



PROCURACIÓN PENITENCIARIA DE LA NACIÓN



©nataliaefron



INFORME ANUAL 2010

III. MUERTES EN CÁRCELES DEL SPF

III. MUERTES EN CÁRCELES DEL SPF

Las muertes de detenidos en cárceles federales, o bajo su guarda, se ha afianzado con el correr de los años como una de las principales líneas de intervención desde la Procuración Penitenciaria de la Nación, por la importancia de los derechos humanos en juego, y porque su análisis vuelve visibles las más gravosas prácticas de gobierno carcelario en despliegue.¹

Dedicaremos las primeras líneas de este apartado a proponer un análisis sobre los primeros dos años de aplicación del *Procedimiento para la Investigación y Documentación de Fallecimientos en Prisión*. Corresponderá mencionar y analizar algunos números vinculados con las muertes que pudieron ser registradas por esta Procuración Penitenciaria durante este período, así como introducir las actividades que el organismo desplegó en consecuencia.

Luego, nos centraremos en analizar los casos más gravosos de muertes en el año 2010 con el objetivo de denunciar los mayores avasallamientos a los derechos humanos en contexto de encierro, indagando también sobre nuevos emergentes del poder de *dar muerte* o *dejar morir* desplegado en cárceles federales.

El desfasaje que produce la intervención judicial nos exige ubicar en un tercer apartado los avances y retrocesos en causas en trámite, que no obedecen necesariamente a muertes del año en análisis.

La experiencia acumulada en estos dos años de trabajo permitió ver la problemática con una visión más amplia, reproduciendo nuevos mecanismos de intervención. Dedicamos un cuarto apartado a las recomendaciones de carácter general que han sido formuladas por esta Procuración Penitenciaria a partir de vulneraciones vivenciadas durante la aplicación del *Procedimiento*.

Además, la Procuración Penitenciaria formuló una serie de comunicados de prensa dedicados a esta problemática, complementados por la producción y presentación de documentos en escenarios específicos. Estos son analizados en el apartado siguiente, denunciando la política penitenciaria ante la muerte, y contraponiéndolos a lo que ha ido registrándose desde el inicio del *Procedimiento* como relato oficial. Las persistentes obstaculizaciones de las agencias estatales en la investigación y esclarecimiento de las causas y circunstancias en que se suceden los fallecimientos en cárceles federales, es una práctica tan preocupante y regular que merece tratamiento en este apartado, también.

Contrariando la política penitenciaria de negar información sobre las condiciones de cumplimiento de detención en cárceles federales, y en lo que a este capítulo importa ante las muertes ocurridas en contexto de encierro, dedicamos un último apartado a la publicación de la nómina completa de fallecimientos. Cierta información estadística que se pone a disposición de la opinión pública durante todo el capítulo y en aquel dedicado a la recopilación de *Estadísticas y gráficos*.

1. Procedimiento para la Investigación y Documentación de Fallecimientos en Prisión: análisis de dos años de aplicación

Al momento de redactar este Informe Anual, la Procuración Penitenciaria de la Nación ha registrado noventa y un muertes desde iniciada la aplicación del *Procedimiento para la Investigación y Documentación de Fallecimientos en Prisión*². Cuarenta y siete corresponden al año 2009, treinta y uno al 2010 y las trece restantes al primer trimestre del 2011. Sin dejar de reconocer

¹ Reconociendo su carácter trascendental, el Procurador Penitenciario ha resuelto mediante Resolución 17/PPN/11 la creación del *Equipo para la Investigación y Documentación de Fallecimientos en Prisión*, dentro del Área Observatorio de Cárceles PPN y coordinado por el Dr. Ramiro Gual. Entre sus funciones se ha incluido la redacción de este capítulo del Informe Anual 2010.

² Procedimiento aprobado por Resolución PPN N° 169/08 con la finalidad de investigar y documentar las muertes de detenidos bajo la guarda del Servicio Penitenciario Federal. Registra las muertes conocidas por PPN, ocurridas a partir del 1° de enero de 2009.

el crecimiento exponencial de muertes en ese último período, por establecer un corte cronológico consecuente con los objetivos de este informe nos centraremos en las setenta y ocho muertes ocurridas durante los dos primeros años. Corresponde adelantar que la reducción en las muertes registradas en el año 2010 se encuentra íntimamente relacionada con la falta de información proporcionada por la autoridad penitenciaria que se desarrollará más adelante.

CANTIDAD DE MUERTES POR AÑO SEGÚN CATEGORIZACIÓN PPN

	2006	2007	2008	2009	2010*
VIOLENTAS	16	21	14	15	8
NO VIOLENTAS	32	30	25	32	23
SIN DATOS	7	7	6	-	-
TOTAL	55	58	45	47	31

* Por el sub-registro en muertes producidas en el período 2010, ver apartado 5 de este capítulo.

La primera distinción que señalaremos respecto de las muertes registradas en el período 2009-2010, es consecuencia de su categorización. Veintitrés muertes fueron definidas como violentas (15 en 2009 y 8 en 2010) y cincuenta y cinco no violentas (32 en 2009; 23 en 2010). No es de extrañar que los fallecimientos traumáticos registrados desciendan en 2010. La Procuración Penitenciaria ha podido comprobar que el ocultamiento penitenciario de los decesos se exagera en casos de muertes violentas, como ya señaláramos en el Informe Anual del año anterior.³

Por primera vez, hemos indagado en un tercer nivel de análisis que permite evidenciar la forma de producción de las muertes violentas, y las patologías de base y enfermedades definidoras en muertes por afecciones a la salud. Si continuáramos con el nivel de análisis de años anteriores, solamente podríamos catalogar dentro de las muertes violentas, como suicidios, homicidios, accidentales o dudosas. Esta categorización presenta como principal crítica la dificultad de aseverar con certeza y persistencia en el tiempo estos rótulos, en especial los suicidios y las muertes dudosas⁴. En el caso de las muertes no violentas, resulta importante poder identificar las patologías que mayor mortalidad reconocen en nuestras cárceles. Asimismo, si bien es trascendente reconocer la cantidad de fallecimientos que tienen como base una patología HIV/ SIDA, resulta crucial que este tercer nivel de análisis habilite la indagación de las enfermedades oportunistas o definidoras más reiteradas. Este avance en nuestra capacidad de producir información, exige que hagamos el análisis extensivo a los dos primeros años de aplicación del *Procedimiento*.

Podemos señalar, entonces, que de los 23 fallecimientos violentos registrados para el período 2009- 2010, trece han sido catalogados como suicidios (seis en el año 2010), seis como homicidios (uno en el 2010) y cuatro como muertes dudosas (una para el último período). Si insistiéramos en ese tercer nivel de análisis, de las muertes violentas en el período 2009- 2010 deberíamos registrar trece ahorcamientos (cinco en el año 2010), dos consecuencia de incendios (ambas en 2010), dos caídas de altura y cinco por heridas cortantes (todas ellas en 2009). De acuerdo a la investigación en trámite, la muerte restante es producto de una meningitis, cuya infección es consecuencia de la fractura del techo de ambas órbitas (huesos por encima de los ojos) producto de la golpiza recibida al interior del Complejo Penitenciario Federal I de Ezeiza⁵.

Debe aclararse también, que la ausencia de muertes por heridas cortantes durante 2010 deja de ser una posible nueva regularidad emergente al momento de redactar este informe. Tres muertes violentas por heridas cortantes en los primeros dos meses del año 2011 exigen reconocer que los discursos de reducción de la violencia –los que se desarrollarán más adelante- son acompañados por políticas ineficaces, o que persiguen intereses diferentes. De hecho, en este primer bimestre del año 2011 –cuyo análisis queda fuera de este informe por su objetivo cronológico específico- se han registrado nueve muertes violentas (sumándole a las anteriores dos por ahorcamiento, dos producto de incendios y dos por intoxicaciones bajo investigación), superando el sesgadamente bajo registro de ocho muertes violentas para el año 2010 –negativas a informar mediante.

³ Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2.009*, p. 131.

⁴ Se advertía sobre esta crítica en, Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2009*, p. 131.

⁵ Su gravedad amerita que nos detengamos en ella en el próximo apartado.

De las cincuenta y cinco muertes no violentas registradas en el período 2009- 2010, en veinticuatro se ha reconocido HIV/SIDA como patología de base (ocho en el 2010). El tercer nivel de análisis nos permite señalar entre las principales enfermedades oportunistas o definidoras, las hepatopatías –donde se incluyen hepatitis B y C- en siete casos (dos en 2010), neumopatías en otros cinco (tres en 2010), cinco muertes por tuberculosis (una en 2010) y siete por toxoplasmosis (dos en 2010). En las treinta y un muertes no violentas donde no se registraran antecedentes de HIV/SIDA, se destacan seis fallecimientos por hepatopatías, cinco casos de cáncer, cuatro neuropatías y diferentes afecciones cerebrales, renales y cardiopatías, incluyéndose además casos de septicemias o infecciones generalizadas.

Centrándonos ya en el año 2010, y diferenciando por Unidad, el Centro Penitenciario de Enfermedades Infecciosas (U.21) vuelve a reiterarse como el establecimiento que más muertes registra en el período, aunque la cifra de siete fallecimientos sea fuertemente inferior a los dieciocho correspondientes al año anterior. Que la Unidad N° 21 SPF lidere todas las estadísticas de muertes en el régimen federal, es consecuente con su rol de hospital penitenciario y las estadísticas de Procuración Penitenciaria que señalan 156 muertes registradas en los años 2000- 2010 (28% del total de fallecimientos en el período).

Reafirmandose como espacios de extrema violencia y abandono de la salud física y psíquica de los detenidos, se registraron además nueve muertes en las cárceles de máxima seguridad de varones en el Área Metropolitana: cuatro en CPF CABA (ex U.2 de Villa Devoto), tres en CPF I de Ezeiza y dos en CPF II de Marcos Paz.

En 2010, se reproducen muertes en cárceles de mujeres: una en la Unidad N° 31 SPF como paradigma de la irracionalidad en el ejercicio de castigo, y dos en la Unidad N° 3 -una de ellas violenta, regularizando la excepcionalidad que se alertara en el Informe Anual anterior. Sobre estas cuestiones avanzaremos en el apartado de reseñas de los fallecimientos más paradigmáticos del período.

Dentro de las cárceles de máxima seguridad del interior del país, se destaca la elevada cifra de muertes de detenidos bajo la guarda del Instituto de Seguridad y Resocialización (U.6) de Rawson. Seis muertes durante la aplicación del Procedimiento, tres de ellas durante el 2010 justifican su desarrollo en apartados posteriores.

Otro dato que emerge del análisis de la aplicación del Procedimiento, son las tres muertes ocurridas bajo la guarda del Servicio Psiquiátrico Central de Varones (U.20) SPF y su anexo al interior del CPF I de Ezeiza. Lejos de excepcional, marca una continuidad con la ubicación del establecimiento dentro de las cinco cárceles vigentes con mayor número de muertes en la última década, lo que analizaremos más adelante también.

HISTÓRICO. UNIDADES CON MAYOR CANTIDAD DE MUERTES, 2000-2010

U.21	U.2	CPFI	CPFII	U.20	U.3	U.7	U.6	U.9	TOTAL SPF
156	124	82	68	20	15	13	11	8	543

Por último se han registrado cinco muertes en unidades caracterizadas por el predominio del régimen semi-abierto y la supervisión atenuada, de acuerdo a las categorizaciones impuestas por el *Plan de Gestión Anual 2009* del Servicio Penitenciario Federal (Unidad N° 8 de Jujuy, Unidad N° 12 de Viedma, Unidad N° 15 de Río Gallegos, Unidad N° 17 de Candelaria y Unidad N° 19 de Ezeiza). Estas cualidades vuelven especialmente irrazonable la posibilidad de ejercicio de hechos de violencia, y la ausencia o demora en la atención médica carece de su tradicional justificativo securitario. Avanzaremos sobre esta cuestión en próximos apartados.

El diseño y posterior puesta en práctica del *Procedimiento para la Investigación y Documentación de Fallecimientos en Prisión*, siempre ha reconocido a la intervención judicial como una de las posibles modalidades de actuación de la Procuración Penitenciaria. Esta lectura amplia de las vías de acción, es consecuente con las competencias y facultades asignadas legislativamente al organismo, que incluyen intervenciones de índole político administrativas, legislativas y judiciales (arts. 17, 18, 20 y 25, ley 25.875). Como consecuencia de la investigación por fallecimientos, en años anteriores, la Procuración Penitenciaria había realizado presentaciones judiciales en calidad de *amicus curiae*, denuncias penales y requerido ser tenida por parte

querellante en diversas causas penales. Además se realizaron informes especiales a la Comisión Bicameral Permanente del Defensor del Pueblo del Congreso de la Nación, en los meses de marzo y mayo de 2009 (art. 25, ley 25.875)⁶. Durante el período 2010, la intervención judicial se ha visto complementada por la formulación de Recomendaciones Generales (art. 17, ley 25.875) y diversos comunicados dirigidos a la opinión pública difundidos mediante medios masivos de comunicación, o destinados a públicos específicos y presentados en congresos. Todas estas actividades serán detalladas en los próximos apartados.

Aquí, nos limitaremos a sostener que en el marco de las setenta y ocho investigaciones iniciadas, se presentaron quince denuncias penales, la Procuración Penitenciaria fue aceptada como parte querellante en otras dos ocasiones, y una gran cantidad de esas causas penales han recibido impulso por parte de este organismo mediante diversas presentaciones (*amicus curiae*; contestaciones de pedidos judiciales de información). Asimismo, las investigaciones han aportado información relevante para la formulación de tres Recomendaciones Generales, han servido de insumo para diferentes presentaciones públicas del Procurador Penitenciario o funcionarios de este organismo y han coadyuvado en la redacción de tres comunicados de difusión.

Además, durante la aplicación del Procedimiento se han realizado más de treinta inspecciones a establecimientos penitenciarios donde se controlaron las condiciones materiales de encierro a partir de la observación directa (en aquellos casos en que la autoridad penitenciaria no prohibió las facultades de inspección ocular de este organismo)⁷, se mantuvieron audiencias con autoridades penitenciarias, y entrevistas en condiciones de privacidad y reserva con personas privadas de su libertad. Esta actividad ha permitido analizar niveles de violencia, inasistencia médica, regímenes de encierro, paupérrimas condiciones materiales de detención y deficiente alimentación, con sus diferentes dinámicas y particularidades, en las Unidades N° 3, 19, 31 y CPF I de Ezeiza, Unidad N° 20 y CPF CABA, CPF II de Marcos Paz y Unidad N° 6 de Rawson.

2. Casos paradigmáticos de fallecimientos investigados y documentados por PPN

Las muertes en contexto de encierro transcurren entre decisiones preactivas de las autoridades penitenciarias –ejercicios de violencia física, directa o *tercerizada*, sobre detenidos con resultado mortal- y variadas desidias activas o pasivas –falta de tratamiento en enfermos graves, extensos encierros en personas afectadas psíquica o anímicamente, lentos socorros en personas gravemente heridas, ahorcándose o incendiándose.

Este decálogo de muertes paradigmáticas, además de remarcar las más graves violaciones a los derechos humanos cometidas por autoridades estatales, pretende componer un cuadro de situación lo más acabado posible de la producción de muerte bajo custodia en cárceles federales. Se incluyen muertes violentas y no violentas. En cárceles y hospitales externos. De mujeres y hombres detenidos. Jóvenes y viejos. Argentinos y extranjeros. En cárceles de máxima seguridad, y regímenes semi abiertos con supervisión atenuada. En cárceles de zona metropolitana y en el interior del país. Todas ellas, no hacen más que reproducir las responsabilidades estatales, en tanto garante de la vida e integridad física de las personas que ha decidido encerrar como política de castigo.

2.1. Dar muerte en cárceles federales: la actualidad del poder soberano en el Complejo Penitenciario Federal I de Ezeiza

Al igual que al momento de analizar la producción de muertes violentas en CPF II de Marcos Paz, nos vemos obligados a comenzar este apartado sosteniendo la imposibilidad de establecer descensos o ascensos en la cifra total de fallecimientos comparativamente con el año anterior. Como señalaremos luego, ambos complejos penitenciarios no sólo reúnen un porcentaje

⁶ Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2009*, p.131.

⁷ Sobre esta cuestión, ver la reseña que forma parte del capítulo introductorio de este Informe Anual.

importante de las muertes ocurridas en los últimos períodos, sino que se han negado a informar la cifra total del último año.

Por lo pronto, sí podemos señalar que, luego de la Unidad N° 21 SPF y el CPF CABA, es el CPF I de Ezeiza la unidad con mayor cantidad de muertes en el período 2000- 2010, alcanzando la cifra de 82 decesos (15% del total).

El superlativo nivel de despliegue de violencia física por parte de personal penitenciario contra los detenidos al interior del CPF I de Ezeiza ha sido registrado en diversas investigaciones producidas por este organismo⁸. Como información más reciente puede mencionarse los resultados del *Informe de Actualización y Seguimiento de la Investigación de Malos Tratos* y el procesamiento de la base de datos del *Programa para la Investigación y Documentación Eficaz de Casos de Tortura y Malos Tratos*, ambos reseñados en el Capítulo *Tortura y malos tratos en cárceles del SPF* de este informe. Del primero de ellos, puede destacarse que el 77,2% de los detenidos entrevistados en CPF I de Ezeiza manifestaron haber sido agredidos físicamente por personal penitenciario de la unidad durante la presente detención. Además, la base de casos de tortura PPN resalta al complejo como el establecimiento con mayor cantidad de agresiones físicas registradas, alcanzando una cifra total de 94 casos, 48% del total.

Las sospechas sobre la violencia directa de personal penitenciario del Complejo Penitenciario Federal I de Ezeiza con resultado letal, habían sido adelantadas al analizar otra muerte en el Informe Anual pasado. Además, la Justicia Federal de Lomas de Zamora mantiene una investigación por una muerte ocurrida luego de una serie de hechos de tortura en el mismo complejo, en el año 2001.⁹

En lo que a este caso concreto respecta, la muerte en el Hospital Francisco J. Muñiz fue conocida por Procuración Penitenciaria pocos días luego de ocurrida y por vías externas al Servicio Penitenciario Federal. Según las primeras noticias, la meningitis a criptococo que causara el fallecimiento había sido contraída como consecuencia de una lesión traumática consecuencia de los golpes recibidos unos dieciocho días antes durante la detención en el CPF I de Ezeiza. Detectada la infección, se realizó un traslado al Hospital Zonal General de Agudos Madre Teresa de Calcuta, de la localidad de Ezeiza. Al día siguiente ingresó a la Unidad N° 21 SPF. Entre este hospital penitenciario y el Hospital Francisco J. Muñiz transcurrieron los últimos quince días de su vida.¹⁰

La muerte nunca fue informada, ni por el Complejo Penitenciario Federal I de Ezeiza, ni por la Unidad N° 21 SPF. La intención de ocultamiento de la primera, quedó confirmada por la dilación y parcialidad con que contestaron los requerimientos de información exigidos.

De acuerdo a lo que pudo extraerse de las constancias en la causa judicial en trámite, el 9 de septiembre de 2010 y luego de descompensarse, fue trasladado por última vez desde la Unidad N° 21 SPF al Hospital Muñiz diagnosticándole “VASCULITIS y MENINGOENCEFA(LI)TIS POR NEUMOCOCO, Y TRAUMA CRANEO- FACIAL CON FRACTURA DE TECHO DE ÓRBITA”. Falleció nueve días después.

En las declaraciones testimoniales de un familiar, se desprende que durante una visita que mantuvo en el CPF I de Ezeiza al día siguiente de su ingreso, “pudo advertir que se encontraba sumamente lesionado (... y que) se encontraba pálido, temblando de frío. Lo tocó y notó que tenía mucha fiebre y le venían arcadas, por lo que en un momento fue hasta el baño, para luego regresar. Refería mucho dolor en la cabeza, y le pidió que le dieran algo para el dolor, un analgésico. Aclara

⁸ Procuración Penitenciaria de la Nación, *Voces del Encierro*, Ed. Favale, 2006 y *Cuerpos Castigados*, Ed. del Puerto, 2009.

⁹ Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2009*, p. 113. Además, durante el año 2010 la Procuración Penitenciaria se ha presentado en calidad de parte querellante en una causa donde se investigan torturas seguidas de muerte, cometidas en CPF I de Ezeiza en el año 2001. Algunos avances de esta investigación se mencionan en el apartado dedicado a intervenciones judiciales en este capítulo.

¹⁰ El Juzgado Nacional de Ejecución Penal N° 1 de Capital Federal había ordenado meses antes su captura, por haber infringido el tratamiento de rehabilitación para sus adicciones, una de las condiciones sobre las que pesaba su egreso anticipado, el que fue revocado. Luego de permanecer cuatro días detenido en sede policial y la Alcaldía Judicial, ingresó al CPF I de Ezeiza. Sólo permaneció en ese complejo dos días. Poco antes de su muerte y estando internado en el Hospital Muñiz con pronóstico reservado, el juzgado revocó su resolución y concedió nuevamente la libertad. La Unidad N° 21 SPF se encargó de notificar esta cuestión a PPN, práctica no habitual que demuestra la existencia de una situación comprometedora.

que en un momento dado se le acercó, y en voz baja le preguntó que había pasado, a lo que le contestó que lo habían golpeado los guardias, que lo habían tirado contra la pared, pero le pidió que no dijera nada porque lo iban a matar. Le preguntó donde le habían pegado, y aquel le aclaró que fue principalmente en la cabeza. Refiere que su hijo presentaba a simple vista su rostro hinchado, sumamente hinchado en la zona cercana a uno de sus ojos, y unos cortes en la frente (...) También le refirió que habían sido los guardias de ese complejo de Ezeiza (...) supone que debe haber sido en el ingreso al complejo de Ezeiza, pues su hijo le dijo que habían sido los guardias de Ezeiza (...).” En una visita posterior ya en la Unidad N° 21 SPF, le volvió a comentar que “habían sido cuatro guardias los que lo golpearan, que lo golpearon contra la pared.”

Luego de la golpiza, y al desmejorar su cuadro de salud, el 2 de septiembre fue ingresado al Hospital Zonal General de Agudos Madre Teresa de Calcuta. De acuerdo a la historia clínica relevada, presentaba celulitis orbitaria y traumatismo ocular izquierdo. Se le realizó una tomografía axial computarizada (TAC) sin contraste observándose profusión de ojo izquierdo, solución de continuidad a nivel de techo de órbita izquierda y pared posterior. Al examen presentaba síndrome meníngeo. Al día siguiente, consta en su Historia Clínica en la Unidad N° 21 SPF su ingreso con un edema palpebral izquierdo (fractura de órbita) en estudio por meningitis.

Restaba entonces conocer la relación causal entre la golpiza en CPF I de Ezeiza denunciada, y el cuadro meníngeo que provocó su muerte. Se solicitó al Área Salud de este organismo la realización de un informe que permitiera -siempre teniendo en cuenta la reconstrucción propuesta previamente y cuya verificación quedaba supeditada a la actividad probatoria que se llevara a cabo en el transcurso de las actuaciones judiciales- confirmar la probabilidad del nexo causal entre las lesiones sufridas, el cuadro meníngeo y la muerte. La primera relación a indagar resultaba aquella entre las agresiones sufridas en CPF I ya descritas, y las lesiones registradas en las distintas historias clínicas. Al respecto, el Área Salud PPN sostuvo: “Las lesiones guardan relación con una causa traumática y existe una alta probabilidad que las mismas fueran provocadas por los traumatismos referidos, atento a que no constan otras circunstancias previas que pudieran haber condicionado fístula/s o fractura/s del piso del cráneo (...)”. Correspondía luego indagar sobre la relación causal entre las lesiones sufridas y el síndrome meníngeo diagnosticado. Una vez más, los profesionales de la salud aseveraron: “Las fracturas del techo de ambas órbitas [base de la fosa anterior del cráneo] establece una solución de continuidad entre ambas cavidades [orbitarias y craneana] lo que permite la progresión de cualquier proceso inflamatorio o infeccioso hacia el encéfalo y sus cubiertas [meninges]. Cabe precisar que en este caso se había diagnosticado celulitis orbitaria izquierda [infección de los tejidos blandos del cono orbitario], y aumento de la densidad a nivel de seno frontal izquierdo [de acuerdo al informe de la tomografía computarizada de cerebro] los que constituyen focos primarios que pudieron determinar el desarrollo de la meningitis”.

La causa judicial que debería ser reconsiderada como tortura seguida de muerte (art. 144 *ter* inc. 1 y 2 C.P) y la investigación de sus responsables, se encuentra en pleno trámite. La Procuración Penitenciaria de la Nación se ha presentado en carácter de querellante.

2.2. Incendio, quemaduras y asfixia en CPF II de Marcos Paz: una modalidad de muerte violenta emergente

En el mes de febrero de 2010 la Procuración Penitenciaria tomó conocimiento de la muerte de un detenido, consecuencia de las quemaduras sufridas al interior del Complejo Penitenciario Federal II de Marcos Paz. Este gravísimo incidente, emerge como una modalidad de acto especialmente violento que había sido invisibilizado por el *Procedimiento para la Investigación de Fallecimientos en Prisión* hasta el momento, al no haberse producido ningún hecho en el primer año de aplicación.

Lejos de anecdótico, este acontecimiento traumático debe ser analizado y controlado como una de las modalidades emergentes de violencia física, ya que al momento de elaboración de este informe se ha tomado conocimiento de otro hecho de similares características en la Unidad N° 6 de Rawson en diciembre de 2010. Por una cuestión de objetivos cronológicos, quedan fuera de análisis en este Informe Anual dos muertes en el primer mes de 2011 bajo idéntica modalidad en las colonias penales de Sáenz Peña (U.11) y Santa Rosa (U.4). Además, durante el año 2010, se han registrado casos de semejante gravedad que sin resultado letal, finalizaron con graves consecuencias

para la integridad física de las víctimas en los Complejos Penitenciarios Federales CABA y II de Marcos Paz.

Merece destacarse también, que el Módulo V del Complejo Penitenciario Federal II de Marcos Paz es reconocido como un territorio marcado por la violencia física, los encierros prolongados y la deficiente atención médica y alimentación. De la *Actualización y Seguimiento de la Investigación sobre tortura y malos tratos* ya mencionada, puede destacarse que el 83,6% de los presos entrevistados en el Módulo había sido agredido físicamente por personal penitenciario del Complejo durante la actual detención. Esta información ha podido complementarse a partir de las inspecciones realizadas en el Módulo a partir de la investigación de una muerte violenta en mismo módulo durante marzo de 2009, tal como se reseñara en el pasado Informe Anual.¹¹

Es precisamente en sus celdas de aislamiento (Pabellón 7), donde se produjo el incendio con desenlace trágico. La información proporcionada por el Servicio Penitenciario Federal señalaba una muerte consecuencia de “quemaduras críticas con compromiso de las vías aéreas”. Y, paradójicamente, se trataba de una persona que había ya cumplido su sanción de aislamiento, pero permanecía de todas maneras alojado en las celdas de castigo. Durante la inspección, y sobre esta prolongación del tiempo en celdas de aislamiento luego de cumplida la sanción, denominado en la jerga carcelaria como “estar de tránsito”, se registraron relatos que daban cuenta de su regularidad:

“Hay casos de pibes viviendo tres o cuatro meses en un buzón.”

“Cuando cumplí la sanción, el jefe en vez de darme el pabellón de conducta me quiso mandar al (Pabellón) 6, que es lo mismo que el 5. Después me quiso mandar al 4 o al 3, que son de resguardo. Es que dicen que como ‘tiré el mono’ me ponen ‘resguardo’, que yo no pedí. Como también me negué y no decidieron que hacer conmigo, me tienen acá... en tránsito.”

Por otro lado, el régimen carcelario impuesto a los detenidos en tránsito es escasamente menos denigrante que el que sufren los sancionados. Al encierro constante (tégase en cuenta el estado material en el que suelen encontrarse las celdas de aislamiento) debe sumársele una hora de recreo, en la que el detenido en tránsito puede hablar por teléfono y acceder a las duchas. Además comienza a ser más viable recuperar las pertenencias propias, de las que se carece durante el cumplimiento de la sanción. En esa situación se encontraba la víctima el día del incendio.

“Todos los que ‘están de tránsito’ salen una hora para hablar por teléfono, con la familia. Salen con un fajinero que es el que está desengomado ahí. Los que están sancionados no salen ni a bañarse ni a teléfono.

Recién hoy me dieron recreo y estoy esperando mi ‘mono’ (pertenencias). Hoy terminó la sanción.”

Otros relatos dan cuenta de las responsabilidades del SPF inmediatamente anteriores al hecho, al prolongar el aislamiento injustificadamente y pese a su mal estado anímico:

“Había muerto la madre, no lo quisieron atender. El pibe pateaba la reja y el encargado se queda tomando vino. Quiso que lo saquen a hablar con el juzgado; lo sacaron y el juzgado no le ‘dio bola’. Pidió salir de nuevo y no le daban bola. Se enrolló una sábana en la cabeza y se prendió fuego. El colchón todavía está tirado en el patio del pabellón.

No lo quisieron dejar hablar (por teléfono) de nuevo... ‘se te cumplió la hora’ le dijeron. (Si estoy en una situación así) de última dejame afuera (de la celda), dejame liberarme.

El martes había fallecido la madre y el jueves lo ‘bajaron’ (egreso transitorio de la unidad), no sé si a juzgado o al velorio.

Estaba medicado, no le ‘daban la bola que correspondía’. Imaginen perder un familiar querido y estar 24 horas adentro de una celda... la cabeza regula un poco.” (Informe de Inspección, Área Observatorio PPN, 19-03-10)

La causa se encuentra en pleno estado de investigación. Deberán investigarse las responsabilidades de los funcionarios públicos que prolongaron una medida de aislamiento, en el caso de confirmarse que la misma se encontraba finalizada. Además del caso concreto, resulta

¹¹ Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2009*, p. 107. No puede dejar de destacarse la trascendencia material y simbólica de la elección de este módulo para la aplicación del régimen para jóvenes adultos desde mediados del año 2010. Al respecto, véase el Capítulo sobre *Jóvenes adultos en cárceles federales* en el presente informe.

imperioso intervenir judicial y administrativamente para impedir el mantenimiento de elementos no ignífugos dentro de los lugares de alojamiento, especialmente las celdas de aislamiento.

2.3. De acuerdo con la historia, Devoto cumple su mandato: cuatro nuevas muertes en el Complejo Penitenciario Federal C.A.B.A (ex U.2 de Villa Devoto)

El discurso oficial ha venido sosteniendo que la ex Unidad N° 2 de Villa Devoto ha dejado de ser un establecimiento atravesado por la continuidad de la muerte. Esto debería ser comprendido dentro de los índices históricos de fallecimientos en la unidad: las 124 muertes para el período 2000-2010, sólo son superadas por las registradas en la Unidad N° 21 SPF, y ésta reviste el carácter de hospital penitenciario.

Sí había podido rastrearse en el análisis del primer año de aplicación del *Procedimiento* un descenso en las muertes violentas en CPF CABA, las que habían sido redistribuidas en los otros dos complejos, en cárceles de máxima seguridad del interior del país, y hasta en colonias penales. Esta aseveración, comienza a ser puesta en crisis nuevamente a partir del resurgimiento de conflictos violentos dentro del penal con resultado fatal.¹²

La posible reducción en la cantidad de muertes violentas, no oculta los niveles sumamente altos de inasistencia médica, haciendo ascender los fallecimientos al interior del CPF CABA a siete durante el período 2009- 2010, cinco de ellos no traumáticos. Las patologías de base que alternan en los cinco casos resultan ser insuficiencias hepáticas, pulmonares y cardíacas.

Merece ser destacado que las inspecciones realizadas en CPF CABA, principalmente a partir de las entrevistas reservadas y confidenciales con detenidos, señalaban las deficiencias estructurales en la atención médica en el Complejo, y en casos puntuales de fallecimientos durante 2010. Los relatos versaban sobre experiencias personales y colectivas de (in)asistencia a la salud.

“Me dieron una puñalada en el estómago hace tres o cuatro meses en otro pabellón. Me llevaron a Hospital (extramuros) de urgencia y tuve una operación. Tengo todo salido para afuera, pido atención y no me atienden. El único médico que me vio fue la semana pasada. Me dijo que me va a pedir turno pero que puede tardar cualquier tiempo; de cinco a seis meses. Me dijo que me cuide la herida y que me iba a mandar una faja nueva, y nada. Encima estoy engripado y es un problema, porque cuando toso se me sale más la herida. El médico de acá me dijo que me tienen que operar sí o sí, lo que pasa que los turnos tardan mucho.”

Se atendía en el Hospital Piñeiro, lo operaron y le sacaron medio metro de intestino delgado. En la unidad “no me daban atención, porque estaba en Pabellón 7 que reclamó y le cortaron todo beneficio. Saqué (audiencia solicitando) médico por juzgado, me dio una faja pero parecía un papel higiénico. En dos días se me rompió. Me volvió a ver y me dijo que no podía hacer nada, que era un ‘nudo interno’.”

“Estoy operado del nervio ciático. Tengo tres operaciones: nervio ciático, tendón y tibia y peroné. Tengo que hacer rehabilitación de kinesiología y gimnasio. Me operaron el 19 de marzo en el Hospital de Clínicas. Detenido, estoy desde el 1° de abril. Desde que estoy detenido (más de cuatro meses) no me atendió nadie. Me dijeron que el gimnasio lo tengo que pedir por el CUD (comenta que cuando bajó a educación se metió en el gimnasio sin autorización y como sanción informal no lo bajan más a educación). Tengo el pie ‘sin vida’ (muestra cicatriz en línea recta desde el tobillo hasta el glúteo. Tiene venda que le sostiene el pie. Si se la saca, asegura, se le cae). Saco audiencia al médico de planta y no me atiende. Me calmo con masajes que me hago yo. No me dan la medicación que me recetó el médico que me operó. Clocidol y Diclofenac 75. Son calmantes.”

“En el pabellón hay muchos con bolsitas de colostomía, operados. Gente que sufre de epilepsia. Hay uno en mi rancho.”

“Hay pibes que andan con bolsitas (intervenciones de colostomía) y no se las traen o les dicen, ‘sí, más tarde’, y se las traen al otro día; y eso es una necesidad bárbara.”

“Hay dos pibes como yo, otro con muletas, varios con bolsitas (intervenciones de colostomía). Se sacan audiencias, pero la misma policía no las retira. Allá hace un mes que el

¹² Esta redistribución de la muerte y la violencia será analizada hacia el final de capítulo.

Tal como anticipáramos en su momento, se han registrado dos muertes violentas por heridas cortantes en el primer bimestre del año 2011 en el Módulo VI CPF CABA. Pese a no corresponder su análisis en este informe por su alcance cronológico, corresponde la mención por la gravedad de la situación.

médico de planta no atiende. Se llevan las audiencias y no viene. Se pedía médico hace cuarenta, cincuenta días. No sólo por él (uno de los muertos) sino por la mayoría, y no pasaba nada.”

El panorama observado incluía casos de inasistencia absoluta (“no me atendió nadie”); y de asistencia insuficiente o inservible (“turno puede tardar de cinco a seis meses”, “me dio una faja pero parecía un papel higiénico”). La falta de atención es imputable al Área Médica (“Me volvió a ver y me dijo que no podía hacer nada”, “Me dijo que me cuide la herida y que me iba a mandar una faja nueva, y nada”) y al Área de Seguridad Interna, que entre su negación a cargarse de tareas (“Se sacan audiencias, pero la misma policía no las retira”) y al incluir el acceso a la salud dentro de una lógica premial (“no me daban atención, porque estaba en Pabellón 7 que reclamó y le cortaron todo beneficio”), priva del derecho a la salud a las personas detenidas al interior del Complejo Penitenciario CABA.

La deficiencia se presenta como estructural al haber estado presente en la totalidad de relatos recogidos, y en informes de inspección anteriores. Además de estructural, específicamente se reconoce la inasistencia médica como intrínsecamente relacionada con agresiones físicas de fuerzas de seguridad fuera de la cárcel, dentro de la cárcel, o entre detenidos permitidas o fomentadas por la misma agencia penitenciaria lo que se contradice con la imagen de CPF CABA como cárcel liberada de violencia (“Me dieron una puñalada en el estómago”, “recibió un tiro en la pierna con un arma de perdigones”, “Hay dos pibes como yo, otro con muletas, varios con bolsitas [intervenciones de colostomía]”).

Seis de las siete muertes ocurridas durante el período 2009- 2010 se encuentran aún bajo investigación judicial. Una de ellas a partir de la denuncia penal presentada por este organismo, las otras cinco de oficio. En dos de ellas, la Procuración Penitenciaria ha impulsado las actuaciones con presentaciones en calidad de *amicus curiae*.

2.4. Hacia una política penitenciaria sin distinción de género (I): la regularidad de la excepción alertada. Otra muerte violenta en cárceles de mujeres

Advertíamos como emergente en el Informe Anual del año pasado, la aparición de una *rara avis* que amenazaba con volverse práctica regular: las muertes violentas en cárceles federales de mujeres.

“La muerte violenta, hasta este año 2009 desconocida en los establecimientos penitenciarios federales de mujeres, comenzó a sentirse como regular amenaza, y evidencia de la instalación de un nuevo régimen y gobierno carcelario.”¹³

Luego de más de diez años sin registros de fallecimientos violentos en establecimientos penitenciarios femeninos, durante el año 2009 Procuración Penitenciaria tomó conocimiento de dos muertes por ahorcamiento en el Instituto Correccional de Mujeres (U.3) de Ezeiza. En el año 2010, una tercera muerte violenta por ahorcamiento volvió a estremecer la misma unidad.

El gobierno de las cárceles de mujeres a través de la violencia física ha comenzado a ser resaltado en diferentes investigaciones sobre la temática. Resulta un dato revelador, que las tres víctimas pertenezcan al colectivo de mujeres jóvenes (menores de 28 años).

“(P)odemos observar una tendencia ascendente de la violencia física perpetrada por los agentes estatales en las cárceles de mujeres. Las investigaciones que realizaron su trabajo de campo entre 2001 y 2003 señalan que ‘no son el uso frecuente de la violencia física [golpes] ni la verbal [insultos, gritos, aunque este tipo de violencia es más frecuente que el anterior] las formas de violencia utilizadas para docilizarlas, humillarlas, violentarlas y neutralizarlas’. Sin embargo, en el estudio realizado en 2007 la violencia física ejercida por los agentes institucionales ya se incluye como un indicador relevante, y se señala que el 5,7% de las encuestadas afirmaron haber sido golpeadas por el SPF en su última detención. Ahora bien, la presente investigación –realizada durante 2008- muestra que los valores de ese índice alcanzan el 8,1% de las mujeres entrevistadas (...) Por último, los resultados nos indican una concentración de dichas prácticas en el grupo de las

¹³ Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2009*, p. 145.

más jóvenes, que son alojadas en la Unidad N° 3, y entre las que hay una mayor proporción de encarceladas por delitos contra la propiedad.”¹⁴

La base de datos del *Programa para la Investigación y Documentación Eficaz de Casos de Tortura y Malos Tratos PPN* que ya mencionáramos, señala a la Unidad N° 3 de Ezeiza como la tercera con mayor cantidad de casos de tortura, con una cifra total de 36 hechos registrados para el año 2010.

2.5. Hacia una política penitenciaria sin distinción de género (II): muertes por desidia y el paradigma de la irracionalidad del castigo

Más allá de la emergencia de la violencia en cárceles de mujeres, una práctica institucional que ha operado tradicionalmente como estrategia regular de gobierno ha sido la utilización de la asistencia médica dentro de una lógica premial, o la inasistencia como modalidad de maltrato.

“Según estos estudios (los tradicionales de los organismos estatales y no gubernamentales), las mujeres privadas de libertad suelen padecer niveles menores de violencia física por parte de los agentes estatales en comparación con los que se reportan en las prisiones para varones. (En su caso) ese maltrato consiste en prácticas cotidianas de ‘disciplinamiento, castigo y aislamiento que constituyen la tecnología penitenciaria’ y por humillaciones y acciones degradantes en relación con el cuidado del cuerpo y su ‘mundo más íntimo y doméstico’, referidas a la construcción moral de la feminidad de las clases populares.”¹⁵

Esto es además, consecuente con la necesidad de aclarar que la infrecuencia de muertes violentas en cárceles de mujeres hasta el año 2009, no permite reducirlas a espacios carentes de letalidad: por el contrario, los quince fallecimientos en la Unidad N° 3 de Ezeiza por el período 2000- 2010 sólo son superados por las ocurridas en la Unidad N° 21, los Complejos Penitenciarios CABA, CPF I y CPF II, y la Unidad N° 20 SPF.

Además de las tres muertes violentas ya mencionadas, otros siete fallecimientos de mujeres por diferentes enfermedades en el período 2009-2010 han sido registradas durante la aplicación del *Procedimiento para la Investigación y Documentación de Fallecimientos en Prisión*: Una en la Unidad N° 3, otra en la Unidad N° 31, y las cinco restantes internadas en la Unidad N° 21 derivadas desde la primera de ellas o desde el Módulo V del CPF I de Ezeiza.

Dos muertes por enfermedad han sido registradas en el año 2010. La ocurrida en la Unidad N° 3 de Ezeiza merece ser destacada por el conflicto que ocasionó la inasistencia médica recibida. En las inspecciones realizadas a la unidad, pero puntualmente de las entrevistas mantenidas con detenidas, es posible destacar la desidia con que su patología fue tratada durante el encierro:

“El jueves la llevaron de nuevo al hospital ‘de afuera’ que no la atendió porque no tenía turno. La sacaron por decir que la sacaban, para que no moleste, pero sin pedirle turno. Cuando volvió la tuvieron mucho tiempo en el retén. La subieron como a las ocho y media (20.30 hs).”

“La sacaron junto conmigo al hospital extramuros. Lloraba y decía que le dolía mucho (...) Nosotras estamos indignadas, ella decía que la habían inyectado y que no podía caminar. Se tenía que agarrar de sillas. Estaba tan preocupada que llamó a su hija en Chile. Nosotras pedíamos que la llevaran a Centro Médico o a hospital ‘afuera’.”

“Una semana antes empezó con dolores. La inyectaron, y tenía mal aplicada la inyección y por eso tenía esos dolores. No sé como se llama el enfermero, nosotras le decimos ‘el carnicero’.”

Respecto al tratamiento médico dispensado inmediatamente previo al fallecimiento, los relatos recuperados resultan unívocos. En ellos se resalta la deficiente e indolente atención médica.

“A las doce empecé a pedir que la saquen porque estaba muy grave. Vino jefa de turno con celadoras a las doce y media, sin silla de ruedas. La tuvimos que arrastrar entre cuatro (en este punto es importante recordar que el pabellón 6 se encuentra en un piso superior). Llegamos abajo. La llevamos en silla de ruedas hasta Centro Médico. Para subirla (el Centro Médico vuelve a quedar en un piso superior) llamamos a dos más. La subimos a la cama, la cambiamos, le pusimos pañales. Todo nosotras. Nunca apareció un enfermero. El médico dijo: “a ella es a la que inyecté a la tarde”.

¹⁴ CELS, Ministerio Público de la Defensa de la Nación, PPN, *Mujeres en Prisión. Los alcances del castigo*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2011, p. 109/112.

¹⁵ CELS, Ministerio Público de la Defensa de la Nación, PPN, *op. cit.*, p. 105.

Nos dijo que la pongamos de costado para ponerle otro inyectable. Antes no la revisó, no le tomó la presión ni nada. Le quiso abrir la boca y no pudo. Quedó como desmayada, el cuerpo todo frío.”

“El viernes se levantó un poco contenta. Los dolores la atacaban cada tanto. Le pedimos Centro Médico como a las ocho de la noche, porque cuando estaba por cenar se desmayó del dolor. La vinieron a sacar, les pedimos que la internen pero a la media hora volvió del Centro Médico. Cuando volvió ya estaba como perdida, fue a la cama y se empezó a quejar. Tenía dolores, decía: ‘mis piernas, no las siento’. Y lloraba y se quejaba y vomitaba y se hacía pis. Divagaba, estaba vencida. Transpiraba frío.”

“Después del recuento de la tarde, o a la noche no estoy segura, el Doctor Clavijo la sacó e inyectó. Tipo dos o tres de la mañana empezó con convulsiones y no podía mover las piernas. Volvieron a sacarla e inyectarla. A la hora murió.”

La gravosa deficiencia en la atención médica, provocó el reclamo colectivo de las detenidas en la unidad, y la intervención de las máximas autoridades penitenciarias:

“El martes por la noche se reunieron con nosotras (las detenidas del Pabellón 6) todos los jefes: director, subdirector, jefe de (seguridad) interna y jefe de Centro Médico. El director nos dijo que vamos a esperar la autopsia y (que) se vea si fue culpa del médico o no. Mientras, (Clavijo) no va a atender más hasta que no estén los resultados. También pedimos en la reunión que nos digan qué medicamento nos aplican, oral o inyectable, que nos digan antes qué es. Y que este médico esté suspendido hasta que se sepa qué pasó.”

En términos más estructurales, esta Procuración Penitenciaria ha advertido sobre los peligros a la integridad física de las detenidas resultantes de la aplicación indiscriminada de medicación inyectable en las cárceles de mujeres. En un monitoreo realizado durante el año 2010 en la Unidad N° 3 SPF, se sintetiza que más del 75% de las mujeres allí alojadas afirman haber sido inyectadas en alguna oportunidad. Por otro lado, al indagar acerca de la información con la que las pacientes cuentan a la hora de recibir la medicación por vía inyectable, observamos que casi el 44% de las detenidas afirma desconocer qué es lo que se les inyecta. Sus resultados han permitido a la Procuración Penitenciaria sostener que el acceso a la atención médica –cuando se da– se produce en un marco de peligro permanente: al solicitar que las atiendan se exponen a la posibilidad de ser agredidas verbalmente y maltratadas por el personal médico y las enfermeras. Además de este potencial sometimiento que supone la situación de revisión médica, las mujeres manifiestan que llegar a dicha instancia supone soportar una excesiva demora hasta ser recibidas en el Centro Médico. Tanto tiempo de espera suele agudizar la sintomatología de las pacientes y, en muchos casos, provoca un plus de dolor físico que bien podría evitarse.¹⁶

La siguiente muerte de una detenida en el Hospital Marie Curie durante el año 2010, merece ser destacada como máximo exponente de la irracionalidad de la pena de encierro como castigo por excelencia. Se trata de una mujer de origen boliviano que falleció de un cáncer de cuello uterino, luego de permanecer detenida al interior de la Unidad N° 31 SPF junto con su hija menor por varios meses y atravesando una pluralidad de agravamientos y violaciones a sus derechos humanos más íntimos.

En primer lugar, la Procuración Penitenciaria tomó conocimiento de los abusos sufridos por su hija durante una salida extraordinaria el domingo 1° de noviembre de 2009¹⁷. De acuerdo a relatos de detenidas recabados, pudo conocerse que la menor tenía salidas “recreativas” extramuros con el Hogar de Belén, organización religiosa que se había acercado a la unidad hacía relativamente escaso tiempo. En el informe realizado en aquel momento, se sostenía que “estas salidas no son auditadas ni vigiladas por ninguna instancia estatal; no tienen días ni horarios fijos, y son ofrecidas para las madres que se encuentran alojadas junto a sus hijos y no cuentan con referentes en Buenos

¹⁶ Por un mayor desarrollo, ver el Capítulo sobre *Mujeres en prisión y cuestión de género* en el presente informe.

¹⁷ Con la intención de entrevistarse con su madre y otras detenidas, asesores del organismo se presentaron en la Unidad. La inspección se vio limitada a la entrevista con la Subdirectora de la Unidad, Alcaide Mayor Sonia Álvarez. Durante esa mañana las autoridades penitenciarias prohibieron el ingreso a la unidad no sólo a este organismo, sino de las diferentes organizaciones de derechos humanos y abogados particulares. Por la tarde, y desde la Procuración Penitenciaria de la Nación, nos comunicamos telefónicamente con compañeras de detención quienes aclararon no sólo los hechos ocurridos, sino el panorama estructural de precarización de la situación de la detenida y la represión violenta sufrida por sus compañeras de detención, de parte de las autoridades penitenciarias.

Aires”. De esa salida regresó la menor a las 18.00 hs, manifestando las compañeras de detención que padecía “dolor de cola” y presentaba excoriaciones. Ante el control realizado por el Área Médica de la Unidad, y que arrojará resultados negativos, las compañeras de pabellón exigieron la revisión por parte de un médico forense. Esta situación de reclamo colectivo continuó hasta la mañana siguiente, debido a la ausencia de respuestas concretas por parte de los directivos del establecimiento.

La represión posterior fue relatada por las detenidas: “ahí nos dijeron que el médico forense iría al penal, ya eran las 8 de la mañana. Estábamos descuidadas y vinieron de requisa (hombres y mujeres con escudos) al pabellón, comenzaron a pegarnos a las internas con palos. Entraron al pabellón y patearon cochecitos, uno de los cochecitos pateados tenía una nena. Les pegaron a varios nenes, y nos engomaron para que nos quedemos adentro. Desde las diez de la mañana estuvimos adentro, nos tiraron agua y los nenes estaban todos mojados, sin luz ni agua. Entró un médico forense y nos vio, después nos encerraron hasta las 17.00 hrs. No teníamos teléfono y tampoco nos dieron comida para nosotras ni para nuestros bebés. El jefe de judiciales, un tal Caballero, nos escupía y nos decía que éramos todas unas prostitutas. El cuerpo de requisa estaba compuesto por hombres del CPF I y agentes de la Unidad 3.”

Consecuencia de las agresiones físicas sufridas por las detenidas, desde este organismo se dio inicio al *Procedimiento para la investigación y documentación eficaces de casos de tortura y malos tratos*, radicando denuncias penales allí donde las víctimas prestaran su consentimiento (causa caratulada “Procuración Penitenciaria de la Nación sobre denuncia de presunta infracción del art. 144 ter, inciso 1”). Además, el abuso sufrido por la menor, se encuentra en etapa de investigación, ante el Juzgado Federal N° 1 de Lomas de Zamora a cargo del Dr. Santa Marina, Secretaría 3 (“U.31 sobre delito de acción pública”, Causa N° 15.683).

Además, esta situación conflictiva permitió visibilizar la situación de extrema vulnerabilidad atravesada por la mujer. Se debía en gran medida a la grave situación socioeconómica que atravesaba junto a su familia previo a la detención, lo que impedía que otras personas les brindaran a ella y su hija el sostén afectivo y material necesario para superar el encierro, recursos que el Estado niega e impide de manera regular y sistemática. El cuadro se veía agravado, más aún, por su origen foráneo (de nacionalidad boliviana), que su lengua principal fuera el quechua y careciera de familiares en el país. Estas fueron las motivaciones para que, por necesidad de ser incorporada a trabajo durante la detención, fuera trasladada hacia la Unidad N° 31 SPF (único establecimiento que cuenta con puestos de trabajo y guardería para que cuiden de su hija durante la jornada laboral).

La siguiente problemática que visibilizó el hecho traumático de su hija, fue su preocupante cuadro de salud. La mujer padecía de cáncer de útero, siendo atendida en un hospital externo donde se le realizaban los estudios preliminares de diagnóstico previo a definir el tratamiento a seguir. Este padecimiento, junto con los otros que han sido ya relatados, motivó una presentación de solicitud de indulto o conmutación de pena, el 17 de diciembre de 2.009. Al agravarse su patología, en el mes de junio el Tribunal Oral en lo Criminal Federal de Jujuy resolvió su expulsión del país anticipadamente -al no cumplirse el requisito temporal- por razones humanitarias. Sin embargo, la expulsión nunca pudo efectivizarse, porque no se encontraba en condiciones de afrontar el traslado hacia su país. Ante esta incapacidad física de encarar el viaje, permaneció internada en el Hospital Marie Curie, donde fue visitada en reiteradas ocasiones por asesores de este organismo hasta su muerte.¹⁸

¹⁸ Desde su internación, la situación de abandono de la menor fue motivo de preocupación. Esta problemática ya figuraba como una de las causas motoras del traslado hacia la Unidad N° 31, única vía que encontró la agencia penitenciaria de mantener la convivencia entre ellas, y que su madre pudiera trabajar a la vez, esta última necesidad vital ante el abandono material al que el Estado somete a las personas que priva de libertad. La ausencia de referentes en la Argentina fuera de la cárcel, motivó las salidas con el Hogar Belén, con las consecuencias gravísimas ya relatadas, y en investigación ante la Justicia Federal de Lomas de Zamora. Por último, la posibilidad de que ese lazo debiera interrumpirse -porque superase la edad máxima permitida para estar detenida junto a su madre (art. 195, ley 24.660), o el agravamiento del estado de salud de su madre le impidiese cuidar, además, de la menor- motivó la puesta en común de diversas estrategias para enfrentarlo (judiciales, administrativas). Lo cierto es que la madre falleció en el Hospital Marie Curie y su hija regresó a Bolivia junto a su tía, quién viajó especialmente para acompañarla en sus últimos días de vida.

2.6. Un emergente hasta ahora ignorado: la producción de muerte en el Servicio Psiquiátrico Central de Varones (U.20) SPF

El análisis del *Procedimiento de Investigación y Documentación de Fallecimientos en Prisión*, había invisibilizado hasta la fecha el poder letal desplegado por el Servicio Psiquiátrico Central de Varones (U.20) SPF, ubicado al interior del Hospital de Salud Mental José T. Borda. La ausencia de develamiento puede deberse, tal vez, a la continuidad de relatos esgrimidos por las autoridades penitenciarias respecto del drástico giro en el régimen, gestión y atención médica brindada al interior del hospital penitenciario de salud mental.

Recuperando la estadística de las muertes registradas por esta Procuración Penitenciaria desde el año 2000 a la fecha, se destaca la cantidad de dieciséis muertes en la Unidad N° 20 SPF, demostrando el carácter estructural del establecimiento en la distribución del poder letal al interior del régimen penitenciario federal. La Unidad, con una capacidad de alojamiento que escasamente alcanza los setenta detenidos, ha reunido en este período más muertes que cárceles de máxima conflictividad y con capacidades de alojamiento superlativamente mayores, como la Unidad N° 6 de Rawson, Unidad N°7 de Resistencia, Unidad N° 9 de Neuquén y Unidad N° 3 de Ezeiza.

Aunque se asegure una política destinada a lograr en el hospital penitenciario un clima de asepsia de violencia, respetuoso de la atención a la salud mental de los detenidos/ pacientes, la violencia se mantiene visible y permanente. En informes anteriores se sostenía el rol desplegado por la unidad en el circuito de malos tratos físicos y castigos encubiertos: “resulta pertinente decir que, si bien se intenta regular y desterrar la violencia como mecanismo sistemático en la operatoria en la unidad, llegan a la misma internos provenientes de otros establecimientos que han sido objeto de malos tratos físicos y que, como consecuencia de éstos, en algunos casos, han intentado suicidarse”.¹⁹

En ese plano, no es un dato menor que de las cuatro muertes registradas por Procuración Penitenciaria de la Nación en el período 2009- 2010, dos resulten violentas: una de ellas, consecuencia de una caída desde gran altura por la ventana de un hospital externo; la segunda por ahorcamiento en el sector de sanitarios de la Sala III de la Unidad N° 20.

2.7. El interior violento: variedad de muertes en el Instituto de Seguridad y Resocialización (U.6) de Rawson

Las tres cárceles federales de máxima seguridad en el interior del país (Unidad N°6 de Rawson, Unidad N° 7 de Resistencia, Unidad N° 9 de Neuquén) han sido tradicionalmente escenarios del mayor despliegue de violencia física por parte del personal penitenciario. La vigencia del gobierno mediante la tortura, vuelve a quedar plasmado en la *Actualización y Seguimiento de la Investigación sobre malos tratos y tortura*, desarrollada en este mismo informe anual. Allí se remarca que el 66,4% de los entrevistados en la Unidad N° 6, el 84,5% en la Unidad N° 7 y el 97,8% en la Unidad N° 9 habían sido agredidos físicamente por agentes penitenciarios durante la actual detención.

Recuperando los registros de este organismo sobre muertes en cárceles federales para el período 2000- 2008, la Unidad N° 6 no se destacaba por su nivel de letalidad. Mientras en la cárcel de Rawson se habían producido 6 muertes, en la Unidad N° 9 ascendían a 8, y en la Unidad N° 7 a 11.

El dinamismo propio de la cárcel como institución compleja, sin embargo, nos interpela exigiéndonos actualizar estos valores de acuerdo a los registros para el período 2009- 2010, extraídos del *Procedimiento para la Investigación y Documentación de Fallecimientos en Prisión*. Luego de una muerte violenta en abril de 2008 -por la que se encuentran siendo investigados diversos agentes penitenciarios consecuencia de las torturas aplicadas al detenido inmediatamente antes de su deceso- no han vuelto a registrarse nuevos fallecimientos en la Unidad N° 9 de Neuquén. En el bienio en análisis, en oposición, murieron cinco detenidos bajo la custodia de las autoridades del Instituto de Seguridad y Resocialización (U.6) de Rawson, y dos bajo la guarda de

¹⁹ Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2009*, p. 320.

la Prisión Regional del Norte (U.7) de Resistencia. La situación es aún más gravosa en la Unidad N° 6 SPF, si se tiene en cuenta que dos de ellas han sido violentas.²⁰

Es necesario destacar que existe una íntima relación entre el riesgo para la vida e integridad física en la Unidad N° 6 de Rawson, y las obstaculizaciones en la investigación de las muertes intentadas por sus máximas autoridades para asegurar la impunidad. La Unidad N° 6 de Rawson no ha informado oportunamente ninguna de las muertes ocurridas en el período. La última de las muertes violentas en 2010, por caso, consecuencia de un confuso episodio de incendio de su celda individual, sólo fue informada como contestación a un requerimiento genérico, con tres meses de demora. Además resulta ser una de las unidades pioneras en negar la remisión de copias de las historias clínicas.²¹

Es importante destacar que las causas y circunstancias en que se produjeron todas las muertes, así como las responsabilidades de funcionarios penitenciarios por todas ellas, se encuentran en plena investigación ante la justicia federal de Rawson. Dos de ellas, a partir de la denuncia efectuada por esta Procuración Penitenciaria de la Nación. La investigación judicial por la primera de las muertes violentas, es desarrollada en el próximo apartado por los interesantes aportes al esclarecimiento de las estrategias de impunidad desplegadas por la agencia penitenciaria.

2.8. La muerte en establecimientos sin muerte: casos de inasistencia médica en la Colonia Penal de Candelaria (U.17) SPF

Otro factor de análisis para el año 2010 resulta ser la importante cantidad de fallecimientos ocurridos en establecimientos carcelarios donde la muerte se presenta como un acontecimiento poco frecuente. Cinco muertes han tenido lugar en diferentes establecimientos que, de acuerdo a la clasificación asumida por el Servicio Penitenciario Federal en su *Plan de Gestión 2009*²², poseen regímenes abiertos o semiabiertos, con predominio de sectores de supervisión atenuada o autogobierno. A esto debería sumarse la muerte ocurrida bajo custodia de la Unidad N° 31 de Ezeiza, cárcel de baja conflictividad destinada a mujeres. Se han registrado una muerte en cada una de ellas.

FALLECIMIENTOS EN COLONIAS PENALES*

2006	2007	2008	2009	2010	2000-2010
2	2	3	3	6	41

* Histórico de muertes en cárceles de regímenes abiertos o semi-abiertos, con predominio de sectores de supervisión atenuada (Registro Fallecimientos- PPN).

Confirmando la notoriedad, de acuerdo a los registros de fallecimientos para el período 2000- 2010 recabados por esta Procuración Penitenciaria, por caso, la Unidad N° 8 de Jujuy sólo había registrado una muerte en el año 2008. Además la Colonia Penal de Viedma (U.12) registraba dos muertes en 2003, la Unidad N° 31 de Ezeiza dos más en los años 2004 y 2005, y la Unidad N° 15 de Río Gallegos tres fallecimientos en los años 2001, 2003 y 2005.

Mención aparte merece la situación en la Colonia Penal de Ezeiza, que luego de contabilizar tres muertes en los ocho años anteriores (en los años 2000, 2003 y 2006), registró dos en el período 2009- 2010, la primera de ellas violenta.²³

De todas maneras, por las similitudes entre ambas muertes que evidencian la inasistencia médica en el establecimiento, destacaremos las causas, circunstancias y responsabilidades de las autoridades penitenciarias por las dos muertes registradas en el período 2009- 2010 al interior de la Colonia Penal de Candelaria SPF. Sin ninguna muerte registrada en el período 2000-2008, la Unidad N°17 SPF contabiliza una muerte por año desde el inicio de aplicación del *Procedimiento para la Investigación y Documentación de Fallecimientos en Prisión*.

²⁰ En el mes de enero de 2.011 una muerte violenta más tuvo lugar en la Unidad N° 6 de Rawson. Por los objetivos cronológicos de este informe, queda fuera del análisis.

²¹ En igual sentido, ver Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2009*, p. 134.

²² Servicio Penitenciario Federal, *Plan de Gestión 2009* (www.spf.gov.ar).

²³ Al respecto, véase Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2009*, p. 140, y el desarrollo sobre la querrela presentada en este Informe Anual.

La primera de las muertes, un detenido de nacionalidad paraguaya de 43 años de edad condenado por la Ley de Estupefacientes, ocurrió en el mes de junio de 2009. Su certificado de defunción consignaba un paro cardio respiratorio provocado por un accidente cerebro vascular isquémico. La segunda muerte, un argentino de 32 años, tuvo lugar en el mes de diciembre de 2010. Falleció, de acuerdo a la información brindada por las autoridades penitenciarias, de un ataque al corazón. Ambas muertes catalogadas en principio como no violentas, se encuentran atravesadas por una deficiente atención a la salud, estructural en la unidad, y contingente en el caso de los fallecimientos.

En un primer informe elaborado por los asesores de Procuración Penitenciaria en la Provincia de Misiones en el mes de enero de 2009, se sostiene:

“la atención médica (un médico, para consultas) se realiza en los días hábiles: Una (1) o dos (2) horas diarias, por la mañana. Las consultas y medicación, se realizan conforme solicitud del Interno/paciente. Los Médicos no actúan de oficio, por propia voluntad; no recorren los Pabellones, no dialogan con los Internos para verificar la situación de salud de los mismos. Actúan, únicamente, ante un requerimiento.

Los médicos se hacen presentes en la Unidad (Guardia Activa) únicamente por la mañana (días hábiles); con una atención diaria (como máximo) de dos (2) horas. El resto del día, sábados, domingos y feriados, se encuentra en Guardia Pasiva: en la Ciudad de Posadas, distante a 25 Kms. de la Unidad 17.

La unidad, posee una ambulancia. Ante una emergencia (tarde o noche) los Internos son atendidos por el Enfermero de Turno y/o trasladados al Hospital público de Candelaria. Hasta que el Médico en servicio de Guardia pasiva, se haga presente en la Unidad desde Posadas, pasarán aproximadamente: cuarenta (40) minutos, como mínimo (depende del tránsito vehicular).”

Pese a las diferentes tratativas, un año más tarde la situación mantenía vigencia. El veinte de enero de 2010, de acuerdo al reclamo de los detenidos, la Subdelegación había realizado una presentación ante el Juzgado de Ejecución Federal de Posadas denunciando que los profesionales no se encontraban más de una hora y media en la unidad por la mañana. Formalmente cumplían guardias pasivas desde Posadas todos los días inhábiles y de fin semana, y días laborables por la tarde y noche. La única guardia activa era la del enfermero de turno que, como en el caso de la primera muerte, demostraba ser insuficiente. Esta precaria asistencia de la salud en la colonia, se mantuvo en el tiempo, tal como surge del informe elaborado en el mes de mayo de 2010 por el Subdelegado de Misiones. Vuelve a informarse que desde las 16 hs. la atención es a cargo del enfermero de turno, quedando los doctores en guardia pasiva desde su domicilio o consultorio.

La Procuración Penitenciaria se encuentra en plena articulación de acciones de índole político- administrativas tendientes a producir alteraciones en la inasistencia médica, con el objetivo de asegurar el acceso a la atención de la salud de los detenidos en la Colonia.

3. Denuncias y querellas por muertes en prisión: seguimiento y avances en causas judiciales

A partir de la aplicación del *Procedimiento para la Investigación y Documentación de Fallecimientos en Prisión*, la Procuración Penitenciaria se ha fijado entre sus objetivos asegurar el cumplimiento de la obligación estatal internacionalmente asumida de investigar las muertes en contexto de encierro.²⁴

Esta obligación pretende ser garantizada en primer lugar a partir del inicio de una investigación administrativa, imparcial, eficaz y profunda sobre las causas y circunstancias que

²⁴ De acuerdo al inciso 34 del *Conjunto de Principios para la Protección de todas las Personas Sometidas a cualquier forma de Detención o Prisión*, todos los Estados miembros tienen la obligación de llevar a cabo una investigación administrativa o judicial –aún de oficio- si una persona fallece durante su detención, o poco tiempo después de ser liberado. Esta normativa ha sido aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas, mediante Resolución 43/173 del 9 de diciembre de 1988.

rodean cada muerte de la cual toma registro, así como las responsabilidades de los funcionarios públicos e instituciones estatales implicadas.

La Procuración Penitenciaria de la Nación insta acciones judiciales en casos de fallecimientos en cárceles federales en los siguientes supuestos: *a)* cuando al finalizar la investigación administrativa es posible reconocer la existencia de responsabilidades de funcionarios públicos pasibles de persecución penal. Según las consideraciones específicas del caso, la gravedad institucional, y la prueba que haya sido posible recolectar, es posible la radicación de denuncia penal, la presentación en calidad de *amicus curiae* en una causa ya existente con la intención de generar su impulso, y hasta el requerimiento de ser tenido por parte querellante (art 18 incs. “d” y “e”, ley 25.875); o *b)* previo a finalizar la investigación administrativa, cuando la autoridad penitenciaria –a partir de obstaculizaciones estructurales o específicas del caso concreto- vuelve imposible el avance de la misma.

Corresponde señalar, entonces, que la Procuración Penitenciaria ha radicado quince denuncias desde el inicio de aplicación del *Procedimiento*. En estas y otras causas, este organismo ha incidido en las actuaciones a partir de diferentes institutos –contestación de requerimientos de información, presentaciones en calidad de *amicus curiae*- aportando nuevas pruebas, proponiendo apreciaciones alternativas e impulsando procesos.

Además, en dos ocasiones la Procuración Penitenciaria se ha presentado en calidad de parte querellante, al considerar la gravedad institucional de las violaciones a los derechos humanos íntimamente relacionadas con las muertes bajo investigación. Estas intervenciones se suman a otras dos querellas en investigaciones por fallecimientos previos al inicio del *Procedimiento*.²⁵

Decíamos que la Procuración Penitenciaria radicaba también denuncias penales en aquellos casos en que la investigación administrativa se encontraba entorpecida por las autoridades penitenciarias, y al momento de la muerte el SPF y el Poder Judicial hubieran decidido no investigar judicialmente. Esta decisión, resulta consecuente con la obligación estatal de investigar eficaz e imparcialmente toda muerte ocurrida durante el encierro, o poco tiempo después de finalizado éste. Si el Estado había decidido no investigar judicialmente la muerte, y la Procuración Penitenciaria se ve impedida de ejercer su control administrativo, entonces el Estado se encuentra incurso en una violación al Sistema de Protección de Derechos Humanos, pasible de responsabilizarlo internacionalmente.

Las causas judiciales que se radican en este sentido tienen dos pretensiones diferentes, aunque conexas. Investigar judicialmente lo que se impidió administrativamente –produciendo prueba y valorándola previo a decidir la posible existencia de responsabilidades penales a título personal o políticas a título institucional- y las responsabilidades a título personal que le correspondan a los funcionarios públicos que hubieran incumplido su deber de colaboración

²⁵ La primera querrela desde el inicio del *Procedimiento* se presentó ante la Justicia Federal de Lomas de Zamora, como consecuencia del homicidio de un detenido en la Colonia Penal de Ezeiza en el mes de julio de 2009. La investigación judicial se basó en identificar a los agresores, sin preocuparse por indagar sobre las responsabilidades estatales por el hecho. La querrela impulsó la investigación en torno a la falta de atención médica (la Colonia carecía de médicos al momento de los hechos) y corrupción penitenciaria. Principalmente, porque de las declaraciones testimoniales en la causa surgían datos que comprometían a distintos agentes penitenciarios en la comercialización de estupefacientes en su interior. Los pormenores de este caso han sido descriptos ya en, Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2009*, p.140.

La segunda querrela se presentó ante la Justicia Nacional de Instrucción de Capital Federal como consecuencia de la muerte por meningitis, cuya infección se relaciona directamente con las torturas aplicadas durante su detención al interior del CPF I de Ezeiza. Esta muerte es detallada en el apartado anterior.

Las intervenciones ante fallecimientos anteriores se encuentra relacionadas con dos muertes violentas donde se investigan participaciones directas por parte de agentes penitenciarios.

Por la primera de ella, muerte por ahorcamiento ocurrida en el año 2001 en CPF I de Ezeiza, tres funcionarios penitenciarios se encuentran procesados por el delito de apremios ilegales e instigación al suicidio (arts. 83 y 144 bis inc. 3° C.P). Luego de un interesante fallo de la Sala I de Cámara Federal de Apelaciones de La Plata donde, entre otras cuestiones, los define como crímenes de lesa humanidad y considera más apropiada la calificación como tortura, la Procuración Penitenciaria ha impulsado desde su rol de querellante en idéntico sentido.

Por otro lado, Procuración Penitenciaria es querellante en la causa penal por la muerte de un detenido en la Unidad N° 9 de Neuquén en el mes de abril de 2008. En ella se investigan las responsabilidades de diversos funcionarios penitenciarios por las torturas aplicadas inmediatamente previo al deceso.

preferente con este organismo –negando documentación, prohibiendo la realización de entrevistas con detenidos o inspecciones a establecimientos carcelarios. La Procuración Penitenciaria de la Nación, lejos de desentenderse de estas actuaciones, mantiene un seguimiento regular de las mismas aportando información conducente a partir de la contestación a los requerimientos judiciales formulados o presentaciones en calidad de *amicus curiae*.

Entre las causas judiciales iniciadas de oficio, donde la intervención judicial de este organismo ha consistido en impulsarla mediante presentaciones posteriores, podemos mencionar un fallecimiento ocurrido en el Hospital Municipal de Marcos Paz que tuvo por causa originaria el ahorcamiento al interior de su celda dentro del Pabellón 4 del Módulo I del CPF II de Marcos Paz.²⁶

El Juzgado Federal de Morón ante quien quedó radicada la causa, indagó solamente la existencia de terceros que hubieran influido en la decisión del detenido de quitarse la vida, sin producirse avances dignos de mención. La Procuración Penitenciaria de la Nación, a partir de la información recolectada, amplió la denuncia pretendiendo incidir en la orientación de la causa judicial. El principal objetivo de la presentación resultaba ser incluir dentro de las líneas de investigación, la responsabilidad penitenciaria por la inasistencia a la salud psíquica de los detenidos en ese pabellón –donde se sucedieron tres muertes por ahorcamiento en un plazo de siete meses- a partir de una política penitenciaria que complementa la ausencia de atención profesional psiquiátrica y psicológica, y su reemplazo por excesivos regímenes de encierro en celda individual y dispendio discrecional de psicofármacos.²⁷

Luego de la ampliación de denuncia y posterior presentación en calidad de *amicus curiae*, la causa judicial se encuentra en plena investigación. Han sido citados diferentes funcionarios penitenciarios y se ha requerido a las autoridades del Complejo Penitenciario la remisión de diferentes informes al respecto.

En contraposición, se pueden mencionar otras dos causas donde la Procuración Penitenciaria ha denunciado verosímiles responsabilidades penitenciarias a indagar, con escasos avances en la investigación hasta la fecha.

La primera de ellas, ocurrida al interior del Complejo Penitenciario Federal CABA en el mes de enero de 2009 como consecuencia de una congestión y edema pulmonar provocados por un cuadro de cardiopatía dilatada, fue iniciada de oficio ante la Justicia Nacional de Instrucción.²⁸

La línea de indagación desplegada por el Ministerio Público Fiscal –donde se encontraba delegada la instrucción- se limitó a recibir el sumario de prevención realizado por el mismo Servicio Penitenciario Federal e incorporar la historia clínica y la autopsia, ordenando -a los cuarenta días del fallecimiento- su reserva por no “apreciar la existencia de un hecho delictuoso, en virtud de la aparente muerte natural de XXX y que ya no restan diligencias que proveer tendientes a arrojar luz sobre el hecho investigado”. El nivel de desaprensión respecto de la investigación de la muerte alcanzaba un nivel notorio al observarse que la resolución por la que se decidía la reserva de las actuaciones (sin haber tomado siquiera una declaración testimonial: otros detenidos, familiares o personal penitenciario) se plasmaba en un formulario preimpreso en el que el nombre de la víctima y el número de causa, se agregaba en manuscrito.

Entonces, Procuración Penitenciaria requirió su desarchivo y amplió la denuncia solicitando se indagaran las responsabilidades penitenciarias por la falta de asistencia médica durante toda su detención, e inmediatamente previa a su muerte. Para ello se valía de las declaraciones de detenidos recibidas en un contexto de privacidad y reserva, y de los informes médicos de asesores de este organismo que reconocían la inadecuación del tratamiento brindado. En consecuencia, la Fiscalía citó tres detenidos a declarar en calidad de testigos, sólo dos comparecieron (se desconoce con certeza las razones de la ausencia del tercero) y la causa volvió a ser archivada. Recibió un nuevo

²⁶ Esta muerte es reseñada en, Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2009*, p. 142.

²⁷ Las particularidades de la gestión penitenciaria sobre este pabellón han intentado aproximarse en el apartado “Colectivo homosexual, transgénero y transexual”, dentro del Capítulo VII *Cárceles de Mujeres y cuestión de género*, en Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2009*, p. 277.

²⁸ Contraponiéndose de esta manera a la normativa vigente que establece la competencia federal para la investigación de todos los hechos ocurridos “en lugares o establecimientos donde el gobierno nacional tenga absoluta y exclusiva jurisdicción” (Art. 33 CPPN).

impulso de parte de este organismo, esta vez a partir de una presentación en calidad de *amicus curiae*, sin mayores avances al respecto.

También merecen destacarse los retrocesos en la investigación de las circunstancias y responsabilidades de funcionarios penitenciarios relacionadas con la muerte de un detenido al interior del Centro Penitenciario de Enfermedades Infecciosas (U.21) SPF en el mes de enero de 2009.

Ocurrida como consecuencia de un paro cardio respiratorio a partir de un síndrome meníngeo, la investigación administrativa encaminada por la Procuración Penitenciaria pretendió indagar la adecuación del diagnóstico, tratamiento y lugar de atención no sólo en este establecimiento médico penitenciario, sino en la Unidad N° 19 y demás cárceles donde había estado detenido con anterioridad.

La negativa de las autoridades penitenciarias a poner a disposición de este organismo de control la historia clínica del detenido previo a su ingreso a la Unidad N° 21, truncó la investigación exigiendo la radicación de causa penal por el incumplimiento de los deberes del funcionario público y la obligación estatal de garantizar una investigación ante cada muerte ocurrida en contexto de encierro.

En primer lugar, la investigación avanzó, pretendiendo obtener el documento. Ante la imposibilidad de dar con él, se le exigió al Director de la Unidad N° 21 SPF su declaración testimonial, donde diera cuenta de su ubicación actual. Luego de su respuesta sosteniendo que el detenido no ingresó con la historia clínica -y si hubiera sido recibida con posterioridad, se hubiera devuelto a la unidad de origen- la Fiscalía resolvió desconocer las responsabilidades consecuencia de no poner el mismo a disposición de la justicia y la Procuración Penitenciaria, toda vez que no puede asegurar su existencia (lo que, de por sí, es ya un incumplimiento). Con estos argumentos archivó la causa.

Esta decisión no sólo le resta seriedad a la causa penal por los incumplimientos de los deberes de funcionarios públicos, sino que deja trunca toda investigación estatal respecto de las causas, circunstancias y responsabilidades que hayan rodeado la muerte. Por estas razones, Procuración Penitenciaria volvió a interceder, en esta ocasión, en calidad de *amicus curiae*.

La presentación fue resuelta desfavorablemente, demostrando graves errores judiciales de forma y fondo. Por un lado, ignorando la existencia de una ley específica que establece las funciones y competencias de este organismo (ley 25.875), la resolución judicial ha pretendido regular su intervención en calidad de amigo del tribunal a partir de la genérica Acordada CSJN N° 28/04. En consecuencia, ha exigido requisitos de forma que el marco normativo no prevé para este organismo. Además desconoce la competencia de la Procuración Penitenciaria a presentarse en calidad de *amicus curiae*, argumentando la imposibilidad de asumir este rol por quien haya denunciado un hecho, sosteniendo que a partir de ese momento ha dejado de ser imparcial. De la lectura de la resolución judicial, se extrae que esta deficiente posición ha sido apoyada por la Defensoría Oficial actuante, lo cual lo vuelve políticamente más gravoso si entendemos entre las funciones del Ministerio Público de la Defensa, velar por una adecuada investigación de las muertes de detenidos bajo su tutela. Al momento de la redacción del presente informe, esta decisión ha sido controvertida por la Procuración Penitenciaria y se encuentra pendiente de resolución.

Corresponde destacar la investigación iniciada por la Justicia Federal de Rawson ante la muerte violenta de un detenido consecuencia de unas heridas cortantes recibidas al interior del Pabellón 12 del Instituto de Seguridad y Resocialización (U.6) SPF. Si bien los avances y retrocesos no son atribuibles a este organismo, amerita su mención en tanto se trata de uno de los escasos registros de las acciones y omisiones que despliega la agencia penitenciaria con posterioridad a una muerte, como maniobras de aseguramiento de la impunidad. Por estas razones, diferentes funcionarios penitenciarios resultaron procesados: el cuerpo de requisa y el Jefe de Seguridad Interna de apellido CUENCA, fueron acusados del delito de incumplimiento de los deberes de funcionario público y abandono de persona. Además las distintas acciones vinculadas con el encubrimiento de la muerte (coacción sobre los detenidos y negarse a trasladarlos a declarar) han hecho que el Director LEDESMA y el Jefe de Seguridad Interna CUENCA sean acusados por los

delitos de desobediencia y coacción (239, 149 bis CP). Durante el año 2010, la Cámara Federal de Comodoro Rivadavia revocó los procesamientos.²⁹

4. Otras vías de intervención: recomendaciones generales formuladas

La misma experiencia de estos dos años de aplicación del *Procedimiento*, ha generado la necesidad de ampliar los márgenes de acción, reconociendo al ámbito judicial como una herramienta importante pero que debe ser acompañada de estrategias político- administrativas y de política legislativa.

A finales del año 2010, se formularon tres recomendaciones generales con el objetivo de intervenir ante una multiplicidad de falencias en la política de asistencia a la salud de los detenidos al interior del régimen penitenciario federal, identificadas en casos de fallecimientos en prisión (art. 17, ley 25.875).

En primer lugar, y a través de la Recomendación 724/PPN/10, se requirió al Director Nacional del Servicio Penitenciario Federal que imparta las instrucciones necesarias para que las autoridades de cada establecimiento carcelario informen a la Procuración Penitenciaria de la Nación, defensorías y juzgados intervinientes todos los casos de enfermedades incurables en estadios avanzados, o de patologías que no puedan ser tratadas adecuadamente en prisión. Se tratan estos, de dos de los supuestos en los que procede la incorporación de detenidos al régimen de arresto domiciliario, de conformidad con la reforma instaurada por ley 26.472.

El objetivo de requerir esta información resulta ser la tramitación de los arrestos domiciliarios necesarios para reducir la cantidad de personas que mueren anualmente en cárceles federales por enfermedades en períodos avanzados o terminales, ven agravado su cuadro de salud, o imposibilitada su recuperación.

Al momento de redactar este informe, y pese a haber sido reconocido por el entonces Director Nacional de Servicio Penitenciario Federal como una política central trabajar contra las “muertes evitables” por arrestos domiciliarios no resueltos, la Recomendación General carece de todo tipo de contestación.

En segundo lugar, la investigación de responsabilidades por deficiente atención médica, suele obstaculizarse por la negativa de las autoridades penitenciarias a remitir copias certificadas de su historia clínica a la Procuración Penitenciaria. Sin copias certificadas e íntegras de la historia clínica de la víctima, no es posible formular ningún tipo de análisis sobre la adecuación del tratamiento, diagnóstico y lugar de atención. Esta práctica regular, resultó consolidada a partir del dictado por parte del Director Nacional SPF de la Resolución N° 1.803/10.

Mediante Recomendación 725/PPN/10, se requirió la derogación e inmediato y estricto cumplimiento del deber de colaboración preferente con este organismo (art. 18, ley 25.875), remitiendo ante cada requerimiento formal copias íntegras y certificadas de la historia clínica de cualquier detenido o ex detenido al interior del Régimen Penitenciario Federal, sin dilaciones, requisitos ni autorizaciones previos, ni intermediación alguna.

Como consecuencia de esta intervención político- administrativa, las autoridades del Servicio Penitenciario Federal revieron su postura, ordenando la remisión a la Procuración Penitenciaria de copias certificadas de la historia clínica de detenidos fallecidos, con la única condición de no existir expresa oposición por parte de los familiares y dar a las mismas un trato

²⁹ Tal como se destacara en el Informe Anual anterior, un detenido falleció en mayo de 2009, como consecuencia de las heridas de arma blanca producidas al interior del Pabellón 12 del Instituto de Seguridad y Resocialización (U.6 SPF). La causa judicial por la investigación de su muerte se encuentra atravesada por diversos relatos de detenidos que permiten constatar las responsabilidades penitenciarias ante la muerte (la que, al menos, decidieron no evitar) y las acciones desplegadas a continuación con la intención de ocultar e impedir reproches posteriores. Consta en las diferentes declaraciones reunidas en la investigación, que el riesgo de un conflicto de esta magnitud, había sido puesto en conocimiento ya de las autoridades penitenciarias por los mismos detenidos. Una vez ocurrido el desenlace trágico, comenzaron las amenazas a testigos clave, para asegurar el pacto de silencio. Además, impidieron la declaración de diferentes detenidos al negarse a efectuar los traslados a sede judicial. Al respecto, véase, Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2009*, p. 138.

confidencial (Res. DN N°220/11). La cercanía entre su vigencia y la redacción de este informe, hace imposible un análisis sobre el cumplimiento de esta nueva reglamentación. Será motivo de control durante el 2011, y su conclusión se volcará en el Informe Anual respectivo.

Por último, durante la aplicación del *Procedimiento*, han podido registrarse en reiteradas ocasiones interrupciones o demoras en la aplicación de tratamientos vitales, justificadas por la agencia penitenciaria basándose en negativas del detenido a recibirlo. Estos rechazos, siempre pésimamente formalizados e incumpliendo normativa vigente (Res. DN 1342/09), se encontraban atravesados por una incertidumbre sobre su veracidad. Por eso, mediante Recomendación 731/PPN/10 se exhortó al Director Nacional SPF arbitre los medios necesarios para la implementación de un sistema de registro ante negativas de los detenidos a realizarse controles preventivos, o recibir tratamientos, medicación o vacunas. Se exigía la reproducción del registro bajo un formulario estándar de aplicación obligatoria por todos los servicios médicos de establecimientos penitenciarios federales. Puntualmente, en el caso de tratamientos antirretrovirales (TARV), la ficha debía ser completada ante cada inicio, rechazo, suspensión transitoria o revocación. Además, se exhortaba al Director Nacional del Servicio Penitenciario Federal a ordenar la adaptación de la ficha médica de ingreso a toda cárcel federal, estandarizándola, para que permita dejar constancia ante cada traslado de la recepción, junto con el detenido, de su historia clínica, plan de tratamiento y medicación para el próximo mes, tal como exige la reglamentación vigente.

Si bien el Director Nacional se ha mostrado en diferentes presentaciones públicas alarmado por las dieciocho muertes registradas en el año 2009 por HIV/SIDA, esta Recomendación General tampoco recibió respuesta alguna.

Concluyendo, se ha pretendido a partir de estas intervenciones político- administrativas, garantizar el derecho a la salud a través de una recuperación pronta y adecuada en aquellos cuadros no terminales, logrando descensos en la cantidad de muertes en prisión ante cuadros patológicos severos que carezcan de posibilidad de sobre vida intramuros. En aquellos casos de terminalidad, evitar la transformación de la pena de prisión en pena de muerte, garantizando el derecho a una vida y muerte digna. Por último, reducir los niveles de oscuridad e impunidad que atraviesan las investigaciones por muertes ocurridas en cárceles federales, incluso aquellas que resultan consecuencia de una enfermedad.

5. El discurso oficial ante la muerte: las réplicas formuladas

La reproducción de la muerte en cárceles federales, el ocultamiento de las causas y circunstancias en que se producen, y la profundización de la impunidad de los funcionarios e instituciones responsables, es posibilitado y constituido por el discurso o relato oficial que se instala sobre los fallecimientos en el régimen penitenciario federal.

El discurso penitenciario sobre las muertes en cárceles federales, puede rastrearse a partir del análisis complementario de los siguientes documentos emanados del Servicio Penitenciario Federal: *INFORME ANUAL DE GESTIÓN 2008*, *PLAN DE GESTIÓN 2009* e *INFORME DE GESTIÓN SANITARIA 2009- 2010*. Además, por las declaraciones públicas efectuadas por su máxima autoridad durante el año 2010, en el V Encuentro Nacional de Jueces de Ejecución Penal en Bariloche en el mes de abril, y en el encuentro de la Comisión de Derechos Humanos del Mercosur (PARLASUR) en el mes de octubre. Por último, complementándolas con distintas normativas ministeriales y del Servicio Penitenciario Federal vigentes.

Esta construcción sobre la muerte en cárceles federales, ha intentado ser contrapuesta a partir del trabajo continuo desde la Procuración Penitenciaria, y puntualmente mediante diferentes documentos de difusión dirigidos a actores especializados, y a la opinión pública a través de medios masivos de comunicación³⁰. Se reproducen a continuación una serie de críticas vinculadas a la

³⁰ “Primeras aproximaciones al análisis de la muerte en cárceles federales durante el año 2.009”, Documento presentado en el V Congreso de Jueces Nacionales de Ejecución Penal en Bariloche, abril de 2.010. “Se registran al menos 11 Muertes Violentas en Cárceles Federales en el último año” y “Denuncia sobre la grave situación atravesada por los detenidos en el Instituto de Seguridad y Resocialización, Unidad N° 6 del Servicio Penitenciario Federal”, comunicados de prensa disponibles en www.ppn.gov.ar.

distancia entre discurso y praxis penitenciaria, reduccionismo o falacias en el primero, e ineficacias de la segunda. Para simplificar su análisis, se desarrollan agrupándolos temáticamente.

5.1. Política penitenciaria en torno a la confección de estadísticas, producción de información y agilidad en las investigaciones por fallecimientos

Discursivamente, el Servicio Penitenciario Federal, ha sostenido la importancia de producir estadística confiable sobre el régimen penitenciario federal. Así lo sostenía en su *Informe de Gestión 2008*, al aseverar que “la elaboración de información que refleje numérica y estadísticamente la orientación de una gestión, asocia predecibilidad, modo de avance y transparencia a las políticas públicas”.³¹

Por otro lado en el Congreso de Bariloche, el Director Nacional SPF insistía en la necesidad de realizar investigaciones inmediatas y eficaces que proporcionen resultados en tiempo y forma.

En oposición, la agencia penitenciaria ha desplegado una serie de prácticas obstaculizadoras, impidiendo la realización de estadísticas fiables e investigaciones con la celeridad, eficacia y objetividad que la problemática exigiría. Los capítulos de fallecimientos en cárceles federales de los últimos Informes Anuales de la Procuración Penitenciaria, han dedicado sendos apartados a describir los entorpecimientos penitenciarios a la actividad de este organismo. Entre ellas se destacan la negación a contestar requerimientos de información, la prohibición de ingresar a inspeccionar lugares de detención, la manipulación de elementos probatorios y la coacción sobre testigos claves.³²

Al igual que en años anteriores, nos encontramos con la necesidad de dedicar parte de este capítulo a las sucesivas obstaculizaciones impuestas por la agencia penitenciaria ante el *Procedimiento de Investigación y Documentación de Fallecimientos en Prisión*. Además de los entorpecimientos durante el proceso de investigación –principalmente a partir de la negación a aportar copias certificadas de las historias clínicas- el principal impedimento radica en la falta de información oportuna al organismo de control, de cada muerte ocurrida bajo custodia del Servicio Penitenciario Federal.

Sosteníamos en el Informe Anual 2009, que “la negación de información requerida formalmente por la Procuración Penitenciaria de la Nación y demás organismos de derechos humanos involucrados se ha convertido en punto crucial de la política penitenciaria en el régimen federal. Esta característica, central en la gestión, se acrecienta ante la investigación sobre la producción de muerte y adquiere una doble estrategia: negar información solicitada y contestarla tergiversando los hechos narrados (ocultando casos, causales de muerte, demorando respuestas)”. El proceso de desinformación en marcha, ha venido registrándose en los Informes Anuales de este organismo desde el año 2007.³³

Como primer barrera que establece el Servicio Penitenciario Federal a la investigación y documentación de fallecimientos de detenidos bajo su custodia, corresponde señalar el alto índice de muertes no informadas oportunamente. Consideramos información oportuna a la comunicación realizada por las autoridades penitenciarias que revista carácter formal, activo y en un lapso menos a los quince días de ocurrida. Descartamos entonces como información oportuna, toda manifestación por agentes penitenciarios bajo la modalidad de rumor sin confirmación posterior, aquella comunicación que lejos de demostrar la voluntad penitenciaria de informar no sea más que la obligada contestación a un requerimiento formulado desde PPN, y las notificaciones extemporáneas que imposibiliten una acabada investigación sobre las causas y circunstancias que rodean la muerte.

³¹ También asume la importancia de hacer pública esa información que se produce: durante el V Encuentro de Jueces Nacionales de Ejecución Penal, en la ciudad de Bariloche en el mes de abril de 2010 (en adelante, Congreso en Bariloche) el Director Nacional SPF aseguró que la estadística utilizada para la conferencia quedaría publicitada en la página web del SPF para que todos tuvieran acceso. Nada de eso ocurrió.

³² Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informes Anuales 2008 y 2009*, ps. 81 y 127, respectivamente.

³³ Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2009*, p.118. Por un análisis de la implementación por parte del SPF de una política regular de ocultamiento de información específica ante casos de muertes en cárceles federales, ver Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2007 e Informe Anual 2008*, ps. 218 y 150 respectivamente.

Del análisis de los dos primeros años de aplicación del *Procedimiento* surge, entonces, que más de la mitad de las muertes no han sido informadas oportunamente (40 de 78 fallecimientos): el 41% en el 2009; el 68% en el 2010. No sólo el ocultamiento se ha visto profundamente agravado en el último año, sino que regularmente es exacerbado en los casos de muertes violentas. Continuando una regularidad ya detectada en el Informe Anual pasado, dieciséis de las veintitrés muertes violentas registradas por la Procuración Penitenciaria en el período 2009- 2010 no fueron informadas oportunamente por el SPF (70%).³⁴

Como medida de control destinada a contrarrestar esta política de desinformación, la Procuración Penitenciaria de la Nación remite requerimientos periódicos de información con la finalidad de construir la cifra de muertes, aún con una dilación que dificulte la investigación de casos puntuales. A finales del año 2010 se cursaron requerimientos a cada uno de los establecimientos penitenciarios federales -y uno global a la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario Federal- a fin de registrar la totalidad de muertes en el período 2010. Los requerimientos fueron reiterados en el mes de febrero de 2011. Sin embargo, ni la Dirección Nacional SPF ni las autoridades de los establecimientos CPF I de Ezeiza y CPF II de Marcos Paz habían cumplido con su deber de información al momento de redactar el presente informe. El incumplimiento de ambos complejos es por demás significativo toda vez que reúnen diecisiete muertes en el año 2009 (el 36% de la totalidad por aquel período).³⁵

A partir de la información recolectada y suministrada por la Dirección Nacional SPF, es imposible desde este organismo sostener una reducción de las muertes ocurridas en el último período. No es posible reconocer en las treinta y un muertes registradas en 2010 como una cifra definitiva, en un marco de desinformación como el que hemos señalado.

5.2. La posición de la agencia penitenciaria ante la muerte por suicidio

En primer lugar, corresponde señalar que la responsabilidad de la agencia penitenciaria ante la muerte, es reconocida sólo discursivamente y en abstracto³⁶. Sin embargo, la responsabilidad es diluida cuando el análisis atraviesa categorías de muertes concretas, o hechos puntuales ocurridos. Es una clara demostración del primer señalamiento la posición establecida por la agencia penitenciaria respecto de los suicidios en contexto de encierro. Son ejemplos paradigmáticos de la segunda negación de responsabilidad, la “omisión” de muertes violentas especialmente traumáticas. A partir de esta doble negación de hechos y circunstancias concretas de muertes en cárceles, la autoridad penitenciaria acaba desacreditando de manera latente, la responsabilidad que asume discursivamente.

En los diferentes documentos del Servicio Penitenciario Federal -y manifestaciones públicas de sus máximas autoridades- en los últimos dos años, se evidencia una construcción teórica destinada a considerar los fallecimientos por suicidio como una tercer categoría complementaria de las muertes violentas y no violentas, o incluidos en esta última. Así en el *Informe de Gestión 2008*, en los gráficos que demuestran la evolución de los fallecimientos desde el año 2002, el número de suicidios no integra la cifra de muertes violentas³⁷. En cambio, en el *Informe de Gestión Sanitaria 2009- 2010*, el Servicio Penitenciario Federal reconoce decididamente a los suicidios como muertes no violentas.³⁸

Desde un marco teórico, los suicidios revisten el carácter de muerte violenta, de acuerdo a las categorizaciones establecidas por las máximas autoridades en la materia. Así, la Organización Mundial de la Salud ha definido la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad,

³⁴ Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2009*, p.119.

³⁵ Los requerimientos a Dirección Nacional SPF, CPF I de Ezeiza y CPF II de Marcos Paz fueron remitidas por Notas N° 3484/PPN/10, 3485/PPN/10 y 3486/PPN/10, recibidas el 21 de diciembre de 2011. Se reiteraron mediante requerimiento que cumple las formalidades de pronto despacho (art. 10, ley 19.549) por Notas N° 846/PPN/10, 847/PPN/10 y 848/PPN/10 de fecha 16 de marzo de 2011.

³⁶ Así, por ejemplo, en la conferencia del Director Nacional SPF en el Congreso de Bariloche: “La muerte siempre tiene un responsable, siempre hay un responsable de la muerte (...) Siempre hay una responsabilidad de por medio, y eso es algo que nosotros tenemos que tener bien en cuenta cuando hablamos del problema de la muerte en la cárcel”.

³⁷ Servicio Penitenciario Federal, *Informe de Gestión 2008*, ps 50 y ss. (www.spf.gov.ar).

³⁸ Servicio Penitenciario Federal, *Informe de Gestión Sanitaria 2009- 2010*, p. 73. (www.spf.gov.ar).

que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. Por esta razón, el organismo internacional incluye a las autolesiones (y específicamente los suicidios) como categoría de muertes violentas en su *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*.³⁹

Esto, además, tiene una importancia política trascendental, consistente en construir estadísticas que afirman, de modo falaz, el descenso de las muertes violentas al no incluir los suicidios, y por ende la eficacia en las políticas de reducción de la violencia.

Volviendo al *Informe de Gestión 2008* e *Informe de Gestión Sanitaria 2009- 2010* ya mencionados, esta construcción le ha permitido asegurar al Servicio Penitenciario Federal cifras de muertes violentas claramente inferiores a las registradas por este organismo: 7 en 2002, 8 en 2003, 4 en 2004, 8 en 2005, 9 en 2006 y 2007, 4 en 2008 y 2009. Además, en la Conferencia de Bariloche del mes de abril, el Director Nacional aseguró la inexistencia de muertes violentas en los meses que habían transcurrido del 2010.

HISTÓRICO MUERTES VIOLENTAS*

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
RECONOCIDAS									
SPF	7	8	4	8	9	9	4	4	53
REGISTRADAS									
PPN	19	15	14	15	16	21	14	15	129

*Comparación entre muertes reconocidas por SPF en *Informe de Gestión 2008* y *Congreso de Bariloche*, y aquellas registradas por PPN en su base de fallecimientos. La negativa de la Dirección Nacional SPF a remitir un global de las muertes en 2010 no permite registrar un número de muertes violentas reconocidas para este último período.

Diluir la responsabilidad de la agencia penitenciaria ante la muerte por suicidios no sólo se fundamenta en su consideración como muerte no violenta, sino por asociarlo a causas y circunstancias aparentemente aleatorias, y nunca con las coacciones que imponen la modalidad del régimen penitenciario y sus autoridades. En ese sentido, en el ya mencionado Congreso de Bariloche, el Director Nacional del SPF destacó:

“Si ustedes se fijan, de la cantidad de suicidios que tiene el sistema federal, el 80% de los suicidios se producen en el Complejo Penitenciario Federal. Las condiciones de detención del Complejo Penitenciario Federal I (y del) Complejo Penitenciario Federal II de Marcos Paz, es decir Ezeiza versus Marcos Paz, no son tan diferentes. Ahora, por qué se mueren, por qué se suicidan más en Ezeiza que en Marcos Paz (...)

Esto es simple, las ventanas de Marcos Paz son así (simboliza barrotes verticales), las ventanas del Complejo I son así (simboliza esta vez, barrotes horizontales). Así se pueden colgar, así no se pueden colgar. Simple. Es decir, no es que la persona no haya querido colgarse en Marcos Paz, es que no tuvo la posibilidad de la muerte rápida, la muerte al alcance de la mano. Y ese segundo de más que no tienen la muerte al alcance de la mano, es el que reduce las expectativas de muerte. Ustedes dirán, ‘uno no puede estar calculando muertos por como tiene las ventanas puestas, evidentemente hay que estar modificando las ventanas del Complejo I’. También evidentemente eso cuesta millones de pesos, porque ya está construido así, deberían haberlo hecho antes. Pero bueno, nosotros para las próximas construcciones ya lo tenemos en cuenta.”

En contraposición, este organismo ha recuperado reiterados relatos de personas cercanas a las víctimas, que dan cuenta de diferentes coacciones que el régimen penitenciario y sus autoridades imponen a los detenidos previo a tomar una decisión tan traumática, como son los malos tratos o tortura, los aislamientos individuales excesivos y el impedimento u obstaculización de lazos familiares.⁴⁰

La sumatoria de ambas cuestiones –desconocer la condición violenta al suicidio y la existencia de hechos traumáticos puntuales- ha permitido al Servicio Penitenciario Federal negar la

³⁹ Organización Mundial de Salud, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, 2002. Esta posición había sido remarcada ya por Procuración Penitenciaria en su comunicado de prensa “*Se registran al menos 11 Muertes Violentas en Cárceles Federales en el último año*”, disponible en la página web del organismo (www.ppn.gov.ar).

⁴⁰ Pueden resultar gráficos las reseñas a casos paradigmáticos incluidos en este capítulo, y en Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2009*, p. 136.

existencia de muertes violentas por extensos períodos. En su *Informe de Gestión 2008*, el SPF destacaba la inexistencia de fallecimientos por hechos de violencia en el segundo semestre de 2008, lo que hubiera resultado imposible de considerar al suicidio ocurrido el 5 de octubre en el Módulo 1 Pabellón 4 de CPF II de Marcos Paz. Además, aseveró que durante el 2008 no habían ocurrido muertes consecuencia del “accionar del personal penitenciario”: esto sólo es posible en caso de desentenderse de la causa penal aún en trámite ante la Justicia Federal de Neuquén, por la investigación de torturas seguidas de muerte, aplicadas en la Prisión Regional del Sur (Unidad N° 9 SPF) en el mes de abril. En el ya mencionado Congreso de Bariloche, el Director Nacional SPF pudo sostener la reducida cifra de cuatro muertes violentas en 2009 y la ausencia de muertes violentas en la fracción de 2010 a partir de desconocer, entre otras, las dos muertes por ahorcamiento en la Unidad N° 3 de mujeres en 2009, y los fallecimientos por ahorcamiento y como consecuencia de un incendio, en el mes de febrero en la Unidad N° 20 SPF y de abril de 2010 en CPF II de Marcos Paz respectivamente. Más tarde, los artículos periodísticos consecuencia del encuentro del PARLASUR en el mes de octubre, replicaban al Director Nacional del SPF asegurando el récord de un año sin muertes por violencia en cárceles federales. Como replicara la Procuración Penitenciaria en su momento mediante comunicado de prensa, en aquel período anual el organismo había registrado once muertes traumáticas:

“En aquellos últimos tres meses del año 2009, se produjeron al menos cuatro muertes violentas por ahorcamiento -algunas de ellas ocurridas en circunstancias controvertidas como para ser catalogadas como suicidios-, tres de ellas en el Complejo Penitenciario Federal I de Ezeiza y la restante en la Unidad N° 3 de mujeres. Completa la cifra (trimestral) una (quinta) muerte ocurrida en el mes de octubre, resultado de heridas de arma blanca producidas al interior del Complejo Penitenciario Federal de la CABA [ex U.2 de Villa Devoto].

Por su parte, en los meses transcurridos durante el año en curso, las muertes violentas ascienden a seis, cuatro de ellas por ahorcamiento [en la unidad psiquiátrica N° 20, en CPF CABA, CPF I de Ezeiza y Unidad N° 15 de Río Gallegos]. Otra de ellas, resultado de las graves quemaduras, consecuencia de un incendio en las celdas de aislamiento del Módulo V del CPF II de Marcos Paz.

La restante muerte, aún en investigación, se produjo en el Hospital Muñiz, donde el detenido fue derivado desde el CPF I de Ezeiza, previo paso por la unidad hospitalaria N° 21 donde los médicos penitenciarios constataron su ingreso con fractura de órbita de cráneo, lesiones en frente, codo derecho, rodilla derecha e izquierda, y antebrazo derecho. Su padre declaró en la causa judicial en trámite que las lesiones sufridas eran producto de los golpes recibidos por la guardia del CPF I de Ezeiza.”⁴¹

5.3. La muerte violenta en el discurso penitenciario: la reducción del concepto, sus causas reconocidas y las “políticas de acción”

Hemos señalado ya, que la concepción penitenciaria sobre la muerte violenta es reconfigurada constantemente como muerte por pelea entre detenidos. Esta reducción a heridas de arma blanca, que deja arbitrariamente fuera otros tipos de muertes traumáticas –vgr. por ahorcamiento, incendio, caídas de gran altura, torturas seguidas de muerte- puede observarse como ya señaláramos en documentos oficiales como *Informe de Gestión 2008* e *Informe de Gestión Sanitaria 2009- 2010*.

Operada la reducción conceptual, el discurso penitenciario sobre muertes violentas reconoce sesgadamente las causas que las motivan. Principalmente a partir de reconocer al preso como un sujeto naturalmente violento y el hacinamiento como principal y único factor estructural a relevar. Sostenía el Director Nacional SPF en su conferencia en el Congreso de Bariloche:

“El desarrollo de violencia, que existe en muchos casos naturalizada en el propio privado de la libertad. Es decir, resolver los conflictos corporalmente, llevados incluso a la utilización de algún elemento cortante, es una decisión que en general la mayoría de nosotros no tendríamos y que en

⁴¹ Procuración Penitenciaria, “Se registran al menos 11 Muertes Violentas en Cárceles Federales en el último año” (comunicado de prensa), disponible en la página web del organismo (www.ppn.gov.ar).

otros lados está muchísimo más naturalizada. Podríamos decir que la misma cárcel naturaliza esa respuesta.”

Además:

“Un espacio sobrepoblado aumenta inevitablemente la violencia. Si la discusión es por la cama, si la discusión es por la comida, la violencia es más creciente. Si la discusión no es por tener más horas de recreo si no por saber si vas a tener una cama para dormir la noche. Si esa es la discusión con la que estás arrancando, en un espacio de encierro, donde –si se quiere- también hay una subcultura. Si se discute la posibilidad de tener una cama evidentemente estamos en una situación de muchísima mayor capacidad de generar conflicto.”

Esta explicación, sesgada, resulta de suma utilidad para la agencia penitenciaria que, al menos en principio, poco podría hacer para reducir el problema de la superpoblación donde exista⁴². Sin embargo, pese a sostenerse que desde el año 2006 el Servicio Penitenciario Federal no registra superpoblación –y asegurar la implementación de medidas efectivas para eliminarlas de las cárceles especialmente críticas como CPF CABA, U3, U20, U22 y U23⁴³- las muertes violentas no han descendido y se reproducen en todo tipo de establecimiento, distribuyéndose en diez cárceles desde el inicio de aplicación del *Procedimiento* (CPF CABA, CPF I de Ezeiza, CPF II de Marcos Paz, U.3 de Ezeiza, U.4 de Santa Rosa, U.6 de Rawson, U.11 de Sáenz Peña, U.15 de Río Gallegos, U.19 de Ezeiza, U.20 SPF).

Permanecen por fuera del análisis, entonces, todas las circunstancias estructurales donde se despliegan las muertes violentas. Recuperadas en los diferentes informes que ha producido la Procuración Penitenciaria, todas ellas dan cuenta de altos niveles de responsabilidad de la agencia penitenciaria: aislamientos unicelulares excesivamente prolongados; dispendio irracional, arbitrario y en algunos casos comercial, de estupefacientes y medicación psiquiátrica; reconocimiento de sectores de alojamiento donde el gobierno se reserva a relaciones violentas entre detenidos, sin actuación preventiva y con intervención represiva y violenta posterior.⁴⁴

Producto de la complementación de estas construcciones sesgadas sobre la violencia, el discurso de políticas penitenciarias para su reducción presenta líneas distintivas. Iremos señalando las más trascendentales, así como su confrontación con las políticas reales implementadas.

El Servicio Penitenciario Federal enuncia como su principal línea política de reducción de la violencia, la gestión y redistribución poblacional. “En procura de minimizar los niveles de violencia intracarcelaria, se elaboraron nuevos criterios de agrupamiento de internos que permitieron redistribuir con mayor racionalidad a la población penal”, se señala en su *Informe de Gestión 2008*⁴⁵. En su *Plan de Gestión Anual 2009*, el Servicio Penitenciario Federal sostiene que el respeto al “derecho a la vida, a la integridad física, a la dignidad, orienta principalmente todas las acciones que ya se vienen implementando y que se van a profundizar durante el presente año, que tienden a la reducción de la conflictividad penal, a través de una redistribución de los alojados de acuerdo a sus características (...)”⁴⁶.

Como señal distintiva, la agencia penitenciaria reitera la experiencia de *reducción del nivel de conflictividad en el Complejo Penitenciario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ex U.2)*:

“En esa senda, el Ministro de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación firmó la Resolución MJSyDH N° 1681, que dispuso la identificación y el realojamiento de internos conflictivos que habitaban en ese complejo. Como consecuencia de esta resolución, del 26 de junio de 2008 se efectuó el traslado de más de 100 internos procesados con graves problemas de conducta a los Complejos Penitenciarios de Ezeiza y de Marcos Paz donde fueron alojados en celdas

⁴² Habrá que analizar, en algún momento, la responsabilidad penitenciaria en las tasas de encarcelamiento. Principalmente, por el fuerte peso que su decisión tiene al momento de resolver la incorporación de detenidos a regímenes de egresos anticipados.

⁴³ Servicio Penitenciario Federal, *Informe de Gestión 2008*, p. 35/42.

⁴⁴ Son especialmente característicos de estas condiciones de posibilidad de la violencia, los casos desarrollados en Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2009*, p. 136. En este capítulo, ver el segundo apartado *Casos paradigmáticos de fallecimientos investigados y documentados por PPN*.

⁴⁵ Servicio Penitenciario Federal, *Informe de Gestión 2008*, p. 36.

⁴⁶ Servicio Penitenciario Federal, *Plan de Gestión Anual 2009*, p.5. El mismo documento reitera esta directriz en la planificación del régimen de seguridad al interior de las cárceles de máxima seguridad, Unidades N° 6 de Rawson, N° 7 de Resistencia y N° 9 de Neuquén.

individuales. Como contrapartida, se trasladaron internos de baja potencialidad conflictiva al Complejo Penitenciario Federal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Fue un primer gran paso para redefinir las características de la población penal que puede ser alojada en este complejo carcelario: internos procesados de baja conflictividad. Nótese que durante todo el segundo semestre del año 2008 no se produjo ninguna muerte por hechos de violencia.⁴⁷

A su vez, este sistema de clasificación con fundamento en la reducción de la violencia, es reutilizado por la agencia penitenciaria para confrontar el control judicial que se ejerce sobre su competencia de asignar alojamientos. En el Congreso de Bariloche, el Director Nacional SPF sostuvo: “Nosotros hemos hecho un sistema de clasificación (...). Para que haya un sistema de clasificación por riesgo tiene que haber un solo sujeto que clasifique. Este es el gran dilema: si clasifica la administración penitenciaria o clasifica el Juez. Si lo que hace el Juez es controlar esa clasificación, estamos todos de acuerdo. Si el Juez lo que hace es clasificar, es decir, ordenar el alojamiento de un interno en un determinado lugar, entonces la responsabilidad de lo que ocurra después es algo difícil de delimitar”.

Sin embargo, se ha detectado en reiteradas ocasiones que los homicidios consecuencia de peleas entre detenidos son consecuencia de conflictos de larga data, advertidos y no evitados por la agencia penitenciaria:

“Nos cuenta que 15 días antes de la muerte (...) habían sucedido dos hechos de violencia entre los 2 ranchos que estaban conformados en ese Pabellón. Dice que se sabía que se iba a ‘armar’ porque venía ‘caldeado’ (...) El día de la muerte –el 21 de marzo de 2009, en el Pabellón 6- ya había habido cinco peleas (...)” (Fallecimiento en CPF II de Marcos Paz)

“Había una tensión bárbara desde antes (...) La pelea duró entre diez y quince minutos, y nunca apareció la policía. Hubo griterío y además como estamos arriba se escuchan los ruidos de las corridas, pero la policía nunca subió. Aparte todo el penal sabía lo que estaba pasando en el 12, y que se habían dado sin pan entre ellos, y el Servicio sabía y nunca hizo nada para evitarlo.” (Fallecimiento en la Unidad N° 6)⁴⁸

En definitiva, la redistribución de población definida como conflictiva -principalmente en CPF CABA- lejos de disminuir la existencia de fallecimientos traumáticos, sólo ha repercutido en una redistribución territorial y en la subcategorización de muertes violentas⁴⁹. Además, debe reiterarse que luego de un 2010 sin registro de homicidios en CPF CABA, se han detectado dos casos en el primer bimestre de 2011.

REDISTRIBUCIÓN DE MUERTES VIOLENTAS, SEGÚN SUBCATEGORÍA*

	HOMICIDIO	SUICIDIO
2002- 2004	39%	61%
2005- 2007	71%	29%
2008- 2010	31%	69%

* Registro Fallecimientos- PPN

Como parte de las contradicciones internas del discurso penitenciario, pese a definir los suicidios como una categoría de muerte “no violenta”, su *Programa de Prevención* es incluido dentro de las prácticas políticas de reducción de la conflictividad en el medio penitenciario. En su *Informe de Gestión 2008*, el Servicio Penitenciario Federal lo describe:

“El objetivo es definir acciones de promoción de la salud mental y de prevención del suicidio en la población penal con el objeto de bajar la tasa de prevalencia, estableciendo la modalidad operativa y las medidas (preventivas, provisionales, urgentes, programadas y especiales) a implementar con la intervención de un equipo terapéutico.

En este sentido, se propuso, fundamentado en el Programa de Prevención de Suicidios aplicado en el Reino de España, desarrollar este programa marco en el Complejo Penitenciario

⁴⁷ Servicio Penitenciario Federal, *Informe de Gestión 2008*, p. 37.

⁴⁸ Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2009*, p. 137/40.

⁴⁹ Al respecto, Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2009*, p. 154.

Federal I -Ezeiza- bajo la modalidad de prueba piloto para, posteriormente, extenderlo a otras unidades del área metropolitana.”⁵⁰

Corresponde, como primera medida, señalar que el *Programa de Prevención de Suicidios*, en todo aquello que pretende constituirse como práctica política concreta, ha demostrado una grosera ineficacia. Por lo pronto, correspondería señalar que en el período 2009- 2010, la Procuración Penitenciaria ha registrado al menos trece suicidios en el régimen penitenciario federal, a los que podrían agregarse otras tres muertes por ahorcamiento y una por quemaduras, consideradas hasta el momento como muertes dudosas.

Además, a diferencia de lo señalado por el Servicio Penitenciario Federal en su *Informe de Gestión 2008*, el *Programa* no ha sido ampliado a ningún otro establecimiento penitenciario.

Por último, aunque exceda el objetivo cronológico de este Informe Anual, en el mes de febrero de 2011 se produjo el primer fallecimiento en el pabellón asignado al *Programa de Prevención de Suicidios*. Si bien el deceso se encuentra aún bajo investigación judicial y administrativa, de los primeros relatos surge que se habría tratado de una muerte violenta por suicidio, a partir de la intoxicación producida por la excesiva, intencional -y no evitada pese al férreo control impuesto- ingesta de psicofármacos.

Otra de las medidas asumidas por la agencia penitenciaria como reductora del nivel de violencia carcelario, resulta ser la filmación de las requisas. En ese sentido, ha señalado en su *Informe de Gestión 2008*: “Con la finalidad de garantizar la integridad física de los internos y la de sus bienes personales, se decidió implementar la obligatoriedad de filmar los procedimientos de requisa y de registro que se practican ordinariamente en los establecimientos”⁵¹. Este principio rector, se reconoce también en el *Plan de Gestión Anual 2009*, que establece procurar su aplicación en los tres complejos penitenciarios de varones en zona metropolitana, y las tres cárceles de máxima seguridad del interior del país.

Contraponiéndose con la versión oficial sobre filmación de requisas de pabellón como sistema preventivo de protección de la integridad física de los detenidos y sus pertenencias, esta Procuración Penitenciaria ha advertido la ausencia de aplicación de este procedimiento en diferentes inspecciones a establecimientos carcelarios. Además, se han recolectado distintos relatos de detenidos que dan cuenta de su pervertida aplicación, toda vez que se realiza intermitentemente, y evitando la filmación de los procedimientos más violentos y humillantes, principalmente durante los ingresos a las unidades (*bienvenidas*) y las requisas de pabellón:

“Bajás, te preguntan los datos y te filman. Te filman cuando bajás, cuando entrás, cuando te desnudas y cuando te preguntan los datos, después te pegan y eso no lo filman.” (Ingreso a la Unidad N° 7 de Resistencia)

“Llegué el sábado pasado, me bajaron ‘amarrocado’ y me ‘cagaron a palos’ desde que me bajaron del camión hasta que llegué a [sección] requisa. ‘Amarrocado’, cabeza abajo, trompadas y patadas. Una vez que te revisa el médico, ahí sí filman.” (Ingreso a la Unidad N° 6 de Rawson)

“La última vez que me pegaron había cámara en el pabellón. Entonces no pegan en requisa en el pasillo. Te empiezan a pegar adentro de la celda.” (Requisa de pabellón, Unidad N° 6 de Rawson)⁵²

Pese a su nula o ineficaz implementación, debe insistirse en la trascendencia de implementar sistemas de control durante los procedimientos de requisa de pabellón y al momento del ingreso al establecimiento carcelario. Su importancia puede rastrearse a partir de los resultados arrojados por el seguimiento y actualización de la investigación sobre *Malos tratos físicos y torturas en cárceles federales*. Contundentemente, de los entrevistados en las cinco cárceles de máxima seguridad que incluyeron la muestra, el 63% fue golpeado por personal penitenciario durante una requisa de pabellón, y el 55% durante la *bienvenida*.

También se ha celebrado oficialmente como una de las políticas de acción trascendentales para reducir la conflictividad en el medio carcelario, mientras se mejora la convivencia y la calidad de vida de la población penal, la creación de los *Comités de Convivencia*. Señala el Servicio

⁵⁰ Servicio Penitenciario Federal, *Informe de Gestión 2008*, p. 45.

⁵¹ *Id.*, p. 38.

⁵² Procuración Penitenciaria de la Nación, *Actualización y Seguimiento de la Investigación sobre Tortura y Malos Tratos*, reseñada en este Informe Anual.

Penitenciario Federal en su *Informe de Gestión 2008* sobre esta figura creada por Resolución D.N N° 611/08: “Allí se reúnen quincenalmente delegadas de los pabellones con el Director de la unidad y personal de la Dirección Nacional del SPF con el objeto de trazar reglas de convivencia fundamentadas en el respeto mutuo.

Durante las reuniones se abordan temas concernientes al trato y al régimen penitenciario y se impulsan mecanismos de comunicación con la finalidad de disminuir la violencia como respuesta inmediata, valorar la razonabilidad y fomentar la tolerancia en la convivencia (...)

El buen resultado conseguido en la Unidad 3 con el Comité de Convivencia ha definido la creación y puesta en funcionamiento a fines del mes de diciembre de 2008 de nuevos Comités de Convivencia en la Unidad 31 y en el Módulo V del Complejo Penitenciario Federal I, es decir en los otros establecimientos que alojan, junto con la Unidad 3, a la casi totalidad de la población femenina.”⁵³

En un primer análisis que realizó este organismo sobre tal institución, se mencionaba que “resulta favorable que se establezcan estas instancias de diálogo mediante las cuales se puedan plasmar ideas por parte de los diferentes actores. Lo que resulta peligroso, en este contexto de violencia actual de la Unidad, es que estos espacios funcionen como ‘*identificadores de líderes*’; señalando a las reclusas que participen activamente en el reclamo de sus derechos, exponiéndolas a represalias por parte del personal.”⁵⁴

Luego de lo desarrollado sobre la última muerte violenta ocurrida al interior de la Unidad N° 3 de Ezeiza, a estas alturas, sólo resta agregar que los niveles de violencia física desplegada por personal penitenciario y el auge de los fallecimientos traumáticos en el establecimiento impiden considerar la aplicación de los Comités de Convivencia como una política penitenciaria eficaz en la reducción de los niveles de conflictividad carcelarios.

En el *Plan de Gestión Anual 2009*, también se menciona como lineamiento general para la reducción de conflictos intracarcelarios “la prevención de incidentes que puedan afectar a los internos, a los agentes o los visitantes y a los bienes muebles e inmuebles de los establecimientos. (...) La mejora en la labor preventiva se generará a partir de una redistribución y de corresponder el incremento de personal, una mayor capacitación y perfeccionamiento permanente de los agentes, la implementación de programas adecuados y la correcta dotación de elementos de seguridad”⁵⁵. La violencia no sólo no se ha reducido, sino que ha resultado redistribuida, lo cual demuestra la ineficacia de la política preventiva, en el caso de que se pudiera tener por aplicada. Por lo pronto diferentes relatos de detenidos vinculados con fallecimientos traumáticos de los años 2009- 2010 registrados previamente, demuestran la ausencia de toda práctica preventiva, inclusive ante conflictos evidentes o ya desencadenados.

Como última de las medidas de reducción de la conflictividad sostenidas por la agencia penitenciaria corresponde señalar las destinadas a controlar la distribución de estupefacientes y medicación psiquiátrica. Para ello, se mencionan en el *Informe de Gestión 2008* e *Informe de Gestión Sanitaria 2009- 2010*, un *Programa de deshabitación a sustancias psicoactivas* y un *Programa de Control y monitoreo de medicación psicotrópica*. El primero, dedicado a abordar el abuso y dependencia de sustancias estupefacientes, el segundo destinado a optimizar el registro y control de las medicaciones psiquiátricas dispensadas, supervisando y corrigiendo eventuales irregularidades.⁵⁶

En los apartados dirigidos a analizar casos paradigmáticos de muertes en cárceles federales del Informe Anual 2009 y el actual, se reconocen diversas muertes traumáticas donde no sólo la agencia penitenciaria no ha demostrado ninguna voluntad en limitar la distribución de sustancias psicotrópicas dentro de los establecimientos, sino que se encuentra siendo investigada por dispensarla irracional y arbitrariamente, y hasta comercializar con ella.

5.4. Política penitenciaria de (des) atención médica y su íntima relación con la muerte en cárceles federales

⁵³ Servicio Penitenciario Federal, *Informe de Gestión 2008*, p. 42.

⁵⁴ Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2008*, p. 313.

⁵⁵ Servicio Penitenciario Federal, *Plan de Gestión Anual 2009*, p. 15.

⁵⁶ Servicio Penitenciario Federal, *Informe de Gestión 2008*, p. 43 e *Informe de Gestión Sanitaria 2009-2010*, p. 20.

El discurso penitenciario que sostiene la calidad de la atención médica dispensada en el régimen penitenciario federal, pretende fundarse principalmente en el accionar del Centro Penitenciario de Enfermedades Infecciosas (U.21 SPF) dentro del Hospital Francisco J. Muñiz y la holgada ratio de camas (o capacidad de los hospitales penitenciarios) por detenidos.

“El dato es: ¿habrá sido mal atendido por el Servicio (Penitenciario Federal) y por eso se murió? La Unidad 21 es un anexo al Hospital Muñiz. Es la atención médica que tiene cualquier ciudadano, la misma calidad de atención.”⁵⁷

Claro que esta primera aproximación demasiado sesgada necesitaría de dos breves aclaraciones. Ni es la Unidad N° 21 SPF el lugar donde todos los detenidos con enfermedades infecciosas son atendidos –su capacidad, de hecho, no lo permitiría- ni las derivaciones se realizan de manera oportuna. El *Procedimiento de Fallecimientos* ha permitido indagar sobre la oportunidad del traslado a la Unidad N° 21 SPF, arrojando por resultado la inadecuación en varios casos.

Asimismo, se han detectado muertes no traumáticas de detenidos en pabellones comunes, aún con camas disponibles en los hospitales penitenciarios –vgr. HPC de Ezeiza- y estando los agentes penitenciarios advertidos de su mal estado de salud. Las muertes en CPF CABA que se reseñan previamente, son otro claro ejemplo de la impertinencia de analizar la atención a la salud a partir de la cantidad de camas disponibles.

La tercera cuestión que aqueja al Servicio Penitenciario Federal en sus manifestaciones públicas, es la falta de incorporación de detenidos al régimen de arresto o prisión domiciliaria. En el Congreso de Bariloche el Director Nacional SPF sostenía: “Por VIH murieron ocho en el 2008 y dieciocho en el 2009. ¿Qué significa esto? Estas son las muertes, para mí, claramente evitables. Pero evitables no al interior del sistema carcelario. Evitables al sistema judicial. Estos son arrestos domiciliarios no dados”.

Claro que la negativa a tomar decisiones políticas ágiles y contundentes que permitan al resto de los operadores del sistema penal conocer los casos de patologías más apremiantes, denota una falta de coherencia entre discurso y práctica. De hecho, las recomendaciones generales efectuadas desde este organismo proponiendo políticas penitenciarias concretas y fácilmente realizables en la materia, no han recibido ningún tipo de respuesta.

Corresponde que dediquemos ahora el final de este apartado al análisis de las políticas penitenciarias destinadas a la mejora de la calidad de asistencia médica, enunciadas por el Servicio Penitenciario Federal.

En primer lugar, se registra tanto en el *Informe de Gestión 2008* como en el *Informe de Gestión Sanitaria 2009- 2010*, el *Programa de asistencia a la interna angloparlante*, designándose médicos clínicos con conocimiento del idioma, respondiendo a su necesidad de tratamiento específico. Si además de aprobarse esta medida hubiera sido aplicada, el fallecimiento de una detenida tailandesa en la Unidad N° 21 durante el año 2009 y luego de una deficiente atención médica en el Módulo V de CPF I de Ezeiza, tal vez podría haber sido evitado. Misma suerte podría haber corrido un ciudadano alemán en el Módulo I de CPF II de Marcos Paz y una ciudadana boliviana cuya lengua principal era el quechua, si el programa además de aplicarse se extendiera a detenidos varones e idiomas diferentes al inglés.⁵⁸

Se insiste en otros documentos oficiales sobre la necesidad de implementar un *plan médico de atención primaria a la salud*⁵⁹, generando una actitud preventiva sobre posibles afecciones a la salud, y evitando que la actuación del Servicio Médico sea reactiva y, por tanto, tardía. Las diferentes aproximaciones sobre la atención médica ante fallecimientos en CPF CABA y la Unidad N° 17 SPF durante el 2010 que fueron propuestos en el apartado sobre casos de fallecimientos paradigmáticos, definen la ausencia de medidas preventivas en materia de salud al interior del Servicio Penitenciario Federal.

⁵⁷ Conferencia del Director Nacional SPF en el Congreso de Bariloche. Según el *Informe de Gestión Sanitaria 2009-2010*, p. 34, la tasa nacional de pacientes por cama es de 41 cada 10.000. En el SPF, 25 cada 10.000.

⁵⁸ Servicio Penitenciario Federal, *Informe de Gestión 2008* p. 47 e *Informe Anual de Gestión Sanitaria 2009- 2010*, p. 62.

Para un análisis de la primera de las muertes señaladas, ver Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2009*, p. 148.

⁵⁹ Servicio Penitenciario Federal, *Plan de Gestión 2009*, p. 29.

Se propone discursivamente, también, influir en los condicionantes sobre la salud, propios de los establecimientos penitenciarios. En su *Informe de Gestión Sanitaria 2009- 2010*, el Servicio Penitenciario Federal sostiene la necesidad de influir en la reducción de la violencia mediante criterios de clasificación, mejoramiento en las condiciones de detención e incrementos de actividades. Habiéndonos dedicado *in extenso* a la primera cuestión, nos centramos en este momento en las dos siguientes. Continúa el informe afirmando que “desde 2005 se priorizó la ampliación y el reacondicionamiento de los pabellones y sectores destinados al tratamiento de los internos”. Además, y “luego de evaluar las actividades que se desarrollaron en el período 2007-2008, se incrementaron cualitativa y cuantitativamente la oferta de trabajo, de actividades educativas, de recreación, deportivas y culturales”. Se menciona, puntualmente, la proyección de implementación de un programa denominado *Deporte y salud*, destinado a realizar charlas y promocionar la oferta de actividades⁶⁰. La totalidad de este Informe Anual, pero principalmente los apartados destinados a evaluar los excesivos regímenes de encierro y aislamiento implementados y los habeas corpus correctivos colectivos presentados, sirve de contrapunto a este discurso penitenciario carente de toda praxis concreta.

Se insiste además, en la necesidad de agilizar y formalizar las vías de comunicación entre detenidos y Servicio Médico. Para enfrentar los condicionantes en el acceso a la salud, el *Informe de Gestión Sanitaria 2009- 2010*, menciona entre las acciones emprendidas la implementación de una boleta de solicitud de atención con la División Asistencia Médica, y los Protocolos de Prevención, Asistencia y Tratamiento en VIH/ SIDA y Tuberculosis⁶¹. Al igual que al mencionar la ratio de detenidos por cama disponible en hospitales penitenciarios, no es posible reducir la eficacia del acceso a la salud a partir de los modelos de solicitud de atención médica y protocolos de actuación establecidos. A lo largo de este capítulo se han aportado diferentes extremos que dan cuenta de las obstaculizaciones impuestas a los detenidos para recibir una atención médica adecuada. Tal vez las muertes en CPF CABA y Unidad N° 3 de Ezeiza sean los ejemplos paradigmáticos. Respecto a los Protocolos mencionados, el *Procedimiento para la Investigación y Documentación de Fallecimientos en Prisión* es un fiel registro de su falta de aplicación, reiterándose supuestos de ausencia de constancias informadas de propuestas de análisis, negativas a inicio de tratamiento, abandonos o rechazos. Visibilizada esta carencia, la Procuración Penitenciaria propuso políticas sanitarias eficaces y simples de aplicar, mediante la ya señalada Recomendación General N° 731/PPN/10. Hasta la fecha, el Servicio Penitenciario Federal no ha contestado el requerimiento.

Por último, la ya mencionada estrategia de atención primaria de la salud, reconocía la necesidad de implementar la cantidad de profesionales comprometidos en la asistencia médica de los detenidos, así como el diseño de programas específicos que atiendan las necesidades de salud mental y la implementación de programas ante algunas de las enfermedades con mayor nivel de mortalidad en los últimos años dentro del régimen penitenciario federal, como VIH/SIDA, Tuberculosis y Cáncer.⁶²

Una vez más, como medida de la eficacia de atención médica brindada, el Servicio Penitenciario vuelve a proponer la tasa de detenidos –en este caso- por médico. La ratio de un profesional de la salud por cada 38 personas alojadas en el Servicio Penitenciario Federal, aparecería como suficiente, si no fuera por las continuas denuncias registradas de falta de atención y hasta inasistencias de los médicos a las unidades.⁶³

La implementación de un programa de prevención del cáncer cérvico uterino, y su eficaz aplicación, se presenta como apremiante: en 2008 y 2010, dos mujeres detenidas en la Unidad N° 31 de Ezeiza fallecieron por esta enfermedad, la primera de ellas en claro ejemplo de deficiente atención a su salud.⁶⁴

⁶⁰ Servicio Penitenciario Federal, *Informe de Gestión Sanitaria 2009- 2010*, p. 10, 18 y 56.

⁶¹ Servicio Penitenciario Federal, *Informe de Gestión Sanitaria 2009- 2010*, p. 12 y 32/3.

⁶² Servicio Penitenciario Federal, *Informe de Gestión Sanitaria 2009- 2010*, p. 13, 35, 48 y 57/8.

⁶³ Al respecto, resulta pertinente los informes elaborados por la Subdelegación Posadas PPN respecto a la Unidad N° 17 de Candelaria, reseñados en apartados anteriores de este capítulo.

⁶⁴ Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2008*, p. 91.

La incorporación de psicólogos y psiquiatras, y su asistencia y actuación eficaz, es fuertemente recomendada también. Principalmente desde haberse visibilizado la ausencia de atención adecuada a la salud mental en CPF II de Marcos Paz, lo que motivara la denuncia que se desarrollara en apartados anteriores. Misma opinión merece la ampliación –en capacidad, pero principalmente en eficacia- de una política de prevención del suicidio que más allá de reconocer la existencia de un programa específico tenga en cuenta la reducción y eliminación de todas las condiciones estructurales del régimen penitenciario federal que atentan contra la salud mental de los detenidos, principalmente las relacionadas con violencia física y psíquica por parte de las autoridades penitenciarias, y los regímenes excesivos de sectorización y aislamientos individuales.

6. Datos estadísticos y nómina de muertes en cárceles federales en el año 2010

Se aporta, por último, la nómina completa de detenidos fallecidos en cárceles federales durante el año 2010. La negativa del Servicio Penitenciario Federal a remitir una nómina completa de muertes, exige insistir en que la cifra reúne únicamente aquellas que han podido ser registradas por este organismo por diferentes vías, y que seguramente deberá volver a publicarse con mejor información el año próximo.

El desmerecimiento, la negación e invisibilización que rodean las muertes en cárceles federales, exige un esfuerzo por dar cuenta de ella, las condiciones en que se desarrolla, pero principalmente las responsabilidades estatales en tanto son resultado de las políticas de gestión y gobierno que el Estado implementa e impone a aquellas personas que ha decidido privar de su libertad como forma de castigo.

Fecha	Apellido y Nombre	Unidad	Tipología de Fallecimiento	
05/01/2010	ALDERETE, SERGIO ANTONIO	UNIDAD N°6 RA WSON	NO VIOLENTA	ENFERMEDAD
24/01/2010	ROMERO, JORGE ALBERTO	UNIDAD N°7 RESIS TENCIA	NO VIOLENTA	ENFERMEDAD
25/02/2010	ABAN, JONATHAN RUBEN	CPF II MARCOS PAZ	VIOLENTA	SUICIDIO
13/03/2010	SAUCEDO, RICARDO RAMON	UNIDAD N°21	NO VIOLENTA	ENFERMEDAD
10/03/2010	CANTERO, HERMINIO ORLANDO	UNIDAD N°20	VIOLENTA	SUICIDIO
08/04/2010	GONZALEZ, WALTER EMILIO	UNIDAD N°21	NO VIOLENTA	ENFERMEDAD
19/04/2010	DELGADO, ROBERTO ALFREDO	CPF I DE EZEIZA	NO VIOLENTA	ENFERMEDAD
18/05/2010	AGUIRRE, ROBERTO MARCELO	UNIDAD N°21	NO VIOLENTA	ENFERMEDAD
19/06/2010	VERGARA GUTIERREZ, MARISOL	UNIDAD N°3 D E EZEIZA	NO VIOLENTA	ENFERMEDAD
26/07/2010	BAZAN, BARRAZA, JULIO CÉSAR	CPF CABA	NO VIOLENTA	ENFERMEDAD
06/01/2010	SINGH, EUSEBIO NESTOR	UNIDAD N°8 DE JUJU Y	NO VIOLENTA	ENFERMEDAD
18/03/2010	ZEMAITIS, RIMGAUDAS ANTANAS	CPF CABA	NO VIOLENTA	ENFERMEDAD
07/04/2010	LÓPEZ, NÉSTOR ÁNGEL	UNIDAD N°12 VIEDMA	NO VIOLENTA	ENFERMEDAD
29/04/2010	MANNOCCI, HECTOR ROBERTO	CPF CABA	VIOLENTA	SUICIDIO
05/05/2010	PEPE, MARCELO ADRIAN	UNIDAD N°20 (ANEXO CPF I)	NO VIOLENTA	ENFERMEDAD

26/05/2010	VEDIA FUENTES, CARLOS LUIS	CPF I DE EZEIZA	VIOLENTA	SUICIDIO
27/05/2010	AYALA, ROBERTO ANTONIO	UNIDAD N°20	NO VIOLENTA	ENFERMEDAD
	NUÑEZ SANDON, LEONARDO LUIS	CPF II DE MARCOS PAZ	NO VIOLENTA	ENFERMEDAD
16/08/2010	VARGAS, HECTOR HORACIO	UNIDAD N°15 DE RIO GALLEGOS	VIOLENTA	SUICIDIO
18/07/2010	OTRANTO, RICARDO ABEL A.	UNIDAD N°6 DE RAWSON	NO VIOLENTA	ENFERMEDAD
	BEJARANO CORMA, REMEDIOS	UNIDAD N°31 DE EZEIZA	NO VIOLENTA	ENFERMEDAD
08/11/2010	RANDONE, NOELIA SOLEDAD	UNIDAD N°3 DE EZEIZA	VIOLENTA	SUICIDIO
21/09/2010	CARDOZO BAÑADO, SANTOS	UNIDAD N°21	NO VIOLENTA	ENFERMEDAD
23/09/2010	PINTOS, ARTURO	CPF CABA	NO VIOLENTA	ENFERMEDAD
12/10/2010	LEVEQUE, RAMÓN RAFAEL	UNIDAD N°19 DE EZEIZA	NO VIOLENTA	ENFERMEDAD
27/10/2010	ORELLANA, OSCAR ROBERTO	UNIDAD N°21	NO VIOLENTA	ENFERMEDAD
18/09/2010	TELLO, PABLO FEDERICO	UNIDAD N°21	VIOLENTA	HOMICIDIO
16/11/2010	SALABERRY, JAVIER TELÉSFORO	CPF I DE EZEIZA	NO VIOLENTA	ENFERMEDAD
14/12/2010	PRADO, CRISTIAN ADRIAN	UNIDAD N°21	NO VIOLENTA	ENFERMEDAD
20/12/2010	SVICA, CARLOS ARIEL	UNIDAD N°17 CANDELARIA	NO VIOLENTA	ENFERMEDAD
26/12/2010	MACIEL, MIGUEL ÁNGEL	UNIDAD N°6 RAWSON	VIOLENTA	DUDOSA