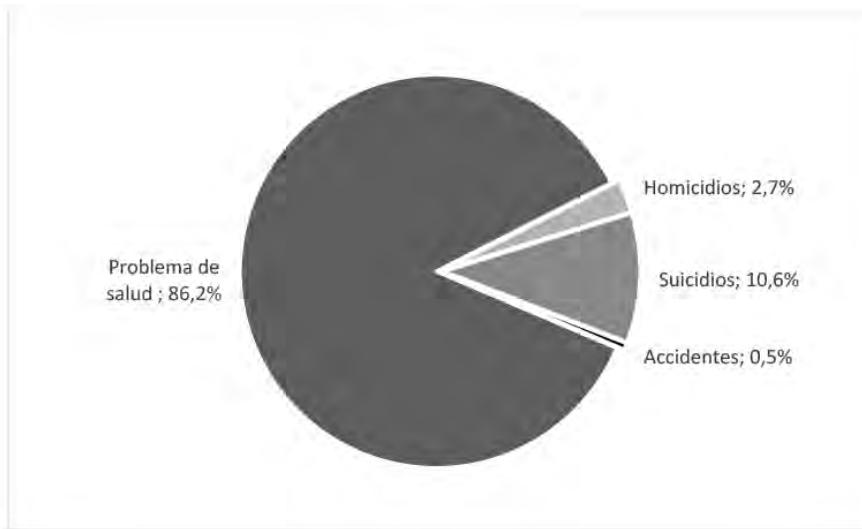
A continuación, se presentan las principales características de los hechos ocurridos durante el año 2022.

5.2. Muertes durante 2022

En el año 2022 se registraron 188 muertes en cárceles y alcaldías dependientes del SPB: 162 fueron por problemas de salud, 20 suicidios,

5 homicidios y 1 accidente. Como se indicó precedentemente, si bien hubo menos casos en casi todas las causas de muerte, el descenso más importante en términos absolutos se registró en problemas de salud, con 10 casos menos (5,8%).

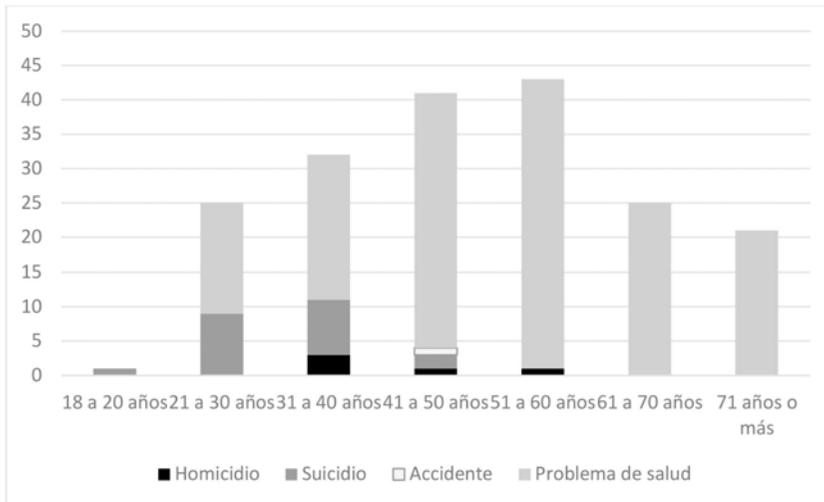
Gráfico 8. Personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, según causa de muerte, año 2022 (valores porcentuales)



Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 188 casos.

Al analizar la distribución de las muertes según la causa y el grupo etario de la víctima, se observa que, mientras que las muertes por problemas de salud se distribuyen en todos los grupos etarios (con excepción del grupo de 18 a 20 años), los suicidios registran casos sólo en los grupos menores a 50 años (comportamiento que se mantiene en los últimos años) y los homicidios registran la frecuencia más alta en el grupo de 31 a 40 años.

Gráfico 9. Personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, según grupo etario y causa de muerte, año 2022 (valores absolutos)



Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 188 casos.

En 2022 el promedio de edad de las personas fallecidas fue de 50 años. Si se analiza según causa de muerte, el promedio baja sustancialmente en el caso de homicidios (39) y suicidios (31). También se identifica una diferencia importante en la edad máxima registrada según causa: mientras que en problemas de salud la edad máxima es de 91 años, en homicidios es de 52 y en suicidios de 49 años.

Tabla 9. Edades promedio, máxima y mínima de las personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, según causa de muerte, año 2022.

	Causa de muerte en cárceles			
	Problemas de salud	Suicidio	Homicidio	General
Edad promedio	52	31	39	50
Edad mínima	21	20	33	20
Edad máxima	91	49	52	91

Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 188 casos.

Respecto al género de las personas fallecidas, en 2022 el 94,1% eran varones, 4,3% eran mujeres y 1,6% eran personas trans/travestis. Este año aumentó exponencialmente la participación de mujeres en el total de muertes, que pasó de 1% a 4,3% y de las personas trans, que pasó de 0,5% a 1,6%. Se debe tener en cuenta que en ambos casos se trata de valores absolutos muy bajos, lo que puede llevar a sobredimensionar la variación interanual.

Tabla 10. Personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, según género y causa de muerte, año 2022 (valores absolutos)

		Género atribuido por la fuente			Total
		Varón	Mujer	Trans	
Causa de muerte	Homicidio	4	1	-	5
	Suicidio	17	2	1	20
	Accidente	1	-	-	1
	Problema de salud	155	5	2	162
	Total	177	8	3	188

Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 188 casos.

Notas: - equivale a cero absoluto.

En la siguiente tabla se presenta la distribución de las personas fallecidas según su situación procesal: la mayoría estaba penada (54,3%), con una participación superior al período 2008-2022 (51,8%). Por otra parte, dos mujeres trans fallecidas se encontraban procesadas, lo que no llama la atención si se tiene en cuenta que la mayoría de las personas trans detenidas se encuentran procesadas sin condena.

Tabla 11. Personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, según situación procesal, año 2022 (valores absolutos y porcentuales)

	Situación procesal		
	Cantidad	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Procesado/da	85	45,2%	45,2%
Sobreseído/da	1	0,5%	45,7%
Penado/da	102	54,3%	100%
Total	188	100%	

Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 188 casos.

Por otra parte, si se focaliza el órgano judicial que tenía a cargo el proceso de la persona fallecida, 51,6% se encontraba a cargo de un Juzgado de Ejecución Penal y 34% a cargo de un Tribunal Oral Criminal, las dos frecuencias más altas. Esto resulta consistente con la distribución por situación procesal.

Tabla 12. Personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, según órgano judicial a cargo, año 2022 (valores absolutos y porcentuales)

Órgano judicial	Cantidad	Porcentaje
Juzgado de Garantías	21	11,2%
Tribunal Oral Criminal	64	34,0%
Juzgado de Ejecución Penal	97	51,6%
Juzgado Correccional	5	2,7%
Juzgado de Familia	1	0,5%
Total	188	100%

Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 188 casos.

Si se analiza el lugar en el que se encontraban detenidas las personas fallecidas en relación con la causa de muerte, se destaca que:

- Suicidios: si bien se distribuyeron en distintas unidades, en las unidades 13 (Junín), 24 (Florencio Varela) y 30 (Alvear) se registraron 3 hechos en cada una.
- Muertes por problemas de salud: los valores más altos se registraron en la UP 22 (unidad-hospital, 17 hechos), UP 26 (Olmos, destinada a adultos mayores, 15 casos), UP 2 (Sierra Chica, 10), UP 15 (Batán) y UP 9 (La Plata), ambas con 9 casos.

A continuación, se presenta la información completa.

Tabla 13. Personas fallecidas en cárceles y alcaidías del SPB, según lugar de detención y causa de muerte, año 2022 (valores absolutos)

Lugar de detención	Homicidio	Suicidio	Accidente	Problema de salud	Total
UP1 Olmos	-	-	-	7	7
UP2 Sierra Chica	-	-	1	10	
UP3 San Nicolás	-	-	-	5	5
UP4 Bahía Blanca	-	-	-	2	2
UP6 Dolores	-	-	-	1	1
UP8 Los Hornos	-	-	-	1	1
UP9 La Plata	-	-	-	9	
UP13 Junín	-	3	-	2	5
UP15 Batán	2	2	-	9	
UP17 Urdampilleta	-	-	-	1	1
UP18 Gorina	-	-	-	5	5
UP19 Saavedra	-	-	-	1	1
UP20 Trenque Lauquen	-	1	-	-	1
UP21 Campana	-	-	-	3	3
UP22 Hospital Olmos	-	-	-	17	
UP23 Florencio Varela	1	-	-	1	2
UP24 Florencio Varela	-	3	-	6	9
UP25 Olmos	-	-	-	4	4
UP26 Olmos	-	-	-	15	
UP28 Magdalena	-	-	-	5	5

UP30 Alvear	-	3	-	4	7
UP31 Florencio Varela	-	-	-	2	2
UP32 Florencio Varela	-	-	-	4	4
UP33 Los Hornos	-	-	-	1	1
UP34 Melchor Romero	-	2	-	4	6
UP35 Magdalena	-	-	-	1	1
UP36 Magdalena	-	-	-	2	2
UP37 Barker	-	-	-	2	2
UP38 Sierra Chica	-	-	-	3	3
UP40 Lomas de Zamora	-	-	-	3	3
UP41 Campana	-	1	-	3	4
UP43 González Catán	-	-	-	6	6
AP44 Batán	-	-	-	3	3
UP45 Melchor Romero	1	-	-	1	2
UP46 San Martín	1	2	-	5	8
UP47 San Isidro	-	-	-	2	2
UP48 San Martín	-	-	-	1	1
AP49 Junín	-	-	-	2	2
UP50 Batán	-	2	-	-	2
UP54 Florencio Varela	-	-	-	1	1
UP57 Campana	-	-	-	1	1
UP 58 - Lomas de Zamora	-	-	-	4	4
AD La Plata III	-	1	-	-	1
AD San Martín	-	-	-	1	1
AD Campana	-	-	-	2	2
Total	5	20	1	162	188

Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 188 casos.

Notas: - equivale a cero absoluto.

5.2.1. Muertes por problemas de salud y responsabilidad estatal

Las muertes por problemas de salud han sido históricamente las de

mayor frecuencia y aumentaron de manera sostenida hasta el año 2021. En 2022 se registraron 162 muertes por esta causa, un descenso de 5,8% respecto de 2021, pero continúa siendo la principal causa de muerte en el encierro. Resulta primordial construir indicadores que permitan conocer el posible impacto de la cárcel en la salud de las personas detenidas y, en consecuencia, su incidencia en la muerte.

Como puede verse en la siguiente tabla, en la mayoría de los casos las personas estuvieron detenidas poco tiempo antes de su muerte (Un año o menos, 39,1%; y Entre 2 y 3 años, 24,8%). Por otra parte, si se analiza este dato en relación con la edad de las personas fallecidas, se destaca que 6 de cada 10 personas de 21 a 30 años y 5 de cada 10 personas de 41 a 50 años llevaban 1 año o menos detenidas.

Tabla 14. Personas fallecidas por problemas de salud en cárceles y alcaldías del SPB, según cantidad de años de detención y rango etario, año 2022

Años de detención agrupados						
Rango etario	1 año o menos	De 2 a 3 años	De 4 a 5 años	De 6 a 10 años	Más de 10 años	Total
21 a 30 años	10	4	1	1	-	16
31 a 40 años	8	4	2	4	3	21
41 a 50 años	18	7	3	7	1	36
51 a 60 años	13	10	6	7	6	42
61 a 70 años	6	11	4	4	0	25
71 años o más	8	4	5	2	2	21
Total	63	40	21	25	12	161
Porcentaje	39,1%	24,8%	13,0%	15,5%	7,5%	100%

Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 161 casos con dato en la variable Cantidad de años detenido/a (99,4% del total). **Nota:** - equivale a cero absoluto.

Si se analiza el lugar de la muerte, en la mayoría de los casos las personas habían sido trasladadas previamente a hospitales o a la UP 22 (77,1%). Se destaca que 4,2% (23 casos) de las muertes se produjo en

la unidad penitenciaria donde se encontraba alojada la persona detenida, es decir, sin recibir ningún tipo de atención médica. En 12 casos la muerte se produjo durante el traslado hacia el centro de salud.

Tabla 15. Personas fallecidas por problemas de salud en cárceles y alcaldías del SPB, según lugar de muerte, año 2022

Lugar	Cantidad	Porcentaje
Hospital	105	64,8%
Unidad o alcaldía	23	14,2%
UP 22 Cárcel hospital	20	12,3%
Traslado al hospital	12	7,4%
Salida transitoria	2	1,2%
Total	162	100%

Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 162 casos de muertes por Problemas de salud.

Si se analiza la cantidad de tiempo que pasa internada una persona antes de su muerte (Tabla 15), 20,2% fue trasladado entre un día antes y el mismo día de la muerte. Se debe destacar que si comparamos con los datos de 2021, se registra un descenso en la cantidad de personas que fueron trasladadas al hospital el mismo día de la muerte.

Tabla 16. Personas fallecidas por problemas de salud en cárceles y alcaldías del SPB, según días previos de internación en hospital, años 2021-2022

	2021		2022		Variación absoluta 2021-2022
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	
Día de la muerte	13	15,3	7	7,1	-6

Un día antes de la muerte	10	11,8	13	13,1	3
Entre 2 y 7 días antes	20	23,5	28	28,3	8
Entre 8 y 30 días antes	29	34,1	36	36,4	7
Entre 31 y 60 días antes	6	7,1	12	12,1	6
Más de 60 días antes	7	8,2	3	3,0	-4
Total	85	100,0	99	100,0	14

Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 85 casos (2021) y 99 casos (2022) con dato en la variable Fecha de internación.

Otro dato relevante es la cantidad de personas que fallecieron durante el traslado o en el momento del arribo al hospital, donde sólo se constató la muerte, es decir que no recibieron atención médica: 12 personas, 7,4% de los casos, apenas por debajo de los valores de 2021 (14 casos, 8,1%).

Si se suman las tres primeras categorías, 5 de cada 10 personas que fallecen por problemas de salud son derivadas a un hospital, como máximo, una semana antes de su muerte, y sólo 12,1% permanecieron internadas más de un mes.

Un análisis cualitativo de los casos registrados permite afirmar que generalmente al traslado no lo precedió una atención adecuada en los espacios de sanidad de las unidades y alcaldías, ni en los casos que contaban con un diagnóstico médico ni en aquellos que sufrieron una descompensación repentina. Muchas veces las personas detenidas llegaron con cuadros de descompensación cardíaca o insuficiencia respiratoria que no fueron abordados en las áreas de sanidad y, en el traslado, murieron. Se presentan a continuación dos casos en los que se materializan las condiciones de desatención de la salud que derivan en la muerte.

Javier estaba detenido desde el año 2017. El primer contacto con él se

produjo el 13 de agosto de 2019 cuando fue entrevistado en la Unidad 23 de Florencio Varela. En 2013, durante su detención, sufrió impactos de bala que le provocaron perforación en un pulmón y en el intestino, lo que derivó en la realización de una ileostomía, teóricamente provisoria, que 6 años después seguía sin reversión.

Su reclamo fue el mismo a lo largo de los años: provisión de bolsas de ileostomía acordes para evitar la dermatitis constante que sufría y evaluación médica para acceder al cierre de la ileostomía, previa reconstrucción intestinal. A este cuadro de salud se sumó un diagnóstico sin tratamiento de ansiedad y ataques de pánico.

Desde esa entrevista en 2019 se presentaron distintas acciones judiciales¹⁰⁴ que no lograron modificar su situación. Ante la falta de una respuesta eficaz del Poder Judicial, en octubre de 2021 el caso comienza a ser abordado por el Programa de Intervenciones Complejas y Colectivas (PICC). En ese momento Javier se encontraba detenido en la Unidad 36 de Magdalena, internado por deshidratación y desnutrición (llegó a pesar 45 kg según registros). Ante la constante falta de atención, Javier se autolesionaba.

Desde el programa se hizo hincapié en las acciones judiciales (16 presentaciones, 4 de ellas habeas corpus, que fueron rechazados), y en la articulación interinstitucional: se enviaron dos notas a Salud Penitenciaria y se mantuvo contacto con su defensoría en todo momento¹⁰⁵.

Javier presentaba muchas dificultades para alimentarse por los dolores que sufría y porque nunca le suministraron la dieta especial que tenía indicada, por ende los alimentos que recibía le generaban irritación. Tampoco le suministraban medicación que aliviara estos síntomas. Esto redundaba en una debilidad física constante.

La atención médica que recibió en Sanidad durante su estadía en la Unidad 28, incluso cuando era acompañado por el equipo del Programa, se caracterizaba por el destrato y la incapacidad de abordar su problemática

104 Las presentaciones se realizaron al Juzgado de Ejecución Penal 3, a cargo del Dr. Nicolás Gabriel Sánchez.

105 Defensoría de Malvinas Argentinas, defensora Mariana Kodric.

—la médica le expresaba de manera reiterada que ella “no podía hacer nada”—¹⁰⁶. Finalmente, tras numerosas presentaciones judiciales que hacían hincapié en el creciente deterioro de su estado de salud y la urgencia de concretar la intervención quirúrgica, el 8 de febrero de 2022 obtuvo un turno para el cierre de la ileostomía en el Hospital de Magdalena. Sin embargo, la cirugía se suspendió por “entorpecimiento en la preparación pre quirúrgica”: por los fuertes dolores que padeció la noche anterior a la intervención quirúrgica, Javier no se colocó la bolsa recolectora.

A pesar de las gestiones realizadas por la CPM para conseguir una nueva fecha, en abril Javier seguía sin acceder a la cirugía reconstructiva. El 20 de abril de 2022 Javier se autolesionó como reacción desesperada por la falta de atención médica. Los operadores sanitarios que lo atendían consideraron su conducta en el hospital una ofensa personal y se negaron a realizar las gestiones correspondientes para volver a garantizar la atención médica. A esto se sumaba la falta de evaluación del área de psicología o psiquiatría ante los episodios de autolesiones. Dicho abordaje fue solicitado por el equipo del PICC al jefe del área, sin obtener respuesta.

Cuando se concretó la intervención, a fines de abril en el Hospital de Magdalena, no se pudo revertir la ileostomía y se produjeron nuevas fístulas intestinales. De acuerdo a lo expresado por los médicos tratantes, las complicaciones eran lógicas debido al tiempo transcurrido desde la apertura hasta la cirugía. Javier empeoró notoria y bruscamente. Estuvo esposado durante todo el periodo de internación. No podía comer ni beber líquidos.

A su deterioro físico se sumó un marcado deterioro en su salud mental, que seguía sin ser abordada: Javier tomaba decisiones impulsivas, se negaba a la atención médica y se mostraba muy angustiado y con gran temor.

Ante el marcado deterioro de su salud fue trasladado al Hospital San Martín de La Plata, donde fue entrevistado el 11 de mayo: los médicos no tenían su historia clínica, no sabían nada de la cirugía practicada en Magdalena. El abdomen de Javier permanecía abierto, no podían

106 De acuerdo a lo informado por la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria (DPSP), la Unidad Sanitaria 28 contaba con un plantel de 7 médicos/as, 6 enfermeros/as y 2 psicólogos/as.

cerrarlo; su situación de salud era extremadamente delicada.

Se hacía cada vez más difícil para él tolerar el dolor, la sujeción mecánica lastimaba sus extremidades y le impedía la rotación, por lo que la incomodidad era insoportable. El 27 de mayo, en un evidente estado de alteración nerviosa, pidió el alta voluntaria. Fue llevado a la UP 22 donde solicitó medicación para estar más tranquilo, pero no se la dieron; como reacción, incendió su colchón y se quemó parte de su abdomen. Sin embargo, y pese a los insistentes pedidos, no se definió ningún tipo de abordaje de su salud mental.

Un mes después debió ser internado nuevamente en el hospital San Martín. Se mantuvieron numerosas entrevistas con él con el objetivo de transmitirle tranquilidad, explicarle los procedimientos médicos y sus objetivos, para que acepte la atención médica y piense en su recuperación.

El sábado 2 de julio sufrió una nueva complicación. En la siguiente entrevista, tenía colocada una bolsa cosida al abdomen, dos sondas de drenaje y una sonda vesical, además de la bolsa de ileostomía. La alimentación era parenteral¹⁰⁷ y tenía una vía intravenosa por donde le administraban antibióticos. En este escenario continuaba con la sujeción mecánica en su brazo derecho y pierna izquierda, lo que denigraba aun más su situación personal y de salud.

Luego de varias presentaciones de su defensora y desde la CPM, el 20 de julio le otorgaron el arresto domiciliario que debió cumplir en el Hospital San Martín donde se encontraba internado. Dos meses después se fue de alta voluntaria a su casa. A los pocos días de estar allí se descompensó y su madre lo llevó al hospital de trauma Federico Abete en Pablo Nogués, donde repitió conductas auto y heteroagresivas que exponían su enorme estado de angustia y ponían en riesgo su salud. En todas las ocasiones la respuesta del SPB, del Juzgado y todo organismo interviniente se limitó a marcar su responsabilidad por sus actos, imponiendo como castigo la falta de atención de su salud integral, especialmente en este contexto de sostenido padecimiento físico.

¹⁰⁷ Se trata de un método de alimentación que se administra por vena, sin pasar por el aparato digestivo.

Volvió a ser encarcelado, esta vez en la Unidad 22 donde el deterioro físico y mental se acentuó: expresó que por momentos lo inundaba una desesperación inmanejable, se angustiaba y no sabía qué hacer; eso se reflejaba claramente en sus acciones. Si estaba en un hospital, pedía volver a la unidad como si eso terminara con su sufrimiento. Cuando llegaba al penal la angustia, lejos de ceder, se incrementaba al darse cuenta de que su vida corría grave riesgo. Su salud empeoró día a día, hasta que falleció el 4 de octubre de 2022. El día previo mantuvimos una conversación escueta con él en la celda de la UP 22. No era atendido por ningún enfermero, sólo lo asistía el compañero de celda que estaba muy preocupado por la posibilidad de que Javier muriera. Allí, mientras agonizaba, nos pidió ayuda por última vez.

Sergio estaba detenido a cargo del Juzgado de Ejecución 2 de San Martín¹⁰⁸. El 23 de junio de 2022 se comunicó su hermano: refirió que estaba “inválido”, había bajado 15 kg, no podía respirar y temían por un posible diagnóstico de esclerosis múltiple. El 15 de julio abordó el caso el PICC y se entrevistó con Sergio en la Unidad 28 de Magdalena. Relató que en febrero comenzó a sentir un hormigueo inusual en su pierna derecha, rápidamente fue perdiendo control y presentando espasmos involuntarios y falta de tonicidad muscular. Al poco tiempo ocurrió lo mismo con su pierna izquierda, por lo que tuvo que recurrir a una silla de ruedas para trasladarse. Luego de que sus dos piernas fueran afectadas, comenzó a padecer la misma sintomatología en su brazo derecho.

A estos síntomas se sumó pérdida de voz y dificultades para alimentarse, por lo que se incrementaba la drástica pérdida de peso. Sergio afirmó haber sido un gran atleta y amante de los deportes. Se miraba en esas fotos no tan lejanas y se angustiaba.

Desde que comenzaron los síntomas no tuvo acceso efectivo a ningún tipo de tratamiento. La médica que lo atendía en la Unidad Sanitaria de la UP28¹⁰⁹ de Magdalena indicó una resonancia magnética en el mes de mayo, y el turno otorgado fue para el día 5 de agosto. Los médicos del sector de Sanidad que lo vieron registraron en su historia clínica la gravedad de la sintomatología sumada al deterioro sumamente rápido que

108. Juzgado a cargo de María valentina Olmedo

109 Dra. Bárbara Valente.

padecía. Aun así, no se le garantizó la atención médica correspondiente.

Para las actividades básicas de la vida diaria requería de asistencia total: al principio podía utilizar sus brazos para trasladarse de la silla a la cama o al inodoro, pero en el último tiempo su situación se agravó y perdió toda autonomía de movimiento.

Sergio temía padecer una enfermedad grave, lo desesperaba que en 7 meses ningún médico lo hubiera diagnosticado ni determinado un tratamiento a seguir. Continuó deteriorándose de manera pronunciada. El 25 de agosto se mantuvo una entrevista personal con él y se encontraba sin capacidad respiratoria, sumamente alterado. Lo trasladaron de urgencia al hospital en ese mismo momento. Ya estaba el resultado de la resonancia que arrojaba incipiente enfermedad degenerativa.

Desde PICC se realizaron 7 presentaciones, una de ellas un habeas corpus presentado el 26 de agosto al Juzgado de Ejecución Penal 2 de San Martín¹¹⁰. La respuesta del Juzgado incluye variados informes médicos que reconocen el creciente deterioro de su salud y el impacto del encierro:

“Paciente que se moviliza en silla de ruedas y requiere asistencia de terceros para su aseo personal y movilidad debido a su dificultad motriz, este presenta pérdida de fuerza y tonicidad de ambos miembros inferiores y superiores de rápida progresión (...) Dificultad para la deglución y para el habla. (...) Cabe destacar que el paciente presenta reiterados episodios como los mencionados anteriormente requiriendo O2 terapia y **no se encuentra en condiciones de ser alojado en esta unidad**, se solicita derivación a centro de mayor complejidad (...)

(...) en fecha 01/09/2022 se recibe ante esta Sede un informe Médico confeccionado por el especialista en neurología que presta servicio en la unidad Nro.22, donde expone que ‘(...) en la última evaluación del día 12 de abril del año en curso cuando se fuera solicitada RNM, de columna, movilizaba el miembro inferior izq. En la fecha se agrava el cuadro neurolocomotor en forma universal. (...) se infiere que se trata de alguna forma de

110 La titular del JEP 2 de San Martín es la jueza María Valentina Olmedo.

enfermedad de la motoneurona, con paraparesia flácida progresiva y con un **franco agravamiento del curso de la enfermedad debido al encierro.**'

Se deja constancia que en el contexto de encierro es perjudicial a la posible recuperación de su cuadro de salud (Resolución HC -12513; 06/09/2022).

Sin embargo, el Juzgado no define el otorgamiento de la prisión domiciliaria e insiste en alojarlo en la unidad 22, a pesar de las expresiones de los médicos acerca de la imposibilidad de brindar la asistencia médica que requería ese cuadro de salud.

El 1 de septiembre fue alojado en la UP 22, el 6 se lo entrevistó nuevamente de forma personal. Se encontraba solo en una celda. No tenía asistencia en ningún momento, sólo le quedaba algo de fuerza en sus miembros superiores por lo que había montado un sistema para incorporarse en la cama, ya que no tenía movilidad de la cintura para abajo. La entrevista fue muy difícil: Sergio estaba muy angustiado, rogaba por ayuda y, a diferencia de la primera entrevista en julio, estaba seguro que la enfermedad lo llevaría pronto a la muerte.

Luego de una presentación que evidenciaba su situación de salud, fue trasladado al Hospital Rossi de La Plata. Allí finalmente recibió el diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica (ELA); le dieron el alta el 23 de septiembre debido a que "no había tratamiento posible" y volvió a la Unidad 22.

El 13 de septiembre el juez le otorgó finalmente el arresto domiciliario. Sin embargo, el Ministerio Público Fiscal apeló esa resolución –a pesar del pedido expreso de la CPM– por lo que no se hizo efectiva. Luego, se solicitó a la Fiscalía General¹¹¹ que no sostuviera el recurso en Cámara, pero tampoco se hizo lugar a esa solicitud. Ante esto, se pidió nuevamente al juzgado que durante el trámite del recurso se la otorgue por cuestiones humanitarias, pero no obtuvimos respuesta.

Se presentó el informe a la Cámara el viernes 23 de septiembre y el lunes confirmaron la resolución del juzgado de otorgarle el arresto domiciliario.

111 A cargo de Marcelo Fabián Lapargo.

Se pidió expresamente que se efectivice sin pulsera electrónica para evitar que se dilate su traslado al domicilio. No hubo respuesta.

El martes 27, mediante un llamado telefónico al Juzgado, se nos notificó que aún no tenían la causa física para notificar a Dirección de Monitoreo. El miércoles 28 el juzgado consultó si había pulseras electrónicas disponibles para Sergio. Frente a esta medida, se reiteró el pedido de hacer efectivo el arresto prescindiendo de este elemento de monitoreo y que se establezca a través de un control alternativo. El jueves 29 confirmaron que había pulseras disponibles, luego de que se mantuvieran comunicaciones con funcionarios del Ministerio de Justicia y DDHH. Aun así, no declararon la firme la resolución.

Sergio falleció el viernes 30 de septiembre, sin la posibilidad de estar rodeado de su familia, acostado en soledad en una celda de la UP 22, y con personal de Monitoreo en la puerta de la Unidad aguardando para colocarle la pulsera. Su deterioro era claro, el diagnóstico no dejaba lugar a dudas, pero nada de eso bastó para que le otorguen la posibilidad de una muerte digna.

5.2.2. Muertes por suicidio

Como se afirmó en el apartado inicial, en los últimos cuatro años el suicidio se constituyó en la segunda causa de muerte en las cárceles y alcaldías bonaerenses, con una tendencia ascendente opuesta a la evolución que presenta en el ámbito provincial y nacional (ver gráfico 4).

Durante 2022 se registraron 20 suicidios (10,6% del total de muertes), por encima del promedio interanual de 14 hechos por mes y el valor más alto de toda la serie histórica (ver gráfico 3). Y una tasa de 4,2 suicidios cada 10.000 personas detenidas, una cifra exponencialmente mayor a la tasa provincial (0,5 cada 10.000 personas, en el año 2021) y a la tasa nacional (0,1 cada 10.000 personas en 2021, último dato disponible).

Se presenta en la siguiente tabla la distribución de los hechos según lugar de alojamiento y sector donde se produjeron. Como puede observarse, ocurrieron en 9 unidades y 1 alcaldía departamental; 3 unidades

concentran casi la mitad del total, con 3 víctimas cada una: UP 13 de Junín, UP 24 de Florencio Varela y UP 30 de Alvear. Se destaca también que casi la mitad de los hechos se produjeron en el sector de aislamiento (Separación del Área de Convivencia – SAC). Otro dato a resaltar es el suicidio producido durante el alojamiento en el sector Sanidad.

Tabla 17. Cantidad de víctimas de suicidio según lugar de alojamiento y sector. Año 2022 (valores absolutos)

Lugar de alojamiento	Sector			Total general
	Alojamiento temporal / Sanidad	Alojamiento habitual	SAC	
AD La Plata III	-	1	-	1
UP13 Junín	1	1	1	3
UP15 Batán	-	1	1	2
UP20 Trenque Lauquen	-	-	1	1
UP24 Florencio Varela	-	1	2	3
UP30 Alvear	-	1	2	3
UP34 Melchor Romero	-	2	-	2
UP41 Campana	-	1	-	1
UP46 San Martín	-	2	-	2
UP50 Batán	-	-	2	2
Total general	1	10	9	20

Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 20 casos de suicidios.

Como contexto general, se debe tener en cuenta que el SPB registró, en 2022, 1.619 autolesiones en distintos espacios carcelarios, 4,9% más que en 2021. Del total de autolesiones, 25,7% se produjeron en el sector de Separación del Área de Convivencia (SAC), es decir, en espacios de aislamiento¹¹². De todas estas autolesiones, 5,2% –es decir, 84 hechos– fueron por “ingesta de cuerpo extraño”; uno de ellos se suicidó de esta forma después de solicitar insistentemente atención psicológica.

¹¹² Datos del *Informe de violencia carcelaria. Año 2022*, elaborado por el SPB, Unidad de gestión y coordinación estadística.

En cuanto a las características de las víctimas, en 2022 fueron 18 varones (uno de ellos varón trans), y dos mujeres. Como destacamos precedentemente en el análisis de los datos del período, resulta preocupante el alto porcentaje de mujeres en el total de víctimas. La mitad de las víctimas tenía menos de 30 años, y la otra mitad tenía menos de 50 años (para la distribución en grupos etarios comparativa con otras causas, ver gráfico 9).

Se presentan a continuación tres casos ocurridos durante el año 2022 en la Unidad 50 y en la Unidad 13, todos en contexto de aislamiento.

María era una mujer de 34 años que estuvo más de 9 años detenida. Durante el año 2021 se mantuvieron distintas comunicaciones con ella que derivaron en intervenciones que buscaban garantizar el acceso a la atención de su salud, ante reiteradas problemáticas gastrointestinales y ginecológicas.

En abril del año 2022, mientras estaba detenida en la Unidad 50 tuvo un intento de suicidio que fue desarticulado por sus compañeras de pabellón, quienes le brindaron la primera atención en la urgencia hasta que recibió atención del personal sanitario de la Unidad¹¹³. Cuatro meses después, alojada en el sector de admisión, le informaron que le permitirían visitas pero mientras su familia estaba en viaje se las suspendieron repentinamente -según le expresó el mismo jefe de penal, Sebastián Pepe-. Ante este hecho se autolesionó cosiéndose la boca: “fue una manifestación contra la arbitrariedad, para que se vea lo que puedo hacer con mi cuerpo”.

Después de este hecho la trasladaron a la Unidad 13 de Junín donde fue entrevistada nuevamente por el equipo de Inspecciones, en el mes de octubre. En esa oportunidad, se detectó una situación particular: la UP 13 es una cárcel de varones con un anexo para mujeres que no tiene sector de separación del área de convivencia (SAC o *buzones*). El SPB decidió utilizar el área de internación como alojamiento de mujeres sancionadas, junto a varones con criterio médico de aislamiento por TBC, en un espacio dirigido por hombres.

113 De acuerdo a lo informado por la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria (DPSP), la unidad sanitaria 50 contaba con un plantel de 1 médico/a, 5 enfermeros/as y 1 psicólogos/as.

A raíz de esta situación irregular en el área de Sanidad, desde la CPM se realizó una presentación ante el Juzgado de Ejecución Penal de Junín¹¹⁴ que se constituyó en la unidad para constatar los hechos denunciados. En ese marco, personal penitenciario informó que se había pedido el aval de traslado al Juzgado de Ejecución Penal 1 de Mar del Plata¹¹⁵, a cargo de la detención de María, pero fue rechazado.

La recorrida del juzgado de Junín fue rápida (en una hora recorrió todo el sector y habló con las personas detenidas) y concluyó con una solicitud al SPB para que se extremen los cuidados a fin de evitar contagios de TBC. Asimismo solicitó que se garantice a las mujeres un trato acorde y conforme a la normativa vigente. Nada se dijo de cómo llevar adelante esos cuidados, por lo que desde la CPM se presentó un nuevo escrito en el que se daba cuenta del diseño disfuncional del establecimiento, la falta de fundamentos de la sanción aplicada a María, las graves secuelas que podría acarrear el aislamiento prolongado y la necesidad de definir la prohibición de alojamiento de mujeres en ese sector. En paralelo se solicitó al juzgado a cargo de la detención de María que cese la medida de aislamiento en la celda de Sanidad, y que garantice su atención psicológica y médica¹¹⁶.

En noviembre, María solicitó nuevamente al juzgado la atención de su salud. Cómo la respuesta judicial implicaba un nuevo traslado, ante el temor de sufrir nuevos agravamientos, decidió solicitar la permanencia en la Unidad 13. Finalmente, el 4 de diciembre se suicidó en esa misma celda, que no cumplía ningún criterio para usarse como espacio de alojamiento para mujeres.

Otros dos suicidios en espacios de aislamiento complementan la descripción de las condiciones en las que se producen los hechos, y la responsabilidad del Estado en los hechos. **Celeste**, a quienes sus compañeras de pabellón llamaban “el Chino”, sufría el constante hostigamiento del SPB. Estaba en la Unidad 50 cuando, por problemas de convivencia en el pabellón, fue reubicada en el sector de separación del área de convivencia (SAC, *buzones*). Luego de estar una semana

114 El Juzgado de Ejecución Penal de Junín estaba a cargo del Juez Silvio Mario Galdeano.

115 A cargo del Juez Ricardo Gabriel Perdichizzi.

116 De acuerdo a lo informado por la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria (DPSP), la Unidad Sanitaria 13 contaba con un plantel de 8 médicos/as, 8 enfermeros/as y 2 psicólogos/as.

en total aislamiento, se suicidó. Recuperaba la libertad el 11 de julio, un mes después de su muerte. Sus compañeras contaron que advirtió en reiteradas ocasiones al personal del SPB que se iba a lastimar si no cesaba el aislamiento. Muchas de ellas describen con absoluta claridad la situación: “en buzones para que te den bola sí o sí te tenés que autolesionar”; agregaron que en este sector les aumentaban la medicación psiquiátrica para que se mantuvieran en silencio.

Estas condiciones coinciden en el caso de **Nahuel**, un varón trans que fue encontrado sin vida luego de pasar una semana en el SAC. Había cambiado su identidad de género en el DNI unos días antes; su familia contó que mientras estaba en buzones se la pasaba gritando para pedir algo, pero “no le daban ni agua”. Su pareja, detenida en la misma unidad, relató que desde su pabellón escuchaba constantes gritos e insultos hacia Nahuel. También mencionó que le decían “cagón”, “maricón” y otras frases ofensivas y odiantes en relación a su identidad de género. Nahuel le había dicho a su pareja que lo estaban obligando a terminar como “el Chino”, que también se suicidó en la UP 50. Ella los describe a ambos como personas vulnerables en la cárcel, constantemente “en la mira” y padeciendo un hostigamiento persistente.

En la investigación que se inicia por el suicidio de Nahuel el poder judicial siguió sin respetar su identidad de género, su nombre elegido. El entorno de Nahuel en la cárcel se enteró de su muerte por rumores y comentarios, y no recibió ningún abordaje de postvención¹¹⁷.

Las autolesiones y los intentos de suicidio en contexto de encierro deben ser analizados junto con las prácticas del servicio penitenciario, porque muchas veces derivan de formas de reclamo o estrategias para ser escuchadas/os. La intervención judicial parece limitarse a comprobar si hubo o no una acción directa que pretendió encubrirse con un aparente suicidio. Una investigación judicial eficiente debería buscar y aportar elementos que permitan descartar la instigación al suicidio, e identificar prácticas y acciones cotidianas que, por acción u omisión, deriven en la muerte auto-infligida de tantas personas detenidas.

117 La fase de posvención consiste en ofrecer al entorno de un fallecido por suicidio el apoyo necesario para elaborar correctamente el duelo, y es considerado tan relevante como las prácticas de prevención del suicidio.

5.2.3. Homicidios en unidades carcelarias

En 2022 murieron por homicidio cinco personas de 40 años promedio. Como se indicó en la introducción y se viene señalando en los informes anuales, este tipo de muerte está vinculado a prácticas penitenciarias de delegación de la violencia en las personas detenidas, y de habilitación del uso y circulación de armas blancas. La visión oficial de los homicidios como producto de “problemas entre presos” deja de lado el contexto y las circunstancias en que ocurren, cuestiones que permiten identificar la responsabilidad del Estado respecto a personas que están bajo su disposición y custodia total. La presencia de este tipo de armas es responsabilidad del personal penitenciario, ya que es imposible no detectarlas en las continuas requisas personales y de celdas que se realizan de manera rutinaria. Todos los hechos ocurridos en 2022 fueron con elementos cortantes o corto punzantes.

En el año 2022 se registró por primera vez una mujer víctima de homicidio, en lo que parece ser un hecho derivado de un brote psicótico de una compañera de celda en la UP 45 de Melchor Romero. El resto de los hechos corresponden a víctimas varones, ocurridos en la UP 15 de Batán (2), en la UP 23 de Florencio Varela y en la UP 46 de San Martín (una víctima en cada unidad). Tres de cada cinco víctimas llevaban detenidas menos de un año. En uno de los casos la muerte se produjo en la misma Unidad y los restantes ocurrieron en un hospital o durante el traslado al mismo. En ninguno de los casos el sector de Sanidad pudo abordar la urgencia de la situación.

5.3. La investigación judicial de las muertes en contexto de encierro

En el año 2017 se implementa finalmente el *Registro de Violencia Institucional* de la Secretaría de estrategia institucional y gestión de la Procuración General de la SCBA¹¹⁸. De acuerdo a lo que se expresa en sus informes anuales¹¹⁹, tiene por objetivo “detectar, registrar, sis-

118 Creado por la ley 14.687 y puesto en funcionamiento por la Procuración General mediante resolución PG 413/17.

119 Los informes publicados se pueden consultar y descargar desde <https://www.mpba.gov.ar/informes>

tematizar y dar seguimiento a las investigaciones penales vinculadas con hechos de violencia institucional, permitiendo así contar con información útil para el diseño de la política criminal y de la persecución penal del Ministerio Público Fiscal, como así también de otras áreas del Ministerio Público y del Estado provincial”. El concepto de violencia institucional en el que se basa el RVI contempla distintos delitos en los que “se encuentren denunciados o se sospeche la responsabilidad de agentes estatales, personal que cumpla tareas en servicios y/o efectores de la salud pública, miembros de las fuerzas de seguridad y/o del servicio penitenciario”.

En este marco se incluye el análisis de las investigaciones por muertes en contextos de encierro, en tanto que el Estado es responsable por las personas que están bajo su custodia y privada de su libertad ambulatoria. Tal como lo expresan los informes del RVI:

“...recae sobre el Estado la obligación de proveer, aun cuando la muerte fuera no traumática (Resolución PG N.º 115/13), una explicación satisfactoria y convincente que permita dilucidar las causas que llevaron al desenlace fatal” (Informe RVI, primer semestre 2022, pág. 70).

Por otra parte, tanto las Reglas Mandela como el Protocolo de Minnesota instan a los Estados ratificantes a investigar toda muerte bajo la custodia estatal con la premisa de que pueda ser potencialmente ilícita. Hay que tener en cuenta el control absoluto que tiene el personal penitenciario sobre el cuerpo de las personas detenidas y el poder para imponer un régimen de vida: pueden garantizar o no el acceso a la alimentación y a la atención de salud. Es imperiosa la necesidad de que ante un fallecimiento en contexto de encierro se inicien investigaciones protocolizadas que se adecuen a esta particularidad. Sin embargo, el RVI no inicia una investigación preliminar ante cada muerte producida en contexto de encierro y ni siquiera contabiliza la totalidad de muertes producidas¹²⁰.

120 Como se detalla en [Datos Abiertos CPM](#), si se analiza la cantidad de muertes del período 2018-2021, registradas por la CPM en comparación con las registradas por el RVI, éste tiene un subregistro de 12%.

Lo que demostró la práctica de la CPM en estos años es que esa investigación se convirtió en un paso burocrático más a seguir, muy alejado de los principios que la regulan. Las fiscalías intervinientes suelen no presentarse en el lugar de los hechos y delegan su tarea en la policía, pocas veces se toman declaraciones al resto de las personas detenidas y casi nunca a los familiares de las personas fallecidas¹²¹. Así, la versión que reconstruyen se limita a repetir la versión penitenciaria de los hechos, sin historizar ni identificar la cadena de responsabilidades que llevó a ese desenlace.

Las personas que compartían el espacio de detención, así como familiares y otros referentes afectivos de las personas fallecidas, son quienes pueden aportar datos sobre el contexto de esa muerte: las condiciones de detención, la sintomatología previa, la afectación del régimen de vida y las distintas dificultades para acceder a la atención de la salud. Al circunscribir la investigación a la voz del SPB se pierde y descontextualiza la trascendencia del encierro sobre los cuerpos de las personas prisionizadas. Las investigaciones sobre estas muertes se hacen entonces para cumplir con los protocolos establecidos pero no para investigar su trasfondo, sus motivos y la responsabilidad, por acción u omisión, del personal penitenciario o personal médico que presta servicio dentro de la unidad, ambos dependientes del Ministerio de Justicia y DDHH.

Como contracara de la misma moneda, la fiscalía, los juzgados ni el SPB brindan información a los familiares de las víctimas, quienes en ocasiones toman conocimiento de la muerte por compañeros/as de celda o pabellón. Durante el proceso judicial no les explican detenidamente los pasos propios del proceso o el estado de situación, lo que genera sospechas de irregularidades o dudas sobre las verdaderas causas del fallecimiento. Esta falta de información clara en el contexto de pérdida de un ser querido agrava el padecimiento de las familias.

Respecto a lo que sucede durante la investigación, se destaca que el resultado de las autopsias y los análisis siguientes (acorde a las exigencias del protocolo de Minnesota) no se evalúa en contexto. Si

121 En este sentido, resulta relevante indicar que durante el año 2022 en algunas investigaciones en las que se intervino desde la CPM, se les tomó declaración a los familiares.

no hay algo que implique un accionar directo del SPB, simplemente se espera ese resultado para archivar la causa. Como ejemplo de lo mencionado relatamos tres casos:

Sasha¹²² era una mujer trans alojada en la UP 44 de Batán, detenida con prisión preventiva a cargo del Tribunal en lo Criminal 3 de Mar del Plata¹²³. Falleció la tarde del 20 de julio de 2022 luego de estar 8 días internada en el Hospital Interzonal de Mar del Plata. Horas antes del fallecimiento, el TOC 3 de Mar del Plata, a cuya disposición se encontraba, ordenó el cese de la medida de coerción y la notificó por intermedio de la familia. Los órganos judiciales que tenían responsabilidad por la detención de Sasha y por la demora en otorgar el cese de la prisión preventiva ni siquiera fueron notificados de su fallecimiento. No se inició ninguna investigación sobre las causas que llevaron a su rápido deterioro físico, sólo por fallecer horas después del cese de la medida de coerción. La decisión no contempló las implicancias de la custodia del Estado, como si los efectos y las consecuencias del encierro sobre los cuerpos finalizaran automáticamente al recuperar la libertad.

Una situación similar sucedió con el fallecimiento de **Joel**, ocurrido en el Hospital Gutiérrez de La Plata bajo custodia de personal de la Unidad 54 de Florencio Varela. Joel tuvo una intervención quirúrgica, a los tres días le dieron el alta y lo reintegraron al penal donde estuvo por cinco días. Desde el sector de sanidad del penal no le entregaron la medicación indicada en el post operatorio, y su familia tuvo que llevarla. Ante la infección de la cicatriz post cirugía, la única respuesta del área de sanidad fue “que se ponga azúcar”. La fiscalía en turno de La Plata decidió no iniciar la investigación, según lo que le comunicaron a su familia, porque fue una muerte natural en un hospital.

Finalmente, luego de una denuncia presentada por este organismo ante la Fiscalía 9 de Quilmes¹²⁴, debieron iniciar la investigación. En ese marco se tomaron las primeras medidas probatorias; luego se declaró incompetente y remitieron la causa al Departamento Judicial de

122 El caso se desarrolló en el apartado 3.2. “Relevamiento de la población trans y travesti detenida”.

123 Integrado por Juan Manuel Sueyro, Federico Wacker Schroder y Fabián Luis Riquert.

124 A cargo de Claudia Vara.

La Plata a principios de octubre. Durante meses se mantuvo comunicación con ambos departamentos judiciales, ya que no estaba radicada en ninguno en razón de sucesivos errores de agentes del Ministerio Público Fiscal y del poder judicial. Recién en marzo del 2023 se dirime la competencia de la fiscalía para que continúe la investigación en La Plata, por lo que la familia de Joel continúa sin justicia por su muerte.

Al dar cuenta de las falencias en las investigaciones, no sólo nos referimos a la falta de impulso y diligencias de las fiscalías durante el proceso sino que también se busca visualizar sobre qué se hace hincapié en el expediente. **Irene** falleció en la Unidad Penal 45; en la autopsia –firmada por las doctoras María Verónica González Carranza y Andrea Sánchez- se deja constancia exacta de datos completamente irrelevantes para la investigación (como el largo del vello facial) pero no se brinda una interpretación situada de los datos. En este caso particular se suman además prejuicios de género: generalmente no se informa sobre la barba en los hombres.

La burocratización de las investigaciones de muertes en contextos de encierro no sólo se aleja del objetivo con el que se impulsaron estos protocolos de actuación y registro, sino que además genera malestar y angustia en los familiares. Además del dolor por la pérdida deben lidiar con el accionar del poder judicial y una demora que genera incertidumbre.

La mayor parte de estas investigaciones terminan archivadas, sin certezas ni información que permita entender esa muerte, en algunos casos fundado en el artículo 290 del Código Procesal Penal de la Provincia (“Será desestimada cuando los hechos referidos en ella no constituyan delito, cuando no se pueda proceder”). Generalmente no hay imputados, elevación a juicio ni condenas: la institucionalización de la impunidad.

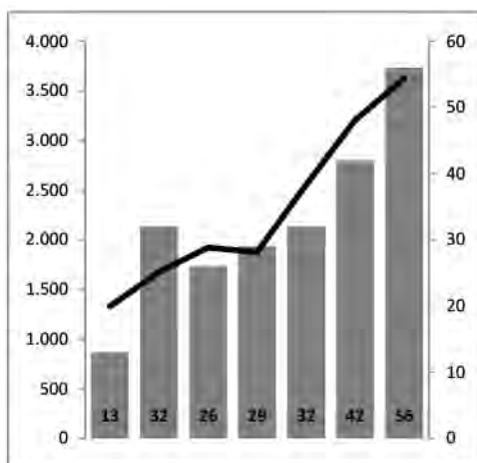
5.4. Muertes de personas detenidas con monitoreo electrónico

Entre 2016 y 2022 aumentó de manera sostenida la cantidad de personas fallecidas mientras estaban detenidas con monitoreo electrónico (en adelante, ME). En 2022 se registró un aumento interanual de 33,3%, mientras que la población detenida bajo esta modalidad aumentó 13,1%, 20 puntos porcentuales menos.

Se debe tener en cuenta que el dato sobre muertes de personas detenidas en esta modalidad no existía en ninguno de los organismos estatales involucrados. Por lo tanto, la consolidación de la información ha sido más lenta y compleja, por lo que los primeros años en los que se cuenta con datos pueden tener un subregistro del total de víctimas. Se deben relativizar las variaciones interanuales del inicio del período.

Tabla 18 y Gráfico 10. Personas detenidas y personas fallecidas bajo modalidad de monitoreo electrónico, 2016-2022 (valores absolutos)

Año	Monitoreo electrónico		Variación % interanual	
	Personas detenidas	Personas fallecidas	Población	Muertes
2016	1.329	13	36,4%	...
2017	1.677	32	26,2%	146,2%
2018	1.922	26	14,6%	-18,8%
2019	1.877	29	-2,3%	11,5%
2020	2.555	32	36,1%	10,3%
2021	3.206	42	25,5%	31,3%
2022	3.627	56	13,1%	33,3%

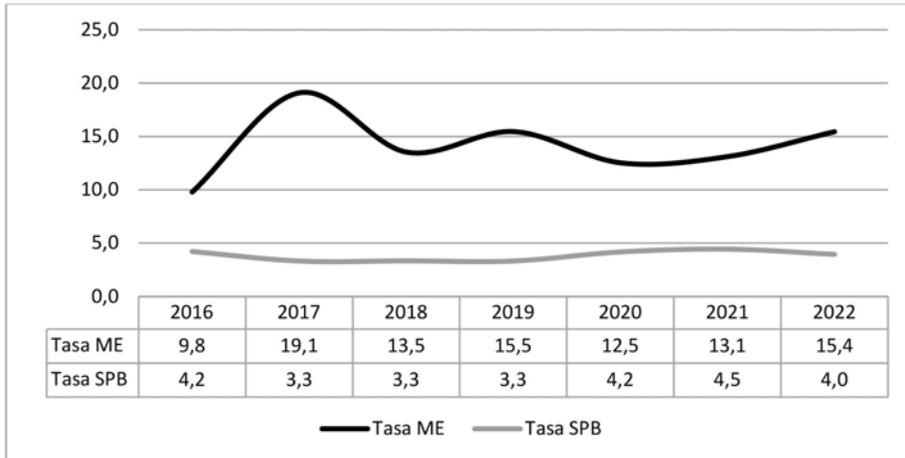


Fuente: Registro CPM de muertes en detención domiciliaria y Base de población detenida por modalidad. **Notas:** ... Dato no disponible.

Mientras que en 2020 se registra la mayor variación interanual de población bajo monitoreo electrónico, la variación de muertes es la menor del período y desciende la tasa de muertes bajo ME. Durante ese año, otorgar el monitoreo electrónico no estuvo circunscripto a situaciones de salud extrema sino a una estrategia de prevención ante a la pandemia de Covid-19, con un impacto muy claro: una variación interanual menor que la registrada los años siguientes (10,3% en 2020, 31,3 y 33,3% en 2021 y 2022 respectivamente).

Como se señaló en el informe anterior, la tasa de mortalidad de personas detenidas bajo la modalidad de monitoreo electrónico supera ampliamente la tasa del SPB (ver gráfico 11). Al analizar la evolución de ambas tasas, se destaca que en 2022 aumenta la tasa de muertes en ME alcanzando valores pre-pandémicos, mientras que desciende la tasa de muertes dentro del SPB. Ambos registros deben leerse en sintonía.

Gráfico 11. Tasa de mortalidad comparada en SPB y en monitoreo electrónico, años 2016-2022 (cada 1.000 personas detenidas)

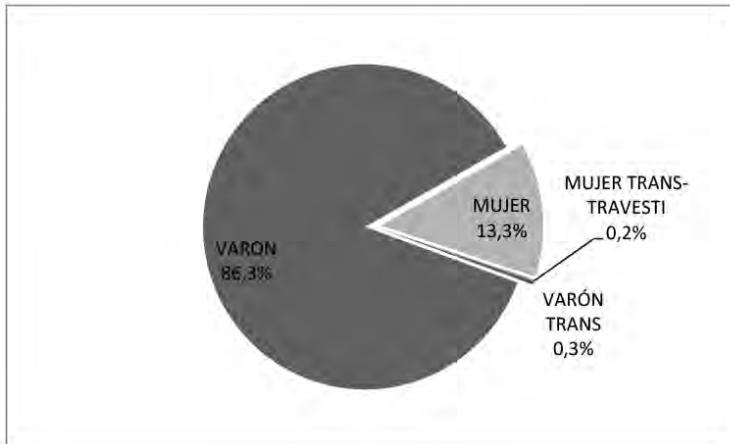


Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías; Registro CPM de muertes en detención domiciliaria.

La principal causa en este tipo de muertes son cuestiones relacionadas con problemas de salud. Lamentablemente, no se puede establecer con claridad ya que año tras año se cuenta con menos información al respecto, aunque la mayor parte de ellas fue informada por la fuente oficial como “muerte no traumática” y el deceso se produjo en un hospital.

Al analizar las características de las personas fallecidas bajo esta modalidad, se destaca que la mayoría eran varones, representando 9 de cada 10 en todo el período analizado, por encima de la distribución por género en el total de la población con ME (entre 75 y 80%).

Gráfico 12. Personas fallecidas en ME, por género, período 2016-2022 (valores porcentuales)



Fuente: Registro CPM de muertes en detención domiciliaria. **Base:** 231 casos.

Si se analiza la evolución anual según el género, como puede verse en la siguiente tabla, vuelve a descender la participación de mujeres sobre el total de muertes, después del pico registrado en 2021.

Tabla 19. Personas fallecidas bajo modalidad de monitoreo electrónico, según género, 2016-2022 (valores absolutos)

Año	Género			
	Varones	Mujeres	Trans	Total
2016	9	3	-	12
2017	28	4	1	33
2018	24	2	-	26
2019	25	4	-	29
2020	31	1	-	32
2021	36	7	-	43
2022	50	6	-	56
Total	203	27	1	231

Fuente: Registro CPM de muertes en detención domiciliaria. **Base:** 231 casos. – Equivale a cero absoluto.

A partir de las intervenciones que se realizan desde la CPM, se identificó una relación entre el otorgamiento de la prisión domiciliaria y la maternidad en el caso de mujeres; y prisión domiciliaria y graves problemas de salud en el caso de varones. Es importante profundizar en los fundamentos que se esgrimen para el otorgamiento o la denegación del ME y en la modalidad de detención, como también en los plazos judiciales en los que se definen, para comprender las posibles responsabilidades estatales por este tipo de muertes. Hasta el momento no se ha accedido a información que permita avanzar en este tipo de análisis.

Se analiza a continuación la distribución según la edad de las personas fallecidas. Como puede observarse en la siguiente tabla, los valores más altos se registran en los grupos de 61 a 70 años y de 51 a 60 años, a diferencia de las muertes producidas en las cárceles que se concentran en el grupo de 31 a 50 años. En este mismo sentido, la edad promedio de las personas fallecidas en ME es de 55 años, superior al registrado en cárceles (47 años).

Tabla 20. Personas fallecidas bajo modalidad de monitoreo electrónico, según grupo etario, 2016-2022 (valores absolutos y porcentajes)

Rango	Cantidad	%	% acumulado
18 a 20 años	3	1,3%	1,3%
21 a 30 años	16	7,1%	8,5%
31 a 40 años	30	13,4%	21,9%
41 a 50 años	37	16,5%	38,4%
51 a 60 años	45	20,1%	58,5%
61 a 70 años	53	23,7%	82,1%
71 años o más	40	17,9%	100,0%
Total	224	100,0%	
Promedio: 55 años / Edad mínima: 18 años / Edad máxima: 87 años			

Fuente: Registro CPM de muertes en detención domiciliaria. **Base:** 224 casos con dato en la variable Edad (97%).

Respecto a la situación procesal, en todo el período analizado la mayoría de las personas fallecidas se encontraban penadas (65%), con una participación superior a la que se registra en las cárceles (49%). En la siguiente tabla se presenta la distribución según situación procesal por género; como puede observarse, en el caso de las muertes de mujeres detenidas con ME el 42% se encontraba procesada, por encima de los varones.

Tabla 21. Personas fallecidas bajo modalidad de monitoreo electrónico, según situación procesal y género, período 2016-2022 (valores absolutos y porcentajes)

Situación procesal	Masculino		Femenino		Trans	Total	%
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad		
Procesada	68	34,3%	10	41,7%	-	78	35%
Penada	130	65,7%	14	58,3%	1	145	65%
Total	198	100%	24	100%	1	223	100%

Fuente: Registro CPM de muertes en detención domiciliaria. **Base:** 223 casos con dato en las variables Género y Situación procesal (96,5%).

Como se señaló anteriormente, el otorgamiento del arresto domiciliario con ME tiende a estar relacionado con problemas de salud. Tanto desde el poder judicial como desde la DPSP se registra una desidia constante para resolver los problemas que se presentan en la atención sanitaria. En el caso de las personas detenidas con ME, un indicador que aporta información en este sentido es la cantidad de días que transcurren entre que es otorgada la detención domiciliaria y la muerte. En los datos presentados en la siguiente tabla se destaca que el 7,3% de las muertes (16 casos) se produce durante el primer mes de detención domiciliaria mientras que el valor más alto se registra en la categoría “más de dos años” con 22,4% (49 casos). Las muertes en los primeros 6 meses de detención domiciliaria concentran 35,6% de los casos.

Tabla 22. Cantidad de personas fallecidas según cantidad de días/meses desde el arresto domiciliario hasta la muerte, período 2016-2022 (valores absolutos)

Lapso	Cantidad	%	% acumulado
7 días o menos	5	2,3%	2,3%
Entre 8 y 30 días	11	5,0%	7,3%
Entre 31 y 60 días	14	6,4%	13,7%
Entre 2 y 3 meses	16	7,3%	21,0%
Entre 3 y 6 meses	32	14,6%	35,6%
Entre 6 meses y 1 año	39	17,8%	53,4%
Entre 12 y 18 meses	27	12,3%	65,8%
Entre 18 y 24 meses	26	11,9%	77,6%
Más de 2 años	49	22,4%	100%
Total	219	100%	

Fuente: Registro CPM de muertes en detención domiciliaria. **Base:** 219 casos con dato en las variables Fecha de arresto domiciliario y Fecha de muerte (94,8%).

La falta de más y mejores datos sobre estas muertes nos impide avanzar en la identificación de sus particularidades, como base para la elaboración de políticas de salud en el encierro y de políticas alternativas al encierro. En los casos en los que se ha intervenido, la detención domiciliaria llega muchas veces tarde y con un deterioro tan avanzado en la salud de las personas que sólo permite una muerte un poco más digna. En otros casos, ni siquiera eso.