



## **Monitoreo sobre muertes por ahorcamiento en el Complejo Penitenciario Federal I de Ezeiza- Año 2017**

### **1) Antecedentes**

La cantidad de fallecimientos por ahorcamiento que se han registrado en el año 2017 en el Complejo Penitenciario Federal N° I de Ezeiza (en adelante CPF) -diez (10) al momento de redactarse el documento- ha sido un tema de preocupación para esta PPN, motivo por el cual durante la segunda mitad del 2017 se diagramó el "Monitoreo sobre muertes por ahorcamiento en el Complejo Penitenciario Federal I de Ezeiza- Año 2017", orientado a recuperar la posición institucional del Servicio Penitenciario Federal sobre los acontecimientos sucedidos, sus posibles causas, y las políticas a implementar para revertirlas y prevenirlas. Este monitoreo ha pretendido complementar las intervenciones previas realizadas por diversos equipos de este organismo ante casos de fallecimientos por ahorcamiento.

Para la programación de la intervención se consideró como antecedente toda aquella información que se recupera y recolecta por medio de las investigaciones administrativas desplegadas por este organismo, en el marco del *Procedimiento para la Investigación y Documentación de Fallecimientos en Prisión* (Res. 169/PPN/08 y mods.).

Este trabajo previo y la fuente privilegiada del testimonio de las personas detenidas, permitió deconstruir los vínculos intrínsecos posibles entre las muertes por ahorcamiento bajo custodia y las prácticas que se desarrollan generadoras de vulneraciones de derechos en privación de libertad. Entre ellas, pueden mencionarse: la ausencia de una política proactiva de promoción y protección de la salud mental de las personas detenidas, entendida desde una perspectiva integral que, en términos de régimen penitenciario, hace a la experiencia de encierro cotidiana vivible o, por el contrario, mortificante; la inexistencia de prácticas de intervención reforzadas ante la vivencia de situaciones especialmente traumáticas (graves problemas familiares, resoluciones judiciales adversas, períodos prolongados de aislamiento en solitario, experiencias de violencia por otros detenidos o personal penitenciario, persistencia o agravamiento de las adicciones); la reiteración de casos de ahorcamiento como medida de fuerza extrema ante un reclamo persistentemente desoído –detenidos que solicitan el ingreso de un familiar, acceso a un teléfono, suspensión de una situación de aislamiento en solitario agobiante, o el traslado a un establecimiento cercano a su hogar– imponen también la necesidad de la administración de replantearse la necesidad de establecer canales de comunicación e intervención fluidos y eficaces, evitando así reclamos con riesgos tan elevados para la integridad física de las personas detenidas.

En el mismo orden, dentro de los antecedentes pueden mencionarse las irregularidades detectadas al momento de constatarse la producción de un ahorcamiento, las que incluyen desde la ausencia de lineamientos claros hacia el personal de seguridad – obligación de auxiliar a la persona detenida, descolgándolo e iniciando maniobras de reanimación-, falta de preparación de los mismos agentes en RCP y otras herramientas

necesarias para intervenir frente a una emergencia, y demoras cercanas a los veinte minutos entre la constatación del ahorcamiento y el arribo del médico de guardia. Todo ello deja expuesto un estado de situación que impone a la administración penitenciaria la asunción de medidas concretas y efectivas para revertir un panorama institucional sumamente alarmante.

Partiendo desde estas premisas, y como se mencionó con anterioridad con el objeto de indagar causas y circunstancias que rodearon a los fallecimientos por ahorcamiento sucedidos en el CPF I de Ezeiza, sus relaciones con diferentes prácticas penitenciarias vulneradoras de derechos humanos, como así también conocer las intervenciones planificadas e implementadas por la administración penitenciaria ante este fenómeno; es que realizó un monitoreo específico sobre esta problemática.

## **2) Monitoreo sobre los ahorcamientos**

Para llevar a cabo el relevamiento se realizaron diversas entrevistas con personal penitenciario, se entrevistó a todos los Directores y/o Jefes de Seguridad Interna de cada una de las unidades residenciales del CPF I de Ezeiza, al Jefe del mencionado Complejo, a la Directora del Servicio Psiquiátrico para Varones –en adelante PPSV- y finalmente al Director Nacional de Trato y Tratamiento del Servicio Penitenciario Federal. A tales fines se conformó un equipo interdisciplinario y compuesto por diversas áreas de esta PPN: Equipo de investigación de Fallecimientos en Prisión, Área de Salud Mental, Área Metropolitana –Equipo del CPF I- y el Área de Auditoría; esta interdisciplinariedad permitió el desarrollo de un trabajo integral. Dicho monitoreo tuvo lugar entre los meses de septiembre y octubre de 2017.

De este modo y como resumen de lo alcanzado, podemos decir que los ahorcamientos resultan acontecimientos cuyas causas son sumamente difíciles de discernir, por lo que el desafío se encuentra en poder determinar la existencia de situaciones condicionantes, que nos permitan evaluar posibles medidas de prevención que colaboren en la disminución del fenómeno en contextos de encierro.

Es importante no olvidar que la situación de prisión en sí misma consiste una variable que puede potenciar estos hechos, sin que exista una predisposición previa sobre la persona; comprender esto permite un abordaje diferente al tradicionalmente propuesto por la administración penitenciaria.

En este marco es responsabilidad del Servicio Penitenciario, como órgano estatal a cargo de la custodia de los privados de libertad, la elaboración de lineamientos básicos que permitan prevenir los suicidios en prisión; en tanto el art. 1º de la Ley Orgánica del Servicio Penitenciario Federal (Ley 20.416) enuncia que es una fuerza de seguridad destinada al cuidado y guarda de las personas bajo su custodia. El contenido de dicha obligación legal es de notoria amplitud pero indiscutiblemente incluye, por lo menos, la supervivencia de las personas detenidas.



La experiencia del encierro afecta a cualquiera que lo padece siendo impredecible conocer de qué modo cada persona responderá a ello. Así que resulta importante, tener presente que existen ciertas experiencias en prisión que pueden ser más traumáticas que otras; siguiendo el informe de la OMS *Prevención del suicidio en cárceles y prisiones* las circunstancias como el ingreso, el momento de la condena, una problemática familiar, resultan instancias críticas del tránsito por la cárcel y por ello deben ser consideradas especialmente como momentos oportunos para la reevaluación del riesgo.

Tener esto presente permite además plantear indicadores o pautas de alarma que faciliten la prevención. En particular, ese análisis no puede obviar las prácticas estatales que anteceden, provocan o aceleran la producción de autoagresiones dentro de las prisiones federales.

Del relevamiento realizado se desprende que los funcionarios penitenciarios entrevistados detectaron ciertas situaciones que suelen afectar los comportamientos y cambios del estado de ánimo de los alojados que coincidían con los criterios mencionados por la OMS; así fue que relacionaron los momentos más acuciantes de angustia de las personas detenidas con problemas familiares, reclamos desoídos dentro de la unidad, conflictividad entre la población penal. Por el contrario, otras instancias sumamente traumáticas fueron naturalizadas u obviadas por los entrevistados, como la vigencia de regímenes sumamente violentos, la persistencia de aislamientos prolongados y la restricción de acceso a derechos.

Los funcionarios han aceptado que en muchas ocasiones, la autoagresión suele ser el desenlace de un reclamo previo desoído. Para que estas instancias puedan ser atendidas oportunamente, resulta necesario confeccionar circuitos de comunicación que alerten al personal penitenciario –tanto de seguridad como profesionales- para efectuar la correspondiente evaluación y realizar una intervención de manera integral y articulada. Al respecto, el Director de Trato y Tratamiento de Dirección Nacional señaló a la problemática de los suicidios como una circunstancia que no se encuentra sólo relacionada con la salud mental, sino que resulta un aspecto del tratamiento penitenciario que debe ser abordado de manera integral, por lo que se encontraban trabajando en la propuesta de la “seguridad dinámica”, concepto adoptado, según afirmó, siguiendo las reglas Mandela. El concepto de seguridad dinámica se presenta opuesto al de seguridad estática y propone incorporar un abordaje multidisciplinario de lo penitenciario; lo que en la práctica se traduciría en la conformación de equipos de trabajo, integrales e interdisciplinarios, con bases de todas las áreas en las UR asignadas, con reuniones semanales del equipo de trabajo –profesionales y agentes de seguridad-. Bajo estos preceptos, señaló que el responsable de la salud psicofísica de las personas detenidas es el director del módulo. Para ello, sostuvo, resulta necesaria la creación de un sistema de trabajo distinto, acompañado de un sistema de registro único de información compartida, integral y protegido; con un traspaso de la información seguro. Esta propuesta de trabajo se encuentra en desarrollo y se implementaría a modo de prueba en el CPF I.

No obstante la propuesta de trabajo que pretenden impulsar progresivamente las autoridades, se señaló también que será acompañada con la modificación de ciertas prácticas del SPF que provocan serios inconvenientes en la situación de las personas detenidas. Entre

ellas, es importante que los profesionales cubran los turnos todos los días de la semana dado que la modalidad actual provoca que haya días de las semanas sin profesionales, por lo que las audiencias deben esperar. Al respecto, debemos tener en cuenta que las personas detenidas, dada su privación de la libertad ambulatoria, dependen del personal penitenciario y de los profesionales para resolver cualquier instancia de su vida, por lo que la presencia de estos resulta casi imprescindible en la cotidianeidad carcelaria.

Asimismo y siguiendo lo registrado, es necesario generar registros y procedimientos de los pedidos de entrevistas donde quede efectivamente plasmado el tiempo que pasa desde el pedido de audiencia del detenido hasta que este es efectivamente atendido. También sería conveniente implementar una modalidad de pedidos de audiencia que sea independiente del personal de seguridad con el que los detenidos conviven diariamente. De esta manera se garantizaría que todas las solicitudes lleguen a quienes son dirigidas, sin depender de la discrecionalidad del personal de seguridad. Un buzón específico, al que tanto los detenidos como los profesionales puedan acceder en forma directa, podría ser un método más transparente, eficiente y rápido.

Por otro lado, la escasez de profesionales de todas las disciplinas e incluso personal de seguridad, es un obstáculo para llevar adelante una atención más personalizada de las personas privadas de libertad. La ausencia de articulación entre las áreas de tratamiento, además, impide resolver situaciones de manera integral y efectiva.

En relación a la atención de la salud mental, cabe decir que se ha podido constatar la desarticulación del Programa de Prevención del Suicidio –en adelante PPS– que funcionaba en el pabellón G de la Unidad Residencial I. Si bien este continúa en funcionamiento la modalidad difiere a la implementada hasta el momento dado que ya no poseen el espacio físico para su ejecución. Al respecto, la directora del SSPV explicó que a partir de una serie de decisiones tomadas en función de la necesidad de cupo, se desafectó al Pabellón G como alojamiento del programa, por lo que en la actualidad el PPS funciona en todos los módulos y con una modalidad de seguimiento semanal.

De acuerdo al relato de la directora del SPPV, los profesionales de la salud mental determinan la modalidad de atención, en principio, siguiendo la medición de riesgo que se realiza en la Unidad 28 y que se efectúa nuevamente en la Unidad Residencial de Ingreso. La medición de riesgo es un cuestionario que mide tres variables de riesgo distintas: Riesgo de Fuga, Riesgo de Conflictividad y Riesgo Suicida; quien posea una medición de riesgo de cualquier nivel: bajo, medio o alto, cumple criterio para ser incorporado al PPS. Cabe mencionar que este mismo formulario debería realizarse en otras instancias como por ejemplo ante los cambios de alojamiento entre las unidades residenciales, no obstante desde la administración penitenciaria se reconoce que ello no siempre se efectúa, irregularidad sumamente crítica y arraigada en el complejo.



En virtud de la medición que arroje dicho formulario, en la actualidad, quienes tengan un nivel de riesgo de suicidio mediano o bajo es alojado en una UR con población común pero con un seguimiento semanal que consiste en asistencia psicológica y psiquiátrica. Por otro lado, quienes hayan sido evaluados con riesgo suicida alto, son derivados primero al HPC en observación hasta controlar el cuadro y luego se los realoja en las UR con población común, donde deberían continuar con el seguimiento semanal. Para quien no ha presentado en la evaluación ningún nivel de riesgo suicida, la atención en salud mental durante la privación de la libertad es "a demanda".

Respecto a la desarticulación del PPS, el Director de Trato y Tratamiento refirió que desde del área de salud mental de la Dirección de Sanidad se encontraban trabajando en la reestructuración del Programa de Prevención al Suicidio. Asimismo la directora del SPPV, considero la posibilidad de reactivar el espacio físico para alojar a quienes cumplan con el criterio del PPS, pensando en la posibilidad de que sea el pabellón E de la UR VI, que posee quince plazas.

Por otro lado, la ausencia de proactividad en la atención a la salud mental ha sido reconocida por el mismo Jefe del Complejo, quien señaló que se atiende a todas las personas al ingresar, y que luego la atención en salud mental es "a demanda", ya que, según indica, los psicólogos sostienen que las personas deben comprometerse con el tratamiento y que solicitarlo cada vez sería un indicador de implicación. No obstante, agrega, la modalidad responde también a la escasez de profesionales lo que imposibilita una atención personalizada para todos.

En otro orden, el relevamiento dejó claramente expuesta la función principal y fundamental que poseen los "celadores" de los pabellones dado que son ellos quienes pese a ser el último eslabón de la cadena jerárquica penitenciaria, deben estar alertas a las pautas de alarmas, a la urgencia de las demandas, "a hacer de psicólogos por las noches" y a los efectos que pueden acontecer en la población luego de una muerte. Dada la gran responsabilidad que poseen y su vinculación directa con la población penal, se considera esencial una capacitación más completa para este personal que incluya situaciones relacionadas con detección de pautas de alarmas (capacitación en la materia), como también cursos de Reanimación Cardio Pulmonar –RCP- y primeros auxilios; capacitaciones que les den herramientas para resolver la tarea que deben realizar, relacionada a una atención integral del privado de libertad. La incorporación de más celadores por pabellón, siguiendo lo expuesto por el Jefe del Complejo, permitiría desarrollar esta atención integral necesaria, sumada a la ya mencionada capacitación.

En cuanto a los procedimientos ante autolesiones, excitación psicomotriz o encuentro de una persona en situación de ahorcamiento, se ha constatado el total desconocimiento de la agencia penitenciaria respecto a la existencia del protocolo que indica los pasos a seguir ante dicha situación y determina la cadena de responsabilidades. Si bien en líneas generales las actuaciones mencionadas fueron similares en los discursos, resulta sumamente reprochable el desconocimiento de la normativa vigente.

En el caso de las autolesiones, sostuvieron los entrevistados que las nuevas directivas dispuestas luego de los fallecimientos por ahorcamiento establecen que ante cualquier corte deben realizar la derivación al HPC para la posterior atención por el equipo de salud mental, sin realizar una evaluación previa sobre dicha pertinencia.

Sobre este punto en particular, viene al caso mencionar que la Organización Mundial de la Salud, destaca lo fundamental que resulta que el personal de seguridad se encuentre capacitado en la temática de la salud mental en virtud de que son los agentes de seguridad los que pasan la mayor parte del día con las PPL y dentro de los establecimientos penitenciarios.

Teniendo en cuenta lo sostenido por la OMS y el proyecto que mencionaron los entrevistados respecto a que los profesionales se encuentren desarrollando sus actividades dentro de las unidades residenciales, sería conveniente rever la derivación automática al HPC una vez que se ponga en funcionamiento la modificación.

En esta línea el personal penitenciario consultado consideró que las autolesiones en la gran mayoría de los casos se relacionan con demandas que no son atendidas o que no se les da respuestas, por lo que la modificación de la dinámica de intervención del tratamiento penitenciario junto con una mayor concurrencia de los profesionales, pueden operar como medidas preventivas de estos hechos. Asimismo cabe recordar que la autoridad penitenciaria de la UR V entrevistada, afirmó que ello no sucedía en su módulo dado que allí atienden las demandas.

En relación a las actuaciones ante el hallazgo de una persona en situación de ahorcamiento, resulta preocupante que los agentes y las autoridades de la unidad desconozcan la normativa dispuesta por Dirección Nacional y que quede a criterio de lo que decida el agente de seguridad que se encuentra con dicha situación, en general sin capacitación previa en primeros auxilios.

Todos los entrevistados refirieron que se improvisa y decide en el momento, siguiendo la experiencia adquirida por la práctica, y que la decisión de descolgar o no a la persona básicamente responde a una especie de instinto. En este marco las academias referidas por los directores y jefes de seguridad interna, no resultan suficientes para el abordaje de estos sucesos. Es que de acuerdo a lo relevado, la decisión de “descolgar” a la persona o no, se circunscribe en poder determinar si la persona posee signos vitales “visibles”. Entre estos se destacó: “el color”, “si se mueve”, “el pulso”, “si patalea”; difícil resulta pensar que una persona que no posee siquiera conocimientos básicos sobre el tema pueda ser capaz de decidir con criterio esta situación, más aun si consideramos que no se les provee de elementos de seguridad necesarios para ello. Si bien existen las “Pautas de Procedimiento ante Hechos Lesivos Graves y/o Fallecimiento de Internos”, aprobado por Resolución 661 y publicada en el BPN N° 373, allí se contemplan solamente las medidas respecto a los fallecimientos en general y no se dispone nada específico relativo a una situación de ahorcamiento, por lo que sería pertinente incluir cuestiones claras y precisas referentes al accionar del personal en estos casos. En paralelo, resulta imprescindible



la existencia de una capacitación específica acerca del deber de accionar frente a estas situaciones.

Además, sería conveniente contemplar un procedimiento posterior a aplicar con el resto de la población. El trauma generado por este tipo de hechos en la población encarcelada ha resultado históricamente naturalizado por los operadores del sistema penal, y durante las entrevistas se recuperaron testimonios donde se afirmaba que las personas detenidas están acostumbradas a ello, sin pensar e indagar respecto de qué manera se vieron afectados; no sólo por el vínculo que podrían llegar a tener con la persona fallecida sino además por haber transitado por una experiencia como esa.

### 3) Intervenciones

En virtud de las conclusiones alcanzadas en el relevamiento se realizó las siguientes intervenciones: a través de Nota N° 252 del 11 de enero de 2018 se solicitó a la Dirección de Trato y Tratamiento de la Dirección Nacional del SPF información más detallada y precisa sobre los protocolos existentes y las propuestas sobre el trabajo integral y articulado que se pretende iniciar en el CPF I en el marco de la seguridad dinámica, como así también información sobre el nuevo proyecto de PPS que se encuentran elaborando desde el área de salud mental de la Dirección de Sanidad de DN del SPF.

Además se emitió la Recomendación PPN 874 notificada también en fecha 11 de enero de 2018. Esta sugerencia de organismo denominada "*Recomendación sobre adecuación de recursos para intervenir frente a casos de ahorcamientos y otras contingencias emergentes en establecimientos penitenciarios del SPF*" es dirigida al Director Nacional del SPF con el objeto de que se elabore un Protocolo de Actuación ante el encuentro de una persona en situación de ahorcamiento; como así también la elaboración de cursos de capacitación de RCP y primeros auxilios destinados a todos los funcionarios que inicien funciones de guarda y custodia de detenidos.

Finalmente y en virtud de que las propuestas de intervención que pretende poner en marcha el SPF para abordar esta problemática, conllevan un tiempo para poder ser ejecutadas y evaluadas, se programará un seguimiento para el año 2018 a los fines de conocer de qué modo se implementaron los equipos de trabajo integral y articulado en las UR, como así también el nuevo proyecto del PPS.