

V. MUERTES BAJO CUSTODIA ESTATAL

Desde el año 2009, la Procuración Penitenciaria de la Nación ha profundizado el estudio del fenómeno de muertes en prisión. Lejos de reducir el análisis a meras cifras frías de la cantidad de víctimas, los lugares donde se producen y las circunstancias de gravedad en que estos episodios ocurren, la investigación administrativa que desarrolla ante cada muerte bajo custodia propone constituirse en una herramienta para la identificación de responsabilidades estatales con el fin de visibilizar la problemática, e incidir en procesos que busquen acabar con su impunidad.

Fundamentalmente, *el Procedimiento para la Investigación y Documentación de Fallecimientos en Prisión (Res. 169/PPN/08)* implica el inicio de una investigación administrativa ante cada muerte bajo custodia del Servicio Penitenciario Federal, o de una persona detenida por disposición de la Justicia Nacional o Federal en cualquier otra dependencia provincial o nacional.¹⁷⁸

Busca revertir así una serie de irregularidades que le han valido al Estado Nacional la observación expresa del Comité contra la Tortura de Naciones Unidas: la ausencia de registros fiables y exhaustivos sobre muertes bajo custodia y su ineficaz investigación posterior.¹⁷⁹

Al tratarse de una línea de trabajo desarrollada desde una perspectiva de derechos humanos, persigue objetivos distintos a las investigaciones judiciales ante la misma problemática, despliega estrategias diferentes y se sostiene a la vez en normativa específica.

En primer lugar, resulta central entender que pone su eje en las responsabilidades del Estado por los decesos ocurridos, al haberlos producido o no haberlos evitado. Responsabilidad que desborda, sin negar, los reproches individuales a título penal, y avanza en la identificación de distintas prácticas estatales regulares y sistemáticas que producen muerte bajo custodia. Es por esa razón que estas investigaciones necesitan construir su propia versión de los hechos, a partir de la recuperación de voces alternativas usualmente desoídas en sede judicial: familiares de la víctima y otras personas detenidas.

La metodología de investigación se centra entonces, principalmente, en la inspección de los lugares de detención y la escucha de los testimonios de otras personas privadas de libertad que por distintos niveles de proximidad presenciaron los hechos, o mantenían una relación de mayor cercanía con la víctima. Esta actividad, que suele realizarse a escasos días de producirse el hecho, es la señal distintiva de este procedimiento, y la principal ruptura con las prácticas estatales tradicionales: la cercanía con la cárcel y las entrevistas con personas detenidas en su mismo lugar de detención se encuentran ausentes en las investigaciones judiciales desplegadas ante estos mismos hechos.

Esas medidas se complementan con la recopilación de constancias administrativas y judiciales sobre las circunstancias en que transcurrió esa detención, así como testimonios de familiares y allegados de la persona fallecida. Con esos insumos -que dependiendo del caso pueden suponer la obtención de un dictamen médico o psicológico por profesionales

¹⁷⁸ Uno de los primeros desafíos que debió enfrentar el Procedimiento para su efectiva aplicación fue el conocimiento oportuno de cada muerte bajo custodia. Recién logró alcanzarse hacia el año 2015 para el Servicio Penitenciario Federal, pudiendo este organismo trabajar desde entonces con registros fiables. Continúa siendo una cuenta pendiente para los casos de personas presas bajo custodia de otras fuerzas nacionales o provinciales, en el marco de causas en trámite ante la Justicia Nacional o Federal. Por esa razón, los recortes estadísticos que se proponen de aquí en más se reducen al análisis de las muertes bajo custodia del Servicio Penitenciario Federal.

¹⁷⁹ Comité contra la Tortura de Naciones Unidas, “Observaciones Finales sobre el 5º y 6º Informe Conjunto Periódico de Argentina”, aprobado en su sexagésima sesión (18 de abril - 12 de mayo de 2017). Cons. 21 y ss.

del Área Salud este organismo- se construye una teoría del caso propia, que luego podrá ser utilizada en el marco de las actuaciones judiciales en curso -a partir de presentaciones como *amicus curiae* o solicitando la constitución como parte querellante. El estudio de todos los casos de manera conjunta permite a la vez una lectura global de la problemática, habilitando líneas de intervención que pretendan incidir en el diseño de políticas públicas para la erradicación de aquellas prácticas estatales que provocan muertes bajo custodia¹⁸⁰. Para esos objetivos, resultan fundamentales las bases de datos *Casos de Fallecimientos bajo Custodia del SPF e Investigaciones Judiciales de Fallecimientos bajo Custodia del SPF* que el Equipo de Fallecimientos de este organismo mantiene actualizadas periódicamente con la asistencia y dirección del Equipo de Base de Datos y Estadísticas, ambos integrantes del Observatorio de Cárcenes Federales.

Habiendo entrado en vigencia el 1° de enero de 2009, durante el 2018 se ha cumplido una primera década de aplicación del Procedimiento. Ese hito supone la acumulación de una experiencia específica, y una cantidad de material que permitirá un balance más agudo sobre el fenómeno, las responsabilidades de las distintas agencias estatales en su producción, y próximas estrategias de intervención para su reducción. Aun cuando esa actividad exceda el presente informe¹⁸¹, algunos trazos centrales sobre la evolución de la muerte bajo custodia del Servicio Penitenciario Federal en el período 2009- 2018 serán propuestos en un primer apartado.

Las muertes por enfermedad han resultado, durante el año 2018, una arista especialmente relevante del fenómeno bajo estudio: así han sido calificados por este organismo veinticinco de los cuarenta y dos fallecimientos registrados en el año. Por esa razón, una reflexión extendida sobre las prácticas estatales que explican la deficiente atención a la salud, y provocan muertes bajo custodia, es propuesta como un segundo apartado. Esa sección replica en gran medida las percepciones de las personas detenidas, en tanto pacientes, sobre las deficiencias del sistema de salud intramuros.

Pero las responsabilidades estatales por muertes bajo custodia no se limitan a los funcionarios penitenciarios que las provocan o no las evitan. Este organismo se ha preocupado históricamente por delinear las responsabilidades de la agencia judicial en la producción de fallecimientos en prisión, por haber ordenado o mantenido la detención, no haber controlado adecuadamente el modo en que la privación de libertad se desarrollaba, o no haber investigado adecuadamente las responsabilidades estatales una vez ocurrida¹⁸². El tercer apartado se destina, en esta ocasión, a analizar las prácticas judiciales que provocan la sistemática impunidad de funcionarios estatales ante muertes bajo custodia, concentrándose principalmente en aquellos fallecimientos por enfermedad.

Finaliza este apartado con el listado íntegro de personas fallecidas bajo custodia del Servicio Penitenciario Federal durante el año 2018.

1. Algunos aportes estadísticos a diez años de aplicación del Procedimiento

Durante la década de aplicación del *Procedimiento* se han registrado 425 muertes de detenidos bajo custodia del Servicio Penitenciario Federal, lo que supone un promedio

¹⁸⁰ Un recorrido por las principales prácticas estatales que provocan muertes bajo custodia, disponible en Procuración Penitenciaria de la Nación. *Informe Anual 2016. La situación de los derechos humanos en las cárceles federales de Argentina*. Buenos Aires, PPN, 2017, p. 272.

¹⁸¹ La Procuración Penitenciaria de la Nación ha incluido entre sus actividades proyectadas para este 2019 una publicación que refleje los resultados de la aplicación del procedimiento en su primera década.

¹⁸² Ver, por caso, Procuración Penitenciaria de la Nación. *Informe Anual 2015. La situación de los derechos humanos en las cárceles federales de Argentina*. Buenos Aires, PPN, 2016, p. 250.

de 42,5 muertes al año. Ciento ochenta y nueve de ellas han sido categorizadas por este organismo como violentas.¹⁸³

Tabla N° 1: Muertes bajo custodia del Servicio Penitenciario Federal, según tipo de fallecimiento. Período 2009- 2018

Año	Muertes violentas	Muertes no violentas	Total
2009	15	32	47
2010	10	23	33
2011	21	15	36
2012	25	31	56
2013	28	17	45
2014	24	27	51
2015	16	22	38
2016	14	22	36
2017	19	22	41
2018	17	25	42
Total	189	236	425

Fuente: Base de datos de Fallecimientos bajo custodia SPF- PPN

Las cuarenta y dos muertes verificadas en el 2018 responden al promedio de casos registrados anualmente desde que el Procedimiento entrara en vigencia, lo que se replica en cierta medida en el caso de las muertes violentas -diecisiete registradas en 2018, frente a un promedio de 18,9 casos anuales durante la última década.

El interés por alcanzar una categorización propia de estos episodios, a partir del resultado de las medidas de prueba reunidas por este organismo, intenta dar luz sobre el modo en que los hechos ocurrieron, y las distintas responsabilidades estatales que de ellos pueden desprenderse.

Una de sus distinciones más relevantes, entre *muertes violentas* y *no violentas*, se fundamenta en la identificación o no de una causa externa en el fallecimiento. Dentro de las primeras se incluyen: *homicidios*, *suicidios*, *accidentes*, *autoagresiones en el marco de una medida de fuerza*, y una categoría residual de *muertes violentas dudosas* para aquellos casos en que la existencia de una causa externa pudo ser constatada, aunque se encuentra aún en proceso de verificación una categorización más precisa (se duda, por caso, si se ha tratado de un suicidio o de un homicidio). Al interior del segundo grupo, se ubican las que

¹⁸³ Una cantidad de muertes son investigadas también por la Procuración Penitenciaria, aunque sus características especiales supongan no incluirlas en este análisis estadístico, lo que no significa desmerecer su gravedad ni negar la responsabilidad estatal.

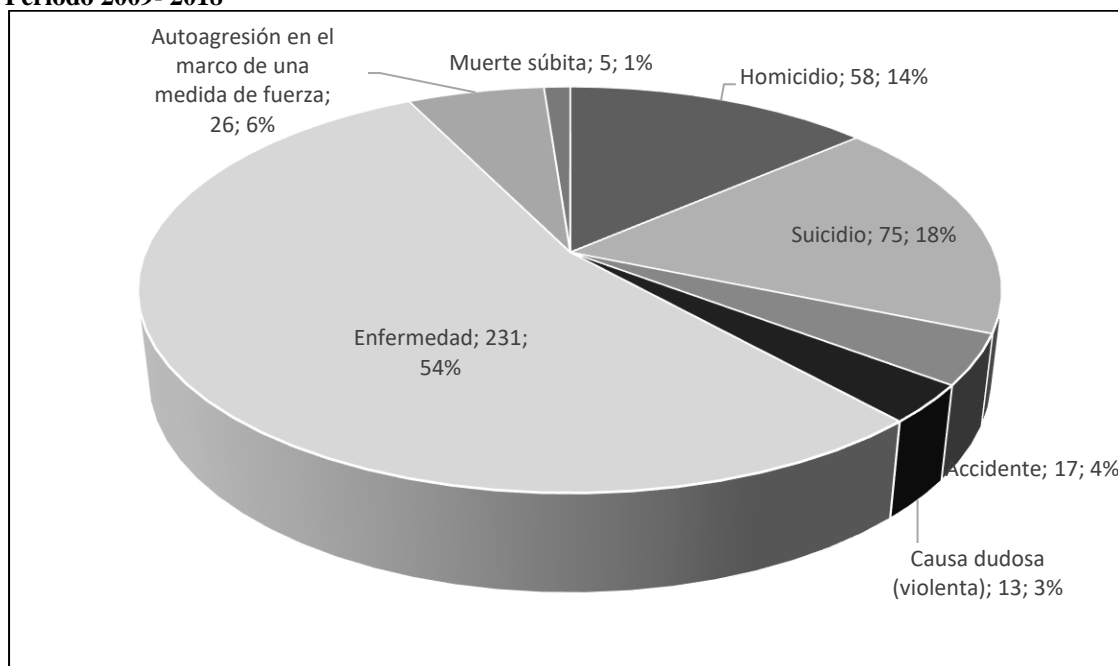
Niños y niñas alojados junto a sus madres en prisiones federales; personas incorporadas a institutos de egresos anticipados o morigeradores del encierro, como salidas transitorias o arrestos domiciliarios; jóvenes detenidos en institutos de menores; y personas detenidas por la justicia nacional o federal, pero alojadas en dependencias de otras fuerzas de seguridad federales (Gendarmería Nacional, Prefectura Naval Argentina, Policía de Seguridad Aeroportuaria), provinciales o locales.

Tampoco se incluyen en las estadísticas las muertes de personas detenidas solo formalmente bajo la custodia del Servicio Penitenciario Federal. En los últimos años, se ha podido advertir la existencia de personas con graves afecciones a su salud al momento de su detención, o sumamente malheridas durante el procedimiento policial, decidiéndose su aprehensión en un establecimiento hospitalario. En esos casos en que la privación de libertad transita exclusivamente en hospitales públicos, sin ingresar en ningún momento a un establecimiento penitenciario federal, las autoridades judiciales suelen requerir la custodia penitenciaria en el hospital, y el Servicio Penitenciario Federal le asigna una prisión, siendo incorporado solo formalmente a su población diaria. La decisión estadística es no contabilizar esos casos donde la custodia penitenciaria resulta meramente formal. Las demoras en detectar esos casos de muertes bajo custodia de la administración penitenciaria, explica las mínimas divergencias que pueden observarse en el número absoluto de muertes anuales entre este informe y otros previos.

son consecuencia de una *enfermedad* y las *muertes súbitas*, persistiendo también una categoría residual de *causas dudosas no violentas* para aquellos casos en que se ha corroborado la ausencia de una causa externa, aunque no se ha podido determinar aún la existencia de una enfermedad preexistente. Este sistema de clasificación sigue principalmente las categorías propuestas por la Organización Mundial de la Salud en sus trabajos sobre violencia.¹⁸⁴

En el siguiente gráfico se ilustra la cantidad de muertes totales relevadas, según la distinción propuesta, durante el periodo 2009-2018:

Gráfico N° 1: Muertes bajo custodia del Servicio Penitenciario Federal, según causa de fallecimiento. Período 2009- 2018



Fuente: Base de datos de Fallecimientos bajo custodia SPF- PPN

Como se desprende del gráfico anterior, la principal causa de muerte en las cárceles federales son las enfermedades -54% de los casos- seguidas por los suicidios y los homicidios, que representan el 18% y 14%, respectivamente. Como cuarta causa de muerte

¹⁸⁴ Desde su inicial *Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción*, hasta su *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, y su *Clasificación Internacional de Enfermedades 10a revisión (CIE- 10)* (disponibles en www.who.int/es). Es la línea conceptual adoptada también por el Ministerio de Salud de la Nación, confirmar por caso su informe *Manejo seguro de cadáveres*, pero principalmente sus *Estadísticas vitales. Información básica. Año 2010* (disponibles en www.msal.gov.ar y www.deis.gov.ar). De este modo, la PPN se ha distanciado de las posiciones adoptadas por la administración penitenciaria nacional (ver Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2010*, Bs. As., PPN, 2011, p. 142).

Resulta sin embargo una clasificación discutida, principalmente por considerar que hace un uso de la noción de violencia sumamente limitado. El Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura de Paraguay, por caso, ha optado por catalogar las muertes en prisión según la acción u omisión estatal que la explica, propuesta que también tiene sus complejidades en la medida que una misma muerte podría corresponder a múltiples acciones y omisiones (Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, *Informe Anual de Gestión 2017*, p. 29).

Aunque problemática, la clasificación entre muertes violentas y no violentas continúa siendo de utilidad al permitir, de manera similar a la experiencia paraguaya, ubicar cada muerte dentro de ciertos universos de sentidos, asociarlas con prácticas penitenciarias concretas y comprender, de ese modo, las responsabilidades estatales de una manera más clara.

relevante, se registran veintiséis casos de fallecimientos por autoagresiones donde el objetivo de la víctima no era quitarse la vida, sino la realización de una medida de fuerza extrema ante la ausencia de respuestas estatal ante reclamos concretos, y la cancelación de vías de comunicación menos riesgosas.¹⁸⁵

En el año 2018, las enfermedades mantuvieron esa preeminencia, veinticinco de los cuarenta y dos casos registrados, seguido por seis homicidios, cuatro autoagresiones en el marco de medidas de fuerza y tres suicidios.¹⁸⁶

Estas categorizaciones resultan siempre consecuencia de la versión propia que este organismo logra reconstruir a través de su investigación administrativa, privilegiando la voz de las personas detenidas como fuente prioritaria. Por esa razón, también, son clasificaciones provisorias que permiten su readecuación con el avance de la investigación o ante la obtención de nuevos testimonios que permitan poner en crisis hipótesis iniciales. *“Asignar a cada muerte violenta bajo custodia una subcategoría, como homicidio, suicidio o accidente suele tornarse dificultoso. Los casos de ahorcamientos o incendios resultan buenos ejemplos de esa complejidad. Aun confirmado el fallecimiento por incendio, pueden presentarse incertidumbres sobre la participación de terceros en el inicio del fuego [homicidio], o en el caso de haber sido provocado por la misma víctima, si su finalidad era quitarse la vida [suicidio], o las lesiones mortales han sido la consecuencia de un incendio no intencional [muerte accidental] o el resultado no pretendido de una medida de reclamo extrema [muerte por autoagresión en el marco de una medida de fuerza]. Mismas incertidumbres puede ofrecer un fallecimiento por ahorcamiento, donde es posible poner en crisis la participación de terceras personas, y hasta la intencionalidad de la víctima en el caso de tratarse de una autoagresión. Este nivel de análisis, en todo caso, supone siempre una conclusión propia de la PPN alcanzada hacia el final de una investigación administrativa, definición que puede consolidarse -o revertirse- con el avance de las actuaciones.”*¹⁸⁷

Esa ha sido la razón de incorporar al análisis de estas investigaciones administrativas una tercer variable que se concentra en las modalidades o circunstancias en que la muerte tuvo lugar: incendio, ahorcamiento, herida de arma blanca, y enfermedades con HIV/Sida como patología de base o no, son las principales categorías objetivas que pueden ser afirmadas aun durante una investigación administrativa en curso.

¹⁸⁵ Las cuatro muertes por autoagresiones en el marco de medidas de fuerza registradas en 2018 consistieron en la provocación de incendios en contexto de reclamos asociados a condiciones materiales y edilicias del espacio de encierro, regímenes de sanciones y niveles de aislamiento en solitario, traslados y cambios de alojamiento, y limitaciones o prohibiciones en el acceso a contacto telefónico con familiares.

Así reseñan los siguientes testimonios de detenidos las circunstancias que rodearon la muerte de una persona en el Pabellón K de la Unidad Residencial de Ingreso del CPF I de Ezeiza, en contexto de incendio y pocos días después de ser levantado el aislamiento permanente que reinaba en el sector.

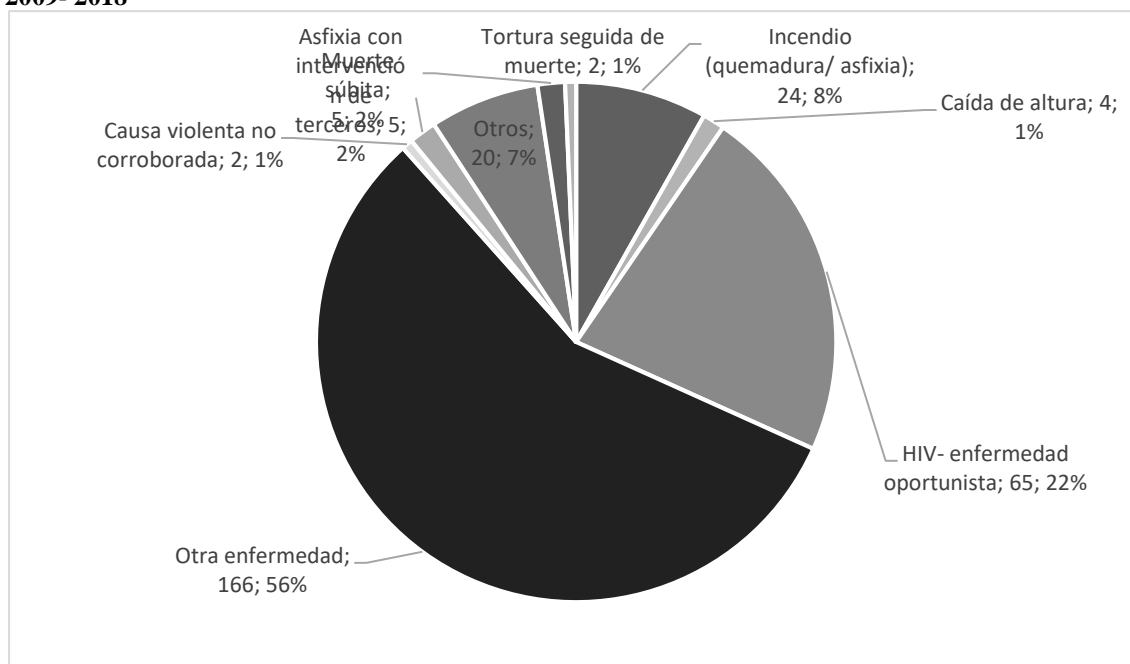
“El día del incendio volvió de la visita, se engomó y continuó reclamando que lo sacaran. De hecho, al volver de la visita lo trajeron ‘amarrocado’ (esposado), porque él se negaba a entrar al pabellón.”

“Sáquenme del pabellón que yo no quiero estar acá, o me prendo fuego.”

¹⁸⁶ Se registran además dos muertes accidentales, y dos ahorcamientos que hasta el momento no reúnen las pruebas suficientes como para avanzar en una clasificación más precisa y continúan siendo consideradas muertes violentas dudosas.

¹⁸⁷ Procuración Penitenciaria de la Nación. *Informe Anual 2016. La situación de los derechos humanos en las cárceles federales de Argentina*. Buenos Aires, PPN, 2017, p. 263.

La categorización final de una muerte ocurre al momento de dar por concluida la investigación administrativa. Sin embargo, durante el procedimiento, se postulan definiciones provisorias, luego corroboradas o refutadas. Eso explica las variaciones menores en los números absolutos de muertes violentas y no violentas registradas para un mismo año en sucesivos informes. Muertes inicialmente clasificadas provisoriamente como no violentas, pueden luego cambiar su categoría ante la obtención de nuevos elementos probatorios, y viceversa. Lo mismo puede ocurrir con una muerte categorizada inicialmente como dudosa, para dar paso luego a la corroboración del suicidio como hipótesis más firme.

Gráfico N° 2: Muertes bajo custodia del Servicio Penitenciario Federal, según modalidad. Período 2009- 2018

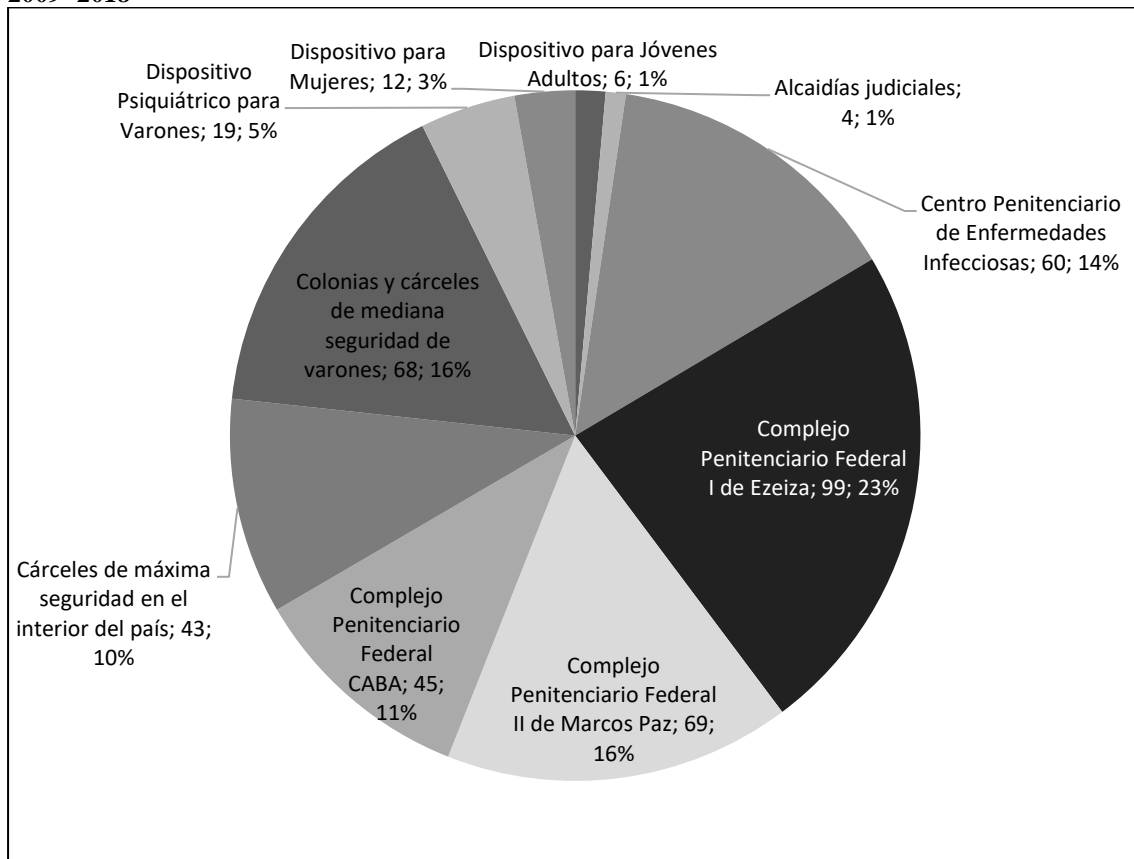
Fuente: Base de datos de Fallecimientos bajo custodia SPF- PPN

En el caso de las muertes violentas, esta categorización permite identificar como principal modalidad el ahorcamiento –con 87 casos en la década- seguida de las muertes por heridas de arma blanca y quemaduras o asfixia en el marco de incendios, con 45 y 24 casos respectivamente. Otras modalidades menos destacadas cuantitativamente, recuperan su importancia por la gravedad de las vulneraciones de derechos que conllevan y el nivel de responsabilidad estatal ante la muerte. Entre ellas se destacan las dos muertes cuya principal hipótesis resulta la imposición de torturas como causa del fallecimiento: una cometida en 2010 durante una bienvenida en el CPF I de Ezeiza; la otra durante una requisa de pabellón en la Unidad N° 7 de Resistencia en 2012, ambas con causas judiciales en trámite donde se ha dispuesto el procesamiento de funcionarios penitenciarios.

Entre las modalidades de muertes no violentas, la categorización distingue aquellos fallecimientos por enfermedad con HIV/ Sida como patología de base. En particular, 65 muertes bajo custodia en la última década se encontraban asociadas a esa patología, lo que permite dimensionar su relevancia y persistencia intramuros.

Durante el año 2018, las muertes por enfermedades sin HIV/ Sida como patología de base continúan siendo las más representativas, con diecinueve casos. Distanciándose de los registros relativos a la última década, el año pasado no se ha observado una marcada preeminencia de las muertes violentas por ahorcamiento sobre aquellas por heridas de arma blanca o en contexto de incendios: por el contrario, las dos primeras categorías han registrado en 2018 cinco casos cada una, y la tercera, cuatro.

Los registros reunidos durante estos diez años de aplicación del Procedimiento permiten identificar además la concentración de muertes en los establecimientos de máxima seguridad para varones adultos del área metropolitana. Esta característica se explica en gran medida por reunir los Complejos Penitenciarios Federales CABA, I de Ezeiza y II de Marcos Paz el 50% de la población alojada en el Servicio Penitenciario Federal a diciembre de 2018. También por caracterizarse por sus altos índices de violencia en la gestión del encierro, y las restricciones de derechos básicos como salud y alimentación.

Gráfico N° 3: Muertes bajo custodia del Servicio Penitenciario Federal, según establecimiento. Período 2009- 2018

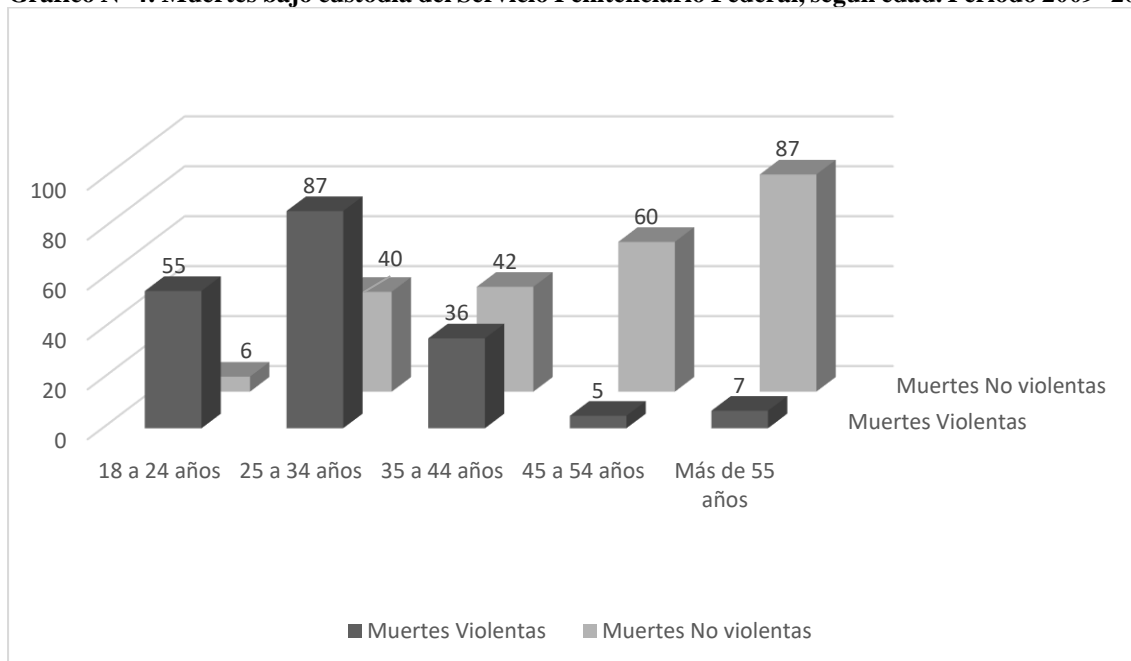
Fuente: Base de datos de Fallecimientos bajo custodia SPF- PPN

La incidencia de estos tres grandes complejos ha resultado aun mayor durante el año 2018, al reunir el 60% de las muertes bajo custodia del Servicio Penitenciario Federal. Veinticinco de las cuarenta y dos muertes registradas en el año se registran en esas tres prisiones: trece en el CPF I de Ezeiza, siete en el CPF II de Marcos Paz y cinco en el CPF CABA.

A la par de esa fuerte concentración, y aunque suene contradictorio, las muertes bajo custodia se dispersan también a lo largo y ancho del sistema penitenciario federal: durante la última década se ha registrado al menos una muerte en veintiocho de las treinta y cinco cárceles existentes en el Servicio Penitenciario Federal. Así, la dispersión/concentración entre prisiones a la vez, advierte sobre el riesgo a morir inherente a toda privación de libertad, mientras resulta demostrativa de la existencia de circunstancias y espacios más riesgosos que otros.

Las chances de morir en prisión aumentan también cuando una persona integra algún colectivo especialmente vulnerado. El gráfico anterior registra la muerte de diecinueve personas alojadas en los dispositivos psiquiátricos para varones, doce en cárceles de mujeres -diez de ellas en CPF IV de Ezeiza- y seis en las cárceles o anexos para jóvenes adultos.

La edad de las personas alojadas resulta un dato central para el análisis de las muertes bajo custodia: como puede observarse en el siguiente gráfico, la clasificación de *muertes violentas y no violentas*, cruzadas por el factor etario, da cuenta de una notable incidencia de los episodios más traumáticos en los sectores jóvenes, mientras que en los adultos mayores se han concentrado las muertes vinculadas a afecciones a la salud.

Gráfico N° 4: Muertes bajo custodia del Servicio Penitenciario Federal, según edad. Período 2009- 2018

Fuente: Base de datos de Fallecimientos bajo custodia SPF- PPN

De las 190 muertes violentas registradas durante el periodo 2009-2018, 142 se concentran en la franja etaria de 18 a 34 años. En ella, se encuentran sobrerrepresentadas las muertes por suicidio, homicidio y autoagresiones en el marco de medidas de fuerza, con 53, 42 y 24 casos respectivamente.

Esta confirmación parece reflejar una nueva faceta de la selectividad del sistema penal. No solo capta prioritariamente los sectores más jóvenes, sino que les aplica durante su detención un régimen más violento. La mirada se agudiza al concentrarse en los jóvenes adultos varones, aquella franja etaria entre 18 y 21 años. Las nueve muertes relacionadas a ese colectivo son en su totalidad violentas: cuatro suicidios, dos autoagresiones en el marco de medidas de fuerza, un homicidio, otra por accidente, y por último una muerte violenta cuya causa se encuentra aún en proceso de determinación.

Por su parte, como ya se ha adelantado, las muertes *no violentas* afectan más frecuentemente a las personas detenidas de edad avanzada. De los 235 fallecidos registrados en la última década, 189 eran mayores de 35 años, y 87 superaban los 55 años (37% de los casos). Aun cuando el próximo apartado lo describa con mayor detenimiento, corresponde aquí adelantar lo trágico y preocupante que resulta afrontar el encierro cuando se padecen enfermedades crónicas, y más aún si su situación se encuentra agravada por la avanzada edad del paciente.

También en las mujeres se ha concentrado la vulnerabilidad como factor esencial para la producción de muertes violentas. Entre los años 2009 y 2012, y en particular en el actual CPF IV de Ezeiza, se han registrado ocho de las nueve muertes violentas sufridas por el colectivo¹⁸⁸. Todas ellas, con mujeres menores de treinta y cinco años como víctimas. Todos esos fallecimientos se encuentran asociados a ciertas prácticas de gobierno carcelario especialmente difundidas en el colectivo de mujeres jóvenes: el uso extensivo del aislamiento, violencias físicas, nula propuesta de actividades recreativas, y psiquiatización del encierro en un contexto de deficiente atención a la salud mental.

¹⁸⁸ La cifra se completa con un caso en el Centro de Detención Judicial (U. 28), ocurrido también en el 2012.

La vulnerabilidad en prisión, con fuerte reflejo en las muertes bajo custodia, suele haberse anticipado en otros sufrimientos previos durante el encierro. La producción de muertes bajo custodia, en particular aquellas calificadas como violentas, se encuentran fuertemente asociadas a espacios caracterizados por prácticas penitenciarias violentas, segregativas y restrictivas de derechos y libertades. Al menos en cincuenta muertes registradas durante la última década, y en cuatro en 2018, la persona fallecida había denunciado previamente ante este organismo, a lo largo de su detención, agresiones físicas por parte de personal penitenciario. Las actuaciones administrativas ante este organismo registran la realización de medidas de fuerza extremas en al menos cuarenta y un casos durante la década, y en cuatro ocasiones en 2018. Cuarenta y cuatro personas fallecidas en el período 2009- 2018 se encontraban, finalmente, aisladas al momento de su muerte, y tres durante 2018.

En ciertas ocasiones, la vulnerabilidad de la víctima responde a varias condiciones a la vez que se retroalimentan, volviendo paradigmático el siguiente caso bajo análisis. El 7 de julio de 2010, en el Hospital Municipal de Oncología Marie Curie, falleció una detenida de origen boliviano de veintisiete años. Había estado detenida en el Centro Federal de Detención de Mujeres (U.31 de Ezeiza), junto a su hija menor, por una condena de cuatro años de prisión por el delito de transporte de estupefacientes.

Los efectos desestructurantes del encierro, en el caso concreto, suponen niveles especialmente acuciantes. Esta persona utilizaba el idioma quechua como lengua principal, por lo que su período en prisión estuvo asociado con limitaciones extremas para comunicarse con el personal penitenciario, funcionarios judiciales, y hasta con las otras mujeres detenidas. Su extrema vulnerabilidad se agravaba por la crítica situación socioeconómica que atravesaba junto a su familia desde antes de su detención, impidiendo que otras personas les brindaran a ella y su hija el sostén afectivo y material necesario para afrontar la situación de encierro.

Fue precisamente esa precaria situación económica la que motivó el traslado de la detenida desde una prisión en el norte del país hacia la Unidad N° 31 SPF, alejándola aún más de su núcleo familiar: la existencia de jardín de infantes en ese segundo establecimiento permitía a la detenida trabajar durante su detención, y afrontar así sus necesidades económicas y las de su hija.

De la lectura de su historia clínica es posible advertir que, desde su ingreso al sistema penitenciario federal, se tuvo conocimiento de su enfermedad: *carcinoma de cuello uterino*. En este contexto se manifestaba como innecesario e injusto continuar con su privación de libertad, no sólo por su grave estado de salud, sino también por la trascendencia de la pena sobre su hija menor de edad, detenida junto a ella, en un país extranjero y sin más sostén que su madre enferma.

Su grave afección a la salud, sin embargo, no supuso inicialmente respuesta alguna de parte del Estado hasta que su caso adquirió cierta trascendencia pública. Como fuera denunciado ante este organismo por las mismas detenidas alojadas junto a ella y su hija en la Unidad N° 31, la menor de edad habría sido víctima de una situación de abuso en el marco de una salida recreativa con una institución religiosa. Además de los hechos denunciados, las entrevistadas confirmaron el panorama estructural de vulnerabilidad.

Entonces sí, su precaria situación de salud resultó advertida por la administración de justicia penal, quien en una decisión que corresponde evaluar como buena práctica judicial resolvió adelantar su expulsión del país por fines humanitarios¹⁸⁹. No obstante, la

¹⁸⁹Al ser una ciudadana extranjera sin radicación en el país, por aplicación de la Ley de Migraciones (25.871), podría haber sido expulsada al cumplir la mitad de la condena, en caso de no registrar causas pendientes. Más allá del período restante para cumplir dicha mitad de condena, y de la consideración del instituto de expulsión anticipada como una potestad soberana, es necesario compensar estas dos cuestiones con el Sistema de

decisión jurisdiccional nunca logró ser efectivizada, en parte por las dificultades de la detenida para afrontar el viaje –por su precario estado de salud- pero principalmente por el recurso de casación presentado por el Ministerio Público Fiscal que impidió a aquella resolución adquirir firmeza.

La complejidad del caso, y los diversos actores involucrados en su proceso judicial de privación de libertad, han colaborado en la reafirmación de su vulnerabilidad, provocando su muerte bajo custodia estatal, aun cuando su situación y la de su hija ameritaban su expulsión y liberación en su país.

2. Muertes por enfermedad bajo custodia penitenciaria

Como se adelantara, la importancia cuantitativa de las muertes por enfermedad exige posar la mirada sobre este tipo de casos. El impacto de la deficiente asistencia médica en la producción de muertes bajo custodia del SPF resulta sumamente relevante: 236 de los 425 fallecimientos registrados en la década 2009- 2018 (el 55%), han sido categorizados como muertes no violentas, definición que incluye las muertes por enfermedad y la categoría mucho más residual de muertes súbitas¹⁹⁰. Han sido clasificadas así también veinticinco de las cuarenta y dos muertes registradas en 2018 (57%).

La atención médica resulta uno de los principales déficits constatables en el sistema penitenciario federal. Prueba de ello es el lugar que ha ocupado históricamente en los informes anuales de este organismo, y los constantes señalamientos y recomendaciones para mejorar la atención a la salud física y mental que este organismo ha efectuado a la administración penitenciaria en los últimos años.¹⁹¹

Aun cuando este apartado se concentre especialmente en recuperar las percepciones de las personas detenidas, en tanto pacientes, sobre las deficiencias del sistema de salud intramuros, corresponde adelantar que esas irregularidades resultan coherentes con las observaciones que realiza de manera persistente el Área Salud de la Procuración Penitenciaria de la Nación.

El aporte específico de esa área médica ha permitido identificar, además, que aquellos déficits en el sistema de salud intramuros se relacionan directamente con la producción de muertes bajo custodia. En 82 casos de muertes por enfermedad las actuaciones administrativas han incluido la intervención de profesionales de la salud de este organismo, evaluando la atención recibida por el paciente durante su privación de libertad, y en particular respecto de la patología que provocó finalmente su fallecimiento. En al menos 49 ocasiones, los asesores de este organismo han dictaminado, de acuerdo a las constancias médicas reunidas en las actuaciones administrativas y judiciales, que el

Protección de Derechos Humanos. Entonces, es posible pensar las posibilidades de relativización del plazo exigido para la expulsión, en principio rígido, cuando resulte la única posibilidad de sortear la cruel, inhumana y degradante pena a morir en prisión.

El dictamen médico elaborado por asesores de este organismo destaca que la muerte resultó “*consecuencia del avance acelerado de su patología, quizás por la agresividad de la patología en sí, pero sin menospreciar el estado de sufrimiento psíquico que conlleva el encierro, asociado a la falta de soporte familiar por alejamiento, como así también la transculturalización, todos factores que contribuyeron al deterioro acelerado y progresivo*”.

¹⁹⁰ Es por ese carácter residual de la muerte súbita que todos los fallecimientos no traumáticos serán en este apartado analizados en su conjunto, utilizando indistintamente las nociones de *muerte no violenta* y *muerte por enfermedad*.

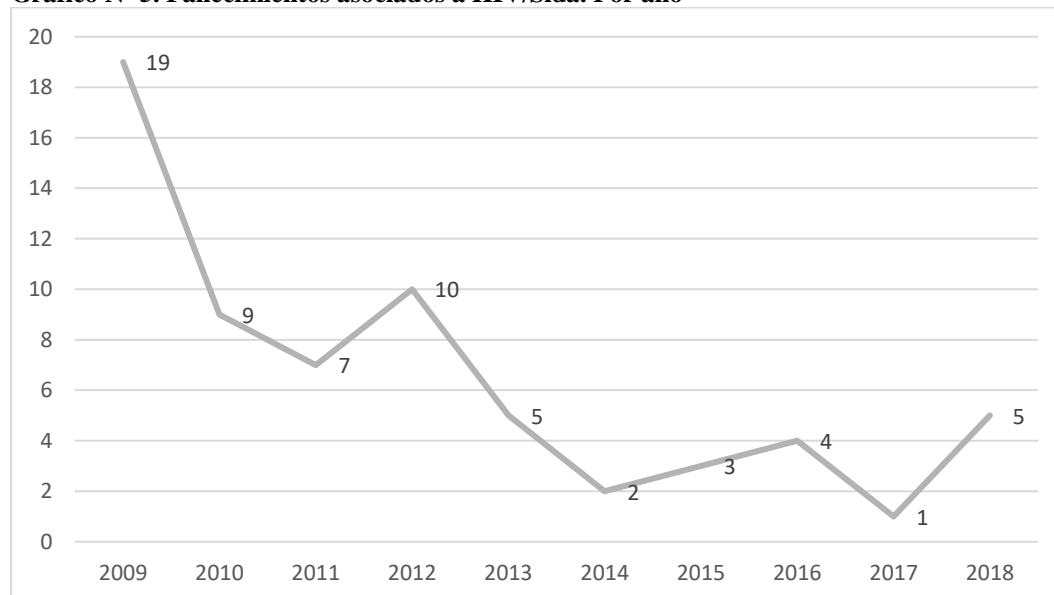
¹⁹¹ Ha sido precisamente por ese carácter estructural que la Procuración Penitenciaria ha dado inicio a la investigación “Fortalecimiento de las capacidades de los MNP de Argentina en el monitoreo de los sistemas de salud en el encierro”, financiada por el Fondo OPCAT a partir de diciembre de 2018. Ver el apartado “2. La PPN en el ámbito internacional”, del capítulo X: Actividades institucionales, política de difusión de derechos y resultados destacados de gestión.

tratamiento brindado resultó inadecuado. En 43 casos, además, evaluaron como inadecuado el lugar donde la detención del paciente se desarrolló, al opinar que la particularidad del cuadro ameritaba su internación en una sección médica intramuros o su derivación a un hospital público.

Pero el aporte del Área Salud de este organismo no se reduce a identificar deficiencias en la atención médica del sistema penitenciario federal, sino que permite alertar sobre las responsabilidades de otras agencias estatales, principalmente del Poder Judicial: en al menos 19 de los 82 casos relevados, los profesionales han dictaminado con las constancias reunidas que el cuadro ameritaba la incorporación del paciente al instituto de arresto domiciliario.

Entre las principales causas de muerte por enfermedad durante la última década se incluye la afección al HIV/Sida, independientemente de cuál sea la patología definidora del fallecimiento. Como el próximo gráfico demuestra, las muertes asociadas a HIV/Sida observaron un notorio retroceso entre 2013 y 2017, si bien ha vuelto a evidenciarse un incremento durante el año 2018, cuando con cinco casos representaron el 12% de las muertes totales en el período y una de cada cinco muertes por enfermedad.

Gráfico N° 5. Fallecimientos asociados a HIV/Sida. Por año



Fuente: Base de Fallecimientos bajo Custodia SPF- Procuración Penitenciaria de la Nación

Dentro de las 166 muertes por enfermedad donde no se registra una asociación al HIV/Sida, las patologías más determinantes resultan las cardiopatías y las enfermedades oncológicas, con treinta y tres y veintiséis casos respectivamente. También se observan como causas de muerte recurrentes aquellas asociadas a insuficiencias respiratorias -dieciocho casos- hepáticas y renales -diecisiete casos- y muertes por accidentes cerebro vasculares, con al menos diez casos.

Como se adelantara, las muertes por enfermedad suelen agruparse principalmente en personas detenidas de edad avanzada: mientras en el 20% de las muertes no violentas la edad no superaba los 34 años, eran mayores de 45 el 63% de las personas fallecidas por enfermedad o muerte súbita. Teniendo en cuenta que los mayores de cuarenta y cinco años se encuentran sumamente subrepresentados en el sistema penitenciario federal, al cruzar el dato de muertes con la información estadística oficial -SNEEP 2017- es posible sostener que las tasas de fallecimientos por enfermedad en prisiones federales son de 7 cada mil en personas detenidas menores de 34 años, y de 59 cada mil en las mayores de 45.

Replicando características propias de la situación legal de las personas encarceladas en el sistema penitenciario federal, carecía de condena firme el 51% de las personas fallecidas por enfermedad. Estaban además detenidos por infracción a la ley de drogas en el 27% de los casos, y por delitos contra la propiedad en el 26%.

Nueve de las 235 personas fallecidas por causas no violentas eran mujeres, y veintinueve de nacionalidad extranjera, con una fuerte prevalencia de países latinoamericanos. Eran sudamericanos veintidós de los veintinueve fallecidos extranjeros, destacándose los oriundos de Perú, Uruguay, Bolivia y Paraguay con seis, cinco, cuatro y tres casos respectivamente.

Aun cuando la muerte por enfermedad también se concentre fuertemente en los tres complejos más grandes del área metropolitana para varones adultos -46 en CPF I de Ezeiza, 39 en CPF II de Marcos Paz y 26 en CPF CABA¹⁹²- el fenómeno se extiende a lo largo y ancho del sistema penitenciario federal: se registran muertes por enfermedad en al menos veinticuatro cárceles federales de todo el país.

Esa extensión y regularidad del fenómeno permite corroborar el lazo que vincula las muertes por enfermedad con deficiencias estructurales en la atención a la salud en el sistema penitenciario federal. Una adecuada atención a la salud en el encierro supone la necesidad de controles preventivos que posibiliten diagnósticos oportunos, más aún cuando el paciente integra ciertos colectivos de riesgo, por caso por su edad avanzada; y una vez detectadas ciertas patologías, seguimientos, controles y tratamientos que deben ser desplegados en un contexto acorde para la eficaz recuperación del paciente, o en el peor de los casos garantizar la dignidad en su fallecimiento.

No es esa, por el contrario, la asistencia a la salud brindada regularmente en las cárceles federales argentinas. Ya en su Informe Anual 2015, este organismo había trazado las principales deficiencias en la asistencia a la salud en el sistema penitenciario federal asociadas a la producción de muertes bajo custodia:

“a) la falta de atención por profesionales de la salud, cuando un detenido solicita audiencia (dando por supuesto que la atención nunca será proactiva y siempre se limitará a responder intermitente y cadenciosamente ante demandas concretas). (...)

b) en los casos en que logran ser atendidos, las personas detenidas señalan la poca profundidad con que son estudiados sus cuadros (sin realizar estudios ni seguimientos, o hacerlo muy tardíamente). (...)

c) cuando son asistidos con mayor atención, los pacientes critican la falta de información posterior sobre el resultado de sus exámenes, diagnósticos y tratamientos futuros. (...)

d) y, por último, los tratamientos y dietas que prescriben los mismos médicos penitenciarios son regularmente incumplidos dentro de los establecimientos (se interrumpen dietas y tratamientos farmacológicos o se alteran sin explicación ni justificación alguna).”¹⁹³

La experiencia acumulada por este organismo en una década de aplicación del *Procedimiento para la Investigación y Documentación de casos de Fallecimientos en Prisión* ha permitido profundizar la mirada crítica sobre los puntos de encuentro entre el déficit en la atención a la salud y la producción de muertes por enfermedad bajo custodia penitenciaria.

¹⁹² A las que se suman las muertes en el Centro Penitenciario para Enfermedades Infecciosas, dependiente del Servicio Penitenciario Federal, pero emplazado por un convenio con la cartera de Salud al interior del predio del Hospital de Infecciosas Francisco J. Muñiz. En el período bajo estudio se registran 59 muertes por enfermedad bajo custodia de aquel establecimiento médico penitenciario, el 70% de los casos derivados previamente de uno de los tres complejos mencionados.

¹⁹³ Procuración Penitenciaria de la Nación, *Informe Anual 2015*, Buenos Aires, 2016, p. 243.

A continuación, se propone una enumeración más amplia, utilizando como fuente prioritaria los testimonios brindados por personas detenidas durante las inspecciones realizadas en el marco del *Procedimiento*, específicamente ante muertes no violentas registradas durante el año 2018. Esta recuperación de las percepciones de los pacientes sobre la asistencia médica brindada, resulta una guía de ruta relevante, que necesitará continuar siendo complementada con miradas profesionales sobre las deficiencias en la atención a la salud intramuros, principalmente en aquellas áreas más complejas como la evaluación de diagnósticos alcanzados o tratamientos instaurados.

Pese a su carácter lego, sin embargo, algunas de estas percepciones se fundan en pautas objetivas que no requieren de mayor conocimiento profesional para su validación: entrevistas médicas que no se realizan por meses, resultados de estudios que no se entregan, o turnos en hospitales extramuros que se suspenden por falta de combustible, no requieren un saber profesional especializado para ser objetadas. Que los testimonios sean ofrecidos por personas detenidas, oponiéndose a los circuitos de silencio e invisibilización que la prisión reproduce, les otorga a nuestro entender un valor aún mayor.

Atención por el médico de planta: infrecuente y superficial

La atención a la salud dentro de las prisiones federales es una responsabilidad exclusiva de la administración penitenciaria, quien debe brindar oportuna asistencia médica integral (Art. 143, Ley N° 24.660).

Concentrando la mirada en la asistencia médica, las y los profesionales de la salud¹⁹⁴ se distribuyen entre *médicos de planta* –profesionales dedicados a la atención generalizada y periódica de una prisión o unidad residencial-, *médicos de guardia* –quienes realizan una guardia activa (dentro de la prisión) o pasiva (fuera de él) por un período recortado de tiempo, usualmente veinticuatro horas, debiendo intervenir ante cualquier emergencia que se suceda en ese plazo- y *médicos especialistas* –como infectólogos o cardiólogos, quienes tienen la función de asistir a la unidad e intervenir usualmente a instancias del médico de planta y ante requerimientos específicos. En todos los casos, como regla, la entrevista con el médico se encuentra mediada por la División de Seguridad Interna, área a la que el paciente debe hacer llegar el pedido de audiencia con cierta antelación, o a quien debe hacerse saber la existencia de una emergencia.

Algunas de las principales percepciones críticas se asocian, entonces, a la actuación de los médicos de planta, sea por la infrecuencia con que asisten a los pacientes que solicitan mediante audiencia ser atendidos, sea por la liviandad con la que esa entrevista se desarrolla.

“Médico de planta no hay casi nunca, o no te atiende, estamos a la deriva. Yo puedo sacar audiencia todos los días durante un mes y me va a llamar al tercer mes recién.”

“El médico de planta pasó por última vez antes de las fiestas. Vino con cuatro o cinco libros, pedía tu nombre y te preguntaba qué necesitás. Pero después nunca nos llamaron para atendernos y cuando le digo al encargado me dice que saque audiencia. Pero sacás y no te atiende, no viene.” (Intervención en U.R III de CPF I de Ezeiza. Enero de 2018)

“Tengo diabetes. En tres meses con la cantidad de audiencias que saqué jamás me vieron todavía. Tengo presión alta y principio de cirrosis. Me atendía afuera en el (Hospital) Udaondo. Necesito atención. Solo una vez me vieron, pero no te tocan ni te miran.” (Intervención en U.R I de CPF II de Marcos Paz. Noviembre de 2018)

“El médico de planta me ve seguido, pero no me revisa. En tres meses nunca me hizo bajar el pantalón para ver la hernia inguinal. (...)

¹⁹⁴ La presencia de profesionales de sexo femenino y masculino se distribuye indistintamente en los diferentes establecimientos penitenciarios federales. Esta aclaración deberá ser tenida en cuenta en el resto del apartado, independientemente de que se utilicen de aquí en más las acepciones en masculino.

Con todo respeto, la entrevista es como con usted. Te habla, ‘¿qué necesitás?’. Pero no te toman la presión, los latidos del corazón, nada.” (Intervención en Pabellón N° 9 (Viejo Matías) CPF CABA. Enero de 2019)

La práctica médica arraigada de abandonar cualquier preocupación proactiva, limitándose a recibir los pedidos de audiencia de la División de Seguridad Interna, provoca en los pacientes la representación sumamente convincente que las entrevistas con el área médica se demoran o fracasan en algunas ocasiones porque celadores y jefes de turno no hacen llegar las audiencias, y en otras porque los médicos deciden entrevistar solo una limitada cantidad de pacientes.

“El médico de planta viene una vez por semana, pero no siempre nos llama. El filtro lo hace jefatura (de División de Seguridad Interna). Ellos deciden quién viene (a ver al médico) y quién no.” (Intervención en U.R I de CPF I de Ezeiza. Abril de 2018)

“El médico sólo viene una vez por semana, los viernes, y atiende a cinco por pabellón, y tenemos que dejar lugar a los que están graves, con cáncer, por ejemplo.” (Intervención en U.R IV del CPF II de Marcos Paz. Diciembre de 2018)

La infrecuencia con que los médicos asisten a sus pacientes provoca que muchas atenciones queden a cargo de enfermeros, más aún en horarios inhábiles, quienes excediendo sus atribuciones y capacidades diagnostican y medican sin control alguno.

“Necesitaba atención, lo veía el enfermero solo. Se quejaba por la atención, le dolía todo. Decía que no lo atendían, el médico de planta lo vio una sola vez y después lo manejaba directamente con el enfermero.” (Intervención en Pabellón N° 9 (Viejo Matías) del CPF CABA. Mayo de 2018)

“El viernes me agarró dolor, me acerqué a la puerta y me dijeron, ‘no, hoy es sábado, no hay médico, esperá al lunes’. Me puedo morir ahí.” (Intervención en Pabellón N° 9 (Viejo Matías) del CPF CABA. Julio de 2018)

La escasa profundidad con que son revisados, sea por enfermeros o médicos, genera además la percepción en los pacientes que su tratamiento avanza hacia la medicalización sintomática, sin haberse estudiado su caso en profundidad ni haberse preocupado por alcanzar diagnósticos precisos.

La atención médica por especialistas: demorada o inexistente

En ciertas ocasiones, por el diagnóstico presuntivo identificado por un médico de planta, por padecer una sintomatología evidente, o por ser una enfermedad existente y conocida previo a la detención, la atención del paciente debe continuar con un médico especialista.

Aun cuando cada prisión suponga la necesidad de un análisis propio, es posible adelantar que son muy pocas las especialidades disponibles en cada establecimiento penitenciario.

“El médico de planta me derivó al cardiólogo pero aún no me mandaron. Hace como quince días me llevaron al HPC y me hicieron un electrocardiograma. (...) El cardiólogo aún no me vio y tampoco me dieron los resultados del electrocardiograma. Hace como cuatro meses ya que me dijeron que me iba a ver el cardiólogo.” (Intervención en U.R I del CPF I de Ezeiza. Diciembre de 2018)

“Tengo el hombro roto. Durante cuatro o cinco meses no había traumatólogo. Me mandaron a hacer kinesiología sin diagnóstico, ni yo ni ellos sabíamos qué tenía. Además, necesito que me vea un dermatólogo, me afeitó y me sale un herpes en la cara. Nunca me vio un diabetólogo tampoco, y tomo insulina todos los días.” (Intervención en U.R V del CPF II de Marcos Paz. Julio de 2018)

El entrevistado padece de asma crónica, sólo lo ve el médico de planta. “El neumólogo, no. Porque no hay”. No lo llevaron al hospital extramuros aunque se lo prometieron tres o cuatro veces. (Intervención en Pabellón N° 9 (Viejo Matías) CPF CABA. Julio de 2018)

La ausencia de profesionales genera que muchas de esas interconsultas deban ser resueltas en hospitales externos integrantes del servicio de salud pública –y excepcionalmente en clínicas privadas por coberturas médicas que el paciente posea¹⁹⁵. Como se avanzará luego, las demoras para efectivizar los traslados a *hospitales extramuros* –como son definidos en la jerga penitenciaria- aleja aún más a los pacientes de los médicos especialistas.

El problema de la sub y sobre medicalización

Las investigaciones administrativas ante muertes bajo custodia suelen estar atravesadas por profundas críticas al suministro de medicación. Las más evidentes, asociadas a la falta de entrega de medicación recetada, las diferencias entre el tratamiento prescripto y aquel entregado finalmente, y las condiciones en que la medicación se suministra –la aplicación de inyectables sin informar de qué medicación se trata, la entrega de pastillas fuera de su blíster. Esta es, sin dudas, una de las instancias más críticas en la atención a la salud intramuros en la percepción de las personas detenidas.

“Los médicos me ven, pero me recetan medicación y después no me la traen.” (Intervención en U.R I del CPF I de Ezeiza. Abril de 2018)

Remarca que se encuentra hace tres semanas sin medicación. “Es muy recurrente que se queden sin medicación, es el principal problema, uno tiene que andar a los ponchazos”. (Intervención en Pabellón N° 9 (Viejo Matías) del CPF CABA. Mayo de 2018)

“Una vez fui (a atenderme), me pusieron dos inyecciones que no sé qué eran. Me querían dar una tercera y me negué, si al día de hoy todavía no sé qué fueron las otras dos.” (Intervención en U.R I del CPF II de Marcos Paz. Marzo de 2018)

Volviendo a la Ley de Ejecución de la Pena a nivel nacional, la medicación al igual que los estudios diagnósticos y los tratamientos deben ser suministrados sin cargo (art. 143, Ley N° 24.660). Sin embargo, las familias de los pacientes se ven obligadas a costear ellas mismas la medicación, en un procedimiento no declarado, pero sumamente formalizado que incluye la prescripción por el médico penitenciario y el ingreso de los familiares depositándolo en farmacia en la entrada de la prisión.

“La medicación me la administro yo, mensual, ¡Imaginate que estoy perdiendo la vista y no me atienden! Tengo que tomar una medicación para oxigenar el cerebro y el Estado no me la provee, y encima tampoco me dan trabajo para poder comprarla.” (Intervención en U.R IV del CPF I de Ezeiza. Enero de 2018)

“Yo le pregunto al médico de planta si me puede dar tal cosa y no hay forma, le tengo que pedir que me haga la receta para que me lo traiga la familia.” (Intervención en Pabellón N° 9 (Viejo Matías) del CPF CABA. Julio de 2018)

La falta de medicación específica disponible en las farmacias de las unidades penitenciarias, perciben los pacientes, se contrapone con la abundancia de inyectables y pastillas utilizados para enfrentar los padecimientos de una manera meramente sintomática, como analgésicos, antiinflamatorios y antifebriles. Esa medicación sintomática la suministran en muchas ocasiones enfermeros y personal de la División de Seguridad Interna –como celadores o encargados- sin control previo ni posterior alguno y en una práctica irregular asociada a la falta de presencia de personal médico en los módulos y pabellones.

¹⁹⁵ Las personas detenidas que trabajan bajo custodia carecen de obra social, al igual que sus familiares a cargo. Se trata de una decisión exclusiva de la administración penitenciaria que no se desprende de la normativa vigente.

“No lo sacaban (a atenderlo) nunca. Lo arreglaban con pastillas, pastillas, pastillas. E inyecciones.” (Intervención en Unidad N° 6 de Rawson. Enero de 2018)

“Cuando lo sacan le dan una inyección y lo meten ahí de nuevo. Solo lo vio el enfermero, que no sabe nada. Lo único que te da el enfermero es la medicación psiquiátrica, andan con los bolsillos llenos de pastillas, pero no te pueden conseguir un antibiótico.” (Intervención en U.R IV del CPF I de Ezeiza. Enero de 2018)

“Al de las convulsiones lo medicaron, eso es lo habitual, lo hace el enfermero.” (Intervención en U.R IV del CPF II de Marcos Paz. Diciembre de 2018)

La sobre medicalización sin diagnósticos precisos, incluso distribuida por funcionarios ajenos a las Áreas de Salud, se agrava al tratarse de medicación psiquiátrica. Práctica que es recurrentemente utilizada para la gestión de los espacios de encierro, especialmente aquellos de mayor conflictividad.

“Para conseguir pastillas (psiquiátricas) es re fácil. Acá circula todo. Sacás audiencia, le contás que no podés dormir y te dan lo que quieras. Pero es un peligro tomar pastillas en un pabellón así, juegan con la mente ajena. Si estás dado vuelta se te aprovechan.” (Intervención en U.R V del CPF II de Marcos Paz. Julio de 2018)

“Jamás vi un médico adentro del pabellón, enfermero menos. Salvo que te quieran dar pastillas para la locura, ahí sí entran.” (Intervención en U.R II del CPF I de Ezeiza. Octubre de 2018)

“Lo único que le daban era unas pastillas para que no joda. El encargado (de División de Seguridad Interna) le daba alplax. Una plancha para que duerma.” (Intervención en U.R I del CPF II de Marcos Paz. Noviembre de 2018)

Pérdida de turnos en hospitales externos para interconsultas, estudios e intervenciones

Como ha sido adelantado al señalar las dificultades que atraviesa un paciente para que su cuadro sea tratado por un médico especialista, los detenidos suelen graficar sus salidas a hospitales extramuros como una verdadera odisea: *“en el camión nos sacan a las nueve de la mañana y me traen a las diez de la noche, a la una de la mañana. Nos ponen las esposas, nos atan a la silla y te dejan por ahí. Yo no quiero salir más” (Intervención en Pabellón N° 9 (Viejo Matías) CPF CABA. Julio de 2018).*

Uno de los efectos que esos vejámenes provocan, aún más gravosos en pacientes de edad avanzada o salud precaria, es la decisión de la persona de dejar de insistir con sus traslados a hospitales externos. Es que, ante la precariedad del sistema de salud penitenciario, el servicio público de salud resulta indispensable para la asistencia por especialistas, pero también para la realización de estudios y controles específicos, intervenciones programadas, y ante urgencias.

En todos esos supuestos, los testimonios han permitido verificar una de las principales quejas a la atención médica en el sistema penitenciario federal: la constante demora para gestionar turnos en hospitales externos, y la pérdida de aquellos ya programados por falta de comisión para realizar el traslado, ausencia de móvil en condiciones o combustible.

El entrevistado señala que ingresó con la muñeca fracturada hace tres meses. Recién lo sacaron hace veinticinco días para hacerse una radiografía y le diagnosticaron que tiene una fractura, pero como ya está soldada no lo pueden enyesar. Le dieron medicación y ordenaron sesiones de kinesiología. La medicación se la dieron, pero se le terminó y no le volvieron a traer. A kinesiología no lo sacaron nunca. (Intervención en U.R IV del CPF I de Ezeiza. Julio de 2018)

“El médico de acá me dijo que me iba a sacar con un neurólogo. Tuve un golpe y tengo muchos dolores. Y nunca me llevaron. Necesito salir a un hospital extramuros y no me

sacan. Disculpe que lo diga así, pero no quiero terminar como este hombre (en referencia a otro detenido fallecido).” (Intervención en Unidad N° 6 de Rawson. Enero de 2018)

“Tengo diabetes, no tenemos especialista, solo médico general (de planta) que viene todos los miércoles. Me hace análisis cada tres o cuatro meses y según lo que dé, me van medicando. Por decisión del médico general. Nunca me llevaron a un hospital de la calle para que me vea un especialista, me hubiera gustado. Estoy hace cuatro años.”

“Hace un año me vio una uróloga, pero no viene más y me quedé sin seguimiento de mi enfermedad. Desde entonces me dan la medicación que ella indicó en aquella época, pero sin seguimiento. Pregunté para que me saquen a hospital extramuros pero me dijeron que ahora tampoco hay gestor para pedir turnos. Hace un año me contestaron eso.”

“El (médico de planta) me vio y me fue claro, voy a tener que esperar porque desde que él trabaja acá, en veinte años, solo vio que operaran a dos personas en hospital extramuros de lo mío (padece hernia inguinal).” (Intervención en Pabellón N° 9 (Viejo Matías) CPF CABA. Enero de 2019)

Las falencias de los hospitales penitenciarios

La necesidad insatisfecha de traslados oportunos y frecuentes a *hospitales extramuros* no logra ser suplida por las áreas asistenciales de las cárceles federales, que dependiendo el establecimiento varían desde una pequeña sala hasta hospitales penitenciarios con distintos niveles de complejidad.

Contrariando la representación que los actores externos pueden formarse sobre qué significa estar internado en un hospital penitenciario, los testimonios reunidos durante estas inspecciones por muertes bajo custodia informan de la deficiente y escasa atención médica brindada durante las internaciones.

“A mí me faltaba el aire, iba al baño y me mareaba, le decía al enfermero y me decía: ‘tiene que venir el cirujano a verte’. Nadie me revisaba. Ese día no me vio un médico. A la mañana me sentía igual, recién con la recorrida me tocaron y ahí me llevaron al hospital (extramuros). No te pasan mucho a ver, esa es la verdad.”

“Golpeaba la puerta pidiendo médico. Pero acá después de las siete no hay nadie.” (Intervención en HPC I del CPF I de Ezeiza. Julio de 2018)

“Se ve que en el HPC no te hacen nada, te inyectan y te dejan. Pero no te tratan, no te estudian. Para cuando te quieren tratar ya es tarde. Te querés volver (del hospital hacia el pabellón) porque allá estás más preso que lo que estás acá en el pabellón.” (Intervención en Pabellón N° 9 (Programa Viejo Matías) del CPF CABA. Julio de 2018)

La falta de presencia constante de profesionales de la salud se combina con una gestión del espacio de internación por personal de seguridad. En las percepciones de los pacientes internados en el hospital del CPF I de Ezeiza, la infrecuente atención por médicos se ha visto combinada por un repertorio de maltrato verbal y, en algunos casos, hasta físico. En las representaciones de las personas detenidas entrevistadas, los elevados niveles de aislamiento en solitario en celdas/ habitaciones individuales, encerrados y con infrecuente contacto con médicos y enfermeros es visibilizado como la principal afectación que supone una internación en el Hospital Penitenciario Central I.

“Estoy acá por un hurto simple. Me tienen en la celda 24 hs. Solo salimos veinte minutos para hablar por teléfono y diez minutos para bañarnos. Media hora por día en total salgo. Después todo el tiempo encerrado. Lo único que uno tiene adentro es una cama, un inodoro y una pileta. Ni siquiera una revista.” (Intervención en HPC I del CPF I de Ezeiza. Mayo de 2018)

“A la noche llaman y llaman al enfermero, y no viene. Viene el jefe de turno y los cagan a palos. Los atan a la cama. En calzoncillos los dejan, arriba de la cama, atados. Había un pibito que no se metía con nadie. Llamó al médico y vino el jefe de turno y le preguntó:

‘¿te sentís mal?’. Y le metió una patada y le partió una ceja.’ (Intervención en HPC I del CPF I de Ezeiza. Julio de 2018)

Esos malos tratos y deficiencias en la atención médica se traducen, de acuerdo a los testimonios de las personas detenidas, en altas hospitalarias, aun cuando el cuadro patológico o el post operatorio aconsejasen una internación más prolongada. También es una de las principales razones por las que los pacientes optan por ser reintegrados a sus pabellones, forzando el alta médica e incluso sin recibirla. La siguiente razón es la ausencia de atenciones mínimas en un centro hospitalario, relacionadas con el aseo personal y la higiene del sector de internación.

“Estuvo como dos o tres semanas afuera por la operación, creo que la última en el HPC, pero no sé cómo le pudieron dar de alta, no estaba para que lo devuelvan al pabellón. (...) No lo deberían haber traído después de su operación, no tenía movilidad. A él le dieron una bolsa de gasas que ni estaban esterilizadas, todas abiertas, medio amarillas. Le dieron un pomo de pervinox para que lo cuidemos nosotros. (...) Le hacía las curaciones el compañero, le sacó litros de pus de la herida.” (Intervención en U.R V del CPF II de Marcos Paz. Julio de 2018)

“Te sacan al HPC, te dan una pichicata y te devuelven al pabellón. El viernes tuve un fuerte dolor de cabeza y se me dormían las manos. Me sacaron tres veces al HPC, me pusieron suero y me devolvieron. Tres veces tuve que ir. La primera vez, una pichicata porque decían que era un ataque al hígado. La segunda, nada. La tercera, me pusieron suero. Acá por lo menos está la cooperación entre nosotros que si alguien se descompone, reclamamos. Allá es un abandono, además de la falta de higiene. Que te higienice un enfermero no existe, tampoco que te cambien una sábana.” (Intervención en Pabellón N° 9 (Programa Viejo Matías) del CPF CABA. Enero de 2019)

“A mí, como no me pueden levantar, nadie tiene fuerza y no tengo movilidad, capaz que no salgo de la celda (habitación en el hospital penitenciario) en una semana entera. Tengo que esperar a mis visitas. Pero el otro día se tuvo que quedar una hora y media mi mamá acá encerrada en la celda con nosotros, porque los guardias se habían olvidado de que estaba.”

“Mi celda no está acondicionada para una persona en silla de ruedas. Cada vez que tengo que orinar, tengo que tirarme como puedo al inodoro. Aparte nadie me ayuda, porque el otro preso que está acá tampoco se puede levantar de la camilla. Y la guardia olvidate que me va a ayudar.” (Intervención en HPC I del CPF I de Ezeiza. Mayo de 2018)

“Cuando un detenido se ve mal atendido (en el HPC), prefiere venirse al pabellón. Si XXX venía sin bañarlo siquiera. Llegaba y se bañaba.”

“En el HPC es muy mala la atención, muy fría. Te dejan tirado en la sala sin atención. Por eso el preso no quiere quedar internado ahí. En el pabellón está más acompañado por sus compañeros, cuidado, te escuchan más.” (Intervención en Pabellón N° 9 (Programa Viejo Matías) del CPF CABA. Julio de 2018)

“A mí me tenían que operar antes de caer detenido, tenía los prequirúrgicos hechos. Pero acá nada más me dan ibuprofeno para el dolor. Al HPC si no te estás muriendo ni vayas, por lo que dicen los compañeros. Que está todo sucio, es una mugre.” (Intervención en U.R VI del CPF CABA. Enero de 2019)

Falta de acceso a diagnósticos certeros

La escasa profundidad de las entrevistas con médicos generalistas, la falta de interconsultas con especialistas y la suspensión de traslados a hospitales externos provocan en la percepción de las personas detenidas una ausencia de diagnósticos certeros sobre las patologías de base que las aquejan.

En gran medida, sostienen, resulta consecuencia también de la medicalización meramente sintomática y la infrecuencia con que los médicos ordenan la realización de estudios de diagnóstico.

“Yo venía reclamando desde antes y recién el 27 de noviembre del año pasado voy al hospital extramuros por mi cáncer. Le comunico al médico mi dolor y ahí ordena para que me hagan los controles. Si me hubieran agarrado a tiempo no tendría que andar con la sonda. Y así y todo no sé qué tengo. No me llevan a hacer controles ni estudios.” (Intervención en U.R I del CPF II de Marcos Paz. Marzo de 2018)

En aquellas ocasiones en que los médicos ordenan estudios, registran también los testimonios recuperados, se demoran más de lo esperado o nunca se realizan.

Menciona que por una tumoración debía realizarse un estudio semestralmente. (...) La última vez lo llevaron al Hospital Piñeiro, pero los especialistas se negaron a realizar el estudio porque la administración penitenciaria olvidó llevar su historia clínica. Nunca le hicieron el estudio en un año de detención. (Intervención en Pabellón N° 9 (Viejo Matías) CPF CABA. Mayo de 2018)

En las ocasiones en que los estudios se realizan, sus resultados nunca llegan a los pacientes, quienes deben contentarse en el mejor de los casos con una versión oral transmitida por el médico de planta o especialista.

Está hace un mes con un dolor fuerte y latente en el costado derecho. No puede orinar. No lo atiende el médico hace tres semanas. Le hicieron una ecografía el mes pasado, pero no le dan los resultados.

“Me hicieron los estudios, pero no me traen los resultados. Dicen que no los encuentran.” En noviembre lo llevaron al Cuerpo Médico Forense, le hicieron estudios, pero no le dan los resultados. El médico del complejo lo ve, pero le dice que necesita esos resultados. Como no los tiene, no lo medica. (Intervención en Pabellón N° 9 (Viejo Matías) CPF CABA. Mayo de 2018)

“Una vez vino el gastroenterólogo y ordenó que me hagan los estudios. Me dicen que salieron bien, pero son solo análisis de sangre y ni me los mostraron, fue todo verbal.” (Intervención en U.R I del CPF I de Ezeiza. Diciembre de 2018)

Ausencia de medicina preventiva

Si los estudios ordenados ante sintomatologías evidentes sufren las falencias mencionadas en el apartado anterior, los controles periódicos y preventivos resultan inexistentes. Así lo destacan críticamente los testimonios relevados, con especial atención en aquellas inspecciones realizadas en el Pabellón N° 9 de CPF CABA, por tratarse de un colectivo especialmente vulnerado por su edad avanzada.

“(Ante una muerte por tuberculosis). Nosotros pedimos que nos hagan un control de esputo a todos por las dudas, preventivo, pero nada.”

“Estudios y controles preventivos, no hay.” (Intervención en Pabellón N° 9 (Viejo Matías) CPF CABA. Julio de 2018)

“Algunos controles deberían ser diarios, periódicos, como la presión. Recién te la toman si te sentís mal.” (Intervención en Pabellón N° 9 (Viejo Matías) CPF CABA. Enero de 2019)

Consecuencia directa de esa falta de actitud proactiva, los pacientes han debido recurrir a reclamos colectivos y la intervención de actores externos, incluso ante cuadros graves y emergencias médicas.

“XXX hasta sacó las manos para afuera para hacerle señas al encargado. Gritaba él y todos gritábamos. El encargado se reía y no le abría (la celda). Tardó como veinte minutos, fácil. El pibe estaba en el piso convulsionando. Al final le terminó abriendo por el quilombo que hicimos, pero la hizo re larga. Lo terminó sacando con uno de los pibes. Se lo llevaron desmayado.” (Intervención en U.R IV del CPF I de Ezeiza. Enero de 2018)

“Me tuve que coser la boca para que me atiendan por un dolor que tuve en las piernas: no las sentía, tampoco las manos. Me vio un flebólogo después porque era grave y todavía sigue sin darme los resultados.” (Intervención en U.R I del CPF II de Marcos Paz. Marzo de 2018)

“ Toda la atención médica la hago por habeas corpus. Tengo que presentar habeas corpus para todo.” (Intervención en U.R IV del CPF I de Ezeiza. Julio de 2018)

Falta de intervención ante cuadros de notorio y progresivo deterioro

Los testimonios atestiguan, en todas las prisiones sin distinción y ante cuadros consolidados, el progresivo agravamiento por semanas y meses, hasta alcanzar niveles de deterioro alarmantes sin suponer, por ello, el despliegue de una atención adecuada.

“Él no podía comer, no podía dormir. Se meaba, se cagaba. Deberían haber reaccionado de otra manera. No entiendo como no le ponen interés. Acá no vamos a tener lujo, pero un mínimo respeto por las personas estamos pidiendo.” (Intervención en U.R III del CPF I de Ezeiza. Enero de 2018)

“El hombre ese estuvo tirado una semana en la cama. Él decía que le dolían los riñones. Parece que no era solo eso. Lo sacaban a enfermería y lo traían en el día.” (Intervención en la Unidad N° 6 de Rawson. Enero de 2018)

“Cuando ingresó era gordo. En un par de meses se vino abajo, cuando lo llevaron a la U.21 (Centro Penitenciario para Enfermedades Infecciosas) pesaba cuarenta kilos. Se la pasaba con dolores de cabeza, no podía respirar. En el último tiempo andaba con fiebre, también.” (Intervención en Pabellón N° 9 (Viejo Matías) CPF CABA. Mayo de 2018)

“Estaba mal, dos veces lo sacaron mal al HPC. Ya ni se levantaba de la cama, no comía, ni iba al baño. Se pasaba semanas así. Cuando estaba mejor se levantaba, iba a trabajar, desayunaba. Ya la primera vez que fue al HPC lo tendrían que haber sacado afuera, pero en lugar de eso lo trajeron de vuelta. No comía, ni se levantaba.” (Intervención en U.R VI del CPF CABA. Enero de 2019)

Inadecuada respuesta ante emergencias médicas

La experiencia acumulada ha permitido a este organismo relevar la inadecuación de las distintas prisiones federales para afrontar emergencias médicas. En 2017, luego de inspeccionar las instalaciones sanitarias de todas las unidades penitenciarias en el área Metropolitana, y haber encontrado serias deficiencias para atender de manera oportuna y adecuada las emergencias médicas, el Procurador Penitenciario emitió la Recomendación N° 858/PPN/17. Dirigida al Director Nacional del SPF, lo exhortaba a asegurar las condiciones indispensables que permitan la resolución adecuada de las emergencias de salud bajo custodia.

En el monitoreo llevado a cabo, pudieron identificarse varias aristas especialmente críticas. Por un lado, se verificó que ninguno de los complejos contaba con un protocolo de emergencias. Por otro, tanto las enfermerías como *shock rooms* —o salas de reanimación y estabilización hemodinámica— presentaban una situación especialmente crítica por los faltantes de insumos imprescindibles y la disparidad de elementos presentes en cada una de las unidades residenciales. También se constató que la cantidad de personal sanitario asignado (de guardia, de planta y especializado) resultaba insuficiente en todos los complejos. Y, finalmente, se observó la falta de medios de transporte, disponibles en tiempo y forma, para garantizar traslados de urgencia a hospitales extramuros.¹⁹⁶

Los testimonios recogidos ante muertes bajo custodia confirman la íntima relación entre esos fallecimientos y la inadecuada respuesta de la administración penitenciaria ante emergencias médicas, deficiencias que se ven agravadas por la intervención exclusiva de

¹⁹⁶ Conf. <http://ppn.gov.ar/sites/default/files/Recomendaci%C3%B3n%20858.pdf>.

enfermeros sin presencia ni control de médicos, principalmente en horarios inhábiles y más aún en aquellas prisiones que carecen de guardias médicas activas permanentes (principalmente en prisiones del interior del país).

“Ese día él se despertó y le costaba respirar. Le pregunto si necesitaba ‘el patito’ (broncodilatador) y me dijo que ya se lo había hecho. Le preguntamos de nuevo si quería algo y le trajeron un té. (...)”

Yo me encargué de avisarle al celador en el recuento de las 8.00 hs de la mañana. Luego, cuando salí a trabajar a las 9.30 hs volví a decirle al encargado que este hombre necesitaba atención médica, que no podía respirar. Cuando nos reintegramos a las 12.20 hs del mediodía ya lo encontramos fallecido. (...)”

No sabemos si los celadores no avisaron a sus jefes, o si sus jefes no les avisaron a los médicos, o si los médicos no quisieron venir. Pero nosotros sabemos bien que esto no es ninguna muerte súbita.” (Intervención en U.R I del CPF II de Marcos Paz. Marzo de 2018)
En la noche del jueves, volvió a sentirse mal. “No podía comer, le dolía el pecho y la boca del estómago, con un hormigueo en el brazo. Se sentía mal, y como sabía que nadie lo iba a asistir, se engomó. Un muchacho lo escuchó pedir auxilio y fue a avisarle al celador que se había descompensado, serían las 23.30 hs. Recién a la 1.00 am apareció el enfermero, y el celador no vino antes”.

Al momento de la reapertura de celdas matinal (8.00 am), uno de los detenidos lo encontró dentro de su celda, en mal estado. Como continuaba con dolor en el pecho, volvió a exigir atención médica y el celador llamó a jefatura, alrededor de las 9.30 hs. Desde la jefatura le dijeron que enviarían un médico, continuaron los testimonios. Sin embargo, al mediodía concurrió el enfermero a repartir la medicación, pero no lo asistió.

Recién a las 18.30 hs lo retiraron del pabellón en silla de ruedas para ser asistido por el enfermero de guardia. Quedó entonces en enfermería, aguardando por la llegada del médico que se habría producido recién pasada la medianoche.” (Intervención en U.R I del CPF I de Ezeiza. Abril de 2018)

“El día que se lo llevaron nos cansamos de avisarle al encargado que vomitaba sangre, que estaba muy mal, le mostramos el balde con el vómito y ni se movió. Recién más tarde vino el enfermero.” (Intervención en U.R V del CPF II de Marcos Paz. Julio de 2018)

“Ya estaba de última, estuvimos horas reclamando al encargado en la pecera. Yo no sé si no llamaba, o llamaba y (los médicos) no venían. Al final lo llevaron a enfermería, y ya nunca volvió. (...) Estaba peor, muy pálido, apenas podía caminar. Reclamamos de nuevo y lo sacaron en un carro. No trajeron la camilla, era el carro de cocina, lo sacaron en eso.” (Intervención en U.R IV del CPF I de Ezeiza. Julio de 2018)

Conclusiones

Las irregularidades en la asistencia médica, además, se ven agravadas por las deficientes condiciones de detención, que incluyen deplorables niveles de higiene y salubridad e inaceptable alimentación brindada por el Estado.

“Las celdas están terribles de desechos cloacales. Gotea materia fecal.” (Intervención en U.R IV del CPF I de Ezeiza. Enero de 2018)

“En el Pabellón 10 hay dos baños para mear y tres para defecar. Pero anda uno de cada uno. (...) Estamos acá comiendo y a los tres metros hay un baño. No hay extractor ni nada, va uno al baño y viene todo el olor a la mesa.” (Intervención en U.R IV del CPF II de Marcos Paz. Diciembre de 2018)

“La comida nosotros la tiramos, nadie la come. Es incomible. El primer mes de las bandejas (tercerización de la alimentación en una empresa privada), era otra cosa, era de primera. La milanesa la traían doblada porque ni entraba en la bandeja. Ahora ya ni carne ponen. A veces son peores las bandejas de dietas que la comida común.”

“A los diabéticos en lugar de dieta parece que nos dan vómito de perro, a propósito. Tiramos todo al tacho. De los cincuenta, la tiran cuarenta y cinco.”

“Trato de no comer lo que traen para no ir al baño, porque si me llego a descomponer acá médico no hay. Entonces mi mecanismo para evitar pasarla mal, es no comer.” (Intervención en U.R V del CPF II de Marcos Paz. Julio de 2018)

“La alimentación es de supervivencia. Hay algo para comer. Regular. Para una sola comida al día. Es como la época de las cavernas, uno se tiene que adaptar. Yo cocino con dos personas más que tienen peculio.” (Intervención en Pabellón N° 9 (Programa Viejo Matías) del CPF CABA. Julio 2018)

Estas prácticas penitenciarias son habilitadas a la vez por el insuficiente control judicial sobre las condiciones de encierro. Como los siguientes testimonios permiten sostener, la ineficaz intervención judicial se observa tanto al incumplir su obligación de garantizar adecuada asistencia médica durante el encierro, como al momento de decidir su morigeración por la gravedad del cuadro.

“Tengo diabetes (...). Además, estoy seco de vientre desde hace cinco días por la comida que nos dan acá. Quiero que me saquen y vean qué tengo en la panza, tengo gases. Lo peor es que estoy acá por una tentativa de hurto de una bicicleta y el juez me quiere dar un año de condena en estas condiciones.” (Intervención en U.R I del CPF II de Marcos Paz. Noviembre de 2018)

“En un lugar así la asistencia tiene que ser para todos. Y acá hay una falta total, hay gente que no recibe las dietas. Se ve que nuestros reclamos no alcanzan, les da lo mismo que hablemos con los juzgados u organismos. Hacen lo que quieren.” (Intervención en U.R III del CPF I de Ezeiza. Enero de 2018)

“Cuando pidió la domiciliaria ya usaba silla de ruedas, porque le costaba mucho moverse. (...) El Servicio declaró en el incidente del arresto que no tenía patologías y que podía deambular, por eso se lo denegaron. El médico de la Procuración Penitenciaria había constatado su mal estado y había dictaminado para que le dieran el arresto.” (Intervención en U.R I del CPF I de Ezeiza. Abril de 2018)

“Él tenía cáncer me parece, y HIV. Cuando él ingresó, ingresó mal. A medida que lo fuimos atendiendo nosotros, esos dos o tres meses se fue recuperando un poco. Pero no podía caminar, tenía tos, se meaba encima, se cagaba. Cuando llegaba al baño ya había hecho todas sus necesidades en el camino. Teníamos que estar a las 2, 3 de la mañana limpiando todo. Había pedido arresto (domiciliario) y no se lo querían dar. Él quería ser trasladado a un hospital, al menos. El hombre no podía ni caminar.” (Intervención en U.R I del CPF II de Marcos Paz. Noviembre de 2018)

Si la asistencia médica en el sistema penitenciario federal tiene todas las deficiencias que viene señalando el Área de Salud de la PPN¹⁹⁷, las intervenciones realizadas ante muertes bajo custodia han permitido identificar situaciones aún más gravosas, sea porque el paciente integra un colectivo especialmente vulnerable al encierro, sea porque alguna cualidad personal lo hace víctima de algún tipo de discriminación por los agentes penitenciarios.

Los testimonios reunidos han permitido sobredimensionar la irregularidad de la asistencia médica en el Pabellón N° 9 de CPF CABA, destinado al alojamiento de adultos varones mayores de cincuenta años, detenidos por delitos comunes. Los registros relacionados al hospital penitenciario del CPF I de Ezeiza han permitido dimensionar, en la representación de los pacientes internados en la planta baja, el trato desigual del que son

¹⁹⁷ Ver Informe Anual PPN 2017, pág. 465 y ss; Informe Anual PPN 2016, pág. 356 y ss; Informe Anual PPN 2015, pág. 372 y ss.

víctimas en relación a los detenidos por crímenes de lesa humanidad alojados en el piso superior.

“Acá dicen que antes había un patio. Pero cortaron todo. Le dan patio solo a los de arriba (se trata de detenidos por crímenes de lesa humanidad).” (Intervención en Hospital Penitenciario Central I del CPF I de Ezeiza. Mayo de 2018)

“Ahora tenemos una sola médica y un solo enfermero para las dos plantas. Pero no es lo mismo para nosotros que para ellos (en relación a los detenidos por crímenes de lesa humanidad, alojados en el piso superior del hospital). Esos viejos que violaron, mataron, secuestraron, son mafia y tienen beneficios: tienen patio y nosotros más de 23 hs encerrados. A nosotros nos tratan como lacras, a ellos no.” (Intervención en Hospital Penitenciario Central I del CPF I de Ezeiza. Julio de 2018)

En otras ocasiones, el trato desigual es explicado, en la representación de los mismos pacientes, por el delito del que se los acusa, tratarse de su primera detención, o su condición de extranjero. Los últimos testimonios plasman también una inadecuada asistencia directamente asociada a una discriminación por obesidad.

“Yo tuve un dolor de oído muy fuerte hace varios meses, pedí un millón de audiencias, pero nada. Me curé yo solo con un pedazo de diario. Yo mismo me hice el remedio. Pero no podemos denunciar nada porque los ‘cobanis’ nos empiezan a amenazar con sacarnos al (Pabellón) B, que es de villa. Imaginate que nosotros somos primarios, no podemos hacer nada con tal que no nos saquen de acá. Yo sólo una vez me animé a decirles que iba a pedir médico por juzgado y me dijeron eso.” (Intervención en U.R II del CPF I de Ezeiza. Octubre de 2018)

“A los extranjeros nos tratan peor, nos discriminan (se pone a llorar). A veces no puedo dormir del dolor en la pierna y no me atienden. Un enfermero me dijo, ‘la poca atención en el hospital de Santiago es para los de Santiago, no hay turnos para extranjeros’.” (Intervención en Unidad N° 35 de Stgo. del Estero. Febrero de 2019)

“El muchacho estaba mal, y todos lo sabían. Le costaba respirar, era obeso. El encargado que está ahora lo re verdugueaba. Le golpeaba la cama, ‘dale levántate’. Todo el tiempo así, y él no podía. Lo discriminaba por gordo. ‘Este gordo cargoso’, le decía.”

“Pesaba como 180, 200 kilos. A las 8.00 el guardiacárcel le golpeaba la cama para que se despertara, no sabés el maltrato constante ¡No lo dejaba acostarse! Pensá que cuando nos enteramos de la muerte, en el recuento siguiente le gritaban, ‘asesino’. Por lo maltratador.” (Intervención en U.R II del CPF I de Ezeiza. Octubre de 2018)

Para finalizar, todas estas irregularidades han sido registradas desde las primeras intervenciones de este organismo, como principales falencias en la atención a la salud en el sistema penitenciario federal¹⁹⁸. Aun cuando se encuentren arraigadas en la cultura penitenciaria, es dable advertir también que esos déficits se agravan en períodos de crisis presupuestaria, como el que atraviesa actualmente el Servicio Penitenciario Federal. Así se demuestra en los siguientes registros, que asocian al recorte presupuestario las demoras y pérdida de turnos en hospitales externos por imposibilidad de efectivizar el traslado, los faltantes en farmacia que llegan al extremo de exigir a los familiares costear la medicación, y la restricción de especialistas disponibles en los hospitales penitenciarios.

“Los traslados a hospital extramuros son complicados. Yo veo que los sacan (a los pacientes) temprano a la mañana, y a las diez de la mañana vuelven y dicen que no los llevaron porque no había comisión.” (Intervención en Pabellón N° 9 (Viejo Matías) CPF CABA. Julio de 2018)

¹⁹⁸ Ver Informe Anual PPN 2008, pág. 206 y ss; Informe Anual PPN 2009, pág. 325 y ss.; y en especial Informe Anual PPN 2012, pág. 340 y ss.

“Yo tuve un dolor de hígado muy pronunciado hace poco y no tenían jeringas para inyectarme, entonces me dieron directamente la ampolla para que me la tome.” (Intervención en U.R V del CPF II de Marcos Paz. Julio de 2018)

“Hay abandono de persona, porque no quieren gastar. No te proveen tampoco para que te hagas vos mismo el control de glucemia, no les interesa.” (Intervención en Pabellón N° 9 (Viejo Matías) CPF CABA. Enero de 2019)

“Se me hincha la mano, pedí al médico de planta que me haga ver por traumatólogo, pero nada. Hace más de un mes. Trato de no hacer esfuerzo. Últimamente esas interconsultas se demoran bastante, lo mismo me pasó con el urólogo. El urólogo se ve que no viene más.” (Intervención en Pabellón N° 9 (Viejo Matías) CPF CABA. Julio de 2018)

El vínculo entre muertes por enfermedad y déficits en la asistencia médica en el encierro, se concluye, resulta profundo, complejo y evidente. A partir de las investigaciones de muertes mediante el *Procedimiento para la Investigación y Documentación de Fallecimientos en Prisión* y de los testimonios de los propios pacientes, es posible enumerar una serie de prácticas y actitudes que dimensionan la inadecuada asistencia médica bajo custodia penitenciaria y explican la recurrente producción de muertes por enfermedad.

La infrecuente y superficial atención por médicos de planta o generalistas, sumada a la constante delegación de tareas de diagnóstico y suministro de medicación en enfermeros y personal de seguridad, profundizadas en horarios inhábiles y en aquellas unidades que no cuentan con guardias activas, presenciales y permanentes.

La ausencia de médicos especialistas en los establecimientos penitenciarios, y las demoras para ser asistidos en interconsultas en hospitales externos, irregularidad que se extiende a la realización de estudios, controles e intervenciones médicas.

Esa inadecuada asistencia en hospitales externos no logra ser salvada por los dispositivos de salud existentes en las distintas prisiones federales. Además del trato riguroso del personal penitenciario, son sectores que se caracterizan por el infrecuente contacto de los pacientes con profesionales médicos y la total ausencia de asistencias y cuidados básicos, como alimentación adecuada y aseo del paciente, su mobiliario y su lugar de internación.

La ausencia de controles preventivos y estudios de diagnóstico, colaboran al diseño de una política de salud penitenciaria meramente reactiva, sin preocupación por la prevención de patologías. También provocan la sobre medicalización sintomática que no avanza sobre la patología de base -inyecciones y pastillas analgésicas, antifebriles-. Esa práctica se agrava en el caso de la medicación psiquiátrica, por las variadas consecuencias negativas que genera. En ambas ocasiones, además, suele ser suministrada por auxiliares o agentes de seguridad, con limitado o ausente control médico.

Esa sobre medicalización, sin embargo, se contrapone con la falta de stock de medicación para tratamientos más prolongados o específicos en las farmacias penitenciarias que ha sido referida por los pacientes. Se ha consolidado así la práctica regular de prescripción de medicación por profesionales en la unidad y la entrega de la receta a las personas detenidas, para que sean sus familiares quienes costeen la compra y la ingresen a la unidad.

Todas estas prácticas sumamente irregulares, además, solo pueden ser explicadas en un contexto de deficientes condiciones de detención -inadecuada alimentación y denigrantes condiciones de salubridad e higiene, entre otras-, trato discriminatorio y débil control judicial al momento de controlar la atención a la salud recibida por los detenidos a su cargo, y morigerar su situación de encierro cuando se vuelva incompatible con la dignidad humana.

Se ven profundizadas además durante los períodos cíclicos de recorte presupuestario que afectan al sistema penitenciario federal, como ha sido el año 2018.

3. La respuesta judicial frente a la muerte bajo custodia

Aun cuando no resulte la única estrategia de intervención frente a muertes bajo custodia, este organismo asume diversos roles en las actuaciones judiciales iniciadas para investigar posibles reproches penales a funcionarios estatales.

En el período 2009-2018, la Procuración Penitenciaria de la Nación ha presentado denuncia -o ha informado en sede judicial la existencia de una muerte para garantizar el inicio de la investigación- en veinticuatro oportunidades, ha aportado información como *amicus curiae* en otras ochenta y tres, y se ha constituido en parte querellante en once más, entre ellas la única investigación que ha tenido una condena penal a funcionarios penitenciarios y la única que se encuentra aún en etapa de juicio oral. La decisión institucional de aportar al avance de estas actuaciones judiciales radica en la necesidad de visibilizar la interrelación entre fallecimientos bajo custodia y malas prácticas penitenciarias, y el efecto disuasorio que pudieran provocar los avances jurisdiccionales y eventuales condenas.

Sin perjuicio de esas intervenciones más activas, la Procuración Penitenciaria realiza un seguimiento de cada causa judicial relativa a fallecimientos bajo custodia del Servicio Penitenciario Federal, lo que ha permitido trazar un diagnóstico sobre la respuesta judicial ante muertes bajo custodia, identificando sus principales prácticas que producen investigaciones ineficaces y poco exhaustivas.

Los informes anuales de los períodos previos han analizado varias de estas prácticas, desde la decisión de no iniciar actuaciones judiciales ante muertes bajo custodia hasta su desarrollo rutinario y desinteresado, desapegado de criterios de exhaustividad y eficacia. Se ha destacado así la delegación de tareas centrales de investigación en fuerzas de seguridad, la falta de postulación de una teoría del caso sobre las causas y circunstancias en que se produjo la muerte, y las limitaciones en la producción de pruebas, para finalmente detectar como regularidad el archivo de las actuaciones sin haber intentado, siquiera, líneas de investigación que permitieran formular posibles reproches penales a funcionarios públicos.

Manteniendo una coherencia con los apartados anteriores, en esta ocasión el análisis se centrará en el modo en que la agencia judicial investiga las muertes por enfermedad bajo custodia del Servicio Penitenciario Federal. Luego se hará un breve recorrido por las causas que han verificado algún tipo de avance procesal.

La falta de investigaciones judiciales. El caso de las muertes no violentas

Antes de analizar los escasos avances judiciales en el marco de muertes en contexto de encierro, debe recordarse el estándar internacional de investigar todos los fallecimientos ocurridos en establecimientos carcelarios, compromiso que incluye imprimir a cada una de estas investigaciones un trámite ágil y eficaz.¹⁹⁹

¹⁹⁹ Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión (aprobado por la ONU en Asamblea General en su resolución 43/173 de fecha 9 de diciembre de 1988) Principio 34: “Si una persona detenida o presa muere o desaparece durante su detención o prisión, un juez u otra autoridad, de oficio o a instancias de un miembro de la familia de esa persona o de alguna persona que tenga conocimiento del caso, investigará la causa de la muerte o desaparición. (...)”.

Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos (“Reglas Mandela”), Regla 71: “Sin menoscabo de que se inicie una investigación interna, el director del establecimiento penitenciario comunicará sin dilación todo fallecimiento, desaparición o lesión grave de un recluso a una autoridad judicial u otra autoridad competente que sea independiente de la administración del establecimiento penitenciario y esté facultada para llevar a cabo investigaciones expeditas, imparciales y efectivas de las circunstancias y causas de ese

Sin embargo, el 25% de los fallecimientos ocurridos entre 2009 y 2018 no motivó el inicio de causa judicial alguna. Esta omisión no sólo es pasible de generar responsabilidad internacional, sino que permite ser interpretada como garantía de impunidad, habilitando la reiteración de las prácticas estatales que producen muerte en las cárceles argentinas.

Se trata de una práctica mucho más extendida en aquellas muertes por enfermedad, definidas en ocasiones por la misma agencia judicial como “naturales”. En la década analizada, solo dos muertes violentas no tuvieron como correlato el inicio de una investigación en sede judicial. La falta de inicio de causas judiciales, en consecuencia, se concentra en las muertes no violentas: cerca de la mitad de los fallecimientos no traumáticos ocurridos en el período 2009-2018 (45%), no fueron investigados por el Poder Judicial. Debe analizarse, entonces, qué actividades realizan de manera diferenciada las agencias estatales implicadas ante este tipo de casos, que explican la inexistencia de investigación jurisdiccional posterior.

Comenzando el análisis por la agencia penitenciaria, debe señalarse que ésta sólo informa inmediatamente el deceso al juez o fiscal de turno en casos de muertes violentas. Sin embargo, no deja de resultar llamativa la omisión de dar aviso en muertes no violentas, dado que en ninguno de los casos la agencia penitenciaria omite comunicar el deceso al magistrado encargado de controlar las condiciones de detención. La responsabilidad por la inexistencia de investigación, entonces, resulta doble: mientras la agencia penitenciaria se limita a informar la muerte solo al juzgado encargado del control de la detención, éste no transmite la novedad al juzgado en turno ni exige a las autoridades penitenciarias que lo hagan.²⁰⁰

Frecuentemente la falta de inicio de oficio de una investigación judicial, principalmente ante muertes no violentas, motiva que actores externos deban radicar una denuncia, y que recién a partir de ese momento se investigue el deceso. De las setenta y siete causas judiciales iniciadas por muertes no violentas en la última década y a las que este organismo ha podido acceder, el 58% fue iniciado a partir de una denuncia radicada por un familiar o allegado, oficinas especializadas de los ministerios públicos, la PPN u otro organismo de derechos humanos.²⁰¹

Sin embargo, y aún pese a que dicha repartición pertenece a la estructura de la Procuración General de la Nación, en ocasiones ni siquiera su actuación resulta suficiente para que se inicie realmente la investigación. Ante la inexistencia de causa judicial por la muerte por enfermedad de un detenido alojado en el CPF CABA en junio de 2015, PROCUVIN presentó una denuncia ante la justicia federal de la Capital Federal. Sin embargo, la Fiscalía Federal N° 8 de dicho distrito dictaminó en contra del inicio de la instrucción argumentando que *“no resulta posible dar inicio a una investigación penal con las circunstancias relata[da]s, en tanto y en cuanto de la denuncia presentada no surgen elementos mínimos que permitan delimitar un hecho delictivo concreto susceptible de ser investigado”*-agregando que no existen *“elementos que hagan presumir que existe una causal de muerte ajena a la enfermedad”*- pese a que la investigación estaba siendo

tipo de casos. La administración del establecimiento penitenciario cooperará plenamente con esa autoridad y garantizará la preservación de todas las pruebas”.

²⁰⁰ La ley 24.660 en sus arts. 3 y 11 encomienda al juzgado de ejecución, u órgano jurisdiccional que ordena o mantiene la detención cautelar, el control judicial permanente de las condiciones en que se lleva a cabo la detención. La investigación del deceso, en cambio, le corresponde al órgano jurisdiccional federal de turno en el área del establecimiento penitenciario el día de la muerte.

²⁰¹ Durante el año 2018, esta omisión del Servicio Penitenciario Federal y los juzgados a cargo de la detención de detenidos fallecidos fue suplida por la Procuraduría de Violencia Institucional (PROCUVIN) del Ministerio Público Fiscal. En los últimos dos años, ya cuentan diez las denuncias presentadas por dicho organismo.

propuesta por la procuraduría especializada del propio ministerio público. El magistrado a cargo del Juzgado Nacional en lo Criminal y Correccional Federal N° 8 decidió luego el archivo, ya que *“el titular de la acción penal no ha procedido a impulsar la misma”*.²⁰²

No sólo resulta grave que actores externos deban suplir un rol que correspondería de oficio a las agencias penitenciarias y judiciales, sino que la radicación de una denuncia de forma alternativa produce demoras que redundan en deficiencias en la investigación, en ocasiones imposibles de ser suplidas posteriormente.

Por citar un ejemplo, si se analizan las medidas de prueba producidas en los expedientes que este organismo ha podido tomar vista, se observa que la autopsia sobre el cadáver es realizada en el 98% de los casos de muerte por ahorcamiento, y en el 86% cuando el fallecimiento se produjo por heridas de arma blanca. En casos de muertes no violentas, por el contrario, sólo se realizó en el 65% de las investigaciones judiciales. En gran medida, esto se debe a que las causas judiciales se inician con algunos días de demora al no haberse radicado de oficio. La autopsia, en muchos casos una prueba fundamental a los fines de avanzar en la pesquisa judicial, debe ser realizada con la menor demora posible a los fines de que resulte efectiva. Si la falta de actividad jurisdiccional produce la necesidad de que un actor alternativo radique una denuncia días más tarde, para el momento en que el juez recibe la causa el cuerpo de la víctima ya puede haber sido sepultado, obligando al magistrado a solicitar una exhumación, previo a la realización de la autopsia.

Al respecto, puede destacarse la investigación judicial ante la muerte de una persona detenida en el Complejo Penitenciario Federal CABA, ocurrida en noviembre de 2017. Al momento de decidir su archivo, el magistrado a cargo del Juzgado Nacional en lo Criminal y Correccional de Instrucción N° 53 fundamentó que *“al darse intervención al Cuerpo Médico Forense se dictaminó que para responder con certeza la pericia médica requerida era necesario contar con información científica derivada de la autopsia y a fs. 30 se autorizó la cremación del cuerpo”* por lo que la destrucción de *“los elementos de prueba imposibilitan proseguir la pesquisa”*. Es decir, una decisión tomada en el propio expediente judicial –la no realización de exhumación y autopsia por haber autorizado previamente su cremación– resultó óbice a que se pudiera realizar una investigación conforme los estándares internacionales.²⁰³

Investigaciones ineficaces. La predominancia de la versión de la agencia penitenciaria por sobre hipótesis alternativas

En los casos en que sí se inician actuaciones judiciales –como se reseñara previamente, se trata del 75% de los fallecimientos ocurridos entre 2009 a 2018–, estas distan de la eficacia y exhaustividad que suponen los estándares nacionales e internacionales. Como ya se señalara en informes anuales previos, el continuo relevamiento realizado por este organismo ha permitido detectar numerosos defectos en las pesquisas que producen que se encuentren, en la práctica, casi en su totalidad destinadas a su archivo desde su misma génesis.²⁰⁴

Durante el período reseñado, una de cada cinco causas judiciales tramitó ante la justicia ordinaria y no en sede federal. Toda vez que la competencia de aquellos juzgados no incluye delitos cometidos por agentes públicos nacionales en el ejercicio de sus

²⁰²Juzgado Nacional en lo Criminal y Correccional Federal N° 6 Secretaría N° 12, causa CFP 9118/2015

²⁰³Juzgado Nacional en lo Criminal y Correccional de Instrucción N° 53, causa CCC 67163/2017

²⁰⁴ Conf. Procuración Penitenciaria de la Nación. *Informe Anual 2015. La situación de los derechos humanos en las cárceles federales de Argentina*. Buenos Aires, 2016, p. 250; e *Informe Anual 2016. La situación de los derechos humanos en las cárceles federales de Argentina*. Buenos Aires, 2017, p. 290.

funciones²⁰⁵, tanto el magistrado de jurisdicción federal que declina la investigación en la justicia ordinaria, como el juez provincial que la asume, han descartado desde el inicio la indagación de responsabilidades penales de los agentes penitenciarios federales. Ninguna sorpresa genera entonces cuando esas causas resultan finalmente archivadas por “inexistencia de delito”, sin avanzar en la indagación y posterior imputación de funcionarios públicos.

Respecto a esta dinámica resulta revelador el caso de un detenido fallecido en octubre de 2013 a causa de heridas de arma blanca en el CPF CABA. Se trata de una persona que durante 48 horas fue cambiado de lugar de alojamiento por el personal de seguridad interna en sucesivas ocasiones, siendo víctima de hechos de violencia en tres módulos distintos. La activa participación del personal penitenciario en los movimientos dentro de la unidad y cambios de pabellón ameritaban investigar la responsabilidad estatal, pero la investigación se limitó a investigar delitos cometidos por otros detenidos. Finalmente, el Tribunal Oral en lo Criminal N° 21 de la Capital Federal condenó a uno de ellos a la pena tres años de prisión por el delito de robo en poblado y en banda, ya que en uno de los conflictos violentos dentro del pabellón se había intentado sustraer las zapatillas de la víctima. El caso demuestra la perspectiva que aplican los magistrados de jurisdicción ordinaria en estos casos y su escaso conocimiento (y compromiso) en relación a delitos cometidos intramuros.

Sin embargo, aun en los casos en que se inicia una causa judicial y tramita ante la jurisdicción federal, los resultados resultan magros a la luz de los estándares internacionales que rigen en la materia.

Entre los principales motivos por los que las investigaciones judiciales de muertes en contexto de encierro resultan infructuosas, debe destacarse la falta de apertura hacia líneas de investigación alternativas al relato oficial propuesto por la agencia penitenciaria. Y uno de los principales obstáculos hacia la posibilidad de vislumbrar teorías del caso diversas, consiste en la delegación en fuerzas de seguridad de las primeras y más relevantes medidas de prueba. La primera teoría del caso adoptada por el instructor de la fuerza de seguridad suele ser la que guiará la investigación; una vez corroborada en sede judicial, la investigación suele ser archivada por haber cumplido su objetivo.

Los primeros momentos en cualquier investigación resultan cruciales. Muchas de las medidas de prueba sólo pueden obtenerse útilmente durante esos instantes iniciales, como fuera ya señalado anteriormente en el caso de las autopsias.

Las investigaciones por muerte bajo custodia suelen iniciarse con una orden del magistrado dirigida a una fuerza de seguridad para que se apersona en el establecimiento penitenciario y lleve a cabo diversas medidas de prueba. Este encargo resultaría razonable si se tratara únicamente de la recolección de documentación, como historias clínicas o el legajo personal del detenido. Pero, en numerosas ocasiones, la justicia acaba delegando en una fuerza de seguridad la realización de las primeras medidas de prueba en el expediente, que ingresan a éste en forma de “actuaciones preventivas” y son incorporadas acríticamente a la investigación judicial.

²⁰⁵ La negativa de la justicia ordinaria a declararse incompetente en esos casos confronta los lineamientos del Código Procesal Penal de la Nación, que define como de exclusiva competencia federal aquellos delitos “*que corrompan el buen servicio de los empleados nacionales*”, o cometidos “*en lugares o establecimientos donde el gobierno nacional tenga absoluta y exclusiva jurisdicción*” (art. 33.c y d CPPN). Los establecimientos penitenciarios federales se encuentran bajo la órbita del Poder Ejecutivo Nacional, y cualquier indagación sobre irregularidades de sus empleados en ejercicio de sus funciones supone una posible corrupción del buen servicio público. Es esta la posición actual de la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Entre otros, CSJN, Comp. 750, L. XLVIII.

De mayor gravedad, en reiteradas ocasiones se ha observado que la delegación de facultades investigativas resulta ambigua o en blanco, destinada a ser llenada de contenido por la misma fuerza de seguridad: es el agente de seguridad quien decide qué documentación secuestra, que pericias realiza o encomienda, y qué testigos interroga, así como el tenor de las preguntas.

Por citar dos ejemplos, al iniciarse una causa judicial por el ahorcamiento de un detenido en el CPF I de Ezeiza en febrero de 2017, el juez a cargo del Juzgado en lo Criminal y Correccional Federal N° 2 de Lomas de Zamora en su primera medida en el expediente dispuso “dar intervención a la División Homicidios de la Policía Federal Argentina a fin que se constituya en el CPF I de Ezeiza, le reciba declaraciones testimoniales a los internos de las celdas continuas” y “realice todas las medidas pertinentes propias del suceso”.²⁰⁶

En el caso de un fallecimiento por enfermedad ocurrido en el CPF I de Ezeiza en enero de 2018, por su parte, agentes de la Policía Federal Argentina se apersonaron en el establecimiento penitenciario por orden del Juzgado en lo Criminal y Correccional Federal N° 2 de Lomas de Zamora, ingresando a los últimos espacios donde el detenido había estado alojado y tomando declaración testimonial a distintos agentes penitenciarios. Luego, la misma fuerza de seguridad intentó obtener el testimonio de una de las personas que había estado alojada con el ex detenido en el Hospital Penitenciario Central del CPF I, actuación que no pudo concretarse porque una agente penitenciaria le indicó que “*tienen la regla de que a los internos no se les toma ninguna declaración, exceptuando que sea debidamente ordenado por el juzgado*”²⁰⁷.

De este modo, las primeras medidas de prueba de una investigación que debería estar dirigida a dilucidar la existencia de responsabilidad criminal por parte de funcionarios penitenciarios ante la muerte de una persona, son realizadas por agentes del SPF u otra fuerza, cuya imparcialidad en el caso resulta *a priori* bastante cuestionable; y sin contar con órdenes concretas de qué acciones realizar.

Esta práctica es especialmente notoria en las investigaciones iniciadas ante muertes violentas: en dos de cada tres expedientes iniciados ante fallecimientos por ahorcamiento a los que este organismo ha tenido acceso, la agencia judicial había delegado estos primeros momentos de la investigación en la Policía Federal Argentina. Más preocupantemente, en otro 20% de los casos se delegó este momento de la investigación en la propia agencia penitenciaria. También en dos de cada tres casos la fuerza de seguridad incluyó entre esas medidas de prueba la declaración testimonial de agentes penitenciarios, iniciándose entonces el expediente judicial con el relato oficial de la agencia que debería ser investigada. Sólo en uno de cada tres casos, estas actuaciones sumariales contuvieron además la declaración de personas privadas de su libertad, que aportaron su relato en condiciones sumamente coaccionadas: ante una fuerza de seguridad, dentro de la prisión, y sin control judicial alguno.

En los casos de peleas entre presos, por su parte, la denominada “*alteración del orden*” y violación de normas internas frecuentemente dan lugar al inicio de actuaciones preventivas internas llevadas a cabo por la misma administración penitenciaria: en el 45% de las investigaciones por homicidio entre presos registradas por este organismo, ha sido la propia agencia penitenciaria la que realizó las primeras medidas de prueba, agregadas acriticamente a la investigación judicial posterior. La referida asimetría entre el valor de la palabra de agentes penitenciarios y personas detenidas, se magnifica en este tipo de investigaciones: en un 62% de los casos registrados por este organismo se verifican

²⁰⁶ Juzgado Federal N° 2 de Lomas de Zamora, Causa N° FLP 1269/2017

²⁰⁷ Juzgado Federal N° 2 de Lomas de Zamora, Causa N° FLP 140/2018

declaraciones de agentes penitenciarios, y solo en el 20% las fuerzas de seguridad recuperaron el testimonio de personas detenidas. Es en los expedientes iniciados ante fallecimientos por homicidio, puede concluirse, donde más claramente se ve reflejada la predominante adopción por parte de la agencia judicial de la versión construida inicialmente por la agencia penitenciaria: sólo en el 16% de estos casos el instructor incluyó dentro de las líneas de investigación posibles responsabilidades penales de funcionarios estatales, por caso por violaciones a sus deberes de custodia.

Las investigaciones judiciales de muertes no violentas, por su parte, registran una menor frecuencia en la delegación de medidas de prueba ante fuerzas de seguridad en los primeros momentos de la investigación (en casi el 40% de los casos no ha participado fuerza alguna). La falta de participación de fuerzas de seguridad, sin embargo, se asocia más con la menor producción de medidas probatorias en ese tipo de investigaciones, que con la adopción de un mayor protagonismo judicial. De las 102 causas judiciales iniciadas por muertes por enfermedad que este organismo ha logrado tomar vista, solo en veintitrés casos se tomaron declaraciones testimoniales a otras personas detenidas. El 75% de dichas causas judiciales ya fueron archivadas; como se expondrá a continuación, se trata del desenlace esperable para las causas que aún se encuentran en trámite.²⁰⁸

El archivo de las actuaciones judiciales por presunta “inexistencia de delito”

A partir de los señalamientos anteriores, resulta previsible el resultado de las investigaciones registradas. De las trescientas dieciocho investigaciones judiciales por fallecimientos ocurridos en establecimientos penitenciarios federales entre 2009 y 2018, solamente dos expedientes han sido elevados a juicio por posibles responsabilidades de agentes penitenciarios. Por el contrario, el 45% fue archivado sin imputar a ningún funcionario penitenciario, mientras que otro 7% sólo registró avances respecto a otras personas privadas de su libertad. El resto de las investigaciones se encontraban en trámite al momento de confección del presente informe, la mayoría de ellas con destino de archivo a causa de las falencias mencionadas en párrafos anteriores.

Las cuarenta resoluciones de archivo en casos de muertes por ahorcamiento a las que este organismo ha logrado acceder han permitido observar la repetición de patrones específicos. En primer lugar, la constante alusión a “*elementos que permitan presumir la participación de terceros en el hecho*” sugiere el principal curso de las investigaciones: probar que el ahorcamiento fue autoproducido y que no se trató de un homicidio. Una vez confirmada esta hipótesis, las causas judiciales pasan rápidamente a su archivo.

En esas resoluciones judiciales se verifican escasas referencias a responsabilidades penitenciarias relacionadas con reclamos que derivaran en el ahorcamiento como una medida de fuerza, prácticas estatales que tuvieran incidencia en la decisión de quitarse la vida, o violaciones a sus deberes de cuidado por no haber asistido correctamente a una persona en riesgo. Se destaca especialmente una resolución que indicó “*que durante el examen de autopsia que se practicara se detectaron como señas particulares del occiso múltiples cicatrices escalonadas transversas en antebrazos las cuales según sus características bien pudieron deberse a intentos previos de suicidio*”, ignorando de forma preocupante que dichas lesiones, en un contexto de encierro, suelen estar menos relacionadas a intentos de suicidio que a reclamos y medidas de fuerza²⁰⁹. Independientemente de tratarse de intentos de suicidio o medidas de fuerza, esas autolesiones debieron alertar a la administración penitenciaria de la situación de riesgo y la necesidad de escucha y cuidado de esa persona, lo que habilitaba una línea de indagación

²⁰⁸ Con la excepción de un único caso que se describirá al finalizar este apartado.

²⁰⁹ Juzgado Federal N° 2 Secretaría N° 5 de Lomas de Zamora, causa N° 2159/2011. Se trata de la muerte por ahorcamiento de un detenido aislado en una celda individual del CPF I de Ezeiza, en diciembre de 2011.

de responsabilidades estatales asociadas a posibles violaciones a deberes de cuidado. En síntesis, una prueba que sugería que debían investigarse posibles irregularidades de parte de la agencia penitenciaria durante su detención, fue utilizada para confirmar la hipótesis inicial de suicidio y proceder al archivo.

Las teorías del caso aplicadas por los investigadores judiciales ante muertes bajo custodia por heridas de arma blanca también resultan homogéneas. Aquí la pesquisa se limita a avanzar penalmente sobre el agresor material: el detenido que le produjo las heridas. De los treinta y siete expedientes judiciales a los que se tuvo acceso, en veintiséis se registraron avances contra otros detenidos. En la mayoría de los casos, la causa se archivó sólo al momento de la absolución o condena en el juicio oral, sin incluir en ningún momento responsabilidades de la agencia penitenciaria por la omisión de deberes de cuidado funcionales, asociados a la tercerización de la violencia.

Las setenta y cuatro resoluciones de archivo en casos de muertes por enfermedad a las que se ha logrado acceder, por último, demuestran varias de las prácticas enumeradas y que explican su bajo nivel de avance²¹⁰. En primer lugar, debe señalarse la utilización de la expresión “muerte natural” o “causas naturales”. Es posición institucional de este organismo, por el contrario, que nada tiene de “*natural*” la muerte de una persona en un establecimiento carcelario bajo custodia de agencias estatales. Si el Estado tenía a su cuidado a una persona y ésta fallece, es aquél quien debe demostrar –a través de una investigación judicial rápida y expedita– que sí cumplió con sus deberes de cuidado.

Es el caso de un detenido, de sólo 42 años, que fue encontrado sin vida al interior de un pabellón colectivo en el Instituto Federal Colonia Pinto de Santiago del Estero (Unidad N° 35 del SPF). El Juzgado Federal de dicha ciudad, al archivar la causa afirmó que “*conforme a lo expuesto, no se pudo constatar que el fallecimiento del interno (...) se haya producido por hechos violentos, sino más bien se trató de una muerte natural producida por las patologías que el mismo padecía*”²¹¹.

La mención “muertes naturales” en las resoluciones de archivo, cuando se trata de una expresión que no suele aparecer en los informes médicos agregados en la causa (la ciencia médica utiliza terminología específica, que rara vez incluye vagas referencias a “causas naturales”), parece más una confirmación de preconceitos iniciales de quien juzga, que una conclusión arribada a partir del estudio del material probatorio reunido.

Los avances judiciales registrados en casos donde la PPN actúa en calidad de parte querellante

Pese a las falencias reseñadas en los anteriores apartados, debe destacarse que existe una exigua cantidad de investigaciones judiciales iniciadas ante muertes bajo custodia en esta última década que registran avances. Si bien ninguno de los casos ha llegado a la instancia del debate oral y público²¹², sus trámites han sorteado los escollos estructurales descriptos anteriormente y en todos ellos se ha reunido prueba suficiente para avanzar en imputaciones precisas contra autores identificados.

²¹⁰ Se trata de poco más de la mitad de las muertes ocurridas en el período 2009-2018, y sólo una de las causas judiciales ha mostrado avances judiciales: el procesamiento de dos médicos del SPF, lo que será ampliado en el próximo apartado.

²¹¹ Juzgado Federal de Santiago del Estero, Causa N° FTI 28.463.

²¹² No se contabiliza en esta enumeración el homicidio de un detenido en abril de 2018 en la Unidad N° 9 SPF, por ser anterior al lapso temporal bajo análisis. Como se desarrolla en el apartado 2.1 “Avances en el litigio estratégico de casos de tortura y malos tratos”, del capítulo IV “Torturas, malos tratos y otras formas de violencia” de este mismo Informe Anual, al momento del cierre de la edición de este informe el Tribunal Oral Federal de Neuquén condenó a catorce funcionarios penitenciarios federales por haberlo torturado hasta producir su muerte, y por haber encubierto ese grave crimen.

Estas investigaciones tienen como característica saliente la participación en el proceso como partes querellantes de la Procuración Penitenciaria de la Nación, o la Defensoría General de la Nación patrocinando a los familiares de la víctima, o de la fiscalía especializada (PROCUVIN) coadyuvando al fiscal designado en la causa. Ninguna de las muertes ocurridas en cárceles federales durante el período 2009-2018 ha registrado el procesamiento de un agente penitenciario sin la participación de alguna de estas tres dependencias estatales, lo cual confirma la incapacidad actual del sistema judicial, cuando se limita a la intervención de sus actores tradicionales, para investigar con eficacia y exhaustividad delitos cometidos por fuerzas de seguridad.

Avanzando con las únicas dos actuaciones judiciales por muertes bajo custodia del Servicio Penitenciario Federal elevadas a juicio en el período analizado –que cuentan ambas con participación de este organismo como querellante–, en la investigación de la muerte de dos detenidos en el incendio de la ex Unidad N° 20 SPF en mayo de 2011, a comienzos de 2018 se condenó a cuatro agentes penitenciarios mediante un acuerdo de juicio abreviado, sin participación de las querellas y proponiendo una pena exigua de dos años de prisión en suspenso sin respetar siquiera la inhabilitación absoluta establecida en el Código Penal.

Este organismo se ha opuesto a dicho acuerdo por considerar que la investigación de graves violaciones a derechos humanos merece la realización de un debate oral y público donde se construya y se dé publicidad a la verdad de los hechos. Ha considerado además que el acuerdo alcanzado en esta ocasión propone una pena desproporcionada con la gravedad de los hechos, por lo exigua y por no mensurar de distinto modo los diversos niveles de reproche entre acusados. En tercer lugar, ha considerado que el modo en que la inhabilitación especial ha sido redactada en el acuerdo persigue el objetivo de garantizar niveles de impunidad inaceptables, buscando permitir a los funcionarios condenados continuar desempeñándose en el Servicio Penitenciario Federal.²¹³

Durante el año 2017 se había elevado a juicio una segunda causa, de especial relevancia para el análisis propuesto este año por tratarse de una muerte por enfermedad.

Un hombre de 28 años detenido en el CPF II de Marcos Paz, durante el año 2014 falleció en su celda luego de una larga agonía, con antecedentes de evidentes pedidos de ayuda ante el deterioro de su salud durante un largo lapso de tiempo. Los relatos de sus compañeros de pabellón, recuperados en condiciones de confidencialidad por este organismo, dan cuenta de la gravedad del caso. Alejados de cualquier argumentación de causa sorpresiva o natural, los testimonios remarcan que la víctima reclamó por asistencia médica durante casi una semana, para morir finalmente en su celda sin siquiera haber sido internado en el hospital penitenciario.

“Yo el domingo lo saqué en camilla. Vomitaba charcos con coágulos adentro. Si hubiese tenido atención médica... Ese día nos dijeron: ‘en medica no hay nadie porque están todos mirando el partido’. Hasta las 11 de la noche lo tuvieron en la redonda pasando frío. No nos dejaron darle una frazada. El lunes lo sacamos cuatro o cinco veces. Lo llevaron a un médico y le dieron una inyección. El martes estaba igual que siempre, a mí me daba mucha impresión porque estaba todo vomitado con sangre. El servicio veía que estaba agonizando (...). Él se quedaba dormido y nosotros teníamos que ir a verlo porque ya no podía ni hablar.”

“El pibe se estuvo muriendo una semana y media. Yo lo atendía. Antes lo veía bien. Pero es increíble lo que bajó de peso en esos días. Empezó con vómitos, le dolía mucho el estómago, se retorció. Todos los días lo sacaban dos o tres veces a médico. Pero solo lo

²¹³ Causa N° 21.548/11, radicada ante el Tribunal Oral en lo Criminal N° 4 de Capital Federal.

veía el enfermero en la 'redonda'. Lo inyectaban, pero ni ellos sabían lo que tenía. Lo pinchaban y lo reintegraban a ver si se rescataba. Estaba cada vez peor.”

Durante sus últimas horas con vida, el detenido fue evaluado en primer término por el médico de guardia en funciones en el establecimiento, quien asoció sus dolencias a una mera epigastralgia y, en consecuencia, le recetó medicación sintomática y ordenó el reintegro a su celda. Horas más tarde al persistir los fuertes dolores, la médica de guardia de la Unidad Médico Asistencial se limitaría a recetarle medicación sintomática una vez más, pero esta vez por teléfono sin siquiera controlarlo personalmente. Luego sería controlado por enfermeros en dos oportunidades debido a su insistencia y la de los otros detenidos: los fuertes dolores abdominales y acidez no habían cesado. Desde allí se comunicarían con el Sector Médico remarcando la urgencia: el profesional que concurrió a su auxilio tardó dos horas en llegar. Cuando el celador ingresó a la celda para retirar al detenido, lo encontró sin vida.

La Cámara Federal de San Martín confirmó el procesamiento de dos médicos del establecimiento penitenciario por el delito de homicidio culposo, en una investigación en la que también había prestado declaración indagatoria el director de la Unidad Médico Asistencial del complejo. Desde su elevación a juicio, la causa tramita ante el Tribunal Oral en lo Criminal Federal N° 4 de San Martín, quien ha resuelto en diciembre de 2017 los ofrecimientos de prueba realizados por las partes, aguardando por la fijación de fecha de debate. Se trata del único caso de avances concretos en una investigación judicial por una muerte no violenta ocurrida desde 2009 a la fecha. Empero, debe señalarse que el caso no ha registrado avance relevante alguno durante el año 2018.²¹⁴

Otras cuatro causas con participación de este organismo como parte querellante han registrado avances iniciales, encontrándose al momento demoradas en la adopción de decisiones judiciales sumamente trascendentales. En la causa judicial seguida contra cinco funcionarios penitenciarios por el ahorcamiento de un detenido en un pabellón de aislamiento en el CPF I en agosto de 2014²¹⁵, dos de ellos fueron procesados, dictándose la falta de mérito sobre los tres restantes. Dichos procesamientos fueron recurridos por las defensas y confirmados por la Cámara Federal de Apelaciones de La Plata, existiendo un recurso extraordinario federal aún pendiente de resolución.

Ese mismo tribunal revocó hace más dos años el dictado de la falta de mérito de trece agentes penitenciarios por la muerte de un detenido en la Unidad N° 21 SPF en septiembre de 2010, asociada a un hecho de tortura previo en el Complejo Penitenciario Federal I de Ezeiza. En su resolución, el tribunal ordenó al juzgado de primera instancia el dictado de procesamientos contra la totalidad de los imputados²¹⁶. Sin embargo, debe destacarse que han transcurrido más de dos años y aún no se cuenta con nuevos procesamientos firmes: si bien éstos fueron dictados por el Juzgado en lo Criminal y Correccional Federal N° 1 de Lomas de Zamora, aún no se ha notificado a los imputados y, por lo tanto, aún no se han planteado nuevos recursos de apelación. Esta demora resulta una nueva e injustificada dilación de una causa donde se investigan hechos calificados como graves violaciones a derechos humanos.

A fines de 2017, la Cámara Federal de Casación Penal hizo lugar a un recurso presentado por este organismo en el marco de la causa donde se investigan las responsabilidades de funcionarios públicos ante la muerte de un detenido por heridas de

²¹⁴ Causa N° FSM 33.271/2014 elevada a juicio por el Juzgado Federal N° 1 de Morón, Secretaría 3, en trámite ante el Tribunal Oral en lo Criminal Federal N° 4 de San Martín.

²¹⁵ Causa N° FLP 32897/2014, en trámite ante el Juzgado en lo Criminal y Correccional Federal N° 2 de Lomas de Zamora.

²¹⁶ Causa N° 53016067/2010, en trámite ante el Juzgado en lo Criminal y Correccional Federal N° 1 de Lomas de Zamora.

arma blanca en CPF II de Marcos Paz, en junio de 2012. Al revocar sus sobreseimientos, encaminó las actuaciones hacia su procesamiento por la Justicia Federal N° 3 de Morón, idéntica situación a la de otros tres agentes penitenciarios con sobreseimiento revocado previamente por la Cámara Federal de Apelaciones de San Martín. Aproximándose el séptimo aniversario de la muerte, la causa ha estado atravesada por marcadas dilaciones, incluyendo dos sobreseimientos consecutivos en primera instancia, pese a la revocación inicial de la Cámara Federal de San Martín, y una demora de aproximadamente dos años para resolver la situación procesal de los imputados que habían prestado declaración indagatoria.²¹⁷

Injustificadas demoras han sufrido también la investigación por la muerte de un detenido en octubre de 2015 al interior del dispositivo psiquiátrico PRISMA. Su ahorcamiento dentro de una celda individual, pese a encontrarse con monitoreo permanente por videocámaras ante su alto riesgo suicida, supuso la necesidad de indagar en profundidad las responsabilidades de funcionarios penitenciarios. En el expediente que tramita ante el Juzgado Federal N° 2 de Lomas de Zamora fueron incorporadas las grabaciones de video que demuestran el abandono de numerosos agentes de seguridad de sus puestos de trabajo, dejando al detenido librado a su propia suerte y demorando luego las maniobras de rescate. Dicha situación fue incluso reconocida por agentes penitenciarios y psiquiatras del dispositivo que expusieron como testigos en la causa.

Este organismo solicitó la citación a declaración indagatoria de siete agentes penitenciarios en noviembre de 2016, sostenida luego por la fiscalía y la Defensoría General de la Nación en patrocinio de la familia. Sin embargo, el magistrado dilató la convocatoria a declaración indagatoria, rechazando finalmente el requerimiento. Ante el recurso de reposición presentado por el ministerio público fiscal, revocó su propio rechazo y citó a los agentes a prestar declaración indagatoria para noviembre de 2017. Sin embargo, las audiencias se suspendieron pocos días antes, ante la presentación por parte de las defensas de pedidos de nulidad, en un claro intento por dilatar el avance de la investigación. Luego del rechazo de la nulidad por parte del tribunal superior, se han designado nuevas audiencias para tomar las postergadas declaraciones indagatorias el próximo mes de mayo.²¹⁸

En el caso de un detenido fallecido como consecuencia de las torturas infringidas al interior de la Unidad N° 7 de Resistencia, a fines de 2017 la Cámara Federal de Casación Penal declaró inadmisibile el recurso presentado por los tres agentes penitenciarios acusados y, de este modo, confirmó sus procesamientos ordenados por la Cámara Federal de Apelaciones de Resistencia por el delito de “tortura agravada por el resultado muerte”. La calificación había sido dispuesta por este último tribunal, luego de que el Juzgado Federal de Resistencia los hubiera procesado por el delito de apremios ilegales, un tipo penal de menor entidad.

²¹⁷ Causa N° 5045/2012, en trámite ante el Juzgado en lo Criminal y Correccional Federal N° 3 de Morón.

²¹⁸ Causa FLP N° 39.142/2015, en trámite ante el Juzgado en lo Criminal y Correccional Federal N° 2 de Lomas de Zamora.

4. Personas fallecidas bajo custodia del Servicio Penitenciario Federal. Año 2018

A continuación, se publica el listado de fallecimientos de personas alojadas bajo custodia del Servicio Penitenciario Federal, registrados por este organismo durante el año 2018.

Fecha	Apellido y Nombre	Cárcel	Edad	Tipo de muerte	Clasificación	Modalidad
3/1/2018	VALDEZ PUCA, Alberto Luis	CPF I de Ezeiza	42	No violenta	Enfermedad	Otra enfermedad
7/1/2018	BENAVIDEZ, José Fernando	CPF I de Ezeiza	27	No violenta	Enfermedad	Otra enfermedad
11/1/2018	ZALDIVAR, Nicolas Hernán	CPF II de Marcos Paz	24	Violenta	Autoagresión en medida de fuerza	Incendio (quemadura/ asfixia)
19/1/2018	CARLOS, Juan Pablo	U. 12- Colonia Penal de Viedma	33	Violenta	Autoagresión en medida de fuerza	Incendio (quemadura/ asfixia)
20/1/2018	ROMERO, Orlando Luis	U. 21- Centro Penitenciario de Enfermedades Infecciosas	28	No violenta	Enfermedad	HIV- enfermedad oportunista
23-ene-2018	OBLITA FLORES, Daniel Ricardo	U. 6- Instituto de Seguridad y Resocialización de Rawson	22	Violenta	Homicidio	Herida de arma blanca
24/1/2018	HERRERA, Pablo César	CPF CABA	38	Violenta	Homicidio	Herida de arma blanca
27-ene-2018	BALLESTERO, Ricardo Daniel	U. 6- Instituto de Seguridad y Resocialización de Rawson	48	No violenta	Enfermedad	Otra enfermedad
09-feb-2018	JUÁREZ, Carlos Manuel	U. 6- Instituto de Seguridad y Resocialización de Rawson	24	Violenta	Autoagresión en medida de fuerza	Incendio (quemadura/ asfixia)
26-feb-2018	VAZQUEZ BOCHILE, José Alberto	U. 12- Colonia Penal de Viedma	25	Violenta	Accidente	Otros
05-mar-2018	DE LA TORRE, Carlos Javier	CPF II de Marcos Paz	24	No violenta	Enfermedad	Otra enfermedad
15-mar-2018	OSUNA, Gabriel Ignacio	CPF II de Marcos Paz	44	No violenta	Enfermedad	HIV- enfermedad oportunista
07-abr-2018	VEGA, Juan Carlos	CPF I de Ezeiza	69	No violenta	Enfermedad	Otra enfermedad
20-abr-2018	ACUÑA, Lorenzo	U. 17- Colonia Penal de Candelaria	63	No violenta	Enfermedad	Otra enfermedad
25-abr-2018	MARTÍNEZ, Maximiliano Ariel	CPF I de Ezeiza	27	Violenta	Accidente	Otros
09-may-2018	SALVATORE, Carlos Alberto	CPF I de Ezeiza	61	No violenta	Enfermedad	Otra enfermedad
26-may-2018	DE LOS SANTOS, Jorge Armando	U. 11- Colonia Penal de Presidencia Roque Sáenz Peña	57	No violenta	Enfermedad	Otra enfermedad
14-jun-2018	SANTOS, Oscar Aristides	CPF I de Ezeiza	57	No violenta	Enfermedad	Otra enfermedad
24-jun-2018	MALARA, Luis Norberto	CPF II de Marcos Paz	56	No violenta	Enfermedad	Otra enfermedad
24-jun-2018	ACUÑA, Héctor Raúl	Unidad 31- Alojamiento varones Lesa Humanidad	76	No violenta	Enfermedad	Otra enfermedad

03-jul-2018	ALECHO, José Luis	CPF CABA	72	No violenta	Enfermedad	Otra enfermedad
15-jul-2018	HONEGGER, Ricardo Daniel	CPF I de Ezeiza	55	No violenta	Enfermedad	Otra enfermedad
30-jul-2018	MATURANO, Adrián Norberto	CPF I de Ezeiza	59	No violenta	Enfermedad	Otra enfermedad
25-ago-2018	MENGARI TOMICHA, Marcelo	CPF III de Güemes	34	No violenta	Enfermedad	Otra enfermedad
29-sep-2018	FIGUEROA, Juan Ramón	U. 35- Instituto Penal Federal Colonia Pinto	41	Violenta	Causa dudosa (violenta)	Ahorcamiento
05-oct-2018	SINGER, Ramón	CPF I de Ezeiza	61	No violenta	Enfermedad	Otra enfermedad
10-oct-2018	ALBORNOZ, Sergio Martín	U. 4- Colonia Penal de Santa Rosa	31	Violenta	Suicidio	Ahorcamiento
22-oct-2018	CATRINI, Carlos Andrés	U. 6- Instituto de Seguridad y Resocialización de Rawson	36	Violenta	Homicidio	Herida de arma blanca
18-oct-2018	CANTERO, Alberto Abraham	CPF I de Ezeiza	23	Violenta	Suicidio	Ahorcamiento
29-oct-2018	PEREYRA, Christian Emmanuel	U. 21- Centro Penitenciario de Enfermedades Infecciosas	34	No violenta	Enfermedad	HIV- enfermedad oportunista
13-oct-2018	GÓMEZ RIVERO, Carlos Daniel	CPF I de Ezeiza	32	Violenta	Homicidio	Herida de arma blanca
16-nov-2018	SCHAIN DE LA LASTRA, Héctor Manuel	U. 21- Centro Penitenciario de Enfermedades Infecciosas	57	No violenta	Enfermedad	HIV- enfermedad oportunista
28-nov-2018	CISNEROS, Kevin	CPF I de Ezeiza	26	Violenta	Autoagresión en medida de fuerza	Incendio (quemadura/ asfixia)
01-dic-2018	MORALES, Germán Eduardo	CPF CABA	27	Violenta	Homicidio	Otros
09-dic-2018	GONZÁLEZ GADEA, Sergio Leonel	U. 5- Colonia Penal General Roca	26	Violenta	Causa dudosa (violenta)	Ahorcamiento
07-dic-2018	CORTÉZ, Oscar Luis	CPF II de Marcos Paz	34	Violenta	Suicidio	Ahorcamiento
11-dic-2018	GILBERT, Roberto Omar	CPF I de Ezeiza	65	No violenta	Enfermedad	Otra enfermedad
12-dic-2018	BATEMAN, Alejandro Arturo	CPF II de Marcos Paz	56	No violenta	Enfermedad	Otra enfermedad
19-dic-2018	MEDINA, Jorge Daniel	CPF CABA	63	No violenta	Enfermedad	Otra enfermedad
19-dic-2018	RAMÍREZ, Aniceto	CPF CABA	64	No violenta	Enfermedad	Otra enfermedad
30-dic-2018	GUZZETTI, Claudio Aníbal	U. 11- Colonia Penal de Pcia Roque S. Peña	44	Violenta	Homicidio	Herida de arma blanca