



**POLÍTICAS  
PENITENCIARIAS**



## INTRODUCCIÓN

En esta sección se presenta una descripción de lo relevado por el Mecanismo Local de Prevención de la Tortura (MLPT) durante el año 2021 en cárceles y alcaidías del Servicio Penitenciario Bonaerense (SPB).

En el **capítulo 1** se exponen los resultados del registro de hechos de torturas, malos tratos y nulo acceso a la justicia registrados por la CPM en sus múltiples intervenciones. Luego esto se profundiza a partir de un recorte del 4% del total de hechos relevados -una muestra intencional de 1.770 hechos- que se extraen del trabajo del Registro Nacional de Casos de Tortura y/o Malos Tratos (RNCT) con propósitos analíticos, profundizando en la información cualitativa de cada caso. El relevamiento de estos miles de casos ratifica la condición sistemática y multidimensional de la tortura que el Estado aplica sobre las personas detenidas.

En el **capítulo 2** se desarrolla puntualmente uno de esos tipos de tortura, la desatención de la salud, abordando dimensiones como las condiciones materiales de internación, la disponibilidad y distribución de recursos humanos, insumos y medicamentos, la modalidad de atención y la respuesta judicial.

En el **capítulo 3** se describe el uso del control punitivo en términos de disciplinamiento patriarcal, dilucidando vulneraciones específicas vinculadas al género. Se actualizan las principales características de la criminalización de mujeres, trans y travestis, y de los espacios de alojamiento destinados a ellas; luego se problematizan cuestiones como la afectación de los vínculos familiares y sociales, la realidad de las personas gestantes, la aplicación de violencia focalizada y la situación invisibilizada de las masculinidades trans.

El **capítulo 4** trata sobre la gestión penitenciaria de la violencia, en base a datos del *Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaidías*.

Se analizan los hechos informados durante 2016-2021, sus consecuencias físicas, las medidas adoptadas y la intervención sanitaria; y se profundiza la mirada sobre las agresiones físicas de agentes penitenciarios y entre personas detenidas, hechos que permiten diagnosticar preliminarmente la gestión penitenciaria de la violencia.

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

La información relevada para este Informe tiene su origen en diversas **fuentes e instrumentos de recolección** aplicados por cuatro programas del MLPT: Inspección en lugares de encierro, Recepción de denuncias, Intervenciones complejas y colectivas, y Producción y análisis de información. En primer lugar, entrevistas con personas detenidas, con familiares en el contexto de la recepción de denuncias, con autoridades penitenciarias, sanitarias y judiciales. En segundo lugar, la observación directa en las inspecciones periódicas. En tercer lugar, documentos oficiales diversos: partes mensuales y diarios de personas detenidas, registros administrativos de unidades sanitarias, expedientes judiciales, oficios y listados de fallecimientos, comunicaciones de hechos de violencia, entre otros. El relevamiento se realiza en el marco del monitoreo de los lugares de encierro; con la información recolectada no sólo se producen informes sino acciones judiciales y administrativas en defensa de los derechos de las personas detenidas<sup>1</sup>.

---

1 Ver capítulo “Acciones del Mecanismo Local de Prevención de la Tortura durante 2021”.

# 1. TORTURAS Y MALOS TRATOS

## 1.1. Introducción

Durante el año 2021, los dispositivos de intervención de la CPM registraron **45.544 hechos de tortura, malos tratos o falta de acceso a la justicia**, padecidos por las personas privadas de libertad en el sistema penitenciario bonaerense y en comisarías provinciales.

En el marco de 384 inspecciones realizadas en establecimientos carcelarios, llamados telefónicos o correos electrónicos recibidos por el organismo o a través de las organizaciones que integran el programa Punto Denuncia Torturas y las entrevistas personales en sede, se realizaron más de 45.000 entrevistas a personas detenidas o a sus familiares y allegados. Por estos hechos se realizaron 25.000 presentaciones individuales y 135 presentaciones colectivas ante los órganos judiciales correspondientes<sup>2</sup>.

**Tabla 1. Hechos de tortura, malos tratos o falta de acceso a la justicia comunicadas a la CPM por personas detenidas en el SPB, familiares o allegados, según tipo de hecho, 2021**

Hechos comunicados	Cantidad	Porcentaje
Falta de acceso a justicia	9.496	20,9%
Afectación del vínculo familiar	9.084	19,9%
Falta o deficiente asistencia de la salud	7.795	17,1%
Malas condiciones materiales de detención	7.075	15,5%
Otros	3.351	7,4%
Aislamiento extremo	3.238	7,1%

2 Ver la sección "Políticas de justicia".

Amenazas	1.627	3,6%
Agresiones físicas	1.273	2,8%
Falta o deficiente alimentación	835	1,8%
Impedimento de acceso a educación o trabajo	721	1,6%
Traslados constantes o arbitrarios	591	1,3%
Robo de pertenencias	458	1,0%
<b>Total</b>	<b>45.544</b>	<b>100%</b>

Fuente: SISCCOT, CPM.

Se destacan las solicitudes de intervención por **falta de acceso a la justicia** (21%). Los obstáculos que encuentran las víctimas para comunicarse y obtener audiencias con sus juzgados y defensorías, para conocer los detalles de sus causas judiciales, para acceder a los institutos de progresividad de la pena, entre otros problemas, se encuadran en un deficiente o nulo acceso a la justicia y provocan un padecimiento subjetivo muy importante: la incertidumbre sobre la situación que atraviesan, la desesperación por no ser escuchados ni considerados como sujetos de derechos por quienes tienen que garantizarlos o la desolación de sentir que no hay forma de escapar a la muerte frente al padecimiento de una enfermedad o la denuncia de las violencias y agresiones que padecen a manos de quienes deben garantizar su cuidado.

Le sigue la **afectación del vínculo familiar** (20%), un problema estructural generado por el alojamiento de detenidos en unidades lejanas a su domicilio, por el maltrato a las/os visitantes, por la obstaculización de salidas y regímenes de visita inter-carcelaria, por la modalidad de traslados constantes. En el plano afectivo, las familias contienen los padecimientos propios del encierro y representan la conexión con el mundo exterior al que esperan volver. En el plano material, son las principales proveedoras de insumos alimentarios, medicamentos, elementos de higiene, entre otras necesidades básicas. En ese sentido, la desvinculación familiar y social se considera un tipo de tortura porque “provoca angustia y depresión en el aspecto emocional-afectivo, perjudica el sostenimiento de estrategias alternativas de sobrevivencia alimenticia y material, y genera un contexto de indefensión en cuanto a la comunicación, reclamo y denuncias sobre

las vulneraciones de derechos” (Informe anual RNCT, 2019: 117). A su vez, los obstáculos a las visitas configuran un clima de tensión que provoca conflictos; suelen ser el principal motivo de reclamo de las víctimas, y hechos que generalmente desencadenan fuertes represiones y una sucesión de torturas y malos tratos, como el aislamiento.

En tercer lugar, se comunicaron a la CPM casi 7.795 hechos de **falta o deficiente asistencia sanitaria** (17%): falta o deficiencias de atención médica, de provisión de medicamentos, de provisión de dieta especial o de traslado a hospitales para tratamientos de complejidad (ver capítulo 2). Como se analiza en este informe y se viene denunciando reiteradamente hace dos décadas, la principal causa de muerte en el encierro es la nula o deficiente atención de la salud: 7 u 8 personas de cada 10 mueren por esta causa.

También se registraron 7.075 hechos de **malas condiciones materiales** (16%) y 3.238 de **aislamiento** (7%). Estos 5 tipos de hechos concentran el **80%** de lo comunicado a la CPM durante el año 2021. La precariedad de las condiciones de detención, pensadas como parte de los dispositivos de gobierno de las poblaciones encarceladas, es una constante que se naturaliza como parte de la vida cotidiana. A esto se agrega que se producen en un contexto de sobrepoblación y hacinamiento extremo que las agravan. Para gobernar este exceso de población se recurre al aislamiento, que se ha constituido en la regla de los regímenes de vida, no sólo de pabellones de aislamiento y admisión o de *población* sino también en los de *conducta*, *trabajadores* y *estudiantes*. La cantidad de personas alojadas por sobre la capacidad del lugar, aisladas gran parte del día, deteriora y agrava aun mas las condiciones inhumanas de detención.

Si bien se relevaron 1.273 casos (2,8 %) de agresiones físicas del SPB, se presentan casos de violencia extrema con personas que luego padecerán discapacidades permanentes. Por otro lado deben agregarse los hechos de violencia ejercidos por otros detenidos a partir de la delegación o tercerización de la violencia penitenciaria, que habilita estas prácticas como forma de gobierno y permite des responsabilizar a los agentes penitenciarios por estos actos y nunca serán investigados por el poder judicial. En otro capítulo de esta sección se analizan estos hechos.

La extensión territorial de esta violencia en todo el sistema penitenciario da cuenta de la sistematicidad de las prácticas de torturas y malos tratos que se reproducen con diferente modalidad e intensidad pero de manera constante.

**Tabla 2. Hechos de tortura, malos tratos o solicitudes de intervención comunicadas a la CPM por personas detenidas en el SPB, familiares o allegados, según unidad penitenciaria, 2021**

Unidad	Cantidad de hechos	Porcentaje
2 - Sierra Chica	3.838	8,4%
30 - General Alvear	2.803	6,2%
42 - Florencio Varela	2.208	4,8%
17 – Urdampilleta	1.986	4,4%
37 – Barker	1.975	4,3%
9 - La Plata	1.764	3,9%
38 - Sierra Chica	1.725	3,8%
1 - Lisandro Olmos	1.588	3,5%
Comisarías	1.384	3,0%
36 – Magdalena	1.373	3,0%
46 - San Martín	1.239	2,7%
24 - Florencio Varela	1.220	2,7%
28 – Magdalena	1.196	2,6%
39 – Ituzaingó	1.072	2,4%
32 - Florencio Varela	1.028	2,3%
35 – Magdalena	989	2,2%
47 - San Martín	960	2,1%
49 – Junín	928	2,0%
5 – Mercedes	917	2,0%
23 - Florencio Varela	895	2,0%
40 - Lomas de Zamora	874	1,9%
Sin dato	867	1,9%
31 - Florencio Varela	854	1,9%
4 - Bahía Blanca	850	1,9%

19 – Saavedra	797	1,7%
13 – Junín	796	1,7%
3 - San Nicolás	786	1,7%
48 - San Martín	726	1,6%
8 - Los Hornos	668	1,5%
43 - González Catán	632	1,4%
Alcaidía departamental	628	1,4%
18 – Gorina	542	1,2%
51 – Magdalena	527	1,2%
54 - Florencio Varela	467	1,0%
15 – Batán	361	0,8%
34 - Melchor Romero	351	0,8%
7 – Azul	344	0,8%
52 – Azul	320	0,7%
45 - Melchor Romero	296	0,6%
21 – Campana	243	0,5%
33 - Los Hornos	209	0,5%
50 – Batán	198	0,4%
Arresto domiciliario	189	0,4%
41 – Campana	177	0,4%
22 - Lisandro Olmos	172	0,4%
26 - Lisandro Olmos	165	0,4%
58 - Lomas de Zamora	163	0,4%
Detenido en un hospital	162	0,4%
27 - Sierra Chica	138	0,3%
11 – Baradero	137	0,3%
6 – Dolores	131	0,3%
10 - Melchor Romero	104	0,2%
Detenido en SPF	100	0,2%
44 – Batán	85	0,2%
57 – Campana	85	0,2%
16 – Junín	80	0,2%
12 – Gorina	73	0,2%

14 - General Alvear	38	0,1%
29 - Melchor Romero	38	0,1%
20 - Trenque Lauquen	30	0,1%
Detenido recién liberado	22	0,0%
25 - Lisandro Olmos	20	0,0%
56 - Virrey del Pino	6	0,0%
53 - Malvinas Argentinas	5	0,0%
<b>Total</b>	<b>45.544</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: SISCCOT, CPM.

De la Tabla 2 surge que durante 2021 se relevaron hechos de tortura, malos tratos o solicitudes de intervención en **todas las unidades del sistema provincial**, con una mayor incidencia de aquellas ubicadas lejos de los grandes aglomerados urbanos. Agrupadas por complejo penitenciario, se observa que un tercio de los hechos comunicados (32%) corresponden a cárceles de los complejos del centro de la Provincia.

**Tabla 3. Hechos de tortura, malos tratos o solicitudes de intervención comunicadas a la CPM por personas detenidas en el SPB, familiares o allegados, según complejo penitenciario, 2021**

Complejo	Cantidad	Porcentaje
Centro - Zona Sur	7.687	18,5%
Florencio Varela	6.672	16,0%
Centro - Zona Norte	5.480	13,2%
Magdalena	4.085	9,8%
La Plata	4.045	9,7%
Norte	3.644	8,8%
San Martín	2.930	7,0%
Conurbano Sur-Oeste	2.747	6,6%
Sur	1.677	4,0%
Olmos	1.357	3,3%
Este	775	1,9%
Campana	505	1,2%
<b>Total</b>	<b>41.604</b>	<b>100%</b>

Fuente: SISCCOT, CPM.

Además de los registros que surgen de las tareas de control y monitoreo que se llevan a cabo a través de áreas y programas<sup>3</sup> desde el año 2002, la CPM puso en marcha en 2010 el Registro Nacional de Casos de Tortura y/o Malos Tratos (RNCT), en virtud de las recurrentes y sostenidas denuncias por parte de las personas detenidas. El RNCT fue creado en la Argentina en aquel año por un acuerdo interinstitucional de la CPM, la Procuración Penitenciaria de la Nación (PPN) y el Grupo de Estudios sobre Sistema Penal y Derechos Humanos del Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (GESPyDH). Su objetivo es el registro y análisis profundo de casos actuales de torturas y malos tratos por parte de las agencias punitivas, a fin de hacer visible aquello que regularmente es opacado. El RNCT permite establecer características y regularidad de la tortura y dimensionar, a su vez, despliegues temporales y territoriales-institucionales. Sobre esta base da cuenta de la sistematicidad de la violencia estatal en los lugares de detención provinciales, inscripta en el gobierno de la población capturada por el sistema penal.

El contexto de producción de los malos tratos y las torturas penitenciarias relevadas en 2021 fue, nuevamente, el de incremento de la población encarcelada. Entre diciembre de 2020 y diciembre de 2021 aumentó un 9,4%: 45.392 a 49.662 personas detenidas<sup>4</sup>. En este marco el RNCT profundizó el análisis sobre 416 casos de malos tratos y torturas del total recibidos por el organismo, cuyas características se analizan y presentan en este informe.

---

3 Para consultar el organigrama y los equipos de trabajo: <https://www.comisionporlamemoria.org/datosabiertos/equipos-de-trabajo/>.

4 Incluye unidades penitenciarias, alcaldías departamentales y monitoreo electrónico. Fuente: <https://www.comisionporlamemoria.org/datosabiertos/carceles/poblacion-detenido/historica/>. Última consulta: 7/2/22.

## 1.2. Lineamientos teórico-metodológicos del RNCT

El RNCT toma la definición de la Convención interamericana para prevenir y sancionar la tortura de la Organización de Estados Americanos de 1985, por ser la de mayor progresividad y amplitud como herramienta conceptual y jurídica:

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

El trabajo de los organismos parte del RNCT ha permitido detectar que la gran mayoría de las torturas y los malos tratos no llegan a denunciarse por temor, naturalización, dificultades en el acceso y/o descreimiento en la agencia judicial.<sup>5</sup> Por ello se contempla el registro de todas las situaciones que las personas detenidas o allegadas estén dispuestas a informar, con independencia de que hayan sido denunciadas formalmente.

Los hechos que se registran son aquellos que las víctimas han padecido en un período de 2 meses previos a la entrevista, a fin de garantizar la actualidad de la información. Se pueden relevar situaciones producidas en distintos contactos con las agencias (por ejemplo, en unidades penales en el caso de las fuerzas penitenciarias) para componer un registro de los diversos y continuos padecimientos que atraviesan las víctimas. El relevamiento se realiza completando una ficha (instrumento) por cada persona que sufrió torturas y/o malos tratos, donde se incluyen datos acerca de la fuente receptora, de la víctima y de los hechos correspondientes a la siguiente tipificación de torturas y malos tratos:

---

5 Ver análisis detallado en Informe Anual 2011 (pág. 206 y sig.) del RNCT en [http://www.comisionporlamemoria.org/static/prensa/cct/informesrncct/Informe\\_2011.pdf](http://www.comisionporlamemoria.org/static/prensa/cct/informesrncct/Informe_2011.pdf).

1. Aislamiento.
2. Traslados gravosos.
3. Traslados constantes.
4. Agresiones físicas.
5. Requisa personal vejatoria.
6. Malas condiciones materiales de detención.
7. Falta o deficiente alimentación.
8. Falta o deficiente asistencia de la salud.
9. Robo y/o daño de pertenencias.
10. Impedimentos de vinculación familiar y social.
11. Amenazas.

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

- Cada *caso* corresponde a una persona víctima de torturas y/o malos tratos en los 2 meses previos a tomar contacto con el RNCT.
- En cada caso se relevan los *tipos* de tortura padecidos por la víctima en ese período.
- Para cada tipo de tortura se registra el total de situaciones padecidas (por ejemplo, todas las amenazas de los últimos 2 meses), que se denominan *hechos comunicados*.
- Del total de hechos comunicados se solicita la descripción de aquellos más gravosos (por ejemplo, la amenaza más grave de los últimos 2 meses), que se denominan *hechos descriptos*<sup>6</sup>.
- Los hechos descriptos se componen de *actos* que corresponden a indicadores de la forma en que se despliegan. Además se dispone de un campo abierto para el registro textual de la descripción del hecho y de preguntas cerradas con categorías sobre sus características específicas.

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

---

<sup>6</sup> En todos los tipos de tortura se solicita la descripción de un hecho, excepto en “agresiones físicas” y en “falta o deficiente asistencia de la salud” que se habilita la descripción de hasta tres hechos.

### 1.3. Relevamiento y resultados generales

El corpus de material empírico que compone el registro de casos de tortura y/o malos tratos se construye a través del trabajo de campo en lugares de detención que realiza el equipo del RNCT y a partir de la información relevada en las tareas de intervención de la CPM.<sup>7</sup> Así, se dispone de registros de observación en el campo, de información oficial proporcionada por las autoridades de los lugares de detención y de fichas del RNCT que se generan por cuatro tipos de procedimientos:

- a) Entrevistas con las víctimas: toma de la ficha del RNCT en entrevistas con las personas detenidas en los lugares de detención<sup>8</sup>.
- b) Observación en sectores de alojamiento: elaboración de fichas del RNCT a partir de la observación de torturas y/o malos tratos que alcanzan a todas las personas detenidas en un determinado sector o pabellón<sup>9</sup>.
- c) Información relevada en los lugares de detención durante las entrevistas de intervención de la CPM (tomada en planillas de entrevistas).
- d) Información relevada en la sede de la CPM –entrevistas presenciales con familiares, personas allegadas y/o con las propias personas detenidas mediante comunicaciones telefónicas o correos electrónicos– para la intervención (tomada en el sistema informático SISCCOT)<sup>10</sup>.

---

7 Las condiciones sanitarias que se impusieron con la pandemia de COVID-19 volvieron a impactar durante 2021 en el trabajo de campo del RNCT: las entrevistas en lugares de detención se retomaron con equipo reducido en el mes de octubre, en el marco de inspecciones a las unidades 1, 42 y 45.

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

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

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

El detalle del trabajo de campo y de la aplicación de los procedimientos de reconstrucción de casos con la información de intervención de la CPM durante 2021 es el siguiente:

Lugar de relevamiento	Tipo de relevamiento				Total
	Campo RNCT (1)	Observación en campo (2)	Intervención en campo (3)	Intervención en sede (4)	
U.2 Sierra Chica	0	0	55	6	61
U.37 Barker	0	0	32	4	36
U.30 Gral. Alvear	0	0	28	4	32
U.4 Bahía Blanca	0	9	19	0	28
U.9 La Plata	0	17	5	6	28
U.3 San Nicolás	0	25	2	0	27
U.42 Florencio Varela	21	0	0	1	22
U.19 Saavedra	0	0	18	1	19
U.39 Ituzaingó	0	0	15	1	16
U.28 Magdalena	0	0	7	6	13
U.45 Melchor Romero	13	0	0	0	13
U.46 San Martín	0	0	13	0	13
U.8 Los Hornos	0	0	12	0	12

U.17 Urdampilleta	0	0	6	6	12
U.47 San Martín	0	0	12	0	12
Otras unidades del SPB*	4	0	36	32	72
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>51</b>	<b>260</b>	<b>67</b>	<b>416</b>

\* U. 1, U. 5, U. 7, U. 13, U. 21, U. 22, U. 23, U. 24, U. 26, U. 31, U. 32, U. 34, U. 35, U. 36, U. 38, U. 40, U. 43, U. 48, U. 49, U. 51, U. 54, U. 58. **Fuente:** 416 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2021.

En el marco del relevamiento en campo durante el año 2021 se completaron 89 fichas del RNCT: 38 a partir de entrevistas y 51 de la observación. Sobre la base de la intervención de la CPM se sumaron otros 327 casos: 260 a partir de la reconstrucción de entrevistas en los lugares de detención y 67 de comunicaciones en sede. Se cuenta, entonces, con 416 casos de tortura y/o malos tratos para el análisis.

### Caracterización de la población entrevistada

Las 416 víctimas de tortura y/o malos tratos son en su mayoría varones: 374 (89,9%); por su parte, se entrevistó a 41 mujeres (9,9%) y a 1 persona trans (0,2%). El promedio de edad de las víctimas es de 33 años. La distribución de las personas entrevistadas según su edad es la siguiente:

Víctimas según edad		
Edad (agrupada)	Cantidad	Porcentaje
Entre 18 y 21 años	10	3,3
Entre 22 y 34 años	171	56,8
Entre 35 y 44 años	87	28,9
45 años y más	33	11,0
<b>Total</b>	<b>301</b>	<b>100</b>
<b>Base:</b> 301 víctimas de tortura y/o malos tratos con dato. <b>Fuente:</b> 416 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2021.		

Del cuadro anterior se desprende que se trata de una población preponderantemente joven, con un 60,1% de las víctimas menor de 35 años y más de la mitad concentrada en el rango de los 22 a los 34 años.

### Frecuencia de los hechos de tortura y/o malos tratos

Los 416 casos relevados durante 2021 aportan información sobre los 11 tipos de tortura y/o malos tratos que registra el instrumento. Atendiendo a los hechos descritos por las víctimas, su distribución es la siguiente:

Hechos descriptos según tipo de tortura y/o maltrato	
Tipo de tortura y/o maltrato	Cantidad
Falta o deficiente asistencia de la salud	354
Malas condiciones materiales de detención	348
Aislamiento	332
Impedimentos de vinculación familiar y social	273
Falta o deficiente alimentación	272
Agresiones físicas	66
Traslados constantes	38
Requisa personal vejatoria	27
Robo y/o daño de pertenencias	27
Traslados gravosos	21
Amenazas	12
<b>Total</b>	<b>1770</b>
<b>Base:</b> 1.770 hechos descriptos de tortura y/o malos tratos. <b>Fuente:</b> 416 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2021.	

Las 416 víctimas aportaron información sobre 1.770 hechos de tortura y/o malos tratos. La falta o deficiente asistencia de la salud (354 hechos) fue la que emergió con mayor frecuencia en la distribución (pudiendo cada persona describir hasta 3 hechos). Las malas condiciones materiales de detención (348 hechos), el aislamiento (332 hechos) y la falta o deficiente alimentación (272 hechos) ocupan los primeros lugares de la distribución porque se producen de manera generalizada en los espacios carcelarios sobre los que interviene la CPM. Los impedimentos de vinculación fami-

liar y social (273 hechos) también se relevan con altas frecuencias por su producción extendida pero, en particular, porque son padecimientos respecto de los cuales las víctimas suelen demandar intervención en el marco de la entrevista. Los restantes tipos de tortura se dirigen hacia determinadas personas o poblaciones detenidas: agresiones físicas (66 hechos), traslados constantes (38 hechos), requisas personales vejatorias (27 hechos), robo y/o daño de pertenencias (27 hechos), traslados gravosos (21 hechos) y amenazas (12 hechos)<sup>11</sup>.

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

#### **1.4. Falta o deficiente asistencia de la salud**

Se relevaron 250 víctimas que padecían la falta o deficiente asistencia de su salud. En los 2 meses previos a la entrevista esas personas comunicaron 353 problemas de salud desatendidos, en un rango de 1 hasta 4 cada una. Del total de hechos comunicados describieron los más graves: problemas de salud diagnosticados en 230 casos, problemas de salud sin diagnóstico en 79 y dolencias agudas o lesiones en 45.

El 65% de los hechos corresponde a problemas de salud diagnosticados. En un 47,4% de estos hechos (109) las víctimas no habían sido atendidas

---

11 En este capítulo se presentan los resultados para todos los tipos de tortura con excepción de las amenazas que registraron cifras en términos absolutos menores a 20 hechos descriptos.

por personal sanitario, es decir que sus padecimientos habían sido diagnosticados antes de ser detenidas y su tratamiento se suspendió por el encarcelamiento. En el 52,6% de los hechos (121) las personas con problemas de salud diagnosticados lograron ser vistas por agentes de la salud en la cárcel, no obstante la asistencia fue deficiente. Estas falencias sanitarias, en casos generalmente graves de enfermedades diagnosticadas, no sólo afectan la calidad de vida de las personas detenidas sino que constituyen un riesgo de muerte.

Un 22,3% de los hechos corresponde a problemas de salud sin diagnóstico y desatendidos. En 61 de estos hechos las personas no habían logrado ser asistidas por personal de sanidad, mientras que en 18 sí habían accedido pero a una atención deficiente. Estas dolencias no se presentan como agudas pero se prolongan a lo largo del tiempo y pueden derivar en cuadros de gravedad.

Un 12,7% de los hechos descritos corresponde a dolencias agudas o lesiones sin asistencia o con asistencia deficiente. En estos hechos 31 personas no habían accedido a ningún tipo de atención y 14, a una asistencia deficiente. Si bien este tipo de padecimientos se presenta de modo circunstancial, se trata de situaciones agudas con sufrimiento de fuertes dolores y/o malestares que afectan seriamente a las personas. Así, casos que ameritan la intervención inmediata de profesionales de la salud son en su mayoría llanamente desatendidos o asistidos de manera inadecuada.

La falta o deficiente asistencia de la salud no sólo es una práctica penitenciaria extendida sino que se sostiene en el tiempo. En promedio, las personas entrevistadas sufrieron la desatención o la atención deficiente de sus dolencias y enfermedades durante 10 meses. La distribución de los hechos en relación al tiempo de padecimiento o falta o deficiente asistencia de su salud, dolores cotidianos o frecuentes y angustia por la incertidumbre que genera, es la siguiente:

<b>Hechos descriptos según tiempo con falta o deficiente asistencia de la salud</b>		
<b>Días (agrupados)</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
1 a 30 días	113	50,4
31 a 90 días	23	10,3
91 a 180 días	35	15,6
181 a 365 días	16	7,1
Más de 1 año	37	16,5
<b>Total</b>	<b>224</b>	<b>100</b>

**Base:** 224 hechos descriptos de falta o deficiente asistencia de la salud con dato. **Fuente:** 416 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2021.

En la mitad de los hechos la falta o deficiente atención se prolongaba por más de un mes, con casos extremos de hasta 18 años consecutivos. El encarcelamiento produce y sostiene múltiples padecimientos simultáneos, afectando integralmente la salud de las personas detenidas, por largos períodos de tiempo.

### **Principales deficiencias en la asistencia de la salud**

Considerando el total de los hechos descriptos, el 56,8% no había sido asistido por agentes de la salud de los lugares de detención; es decir que las personas ni siquiera habían logrado acceder a una consulta sanitaria. El 43,2% restante (153 hechos) implicaba deficiencias en la asistencia que dan cuenta de los tipos de “oferta” que se producen en el sistema penitenciario para las personas detenidas.

<b>Hechos descriptos según tipos de deficiencia en la asistencia de la salud</b>		
<b>Deficiencias en la asistencia de la salud</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Problemas en la provisión de medicamentos	94	61,4
No le realizan o le realizan deficientemente controles / seguimiento	69	45,1
No le realizan o le realizan deficientemente tratamientos y/o intervenciones	42	27,5
No le realizan o le realizan deficientemente estudios	37	24,2

Condiciones de detención que agravan su estado de salud	24	15,7
Problemas en la provisión de alimentación especial	23	15,0
No le realizan o le realizan deficientemente curaciones	17	11,1
No le informan resultados y/o diagnósticos	15	9,8
No recibe atención especializada / de complejidad	15	9,8
No le realizan revisión clínica	11	7,2
Otras	6	3,9
<b>Total</b>	<b>353</b>	<b>230,7</b>
Respuesta múltiple. <b>Base:</b> 153 hechos descriptos de asistencia deficiente de la salud. <b>Fuente:</b> 416 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2021.		

Como queda expresado en el cuadro precedente, para cada padecimiento se registraron en promedio más de 2 falencias combinadas y la que se presenta de manera más frecuente, en 6 de cada 10 hechos, es la deficiente provisión de medicamentos: discontinua, insuficiente y/o inapropiada. En segundo lugar se encuentra que a las víctimas no les realizaban o les realizaban deficientemente controles o seguimientos (en un 45,1% de los hechos descriptos). Luego se presenta, con menor frecuencia, una serie de deficiencias combinadas: no les realizaban o les realizaban deficientemente tratamientos y/o intervenciones, falta o deficiente realización de estudios, sometimiento a condiciones de detención perjudiciales para la salud, problemas respecto de la entrega de alimentación especial prescrita, curaciones deficientes, la falta de información sobre resultados y diagnósticos, la falta de asistencia especializada que implica que los procesos se estanquen en un determinado nivel de complejidad y la falta de revisión clínica. Los relatos:

“Cuando estaba detenida en la comisaría me salió una bola de grasa en la espalda y me atendieron en el Hospital Belgrano de San Martín. Al llegar a la Unidad 8 una médica me indicó que me tenía que hacer una tomografía, pero ya pasaron 4 meses y no me la hicieron. Tengo mucho dolor y me cuesta sacarme la remera, sólo estoy cómoda en la cama. Quiero que el estudio me lo hagan en la Unidad 33, no en el hospital de calle,

porque no quiero volver y estar aislada 15 días en forma preventiva por el Covid”.

“Estoy en huelga de hambre desde hace 10 días. Me cosí la boca porque tengo VIH y asma crónica y no recibo atención desde hace tres meses. Es la tercera vez que me cortan el tratamiento por falta de medicamentos. El lunes me vio la doctora de periciales y ordenó que me den atención en sanidad o extramuros en un plazo de 72 horas. Pero no obedecen la orden y sigo sin atención”.

“Aunque me tienen en la Unidad 22[hospital], acá no me pueden operar porque dicen que necesitan una sala de terapia intensiva. Hace un mes me internaron en el Hospital de Melchor Romero, donde se me hizo una endoscopía. No me salió bien y desistieron de la operación. Dicen que tengo que ser tratado por un nutricionista y un gastroenterólogo, pero nunca me atendieron en los 3 años que pasaron de mi última operación en 2018. Y por más que me atiendan, ninguna unidad me puede brindar la atención que necesito. A medida que pasa el tiempo mi salud empeora cada vez más”.

“Creo que tengo pulmonía y principios de asma. Las condiciones en las que estoy detenido no ayudan a que esté mejor. Además no escucho bien de mi oído izquierdo y tengo un desgarró en el estómago. Esto fue por el Servicio, por los golpes que recibí por las distintas unidades por las que pasé”.

“Desde hace un año y medio que tengo epilepsia. Los ataques aparecieron después de una golpiza en la Unidad 2. Tengo miedo, estoy solo en los buzones y si convulsiono no tengo a nadie para asistirme. La semana pasada estuve una hora tirado en el piso. Los enfermeros me dicen que es por falta de oxigenación y medicación. Además soy asmático y estoy sin puf. Muchas veces tuve que golpear el chapón de la puerta para pedir por el puf”.

## 1.5. Malas condiciones materiales de detención

Durante 2021 se registraron 348 víctimas que estaban padeciendo o habían sufrido malas condiciones materiales de detención en los últimos 2 meses. El siguiente cuadro muestra la distribución de deficiencias en las condiciones materiales que señaló el total de víctimas:

<b>Hechos descriptos de malas condiciones materiales según tipo de deficiencias padecidas</b>		
<b>Deficiencias en las condiciones materiales</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Falta o deficiente calefacción / refrigeración	219	62,9
No provisión y/o deficiente provisión de elementos de higiene para la celda	212	60,9
Deficiente estado de los sanitarios	210	60,3
No provisión y/o deficiente provisión de elementos de higiene personal	209	60,1
Falta de acceso a duchas	199	57,2
Humedad	172	49,4
Falta o provisión irregular de agua caliente	163	46,8
Malos olores	162	46,6
Falta de vidrios en las ventanas	118	33,9
Falta de agua en la celda	103	29,6
Instalación eléctrica riesgosa	92	26,4
Falta de cama o camastro	87	25,0
Falta de colchón	82	23,6
Celda / pabellón con insectos	77	22,1
Hacinamiento	77	22,1
Colchón deteriorado / medio colchón	68	19,5
No provisión y/o deficiente provisión de ropa de cama	59	17,0
No provisión y/o deficiente provisión de elementos para comer y beber	53	15,2

Falta de luz artificial	46	13,2
Falta de luz natural	43	12,4
Falta o desprovisión de mobiliario	36	10,3
Celda / pabellón con ratas	31	8,9
Celda / pabellón inundado	24	6,9
Falta de ropa	22	6,3
Falta de almohada	19	5,5
Falta de calzado	16	4,6
Falta de instalación eléctrica	15	4,3
Falta de colchón ignífugo	15	4,3
Falta de acceso a sanitarios	14	4,0
Falta de ventana	6	1,7
Irregular acceso a sanitarios	5	1,4
<b>Total</b>	<b>2654</b>	<b>762,6</b>

Respuesta múltiple. **Base:** 348 hechos descriptos de malas condiciones materiales. **Fuente:** 416 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2021.

Las víctimas comunicaron un total de 2.654 deficiencias materiales, un promedio de casi 8 por persona entrevistada. Las que se registraron con mayor frecuencia, para más de la mitad de las víctimas, son: falta de calefacción/refrigeración, de elementos de higiene personal y para la celda, deficiente estado de los sanitarios y falta de acceso a duchas.

La combinación de estas falencias (producto de la falta de inversión y de mantenimiento de las instalaciones, la desidia penitenciaria y la desprovisión de elementos básicos) genera espacios riesgosos para la integridad física de las personas detenidas porque son forzadas a vivir en celdas sucias e insalubres ante la imposibilidad de una correcta higiene. Todo esto impacta en la salud de las víctimas de manera integral y genera altos niveles de degradación, particularmente graves en el contexto de pandemia. En el siguiente cuadro se muestra la distribución en tramos de la cantidad de falencias padecidas por cada víctima:

<b>Hechos descriptos de malas condiciones materiales según cantidad de deficiencias padecidas</b>		
<b>Deficiencias materiales</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Entre 1 y 4	30	8,6
Entre 5 y 9	235	67,5
Entre 10 y 14	62	17,8
Entre 15 y 19	19	5,5
Entre 20 y 25	2	0,6
<b>Total</b>	<b>348</b>	<b>100</b>

**Base:** 348 hechos descriptos de malas condiciones materiales. **Fuente:** 416 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2021.

El 91,4% de las personas sufría 5 o más deficiencias combinadas y casi un cuarto entre 10 y 25 condiciones precarias simultáneas.

El promedio de tiempo en que las víctimas permanecían en estas condiciones es de 52 días, registrando casos extremos de hasta 4 años consecutivos. Sin embargo, estos datos presentan un sub-registro, considerando que al momento del relevamiento la mayoría de las personas continuaba en los lugares señalados como de condiciones materiales más gravosas, por lo cual el tiempo total de padecimiento sería mayor.

La distribución de los hechos de acuerdo a la clasificación o tipo de lugar donde se produjeron las malas condiciones materiales es la siguiente:

<b>Hechos descriptos de malas condiciones materiales según tipo de lugar</b>		
<b>Tipo de lugar</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Celdas de sanción	175	56,5
Alojamiento de tránsito	87	28,1
Lugares habituales de alojamiento	48	15,5
<b>Total</b>	<b>310</b>	<b>100</b>

**Base:** 310 hechos descriptos de malas condiciones materiales con dato. **Fuente:** 416 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2021.

Los espacios de sanción se destacaron sobre el resto, en un 56,5% de los

hechos. El promedio de deficiencias combinadas en estos lugares es de 8,5 y su impacto suele ser más intenso que en otros por la prohibición de conservar las pertenencias propias y la limitación de contactos con otras personas detenidas o familiares que puedan paliar parcialmente las deficiencias infraestructurales y materiales. La distribución de falencias replica la general, pero se agregan para más de la mitad de los hechos la falta o irregular acceso a duchas y la humedad. En términos de duración, el promedio de tiempo padeciendo malas condiciones materiales en estos sectores fue de 24 días, casi la mitad que para el total de los hechos.

Los lugares de tránsito (28,1%) se caracterizan por ser particularmente inhabitables, con un promedio de 7,5 falencias combinadas por hecho. Las deficiencias presentes para más de la mitad de las víctimas fueron la falta de acceso a duchas y a agua caliente, el deficiente estado de los sanitarios, malos olores y humedad. A diferencia de otros años (en que la permanencia en estos espacios era breve, en términos comparativos), el promedio de tiempo en estas condiciones se acerca al general, con 45 días de duración.

Por último, los lugares de alojamiento habitual (15,5%) traen aparejados perjuicios de carácter permanente e indefinido. El promedio de deficiencias combinadas en estos casos disminuye levemente a 7 por hecho, pero se extiende el del tiempo de duración, alcanzando los 8 meses. Esto implica que las víctimas debían sobrevivir diariamente en espacios que no contemplaban las mínimas condiciones de habitabilidad. Las falencias registradas más frecuentemente en estos lugares fueron la falta o deficiente calefacción/refrigeración, la humedad y la desprovisión y/o deficiente provisión de elementos de higiene para la celda. Los relatos:

“Dos veces por día me dan dos botellas de agua. Con esas dos botellas me baño, tomo agua y las uso para el inodoro. El agua es de color marrón. No me dejaron entrar con mis pertenencias, ni productos para limpiar la celda. Hay un olor horrible que sale del inodoro. Está lleno de ratas, me las tengo que ingeniar para que no entren a la celda”.

“Esta celda es deplorable. Sólo hay agua fría. No hay ventilación y somos seis personas conviviendo acá. El inodoro está tapado, no

se puede usar, el olor es nauseabundo. Las paredes están todas rotas y con mucha humedad, a la noche hace muchísimo frío”.

“Estoy en una leonera con dos personas más, no podemos ni movernos. No hay camas. La letrina está pegada al lugar donde dormimos. Se corta el agua. Tengo asma y desde que estoy acá empeoré: me agito mucho y me cuesta respirar”.

“Estoy hace 7 meses en sanidad, después de un ACV que me dejó medio cuerpo casi paralizado y la otra mitad muy afectada. No recibo ayuda de nadie. Me cuesta ir al baño o comer, no puedo usar cubiertos, tengo que insistir para ir al baño. Me duché seis veces en siete meses. Orino y voy de cuerpo adentro de la celda que no tiene letrina. Las ventanas de la puerta y de la ventana no tienen vidrio. Hay cables en la celda sin cinta aisladora, el fuelle está conectado directo a la pared todo el día”.

“No hay baño, cama ni colchón. Está todo cubierto con sangre por las heridas que tiene mi compañero de celda [víctima de una represión esa madrugada]. Tenemos que hacer nuestras necesidades en una botella. No hay agua, se la tenemos que pedir a la guardia. Acá estamos expuestos a cualquier cosa, pasan continuamente personas”.

## 1.6. Aislamiento

En el año 2021 se registraron 332 víctimas de aislamiento. Considerando que cada una puede padecer más de una situación durante los 2 meses previos a la entrevista, en total se relevaron 360 hechos comunicados según el siguiente detalle:

- 43 aislamientos impuestos como sanción, en un rango de 1 a 3 hechos por víctima.

- 42 aislamientos como medida de seguridad, en un rango de 1 a 2 hechos por víctima.
- 98 aislamientos por el régimen de pabellón, en un rango de 1 a 3 hechos por víctima.
- 177 aislamientos en otras modalidades, en un rango de 1 a 5 hechos por víctima.

Si se consideran estos hechos comunicados en su concatenación (incluso pueden haberse iniciado con anterioridad a los 2 meses previos a la entrevista y sostenerse hasta esa fecha), un 32% de las víctimas indicó haber permanecido 30 días o más en aislamiento, con casos extremos de hasta 1 año y 10 meses. Incluso, estos datos son parciales porque al momento de la entrevista el 96,4% de las víctimas continuaba aislado, por lo que los plazos serían aun mayores.

Del total de hechos que padecieron las víctimas en los 2 meses previos a la entrevista cada una describió el más gravoso. La duración es una dimensión central para su análisis y en este sentido cabe destacar que en los hechos descriptos por las personas detenidas el promedio de tiempo en aislamiento es de 34 días, es decir más de 1 mes de encierro permanente y riguroso. La distribución según rangos temporales es la siguiente:

<b>Hechos descriptos de aislamiento según duración</b>		
<b>Días (agrupados)</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
1 a 7 días	128	43,2
8 a 15 días	50	16,9
16 a 30 días	42	14,2
31 a 60 días	44	14,9
61 a 180 días	22	7,4
Más de 180 días	10	3,4
<b>Total</b>	<b>296</b>	<b>100</b>
<b>Base:</b> 296 hechos descriptos de aislamiento con dato. <b>Fuente:</b> 416 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2021.		

El 57% de las víctimas padeció aislamiento durante más de una semana. Entre ellas, un 11% describió haber estado aislado por más de 2 meses. Sin

embargo, estas cifras deben relativizarse si se tiene en cuenta que casi la totalidad de las víctimas continuaba aislada al momento de la entrevista.

Los hechos de aislamiento implican permanecer toda o la mayor parte del día en las celdas. Al respecto, el 92,7% de las personas sufría aislamientos de 24 horas y el 5,7% de entre 22 y 23 horas y media. Esto significa que la mayoría directamente no salía de su celda.

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

Atendiendo al hecho más gravoso de aislamiento, 39 víctimas describieron una sanción (11,7%), otras 39 una medida de seguridad (11,7%), 94 un aislamiento por el régimen de pabellón (28,3%) y 160 otras modalidades de aislamiento (48,2%). Esta diferencia tan pronunciada en cuanto a la cantidad de hechos descriptos por “otras modalidades” refleja una tendencia a la diversificación de la práctica de aislamiento que se sostiene en los últimos años.

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

Hechos descriptos de aislamiento según modalidad		
Modalidad de aislamiento	Cantidad	Porcentaje
Admisión / ingreso	55	16,9
Espera de traslado	47	14,5
Depósito	38	11,7
“Propia voluntad”	37	11,4
Medida de seguridad penitenciaria	27	8,3
Espera de reubicación	25	7,7
Sanción formal	20	6,2
Sanción informal	18	5,5
Régimen del pabellón	16	4,9
Alojamiento transitorio	15	4,6
Medida de seguridad judicial	11	3,4
Huelga de hambre	9	2,8
Aislamiento preventivo COVID	7	2,2
<b>Total</b>	<b>325</b>	<b>100</b>
<b>Base:</b> 325 hechos descriptos de aislamiento con dato. <b>Fuente:</b> 416 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2021.		

Del cuadro precedente se desprende que las modalidades de aislamiento registradas con más frecuencia fueron durante el ingreso a las unidades penitenciarias, en espera de traslado, por depósito y justificadas en la propia voluntad de las víctimas. La mayoría de estas formas de aislamiento tienen delimitaciones lábiles en relación a sus implicancias para las personas detenidas. Sin embargo, encontramos ciertas regularidades que permiten avanzar en el análisis:

- Los aislamientos en tránsito alcanzan el 43,7% de los hechos e incluyen las situaciones de espera por un traslado o por una reubicación intramuros, la admisión a una cárcel y los alojamientos transitorios. Dan cuenta de tiempos/espacios de circulación que exceden cualquier criterio operativo de paso entre un destino y otro, implicando el suplemento punitivo del encierro dentro del encierro.
- El 28% de los hechos de aislamiento se produjo como instancia de re-victimización: la propia voluntad como último recurso para la so-

brevivencia, las medidas de seguridad impuestas con posterioridad al padecimiento de otra violencia, durante huelgas de hambre en reclamo por vulneraciones a los derechos y como contraparte de la falta de asistencia a la salud en relación al COVID.

- Los hechos padecidos por las características propias de los regímenes de pabellón y de depósito (16,6%) suponen que el aislamiento se imponga como condición de vida permanente para las personas detenidas y se caracterizan por la indefinición en el tiempo (no tienen plazo de duración estipulado, lo que extiende su duración). El aislamiento como régimen propio de pabellón, ha crecido a la par del incremento de la sobrepoblación y hacinamiento en todo el sistema penitenciario, el acceso cada vez más limitado a la educación, la formación laboral o el trabajo, y la hipótesis penitenciaria de que estas medidas reducen las conflictividades. Los aislamientos como castigo –única justificación reglamentada para su utilización– ocupan el último lugar en la distribución, con un 11,7%, aunque la mitad se produjo de manera informal, sin ratificación burocrática.

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

“Tuve problemas en los pabellones y ahora hace 2 semanas que estoy en admisión. Voy a hacer huelga de hambre porque es la única forma de llamar la atención. Nadie me da bola, me estoy volviendo loco. No salgo al patio, estoy todo el día adentro de la celda”.

“Desde que llegué a la unidad estoy en buzones. Me sacan a las duchas, pero no todos los días. Y al patio, si se pide, te sacan media hora de lunes a viernes. Yo no salgo porque me deprime mucho salir 10 minutos al sol y después volver a la oscuridad de la celda. El encierro me angustia, necesito salir de acá, tengo miedo de lastimarme. Acá la policía es re verduga, no te pasa nada, te trata mal”.

“Estaba en el pabellón 10, llevo 10 meses en la unidad. Ahora me dieron el traslado, pero tengo que esperar en los buzones. El aislamiento es terrible: ni patio, ni ducha, ni teléfono celular. Me gustaría esperar en el pabellón, ahí puedo tener mis pertenencias y estoy mejor. Acá no se aguanta”.

“La semana pasada estaba en una de las casas por cárceles pero hubo un problema y nos trasladaron. Salí de la Unidad 48 y me trajeron acá, donde llevo una semana en esta leonera. No firmé parte, ni hice nada que justifique que esté acá. Tenía un régimen de vida amplio y ahora estoy en esta jaula, durmiendo en el piso y sin salir en todo el día”.

“Me tiré a los buzones para pedir cambio de régimen. Estoy para ir a casitas pero no me firman. Hace 3 meses que estoy en buzones. No me sacan a duchas ni a patio, no puedo tener pertenencias, no dejan entrar ventilador. Acá nos tratan muy mal física y psicológicamente. No pido nada porque enseguida te quieren pegar. Hay un guardia que se emborracha y nos maltrata”.

## **1.7. Impedimento de vinculación familiar y social**

Se registraron 273 víctimas de desvinculación familiar o social durante el transcurso de 2021. Estas situaciones se producen por diversas condiciones que se relevan en este Registro: la ubicación de los lugares de detención en zonas alejadas de los centros urbanos y la residencia de la familia, el modo como se organiza la visita, los traslados constantes, las restricciones al ingreso, la negación de salidas extramuros a las personas detenidas, entre otras. Estos condicionamientos suelen combinarse y las víctimas pueden sufrir simultáneamente más de una causa de impedimento para la vinculación con sus familiares y personas allegadas. La distribución de los hechos de desvinculación según los tipos de impedimentos padecidos es la siguiente:

<b>Hechos descriptos de desvinculación familiar y social según tipo de impedimento</b>		
<b>Tipos de impedimento</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Por la distancia	239	87,5
Falta de asistencia social y/o económica	108	39,6
Por traslados permanentes	38	13,9
Obstaculización de salidas / regímenes de visita	10	3,7
Porque les niegan el ingreso	8	2,9
Por maltrato a sus familiares en la requisita y/o ingreso	5	1,8
Obstaculización por requerimientos burocráticos	4	1,5
Otro	16	5,9
<b>Total</b>	<b>428</b>	<b>156,8</b>
Respuesta múltiple. <b>Base:</b> 273 hechos descriptos de desvinculación familiar y social. <b>Fuente:</b> 416 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2021.		

Según se observa en el cuadro, el motivo más frecuente de desvinculación familiar sigue estando asociado a la distancia en que se encuentra el lugar de detención respecto del domicilio familiar, en casi 9 de cada 10 hechos. Le siguen con menor frecuencia dos impedimentos generalmente vinculados con la distancia: falta de asistencia social y/o económica ante dificultades para afrontar los viajes y los traslados constantes. Luego, impedimentos o restricciones para el acceso a regímenes de visitas (intercarcelaria, 7 x 60, salidas extraordinarias), negativa al ingreso de familiares y allegados/as, maltrato a familiares durante la requisita o el ingreso y demanda de documentación que impone limitaciones al ingreso de las visitas.

Si al impedimento de encuentros personales se agrega la falta o el acceso esporádico a la comunicación telefónica la desvinculación se agrava más: 47 personas refirieron no poder hablar nunca por teléfono y 18, sólo a veces. Según los testimonios, la nula o escasa frecuencia para acceder al llamado telefónico puede estar dada porque se prohíbe o limita el uso de la telefonía celular, se incomunica discrecionalmente a las víctimas, se restringen los horarios para los llamados, los teléfonos de línea no funcionan o por falta de provisión de tarjetas. La habilitación del uso de

telefonía celular fue positiva para revertir estas situaciones, permitiendo a las personas detenidas mantener un contacto permanente con las familias o personas cercanas. No obstante esto persisten los problemas señalados más arriba, en función de que no todas las personas tienen acceso por cuestiones económicas.

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

<b>Hechos descriptos de desvinculación familiar según tiempo de duración</b>		
<b>Días (agrupados)</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
1 a 30 días	17	10,3
31 a 90 días	10	6,1
91 a 180 días	36	21,8
181 a 270 días	12	7,3
271 a 365 días	18	10,9
Más de 1 año	72	43,6
<b>Total</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**Base:** 165 hechos descriptos de desvinculación familiar y social con dato. **Fuente:** 416 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2021.

El promedio de tiempo en que las víctimas permanecían desvinculadas de su familia y/o personas allegadas es de un año y 6 meses (no obstante, se debe considerar que estos datos son relativos, dado que al momento de la entrevista muchas de las personas detenidas continuaban en esta situación). El 83,6% de las víctimas sufría esta interrupción de sus relaciones familiares y sociales por más de 3 meses y entre ellas un 43,6% por más de un año, con casos extremos de hasta 10 años de impedimento. Los relatos:

“Llevo 23 años detenido, con una condena de 25. Hace 5 años que estoy dando vueltas por el campo. Mi familia no me visita por la distancia. Tampoco me sacan por el 7 x 60 y estoy pasado de los beneficios”.

“Para tener visitas y que me llegue la encomienda dependo de la voluntad del SPB, que modificó a su gusto los días y horarios de visita sin comunicar esto a nosotros ni a nuestras familias. Muchas veces te avisan el mismo día en que tu familia está en la puerta de la unidad, con todo el esfuerzo que significa venir. Llevo casi 11 años detenido y con una condena a 13 años. Esta unidad está cerca de mi familia. No quiero traslado, pero tampoco esto”.

“Hace 4 años que no veo a mis hijos, tengo un nieto que no conozco. Un detenido que estaba arreglado con el Servicio me vendió un traslado que nunca sucedió: pagué 25.000 pesos”.

“Estoy en huelga de hambre por dos reclamos, uno es por mi familia. Por la distancia y el costo del viaje no pueden visitarme. Mi mamá es diabética y no puede viajar hasta acá. No veo a mis hijos desde que quedé detenido”.

“Hace un año y medio que no veo a mi familia y con el rebrote de COVID no sé cuándo voy a volver a verla. Estoy cada vez más deprimido, necesito de mi familia”.

## **1.8. Falta o deficiente alimentación**

Durante 2021 se registraron 272 víctimas que habían padecido en los últimos 2 meses o estaban padeciendo falta o deficiente alimentación.

De los casos relevados con dato, el 68,2% (144) manifestó haber llegado a sufrir hambre: puede ser persistente con una frecuencia diaria o circunstancial por períodos y/o en contextos determinados. Así, 23 víctimas padecieron hambre por no ingerir alimentos y 120 por ingerirlos en forma

irregular y/o discontinua<sup>12</sup>. El promedio de tiempo en esta situación es de 38 días y las respuestas disponibles respecto de su duración se agrupan de la siguiente manera:

Víctimas que pasaron hambre según tiempo de duración		
Días (agrupados)	Cantidad	Porcentaje
1 a 10 días	70	57,4
11 a 30 días	28	23,0
31 a 60 días	13	10,7
61 a 90 días	2	1,6
Más de 90 días	9	7,4
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100</b>
<b>Base:</b> 122 víctimas que pasaron hambre con dato. <b>Fuente:</b> 416 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2021.		

La lectura del cuadro pone de manifiesto que el 42,7% padeció hambre durante más de 10 días; del total un 9% sufrió esta situación por más de 60 días y hasta por cuatro años. Entre las circunstancias de padecimiento de hambre se destaca el aislamiento para casi la totalidad de las víctimas y de manera residual durante traslados, por no acceder a dietas con prescripción médica o por recibir habitualmente alimentos de mala calidad que no podían consumir. Además de la falta de comida y bebida, se registran recurrentes deficiencias en la alimentación:

Hechos descriptos según tipo de deficiencia en la alimentación		
Tipo de deficiencia	Cantidad	Porcentaje
Es insuficiente en cantidad	213	78,3
Es insuficiente en calidad	184	67,6
Está mal cocida	159	58,5
Está en mal estado	147	54,0
<b>Total</b>	<b>703</b>	<b>258,5</b>
Respuesta múltiple. <b>Base:</b> 272 víctimas de falta o deficiente alimentación. <b>Fuente:</b> 416 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2021.		

<sup>12</sup> Un caso sin dato.

Cada víctima tuvo que soportar en promedio casi 3 deficiencias presentes en la alimentación y un 35,6% padeció la combinación de las cuatro deficiencias de manera simultánea. El 78,3% de las personas entrevistadas manifestó que la cantidad de comida y bebida era insuficiente y el 67,6% que era de mala calidad. **Más de la mitad de las víctimas describieron que la comida se encontraba mal cocida (pastosa, pegajosa, cruda) y que estaba en mal estado (con hongos, podrida, con mal olor, con insectos).**

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

En este contexto, 35 personas señalaron que directamente no ingerían la comida de la institución, generando estrategias alternativas para alimentarse o soportando hambre. Entre quienes sí consumían lo que les entregaban en la cárcel, 48 víctimas describieron dolencias físicas producto de la mala alimentación como acidez, dolores estomacales, pérdida de peso o sobrepeso, deshidratación, diarrea, alergias y dermatitis, náuseas, vómitos, hemorroides y llagas en la boca. Los relatos:

“La cocina está privatizada pero la comida la entregan en ollas que dejan a la intemperie y juntan moscas grandes como una pasa de uva. Tengo que recibir dieta especial pero no me la dan. Sólo me entregan Paty crudo que pierde la cadena de frío hasta el momento en que podemos cocinar”.

“La comida es un desastre, los fideos pasados, la carne o el pollo son puro hueso. Si hay arroz al mediodía, hay fideos a la tarde (o al revés). Todos los días lo mismo. Esto te hace re mal al estómago, termino tirando la mitad de la comida y no aguanto el hambre”.

“En la celda no hay agua. Al mediodía nos dan 2 ó 3 botellas de agua para todo el día, para higienizarnos y consumir. Somos tres personas. Nos cocinamos con el fuelle adentro de la celda. Resca-

tamos lo que podemos del tupper que nos traen para los tres y con eso comemos una vez al día, generalmente a la noche. Durante el día tomamos mate. Sólo comí una vez la comida del Servicio y me cayó muy mal. Cada tanto recibo encomiendas de mi familia”.

“Desde hace 2 semanas cambió la comida y nos dan unas viandas que son imposibles de comer, nosotros directamente las tiramos. Antes daban fruta, verdura o carne, y aunque era poco se podía cocinar con eso, era comida de verdad. Las viandas no se pueden comer. Además en el pabellón no hay heladera. No está llegando la fruta, sólo pan todos los días”.

“Al mediodía traen arroz con algo parecido a un tuco, a veces con carne dura o con pollo. A las 17 hs traen fideos. Desde esa hora hasta el mediodía siguiente pasamos hambre. Todos los días es la misma comida”.

## **1.9. Agresiones físicas**

Se registraron 57 víctimas de agresiones físicas, que comunicaron un total de 66 hechos (un rango de 1 a 3 agresiones cada una) padecidos en los 2 meses previos a la entrevista. A partir de la descripción de estos hechos se pueden cualificar las circunstancias, modalidades y efectos que produce la aplicación sistemática de esta forma de tortura.

### **Circunstancias en que se produjeron las agresiones físicas**

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

<b>Hechos descriptos de agresión física según circunstancia en que se produjeron</b>	
<b>Circunstancia</b>	<b>Cantidad</b>
Represión ante pedido y/o reclamo	18
Represión por conflicto entre presos/as	15
Durante el ingreso	9
Durante el aislamiento	6
Durante alojamiento/tránsito en espacios sanitarios	3
Durante la circulación en la unidad	3
Durante una requisa de pabellón	3
En el interior del pabellón	3
Durante la visita	1
Durante un traslado	1
Otra	4
<b>Total</b>	<b>66</b>

**Base:** 66 hechos descriptos de agresión física. **Fuente:** 416 casos del RNCT, GES-PyDH-CPM 2021.

Se destacan por su frecuencia la represión de pedidos o reclamos y la represión por conflictos entre personas detenidas, que suman la mitad de los hechos. Así lo describieron las víctimas:

“Cuando entré tuve un problema con el jefe del penal y el encargado, porque son malhablados. Están acostumbrados a maltratos pero a mí no me gusta que me hablen mal, a nadie le gusta. Entonces respondí y me cagaron a palos. Me dieron rodillazos en la cara mientras estaba en el piso amarrocado”.

“Por una discusión en el pabellón entran a reprimir con balas de goma. Después de los balazos me sacaron a golpes de puño y patadas. Eran 10 agentes aproximadamente, me pegan y me traen a buzones. Acá, si hacés algo, te pegan siempre”.

“Estaba en el pabellón 3 y ahora llevo un día en admisión por una repre-

sión. A dos compañeros del pabellón 3 los habían autorizado judicialmente para asistir al velorio de su hermano. El Servicio no los trasladó. Esto generó una pelea y después la represión. Yo tengo perdigones en las piernas pero no me llevaron a sanidad, me pusieron en admisión”.

“Llevo dos semanas y media en la unidad, estaba en admisión. Durante la madrugada, 3 presos que estaban en mi celda se autolesionan y llaman al Servicio pidiendo ayuda. El guardia les dice que saquen los brazos por el pasa-platos para esposarlos, pero ellos se negaron. Ahí empieza la represión. Primero tiran gas pimienta en la celda y nos dejan encerrados 20 minutos. Después nos sacan a los golpes, patadas y bastonazos. Cuando a mí me esposan, me golpean con fuerza con el escudo y me cortaron la ceja izquierda. No me dieron atención médica y me dejaron en el SUM de visitas de personas castigadas”.

“Tuve una pelea con otro detenido. El Servicio me filmó y apostaba plata para ver quién caía primero. El video llegó a mi familia. Después reprimieron y me quedaron 20 perdigonazos; 3 los tengo infectados”.

## Características y consecuencias de las agresiones físicas

Los 66 hechos descriptos de agresiones se componen de diferentes actos de violencia que se distribuyen de la siguiente manera<sup>13</sup>:

Hechos descriptos de agresión física según actos violentos involucrados		
Acto de agresión física	Cantidad	Porcentaje
Golpe/s de puño	52	78,8
Patada/s	14	21,2
Bala/s de goma	12	18,2
Golpe/s con objetos contundentes	12	18,2
Gas pimienta / lacrimógeno	7	10,6
Criqueo / motoneta	4	6,1
Asfixia / ahorcamiento	3	4,5
Sujeción / ataduras prolongadas	3	4,5
Abuso sexual	1	1,5
Cachetazo/s	1	1,5

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

Ducha / manguera de agua fría	1	1,5
Empujón/es	1	1,5
Pata-pata	1	1,5
Otros	6	9,1
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>178,8</b>
Respuesta múltiple. <b>Base:</b> 66 hechos descriptos de agresión física. <b>Fuente:</b> 416 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2021.		

De los 66 hechos descriptos de agresión física se desprenden 118 actos, con un promedio de casi 2 por hecho (siempre relevados dentro de los últimos dos meses). Los golpes de puño son la forma de violencia que se registró de manera más frecuente, en 8 de cada 10 hechos. Luego se despliega una variedad de actos como patadas, tiros de balas de goma, golpes con objetos contundentes, gas pimienta, *criqueo*, entre otros. Y se destacan agresiones de particular crueldad y gravedad: abusos sexuales y asfixias. Así queda ejemplificado en los testimonios:

“Después de la visita me hicieron esperar en una leonera. Estuve ahí 3 horas, muerto de calor y sin agua. Me esposaron por atrás, me revisaron la mercadería que me trajo la visita y me desnudaron. Me decían que hice muchas denuncias al penal, que soy un buchón. Me metieron toda la mano en la cola, me tiraron al piso y me pegaron mucho con palos en los pulmones. No me llevaron a sanidad, me trajeron al pabellón”.

“Entraron a las 6 de la mañana, me golpearon y me tiraron agua fría. Eran alrededor de 6 del Servicio. La celda estaba toda oscura, así que no pude ver bien. Entraron, tiraron agua fría y me dieron palazos en los pies para que no me queden marcas. Tengo la cabeza llena de chichones”.

“Me pegaron en el patio, me desnudaron y me mojaron con una manguera de agua fría. Tengo mucho dolor de cabeza y no veo de un ojo. [Durante la entrevista tiembla constantemente, está angustiado, con temor, desorientado]. Después de la golpiza me trajeron a SAC, sin atención médica”.

“Me cortaron el pelo contra mi voluntad. Creo que fue porque hablé con un organismo de derechos humanos. Mientras, me amenazaban con interrumpirme las visitas de mi marido y con armarme una causa. Sólo me cortaron el pelo de la parte de atrás, yo me corté el resto para emparejarlo. Pensaron que eso era una provocación y me pegaron”.

“Después de una pelea me llevaron al sector de sanidad y me pegaron con golpes de puño. Con los cordones de las zapatillas me ahorcaron (me quedaron las marcas), me golpeaban en la cabeza y decían ‘a éste dalo por muerto’”.

La gravedad de estas agresiones queda evidenciada en la cantidad de personal involucrado, así como en las consecuencias físicas que implican. En la descripción de los hechos se destaca la participación de hasta 12 agentes penitenciarios en simultáneo y siempre más de uno/a. Por su parte, en 28 hechos las agresiones generaron lesiones físicas, que fueron severas en 6 casos, intermedias en 12 y leves en 8 (2 personas no especificaron el tipo de lesión)<sup>14</sup>. Los hechos producen dolores intensos, comprometen órganos y funciones vitales, limitando el normal desarrollo de la persona en su vida cotidiana. Los relatos:

---

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

“Hace una semana tuve una discusión con el Servicio. Me tiraron gas pimienta y me golpearon, uno de ellos me puso el pie en la garganta y me desmayé. Me hicieron firmar un papel donde decía que me responsabilizaba de los golpes que tenía”.

“Recibí amenazas del jefe de este penal, presenté un habeas corpus y se rechazó. Hace 4 días, me dicen que tenía audiencia con el jefe del penal y me llevaron a la leonera. Ahí 8 agentes del Servicio, entre los que estaban el jefe del penal y el sub director de seguridad, me pegaron con el bastón de goma en la espalda y me patearon estando en el piso. Me quisieron sacar el celular para que no haga más denuncias, pero no lo entregué. Todavía me duele la espalda y orino con sangre”.

“Mis compañeros se pelearon y entró el Servicio a la celda. Me tiraron al piso y nos pegaron. Después nos arrastraron hasta afuera de la celda, me criquearon y me iban golpeando con patadas y golpes de puño. Me dolía mucho el hombro y ellos decían ‘sacale el brazo’”.

“El Servicio reprimió, me dieron más de 15 disparos y me atacaron con uno de los perros. También me pegaron mientras me traían esposado a los buzones. Me quedaron heridas en las dos piernas, me cuesta mucho caminar”.

“Hace 2 días nos presentamos con un compañero en una audiencia con el jefe del penal. Pedíamos que se efectivice nuestro traslado que tenía aval judicial. Los guardias presentes empezaron a verduguearnos y después nos golpearon. Nos dieron piñas, patadas y nos ahorcaron. Después nos trajeron a los buzones, donde llevamos dos días. Me quedaron hematomas en la espalda, dolores al orinar y defeco con sangre”.

## 1.10. Traslados constantes

En el año 2021 se registraron 38 víctimas de esta práctica penitenciaria, por períodos que oscilan entre un mes y dos años de cambio de unidad, sin estabilidad y en permanente incertidumbre. Entre las personas entrevistadas, 30 pudieron especificar la cantidad de cárceles por las que habían circulado desde el inicio de estas prácticas, sumando 201 unidades, esto es un promedio de 7 cárceles por víctima (con casos extremos de tránsito “por todas” las unidades del SPB). Considerando sólo los 60 días previos a la entrevista, las personas habían circulado en promedio por 3 cárceles. Los traslados constantes acarrear consecuencias que vulneran gravemente los derechos de las personas detenidas.

Hechos descriptos de traslados constantes según consecuencias	
Consecuencia	Cantidad
Desvinculación familiar y social	29
Agravamientos en las condiciones materiales	21
Aislamientos reiterados	19
Falta / interrupción de actividades educativas	15
Falta / interrupción de actividades laborales	14
Falta / interrupción de tratamientos médicos	12
Imposibilidad de acceder a la progresividad de la pena	10
Robo / daño / pérdida de pertenencias	6
Ruptura / obstáculos a la relación entre pares	6
Falta o deficiente alimentación	4
Otra	2
<b>Total</b>	<b>138</b>
Respuesta múltiple. <b>Base:</b> 38 hechos descriptos de traslados constantes. <b>Fuente:</b> 416 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2021.	

Para cada víctima se registraron en promedio casi 4 consecuencias combinadas. Entre las descriptas con mayor frecuencia se encuentran la desvinculación familiar y social (que se produce por la dificultad de organizar las visitas y

por el alejamiento de la zona de residencia), las malas condiciones materiales (por la ubicación en los peores sectores de las cárceles durante la circulación) y los aislamientos reiterados (producto de los sucesivos ingresos a las unidades penales en pabellones con regímenes de 24 horas en celda).

Los traslados constantes también impiden el acceso a actividades educativas y laborales que no pueden iniciarse ni sostenerse por la breve permanencia en cada lugar; implican falta o interrupción de tratamientos médicos, e imposibilitan el acceso a la progresividad de la pena ante la dificultad de hacer puntaje en la conducta. Finalmente, los traslados generan ruptura de relaciones que habían construido con sus pares, la pérdida de pertenencias y la falta o deficiente alimentación. Los relatos:

“Toda esta situación de los traslados me angustia mucho. A esta unidad llegué sin nada, salí golpeado, apuñalado y lastimado de las unidades anteriores”.

“Hace un año empezaron a trasladarme y ya pasé por 13 unidades, la mayoría del campo. Quiero lograr que me den piso en esta unidad, porque ya estoy cansado de dar vueltas y andar renegando”.

“Estuve en la Unidad 37 por 9 meses. Estaba cursando la primaria, haciendo un curso de peluquería, trabajando en electricidad y huerta. Me trasladaron acá y perdí todo. Antes de estar en la 37 estuve en la 40, la 19, la 2, la 38, todo en un período de un año y 6 meses. Durante los traslados perdí y me robaron un montón de cosas. Cuando por fin empezaba a tener estabilidad me vuelven a trasladar”.

“Las unidades piden mi traslado desde que empecé la huelga de hambre. El Servicio dice que es porque no quiero subir a los pisos, pero es mentira. No me dan piso porque estoy en huelga de hambre”.

“Los traslados no me dejan hacer pie en ningún lado. Cuando llevo a destino me suben a un camión y me vuelven a trasladar. Esto me corta todo, hasta el vínculo con mi familia. Ahora estoy esperando el traslado pero sin saber el destino, no lo soporto más”.

## 1.11. Requisa personal vejatoria

En el año 2021 se registraron 27 víctimas de requisa personal vejatoria. Esta práctica de control de las fuerzas de custodia implica formalmente la revisión del cuerpo de las personas detenidas con fines de seguridad. Extendido a toda la población encarcelada, es un procedimiento regular que de por sí constituye una intromisión humillante en la intimidad de las personas. El trabajo del RNCT está orientado a destacar las prácticas que se desarrollan con manifiesta arbitrariedad, habilitando la sobreimposición de un plus de vulneración intencional. Es el caso de requisas inútiles y prolongadas, con exposición al frío o al calor, inspecciones agresivas del cuerpo, imposición de posturas y/o ejercicios degradantes.

Las víctimas comunicaron un total de 71 requisas vejatorias en los últimos 2 meses, en un rango de 1 a 8 hechos cada una. Se dispone de la descripción del más gravoso.

Hechos descriptos de requisa vejatoria según vulneraciones involucradas	
Vulneraciones	Cantidad
Exposición del cuerpo desnudo	25
Malos tratos verbales penitenciarios	22
Imposición de posturas humillantes	17
Reiteración de las inspecciones	12
Agresiones físicas penitenciarias	5
Duración de la inspección	1
Otra	1
<b>Total</b>	<b>83</b>
Respuesta múltiple. <b>Base:</b> 27 hechos descriptos de requisa personal vejatoria. <b>Fuente:</b> 416 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2021.	

En promedio, en cada hecho se combinaron 3 vulneraciones. De manera generalizada, en 25 de las 27 descripciones, se asoció el maltrato durante las requisas con la exposición del cuerpo desnudo. En estos hechos, 23 víctimas fueron forzadas a la forma más gravosa de desnudo total, y

las 2 restantes padecieron exposición a desnudo parcial (quitarse alguna prenda, levantarse la remera, bajarse los pantalones). En segundo lugar y también con una alta frecuencia se registraron malos tratos verbales penitenciarios durante las requisas: gritos, insultos, descalificaciones y amenazas acompañan el avance sobre los cuerpos. Luego se combina una serie de vulneraciones como la imposición de posturas humillantes para someter a la mirada la zona genital y anal (realizar flexiones, sentadillas, agacharse, separarse las nalgas); la reiteración de las requisas (que apunta al desgaste, en inspecciones sin criterio securitario); agresiones físicas directas (como golpes, empujones y abusos sexuales) y la extensión de la duración de la requisas. Los relatos:

“Cuando se pierde o roban algo las requisas son más seguidas. Sino son una vez cada tanto. Nos sacan de las celdas y nos llevan a las duchas. Ahí vamos pasando y tenemos que levantarnos la remera y el corpiño, bajarnos el pantalón y la ropa interior, y descalzarnos. A algunas nos obligan a ponernos en cuclillas. Algunas guardias maltratan e insultan”.

“En SAC requisan una vez a la semana. Nos desnudan a todos y nos maltratan verbalmente. Después, la requisas la hacen sobre la reja”.

“Me requisan todos los lunes y cuando vuelvo de la visita. A veces me hacen desnudar y hacer sentadillas. Es afuera de la celda, en un pasillo. Antes de dejarme volver a entrar a la celda me rompen las cosas”.

“Requisan todos los lunes. Son bastante malos los agentes. Revuelven todo mientras tenés que estar desnudo en el pasillo o en otra celda. En la última requisas me robaron dos paquetes de cigarrillos”.

“La requisas es todos los lunes. Me sacaron de la celda y me golpearon en el pasillo”.

## 1.12. Robo y/o daño de pertenencias

Durante el año 2021 se registraron 27 víctimas de robo y/o daño de pertenencias que comunicaron 32 hechos en los últimos 2 meses. Entre ellos, las víctimas describieron los más gravosos: 17 robos, 6 daños y 4 hechos de robo y daño de pertenencias combinados. En estos hechos 3 personas perdieron todas sus pertenencias. En los demás casos las víctimas mencionaron alimentos, cigarrillos, indumentaria, teléfonos celulares, calzado, elementos de limpieza/higiene, mobiliario, electrodomésticos, ropa de cama, objetos de valor personal, bijouterie, colchones, utensilios de cocina y medicamentos. Las circunstancias en las que se produjeron estos robos y/o daños son las siguientes:

Hechos descriptos de robo y/o daño de pertenencias según circunstancias	
Circunstancia	Cantidad
Durante una requisita de visita / de encomienda	6
Durante un traslado	4
Durante el ingreso	4
Durante una agresión física	4
Durante un cambio de alojamiento intra-cárcel	4
Durante una requisita de pabellón	2
Durante una requisita de reintegro de visita	2
Durante el aislamiento	1
<b>Total</b>	<b>27</b>
<b>Base:</b> 27 hechos descriptos de robo y/o daño de pertenencias. <b>Fuente:</b> 416 casos del RNCT, GESPyDH-CPM 2021.	

Las circunstancias registradas con mayor frecuencia fueron las requisas de visitas o de encomiendas, los traslados de unidad o a comparendo, el ingreso a las cárceles, la circulación intramuros y durante agresiones físicas. Son momentos de inspección (habilitan la manipulación de pertenencias por parte de los/as agentes penitenciarios/as), de movimiento de las personas (favorecen que queden objetos en los lugares de origen o que se pierdan de vista durante los trayectos), y de violencia directa (los

robos y los daños se imponen como suplemento punitivo). Estos malos tratos implican un desgaste en las víctimas, que deben empezar de nuevo cada vez que son despojadas, en un sistema que no provee los elementos básicos para subsistir. Los relatos:

“A veces me falta medicación [psicofármacos]. Cuando la farmacia reparte medicamentos hay penitenciarios que se quedan con una parte y la venden en los pabellones. Por eso a veces me llegan menos de los que necesito”.

“Cuando ingresé pusieron todas mis pertenencias en el piso para registrarlas y ahí tenía todo. Después fui pidiendo algunas de las cosas y ya no estaban: me faltaban frazadas, cosas de higiene, tuppers”.

“Me querían llevar a otro pabellón. Me apuraron para salir y me rompieron los cuadernos. Era viernes y como querían irse porque era tarde, me empezaron a apurar y a tirarme las cosas y me rompieron algunas”.

“Cuando volvemos de visita nos requisan lo que nos traen y rompen o arruinan la comida. La tiran y mezclan. También me robaron cadenas y anillos cuando me sacaron del pabellón”.

“Estando en buzones le presté el celular a otro detenido y nos peleamos porque no me lo devolvía. Entró el Servicio, me *criquearon*, me sacaron esposado, me golpearon y me rompieron el teléfono. Después me cambiaron de celda, así que mis pertenencias quedaron allá”.

### 1.13. Traslados gravosos

En 2021 fueron 21 las víctimas que analizamos de traslados gravosos y comunicaron un total de 23 hechos sufridos durante cambios de unidades penales en los 2 meses previos a la entrevista. Las víctimas describieron los más gravosos, que suponen el padecimiento de una combinación de malos tratos y torturas, en virtud de las condiciones que implica el régimen de vida impuesto en tránsito.

<b>Hechos descriptos de traslados gravosos según padecimientos involucrados</b>	
<b>Padecimientos</b>	<b>Cantidad</b>
Malas condiciones materiales	16
Tiempo en alojamiento transitorio	15
Falta o deficiente alimentación	11
Desvinculación familiar	11
Desatención de la salud	7
Tiempo en vehículo de traslado	4
Robo/daño/pérdida de pertenencias	2
Agresiones físicas penitenciarias	2
Otra	1
<b>Total</b>	<b>69</b>
Respuesta múltiple. <b>Base:</b> 21 hechos descriptos de traslados gravosos. <b>Fuente:</b> 416 casos del RNCT, GESPvDH-CPM 2021.	

En promedio las víctimas padecieron 3 agravamientos combinados durante los traslados. Se destacaron las malas condiciones de los vehículos (falta de luz, malos olores, hacinamiento, exposición a temperaturas extremas) y de los espacios destinados a los alojamientos transitorios. En estos lugares las personas detenidas permanecen por extensos períodos, registrando un promedio de 17 días, en un rango de hasta 45 días de aislamiento en circulación. Se trata de personas *en movimiento* y -como hemos mencionado en reiteradas oportunidades- los pabellones de admisión se asemejan a los de separación de área de convivencia en cuanto al régimen de vida: 24 horas de aislamiento sin actividad o salida de las cel-

das; no están sancionadas y sin embargo el tiempo de aislamiento excede los plazos máximos de 15 días previstos para las sanciones más graves. Combinado con la falta o deficiente alimentación, que también se presentó con frecuencia, genera espacios de vulneración extrema que se prolongan en el tiempo. Durante estos plazos en tránsito las personas padecen desvinculación familiar y social, así como desatención de su salud. Y se registraron también lapsos prolongados en los vehículos, robos o pérdida de pertenencias y agresiones físicas penitenciarias. Estos traslados ponen en riesgo la integridad física y hasta la vida de las personas detenidas, que describieron el agravamiento de cuadros respiratorios como asma o pulmonía y el padecimiento de intensos dolores corporales. Los relatos:

“Fue un infierno. Subí a las 6 de la mañana al camión en la Unidad 13 y llegué a la Unidad 42 a las 23 hs. Paramos 3 horas en Mercedes (todo el tiempo arriba del camión) y una hora en Olmos, donde nos cambiaron de camión. Estuve más de 15 horas adentro del camión, esposado al asiento, incómodo, sin comida ni agua”.

“Hace 2 días que vengo viajando en un camión de traslado. Salí de la Unidad 3 de madrugada y pasé por 5 unidades, sin bajarme del camión, esposado, sin comer y casi sin ir al baño. Tenía que tomar mi medicación para las hemorroides pero no me dejaron agarrar mi mono. Me desmayé por no comer y sólo me dieron azúcar”.

“No me dejaban ir al baño, no me dieron agua, duró 14 horas. Sentí que me iba a desmayar, estaba deshidratada y adentro de una cajita muy chica”.

“En el camión de traslado me robaron el celular y una biblia de gran valor sentimental para mí”.

“Estaba en la comisaría de Luján y me tenían que trasladar a la unidad de Mercedes, pero me dejaron preso en la Unidad 26 para hacer un aislamiento preventivo por COVID. Todavía estoy acá, pasaron 15 días más. Me dicen que están esperando un móvil de traslado especial porque estoy en silla de ruedas”.

## 1.14. Participación del poder judicial en las torturas

Se registró información acerca de la participación de la agencia judicial en los malos tratos y las torturas padecidos por 140 de las víctimas. De ellas, sólo 63 habían comunicado a personal judicial los hechos sufridos. La gran mayoría (53) lo hicieron ante los juzgados, en menor medida a sus defensores/as (16) y residualmente a fiscalías u organismos de derechos humanos (4)<sup>15</sup>. Los tipos de tortura sobre los que las víctimas hicieron foco en su denuncia fueron los impedimentos de vinculación familiar y social (41) y la falta o deficiente asistencia de la salud (19)<sup>16</sup>. Estos son los padecimientos que para las víctimas se presentan como más urgentes, mientras los demás suelen ser naturalizados y/o dejados de lado para privilegiar aquellas demandas que puedan llegar a obtener respuesta. Como señalamos en otras oportunidades, ante la indolencia judicial, las personas detenidas se ven forzadas a economizar los reclamos de derechos como estrategia para recibir atención.

La participación de la agencia judicial se despliega en un abanico de prácticas que van desde el mantenimiento del estado de las cosas hasta la generación de perjuicios para las personas denunciantes. Aquellas víctimas que comunicaron los malos tratos y las torturas padecidos describieron tres grandes problemas:

**Negación de las violaciones de derechos humanos:** los/as operadores/as judiciales se presentan como interlocutores/as que *no escuchan, no responden, no explican, no actúan, no creen*. Esta falta de atención implica la imposibilidad de hacerse escuchar, el desconocimiento acerca de posibilidades, procedimientos, procesos, resultados y la inutilidad de cualquier esfuerzo por obtener una reparación de las violencias sufridas. Se niega la existencia de esas violencias estatales y se naturalizan o minimizan los múltiples padecimientos.

“Les dije que estaba siendo golpeado y amenazado, pero la fiscalía no me dijo si hizo la denuncia o no”.

15 Respuesta múltiple.

16 Respuesta múltiple.

“La jueza no me quiere dar videoconferencia. Hace 4 años que me dice lo mismo, que tiene la agenda apretada. Nunca una audiencia. Hace una semana me contestó que me negaba el traslado por acercamiento porque me falta la última etapa de la pena. Yo quiero audiencia para que me expliquen, me faltan 15 meses para irme cumplido”.

“Presenté un escrito al juzgado por la falta de asistencia médica. Soy paciente de riesgo y tengo miedo de contagiarme coronavirus. Nunca me respondieron”.

**Subordinación al SPB:** el poder judicial se subordina al servicio penitenciario aceptando sus versiones de los hechos como la verdad absoluta, ajustando sus decisiones a las disposiciones de ordenamiento interno de las cárceles y delegando el manejo de las denuncias o todo lo vinculado con la vida intramuros sin posicionarse como garante del cumplimiento de la ley. Así se refuerza el estado de las cosas, validando los malos tratos y las torturas por la coordinación penitenciaria-judicial.

“Hice varias presentaciones por mi salud y las condiciones de detención. El juzgado rechazó todas en base a lo que dice el SPB: que ‘no se evidencia evento alguno que agrave de manera ilegítima las condiciones de detención del causante”.

“En la defensoría me dijeron que el traslado depende de los fundamentos que dé el SPB y dicen que no hay motivos para que me saquen. Realmente da mucha bronca que se manejen así. Del juzgado de ejecución no tengo respuesta, nadie atiende, nadie contesta”.

“Llevo 3 años sin ver a mi familia. Le pedí al juzgado pero sólo manda al Servicio oficinas donde ‘sugiere el traslado’. Al no ser obligatorio, el Servicio no me traslada. No me queda alternativa que tirarme a los buzones para reclamar”.

**Falta de control ante incumplimientos constantes:** se registra la falta de seguimiento en los casos en que disponen medidas, con lo cual la agencia judicial se deslinda del control sobre el cumplimiento de sus resoluciones.

Esto significa que incluso en los casos en que las víctimas consiguen una respuesta judicial positiva, no obtienen resultados favorables frente al reiterado incumplimiento penitenciario.

“Mi mamá presentó varios escritos al juzgado y le dijeron que el traslado ya estaba pedido, que el juez dio el aval pero que el servicio penitenciario no me saca”.

“Pedí resguardo físico y el juzgado ordenó que me trasladen, pero no se hace efectivo por responsabilidad del Servicio”.

“El SPB no hace lo que el juzgado dice. Cuando pedí un acercamiento el juzgado ordenó que me reintegren a La Plata, pero así y todo el Servicio no lo hace, me traen cada vez más lejos”.

Por su parte, las víctimas que decidieron no comunicar los malos tratos y torturas padecidos señalaron como motivos la falta de respuesta por parte del poder judicial ante las demandas, la imposibilidad de comunicarse con su defensa/juzgado y el temor a represalias por denunciar.

“Me siento discriminado y abandonado. Le mando audios a mi defensor, me clava el visto y no contesta. Estoy cansado de que el juzgado no me pase cabida. Voy a coserme la boca y hacer huelga de hambre”.

“No sé ni qué juzgado tengo. Caí presa hace 3 meses y mi defensor no me da información sobre la causa ni tengo contacto con él”.

“Por ahora sólo quiero el traslado. No quiero denunciar las agresiones y las amenazas hasta que no me trasladen. Tengo miedo a más represalias”.

Estas formas de participación del poder judicial en el despliegue de malos tratos y torturas refuerzan la gestión carcelaria sostenida en la práctica sistemática de la tortura y garantizan la impunidad.

## 2. DESATENCIÓN DE LA SALUD

El presente capítulo aborda la situación del sistema sanitario en el ámbito penitenciario bonaerense. Las inspecciones directas realizadas por los equipos de la CPM, el seguimiento especializado de casos particulares a través del Programa de intervenciones complejas y colectivas (PICC) y las presentaciones judiciales iniciadas a partir de la información recabada conforman la fuente principal de lo expuesto a continuación. En cuanto a la información oficial producida por las instituciones públicas, material fundamental para conocer el estado de situación del sistema carcelario, los reclamos realizados por nuestra institución y otras organizaciones del mismo ámbito han tenido poca o nula respuesta.

El acceso a la información pública y las dificultades para hacer cumplir tal obligación legal por parte del Estado provincial se exponen en el primer punto. En segundo término, se realiza una reconstrucción de la situación de las llamadas unidades sanitarias de las cárceles provinciales: como espacios proyectados para el abordaje profesional intramuros de los problemas crónicos y agudos, así como de la prevención de la salud entre la población privada de libertad, constituyen un objetivo estratégico de las inspecciones. En tercer lugar, se desarrollan casos particulares abordados por el PICC y que condensan varios de los problemas expuestos y evidenciados durante el monitoreo.

### 2.1. Acceso a la información pública

Tal como establece la ley 27.275 de acceso a la información pública, así como las atribuciones que establece la ley 26.827 para la CPM como Mecanismo local de prevención de la tortura (MLPT) en la provincia de Buenos Aires, el Estado provincial está obligado a brindar la información solicitada para el monitoreo

de los espacios de encierro. Sin embargo, la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria (DPSP) y el Ministerio de Justicia y DDHH han incumplido con estas obligaciones durante los últimos dos años. Entre 2020 y 2021 se realizaron seis solicitudes formales de información y se gestionaron numerosos contactos personales con funcionarios políticos de la cartera para requerirla, sin lograr respuesta. En junio de 2020 realizamos por primera vez una solicitud de información referida al personal sanitario y a la medicación entregada a las unidades sanitarias asentadas en las cárceles del SPB; en octubre de 2020 reiteramos el pedido. Entre ambas solicitudes y con posterioridad a la segunda, realizamos consultas telefónicas a la entonces directora provincial Sonia Quiruelas, sin resultado favorable. En una reunión mantenida con la CPM en agosto de 2021, el nuevo director provincial, Martín Pedersoli, se comprometió a remitir esta información, debiendo presentar una nueva nota en tanto las anteriores “se habían extraviado”. Esta nueva nota fue presentada 14 meses después de la solicitud original. El Director Provincial delegó el trámite en otro funcionario de la DPSP, a quien realizamos consultas periódicas. Luego de varias comunicaciones se nos aseguró que la información había sido elevada a la Subsecretaría de Política Penitenciaria para ser remitida a la CPM. Nos comunicamos en reiteradas oportunidades con personal de dicha Subsecretaría, quienes no tenían conocimiento del tema ni directivas al respecto. Tampoco fue posible establecer contacto con el subsecretario José González Hueso, quien no atendió llamados ni respondió mensajes. En paralelo, en octubre de 2021 presentamos otra nota solicitando que se informe acerca del avance del plan de vacunación (en especial la cantidad de personas vacunadas con una y dos dosis) y la fecha desde la cual dejaron de registrarse casos activos de Covid-19 en cárceles y alcaidías del SPB. Ambas notas se encuentran pendientes de respuesta.

Entre los meses de agosto y octubre de 2021, la CPM participó en encuentros de trabajo entre distintos actores institucionales convocados por la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires en el marco de la reapertura de la causa Verbitsky<sup>17</sup>. En ese ámbito, se requirió al Ministerio de Justicia que aportase información relevante para el análisis: cantidad de profesionales de la salud, según especialidad o función y turno de trabajo, cantidad de camas disponibles en unidades sanitarias, recursos disponibles, ambulancias y protocolos de actuación frente a urgencias médicas. Este requerimiento, avalado por la SCJBA, tampoco fue respondido.

---

17 Ver apartado 5 del capítulo “Política criminal: la vieja normalidad” del presente Informe.

Es por ello que, a falta de acceso oficial a datos fundamentales, el presente apartado se sostiene casi exclusivamente en las tareas de inspección y monitoreo que realizan diariamente los equipos del MLPT.

## **2.2. Monitoreo de unidades sanitarias**

El encarcelamiento (preventivo o no) implica la pérdida de la libertad ambulatoria pero no de los restantes derechos garantizados por la Constitución nacional. Sin embargo, en el ámbito del SPB se registra como práctica sistemática de torturas y malos tratos la obstaculización del derecho a la salud. Esta situación contempla tanto las condiciones materiales de detención (hacinamiento, mala alimentación, deficiencia en la provisión de camas, colchones y vestimenta, mala alimentación, mala ventilación, pésimas condiciones de higiene y restringido acceso a agua potable y caliente) como los problemas que refieren específicamente a la prevención y atención de afecciones de salud y que, en el ámbito de las prisiones provinciales, dependen del trabajo de la DPSP.

**Tabla 1. Hechos de desatención de la salud comunicados a la CPM, según tipo, 2015-2021**

Tipo de hecho comunicado	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Atención médica deficiente	815	919	1.009	611	837	3.038	3.457
Falta de dieta especial	150	107	112	73	97	144	781
Falta de medicación	467	368	339	210	417	751	273
Sin atención médica	1.332	1.489	1.579	972	1.312	2.731	2.421
<b>Subtotal anual</b>	<b>2.764</b>	<b>2.883</b>	<b>3.039</b>	<b>1.866</b>	<b>2.663</b>	<b>6.664</b>	<b>6.932</b>

Fuente: SISCCOT (CPM).

Año a año, la CPM registra los hechos de desatención de la salud comunicados por la propia población carcelaria o sus familias. Como se observa en la Tabla 1, hay un fuerte incremento en la cantidad de hechos registrados durante 2020 y 2021, ambos años de la pandemia. En ese período, el volumen de denuncias recibidas supera al total de hechos registrados durante el período 2015-2019. Analizando los tipos de hechos, resaltan la atención médica deficiente y la falta de atención médica, representando éstos, respectivamente, el 50% y el 35% de los hechos de desatención de la salud registrados durante el último año.

En lo que sigue, se desarrolla un análisis sobre los espacios físicos destinados a la atención de la salud dentro de las unidades penitenciarias. Las inspecciones realizadas por los equipos profesionales de la CPM son la principal fuente de información del presente apartado. En lo que respecta a las unidades sanitarias a cargo de la DPSP, se inspeccionaron durante el año 2021 las correspondientes a las cárceles 1, 2, 3, 4, 5, 7, 11, 15, 19, 21, 22, 27, 30, 31, 32, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 52,

54, 57, 58 y la alcaldía departamental Campana, conformando un cuerpo de información probatoria sobre 34 dispositivos del SPB que, a diciembre de 2021, alojaban cerca de 30.000 personas, el 60% del total de la población detenida a la fecha.

### **2.2.1. Recursos humanos**

Resulta evidente que la existencia de recursos humanos suficientes, capacitados y comprometidos profesionalmente con su trabajo, es condición necesaria para una atención médica de calidad. Sin embargo, el sistema penal bonaerense presenta un problema estructural en este aspecto, que se origina por la complementación de varios déficits: poca cantidad de profesionales en relación a la población de cada unidad, poca o nula presencia de profesionales de una determinada especialidad, altos índices de inasistencia y/o solicitudes de licencia, multifuncionalidad y descoordinación de los equipos profesionales. Como se verá más adelante, este problema se potencia por faltante de insumos médicos y medicamentos, problemas de infraestructura y movilidad, mediación penitenciaria para el acceso, etc.

La escasa cantidad de profesionales no sólo se releva en las entrevistas que se realizan durante las inspecciones a las personas privadas de libertad sino que es lo que expresan también los médicos y el personal de salud encargados del área.

La **UP 1 Olmos**, que durante 2021 alojó a un aproximado de 2.600 detenidos, contaba al momento de la inspección con 2 médicos y 2 enfermeros de guardia por día. En las especialidades de neurología e infectología un solo profesional, que asiste un día por semana, debe cubrir potencialmente la asistencia a toda la población. La atención de salud mental se encuentra absolutamente descuidada: un psiquiatra que cumple 25 horas semanales, un especialista en adicciones y tres psicólogos, esto es, uno cada 850 personas aproximadamente.

La **UP 2 Sierra Chica**, con casi 2.000 detenidos en promedio, contaba con un enfermero y un médico durante las guardias, que no alcanzaban a cu-

brir los siete días de la semana. Durante al menos dos días semanales estas 2.000 personas estaban sin médico de guardia disponible, por pedidos de licencia. La especialidad en psiquiatría no está cubierta.

El acceso a la salud bucal es otro de los problemas característicos en el sistema penal. En la **UP 5 Mercedes**, unidad que alojaba a diciembre de 2021 más de 1.100 personas, el odontólogo comentó en la entrevista que presta servicios tres días a la semana, sumando 35 horas semanales. Esto le permite atender a un máximo de 10 pacientes por día y un máximo de 30 pacientes por semana. Con suerte, cada detenido/a puede esperar ser atendido una única vez cada año. En el anexo femenino no hay ginecólogos/os.

La **UP 15 Batán** es otra de las unidades grandes, con más de 1.500 detenidos y los problemas generales que venimos desarrollando. Los fines de semana sólo hay guardias médicas pasivas. Al momento de la inspección, el personal de enfermería tenía dos profesionales de licencia cuyos turnos no estaban siendo cubiertos, por lo que dos días a la semana no había guardia de enfermería en el penal. En los días restantes, los enfermeros desempeñaban tareas sólo hasta las 18 hs. Por otro lado, un único odontólogo y tres psicólogos se encargaban de cubrir las demandas de salud bucal y mental de toda la población.

La **UP 30 Alvear** es, con más de 2.600 detenidos, la unidad más poblada junto a la UP 1. El médico de guardia de la unidad sanitaria al momento de la inspección mencionó como principal problema la falta de personal de salud para la atención del elevado número de personas. Expresó la recurrente falta de personal para la revisión médica obligatoria que debe tener todo detenido que ingresa al lugar. De la misma entrevista se desprende que la atención de la salud mental en Alvear es otro tema estructural del sistema penal bonaerense. La falta de médicos psiquiatras lleva a que a personas que llegan a la unidad con indicación de consumo de psicofármacos se les repita el esquema de medicamentos que traen, sin ningún nuevo control, o que directamente se suspendan, provocando situaciones críticas o reclamos a los que se responde de manera violenta mediante torturas y represión.

El déficit en la planta laboral de la DPSP (especialmente grave en médicos de guardia y especialidades como odontología, psicología, psiquiatría y ginecología) tiene su contracara en problemas de coordinación de tareas

y multifuncionalidad de responsabilidades, que disminuyen aun más la eficacia en el desarrollo de la tarea sanitaria. En la **UP 11 Baradero** no hay psiquiatras, y el control de medicación lo realizan en conjunto el jefe de Sanidad y la psicóloga. En la **UP 15 Batán** la técnica radióloga desarrolla informalmente tareas de enfermería para cubrir la demanda; los laboratoristas del lugar toman muestras de sangre que llevan luego, por cuenta propia, a analizar al hospital zonal por falta de elementos básicos en el laboratorio de la unidad.

En la **UP 33 Los Hornos** de mujeres las profesionales entrevistadas expresaron que todos/as terminan cumpliendo otras funciones debido a la falta de personal. La médica pediatra, por ejemplo, hace también atención de adultas cuando no hay médico/a. Una de ellas concluyó: “acá se tapan baches”. También refirieron que por distintos motivos, en algún caso relacionado con consecuencias del Covid-19, tenían médicos/as realizando tareas administrativas, y no hubo reemplazos para realizar la asistencia directa en salud.

Las profesionales de la **UP 45 Melchor Romero** (unidad que aloja varones y mujeres) mencionaron que no hay una coordinación y/o reuniones de equipo entre las distintas guardias, y plantearon la falta de personal, específicamente de enfermería y medicina.

En la **UP 52 Azul** se constató un grave problema referido a la atención de la salud de las detenidas, originado en la ausencia de especialistas ginecológicos y psiquiátricos durante un período de más de tres años. Esta situación derivó en la presentación de un hábeas corpus ante el Juzgado de Ejecución Penal N° 1 de Azul. En la resolución judicial, la jueza Silvia Torres sostuvo que:

A partir del relevamiento efectuado encuentro condiciones y circunstancias que merecen el acogimiento de la acción impletrada por el Comité. En primer lugar, he de hacer mención al abordaje sanitario en cuanto refiere a la salud sexual y reproductiva de las internas de la Unidad 52. Es indudable que la ausencia del servicio de ginecología dentro del establecimiento ha significado una merma considerable en la calidad de la atención que se provee. (...) Sin perjuicio de señalar que las urgencias

son derivadas al nosocomio local, entiendo que la DPSP debe priorizar la intervención en el establecimiento de especialistas en ginecología, asegurando una asistencia y acompañamiento permanente, y que permita abordar aspectos que conciernen particularmente a las personas alojadas en la UP 52. (...) Ante esta circunstancia, entiendo que las internas hallan relegadas sus posibilidades de acceder a un seguimiento oportuno de atención, pero además de acompañamiento para la prevención y promoción de la salud. (...) ha quedado evidenciada la insuficiencia de recursos humanos. Particularmente, la Unidad 7 no cuenta siquiera con un personal administrativo de reemplazo para quien se halla en la actualidad de licencia<sup>18</sup>.

En último lugar, debemos destacar la asunción informal de responsabilidades y tareas sanitarias por parte de detenidos y detenidas, con el aval explícito o tácito de las autoridades penitenciarias y sanitarias. Sea en tareas administrativas, de limpieza o de enfermería, esta situación se registra con frecuencia en las inspecciones. En el marco de un hábeas corpus presentado en enero de 2021 por la situación de la Sala 4 de la unidad sanitaria de la UP 1, el informe pericial realizado por un equipo de trabajadoras sociales arrojaba la siguiente conclusión:

El análisis de los datos construidos y relevados en la presente intervención permite inferir, sin necesidad de experticia en la materia, que de no contar con solidaridades intra y extra muros, la población no alcanzaría parámetros de nutrición mínimos para la sobrevida. La trayectoria de estas profesionales en intervenciones con familias de personas privadas de la libertad, permiten dar cuenta que se trata de una mayoritaria población en situación de pobreza, que debe realizar esfuerzos y sufrir privaciones para poder aportar a la sobrevida de sus seres queridos privados de la libertad<sup>19</sup>.

En el marco del mismo proceso se presentaron enormes dificultades por parte del Departamento Judicial La Plata para ejecutar la orden de peri-

---

18 “Comité Provincial por la Memoria. Sanidad UP 7 y 52 SPB s/Hábeas corpus”, Sentencia, pp. 4-5.

19 Unidad Penitenciaria N° 1 Olmos s/Hábeas corpus (detenidos alojados Sala 4) presentado ante TOC N° 4 de La Plata, Informe Pericial Tancredi, Amancay Malen y Beltramo, Matilde, pp. 4.

taje médico. Tales obstáculos quedan plasmados en la propia resolución emitida por el Tribunal Oral en lo Criminal N° 4, presidido por Emir Alfredo Caputo Tártara, donde consta que:

El 8 de enero se presentó el Dr. Eugenio Caminos, Jefe de la Sección Médico Forense de la Asesoría Pericial Departamental e informó que la Asesoría no cuenta con especialistas en Administración de Salud que pueda llevar a cabo la labor encomendada, ante lo cual sugirió se requiera colaboración del Colegio de Médicos. (...) “las Asesorías Periciales de la Excm. Suprema Corte de Justicia no cuentan con expertos en las especialidades sugeridas, ni ha sido factible la designación de peritos a través del Listado oficial -Sistema Ulpiano- se dispuso requerir colaboración al Señor Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP” (...) nos hemos visto imposibilitados de contar con el dictamen de un Perito Médico Sanitarista<sup>20</sup>.

En el marco de las actuaciones judiciales, el TOC N° 4 de La Plata ordenó, el 8 de enero de 2021, a la DPSP la remisión de un informe detallando la situación de la Sala 4 de la unidad sanitaria de la UP 1. Transcurridos más de cinco meses, esta Comisión presentó nueva evidencia para ser incorporada al expediente y denunció que, el 25 de junio del mismo año, aún no había sido acatada la orden del Tribunal por parte de la DPSP.

### **2.2.2. Medicamentos**

Se suma a la falta de personal capacitado y a la escasez de insumos médicos la dificultad para acceder a medicamentos dentro de la cárcel. En general, la medicación es entregada a las unidades de forma mensual por medio del programa Remediar, que cuenta con un vademécum básico y

---

20 Unidad Penitenciaria N° 1 Olmos s/Hábeas corpus (detenidos alojados Sala 4) presentado ante TOC N° 4 de La Plata, Sentencia, pp. 2.

acotado, dirigido a la atención primaria de la salud, por la DPSP<sup>21</sup>.

En la **UP 52**, por ejemplo, suplen faltantes con muestras que ingresan los mismos profesionales, con donaciones de hospitales o con el aporte directo de las familias de las personas detenidas. Ante la falta de medicamentos no hay medidas de contingencia para evitar la interrupción de los tratamientos; la DPSP deja que se discontinúen tratamientos por periodos que van de 15 días a varios meses, provocando graves consecuencias en la salud.

Durante la inspección realizada el 18/3/2021 en el área de sanidad de la **UP 7 Azul**, un profesional reconstruyó que “suelen faltar medicamentos y por lo tanto los tratamientos se ven suspendidos de forma repentina, arbitraria y hasta que se repongan los stocks. Esta situación se repite con fármacos para atender patologías crónicas, como por ejemplo la HTA, así como con los psicofármacos”. En el caso de los psicofármacos, el faltante suele ser más común y el corte en los tratamientos afecta la salud mental de las personas detenidas. En unidades como la **UP 1**, un médico con responsabilidades en el área de Sanidad sostuvo que “personas internadas han manifestado malestar debido a que no acceden a medicación psiquiátrica que luego es vendida en la Unidad con complicidad y connivencia del SPB”.

Los medicamentos utilizados para enfermedades crónicas, hipertensión arterial y diabetes etc., también se encuentran en falta en muchas unidades, aunque en menor medida que los psicofármacos. Sin embargo, el hecho de que haya disponibilidad no garantiza que los pacientes puedan acceder. En la **UP 5 Mercedes** el acceso a medicación para enfermedades crónicas estaba bajo la voluntad del personal penitenciario: el enfermero de guardia a cargo de sanidad expresó que “en cuanto a quienes reciben medicación crónica, deben ir a retirarlos a la sanidad, dependiendo de que el encargado de seguridad del pabellón lo lleve hasta dicho sector”. En la **UP 30 Alvear** la entrega de medicación crónica está a cargo de la persona encargada del sector farmacia, quien no tiene capacitación ni formación en la materia, mientras que los psicofármacos son entregados por agentes penitenciarios: “La distribución de los psicofármacos no la realiza un profesional de la sa-

---

21 Debido a la falta de respuesta del Ministerio de Justicia, no se cuenta con información global y detallada acerca de la distribución de medicamentos en las unidades penitenciarias. Como se dijo antes, esta información fue solicitada reiteradamente por la CPM durante los años 2020 y 2021.

lud, sino agentes penitenciarios encargados de cada pabellón quienes los reciben y los reparten a cada una de las personas alojadas en el sector a su cargo”, manifestó el médico de guardia al momento de la inspección.

Si se quiere garantizar que la medicación llegue a quienes realmente son sus destinatarios, es necesario que quienes la administran y distribuyen sean personas capacitadas y pertenecientes al área de salud. Lo mismo sucede con las personas encargadas de los espacios de guardado de dichos fármacos: requieren conocimientos para la administración y conservación, además de espacios seguros y con condiciones climáticas apropiadas.

En la **UP 1 Olmos** se realizó una inspección el 14 de octubre. En la entrevista el jefe de área, Dr Guillermo Crisconio, y el secretario técnico, Benjamín Teruggi, mencionaron que parte de la medicación se encuentra guardada en “un horno viejo que está en desuso”. En una inspección en la **UP 51 Magdalena**, se observó que la medicación se encontraba en un estante y sobre una cama cucheta, en el espacio de descanso del personal de salud.

### 2.2.3. Insumos

La falta de provisión de insumos básicos es otra cara de la desidia: falta de elementos para garantizar condiciones mínimas de asepsia y escasez de aparatología de baja y media complejidad en buen funcionamiento son un común denominador a la mayoría de las sanidades. Se han relevado dos posibles situaciones: profesionales que cubren ese vacío con material ingresado informalmente de hospitales públicos y prácticas sanitarias que dejan de concretarse o se realizan en condiciones inadecuadas.

En lo que refiere a la atención en el marco de la pandemia por Covid-19, se constató faltante de barbijos en la **UP 1**, la unidad más poblada de la Provincia. En la **UP 2 Sierra Chica** había sólo un pequeño tubo de oxígeno que -en palabras de los trabajadores de la unidad sanitaria- era problemático recargarlo cada vez que se requería. En la **UP 30** empleados administrativos manifestaron que los tubos con oxígeno estaban cargados pero inutilizables por la falta del manómetro necesario para su uso.

La odontología suele ser la especialidad más golpeada por este problema. En la **UP 7 Azul** el sillón odontológico disponible fue donado por el hospital zonal. Según los entrevistados, existió una propuesta para que ingresaran a trabajar a la unidad odontólogos/as de la sala de primeros auxilios del barrio donde está emplazada la cárcel, que nunca se concretó. Tanto en la **UP 15** como en la **UP 50 de Batán** las prácticas odontológicas estaban limitadas a extracciones condicionadas por la cantidad de anestesia disponible.

En cuanto a la realización de placas de rayos X, es usual que deban realizarse extramuros por problemas con las máquinas de las unidades sanitarias. En la **UP 7 Azul** se constató la falta de equipamiento y personal especializado para cubrir esta práctica. En la **UP 5 Mercedes** el personal de salud entrevistado denunció el mal funcionamiento del obsoleto aparato que tienen y que impide la realización de determinado tipo de placas; expresaron que los insumos que recibían en la farmacia (placas y líquido radiográfico) llegan vencidos a la unidad. Al momento de la inspección se halló un bidón con líquido vencido en el año 2019. En la **UP 33 Los Hornos** la sala de radiología no contaba con aislamiento en paredes y techo, indispensable para el uso de radiación.

En cuanto al resto de insumos básicos requeridos para el tratamiento de urgencias o problemas agudos, es sistemático también el ingreso informal por parte de profesionales o de familiares de detenidos/as. Es lo que se constató en la **UP 3 San Nicolás**, donde el personal de sanidad ingresa insumos y medicamentos que toman de su otro espacio de trabajo extramuros. En la misma unidad se constató faltante de gasas, equipo de cirugía para sutura, estetoscopio, nebulizador y máquina para realización de electrocardiogramas. En la **UP 4 Bahía Blanca**, en la inspección del 23 de junio, el personal manifestó que la capacidad de atención en la unidad era “menor a la de una unidad sanitaria de cualquier barrio” por los escasos insumos y medicamentos disponibles; este déficit se suplía con turnos extramuros en el Hospital Penna de Bahía Blanca. En la **UP 2 Sierra Chica** se denunció la falta de un desfibrilador para emergencias, y en la **UP 33 Los Hornos** se realizan electrocardiogramas con un aparato que es propiedad de un cardiólogo itinerante que no es siquiera un profesional asignado a la unidad.

#### 2.2.4. Condiciones materiales de internación

Las instalaciones de los espacios de internación no se adecuan a las reglas sanitarias en ninguna cárcel bonaerense. Son lugares en los que resulta imposible proyectar una rehabilitación. Como en cualquier otro espacio de las unidades penales, el criterio predominante es el de la seguridad y no la situación sanitaria. Paredes descascaradas, presencia de humedad, cielorrasos rotos y con peligro de caer, colchones deteriorados y falta de higiene son algunas de las características que se repiten de forma estructural en distintos espacios y áreas. Resulta preocupante que esta situación de deterioro y abandono no sea una excepción en los sectores de sanidad sino, más bien, la regla.

En la **UP 4 Bahía Blanca** se constataron malas condiciones materiales y de higiene, falta de mobiliario específico, de ropa de cama adecuada e insumos de limpieza, un régimen de vida restrictivo que vulnera derechos y un marcado nivel de desatención del personal de salud. Al momento de la inspección, el lugar estaba en mal estado de mantenimiento, la estructura edilicia visiblemente deteriorada, con parte de las paredes descascaradas y humedad. Se observó que en algunos lugares faltaban paneles del cielo-raso e incluso una de las personas entrevistadas indicó que parte de dicha estructura se había desprendido y caído en forma repentina el día previo.

Similar situación se presenta en la **UP 5 Mercedes**. Allí todos los sectores estaban en malas condiciones edilicias, con paredes y techos descascarados, con moho, humedad y en mal estado de higiene. Tales condiciones afectan especialmente la recuperación de aquellas personas que se encuentran cursando algún tipo de afección respiratoria. Esto se agrava con ventanas sin vidrios y espacios sin ningún tipo de calefacción para mantener una temperatura adecuada.

En el sector de aislamiento en la internación de la **UP 15 Batán** se constató que ninguna de las ventanas tenía vidrios o algún otro tipo de cerramiento que permitiera afrontar las inclemencias climáticas: se sufre frío o calor en forma extrema, dependiendo de la época del año.

Por último, hay unidades en que las salas de internación no son utilizadas para su fin proyectado o bien se encuentran clausuradas o son inexistentes. En la **UP 30 Alvear** las salas de internación eran utilizadas para alojar

personas con situaciones que no tienen mucha complejidad, post operatorios, aislamiento por TBC y tratamientos médicos que lo requieran. En la **UP 40 Lomas de Zamora** el sector de sanidad no contaba con internación habilitada porque estaba en remodelación. En la **UP 46 San Martín** el sector de internación se encontraba clausurado debido a que las cloacas “explotaron” y se requería rehacerlas. Personal de Infraestructura ya había concurrido al penal para observar las obras a realizar pero no se le notificó nada al personal a cargo de la UP.

Con fecha 7 de junio de 2021, una sentencia emitida por el Juzgado en lo Correccional N° 1 de Azul, a cargo del Dr Aníbal Norberto Álvarez, en el marco de un hábeas corpus presentado por esta Comisión por las condiciones edilicias de la unidad sanitaria de la **UP 2 Sierra Chica**, reconocía lo siguiente:

Del análisis de las consideraciones expuestas surge con claridad que existe una problemática estructural, la cual ha sido reconocida como bien indica la actora, por parte del Tribunal de Casación Provincial y por la SCJBA, que implica que las medidas a tomar sean progresivas y estén dirigidas a mejorar la situación que las Unidades del SPB presentan<sup>22</sup>.

Como se observa, las falencias mencionadas conforman para el propio poder judicial de la Provincia, desde sus juzgados de primera instancia hasta el máximo órgano rector, una situación estructural ampliamente conocida.

### **2.2.5. Funcionamiento**

Respecto del funcionamiento u organización de la atención en salud, se han relevado serias dificultades en relación a las posibilidades de las personas privadas de la libertad para acceder a atención médica. El principal motivo es la mediación de los/as agentes penitenciarias/os en dicho acceso, ya que es con ellos/as con quienes las personas tienen contacto a diario y a quienes deben solicitar e informar la necesidad de atención. En

---

22 Unidad Penitenciaria N° 2 - Habeas corpus - Sierra Chica presentado ante Juzgado en lo Correccional N° 1 de Azul, Sentencia, pp. 8.

consecuencia, queda a discreción de estos/as la posibilidad de salir de los pabellones y ser acompañados a sanidad. A esto se suma que el personal sanitario no realiza recorridos periódicos por los pabellones de separación del área de convivencia o aislamiento con el fin de relevar el estado de salud de las personas alojadas en estos ámbitos. Tampoco hay programas o iniciativas para la detección temprana de enfermedades, campañas de promoción de la salud o testeos y controles masivos que faciliten el acceso a la comunicación o contacto con personal de la salud.

Según información relevada durante el monitoreo en la **UP 33 Los Hornos**, las dificultades en el acceso a atención debido a la intermediación del SPB son cotidianas. Profesionales de la salud han denunciado que en reiteradas oportunidades, cuando solicitan que las pacientes sean llevadas al módulo para la atención, suelen recibir una respuesta negativa fundada en la falta de personal penitenciario. La obstetra de la unidad expresó a las 17.20 hs: “a las 11 de la mañana pedí dos detenidas, y todavía no me las trajeron”.

En relación a la atención en hospitales extramuros, la situación se complejiza más porque la mayoría de las unidades tiene pocos móviles para garantizar los traslados, y esto genera que se pierdan turnos programados.

La sobrepoblación y la falta de personal capacitado e idóneo tienen como consecuencia la imposibilidad de seguimiento de tratamientos o situaciones de salud complejas. Como resultado se han registrado situaciones en donde los cuadros de salud se agudizan por falta de seguimiento o interrupción de tratamientos. No hay atención primaria o preventiva, por ende las afecciones o patologías suelen detectarse cuando se encuentran en estado avanzado. Un caso testigo es el de una joven de 30 años alojada en **UP 51 Magdalena** que comenzó a sufrir hemorragias que requieren de hospitalización. En ese momento se le realizaron evaluaciones y se diagnosticó cáncer de cuello de útero en fase 4. El estado avanzado podría haberse evitado con su detección temprana por medio de una evaluación de baja complejidad<sup>23</sup>.

---

23 En el capítulo 5 de esta misma sección se analizan las muertes producidas en el SPB por problemas de salud, las cuales representaron el 87% en 2021.

## 2.2.6. Nuevos centros de atención sanitaria

El gobierno de Axel Kicillof lanzó en 2020 el Plan de infraestructura penitenciaria 2020-2023, en el marco del cual se construyeron 15 centros de atención sanitaria (CAS) en terrenos ubicados en diferentes complejos carcelarios (también denominados “hospitales modulares”)<sup>24</sup>. Es preciso señalar que la creación de los CAS generó nuevos obstáculos para el acceso a la salud: al estar ubicados fuera del muro perimetral de las unidades, llegar a ellos requiere la puesta en funcionamiento de procedimientos de traslado que se modificaron al efecto, por lo que es necesaria una cantidad de agentes penitenciarios, esposar a las personas, autorización del jefe de la Unidad y móviles adecuados. Es decir, también depende de la voluntad y la disponibilidad del SPB.

En algunos complejos, el personal sanitario fue retirado de las unidades y agrupado en los nuevos centros que atienden varias, lo que generó mayores dificultades de acceso al no contar con profesionales en esos lugares en caso de necesidad. Por otro lado, conforme ha surgido de las entrevistas y la observación, los CAS reciben mayoritariamente población con una orden judicial o un estado grave o urgente, dejando fuera a un elevado número de personas que también necesitan atención. A estos obstáculos burocráticos y operativos, hay que sumarle la falta de insumos, de medicamentos y de recursos humanos en cada centro.

Con respecto a las construcciones y utilización de los CAS durante 2021, en las inspecciones se pudo constatar que en algunas de las UP se encontraban en construcción (como en la **UP 40 Lomas de Zamora**) o no estaban puestos en funcionamiento. En la **UP 30 Alvear**, en el mes de abril, el CAS no se encontraba en funcionamiento pese a estar construido desde hacía varios meses. Las autoridades no pudieron responder cuándo comenzaría a funcionar ni el personal afectado a dichas tareas. En ese momento, se observó que el espacio consistía en una infraestructura hecha con un contenedor y levantada del nivel del piso con concreto, y en muy pocas habitaciones había camillas. En la **UP 48 San Martín** el director refirió que, pese a haber sido inaugurado, no se estaba utilizando porque no contaba

---

24 2 en Florencio Varela, 2 en La Plata, 2 en Lomas de Zamora y el resto 1 en cada cárcel o complejo de los siguientes: San Martín, Alvear, Sierra Chica, Magdalena, Campana, Batán, La Matanza, Ituzaingó y Junín.

con personal médico y sólo se habían realizado algunas ecografías. Al volver ser entrevistado en noviembre, expresó que la atención sanitaria de los detenidos se había complicado desde su puesta en funcionamiento.

Durante una inspección a la **UP 15 de Batán** en el mes de noviembre, se indagó sobre la puesta en funcionamiento del nuevo CAS y nos indicaron que estaba habilitado desde hacía 3 ó 4 meses pero no supieron indicar quién lo había habilitado. Sólo estaban trabajando dos administrativos y aún no habían recibido la orden de la jefatura para atención e internación de personas. Señalaron que el modular contaba con salas de internación, consultorios y sala de rayos. No obstante, la médica entrevistada refirió que las salas diseñadas para internación, según su criterio, deberían destinarse para atención por lo “delicado” de la construcción y de los materiales.

Las profesionales entrevistadas en el CAS de Los Hornos, destinado a atender a las personas detenidas en la **UP 8** y la **UP 33** (un total de 500 en 2021), afirmaron que si bien el espacio físico de trabajo ahora era más lindo, se continuaban arrastrando viejos problemas. “Sólo es un lugar bonito”, expresó una de ellas. El módulo no se encontraba en funcionamiento al momento de la inspección (el 17 de agosto de 2021) y provocaba problemas para llevar adelante la atención. Relataron que habían intentado mudar el equipamiento de las viejas instalaciones hacia el módulo, en función de criterios de eficiencia y calidad de la atención; sin embargo, no fue permitido porque “están inventariados por separado”. Por ello, continuaban utilizando el sector de sanidad de la unidad porque allí poseían elementos para la atención primaria de enfermería, pero la atención médica debía desarrollarse en el módulo. Ambas instalaciones están a una distancia considerable. La enfermera refirió como ejemplo una situación donde había tenido que trasladarse al sector de sanidad ante el aviso del SPB de que una mujer debía ser atendida. Al concurrir y verificar la necesidad de la atención médica, debió regresar al módulo con la paciente: “estaba descompuesta y tuvo que caminar un montón, ir y volver, pobre”. Así se expone cómo la organización perjudica la adecuada atención de las personas, pese a la creación de nuevos espacios. Lo mismo fue referido por las personas detenidas. Una de las mujeres entrevistadas en la **UP 33** expresó que, desde la instalación del CAS, se había interrumpido su tratamiento psicológico. Previamente el

sector donde atendía la psicóloga quedaba cerca del pabellón y podía acceder fácilmente al solicitarlo. Con el modular más lejos las agentes le dicen que no hay personal para llevarla o que la psicóloga no está (pese a que ella sabe en qué horario atiende). Las pocas veces que accedió a la consulta la psicóloga le dijo que había pedido por ella reiteradas veces, pero el personal penitenciario no le avisó ni la llevó.

Similar situación verifica en el modular de la **UP 41 Campana**: para llevar a una persona al CAS, debían hacerlo en un móvil -que no siempre está en el complejo- y destinar personal para el traslado y custodia de esa persona: “es engorroso llevarlos y traerlos” expresó el director de la UP. Por esta situación, en casos de gravedad han decidido trasladarlos directamente al Hospital de Zárate. Además mencionó que si bien la idea era concentrar la atención en el CAS, no contaba con sector de internación habilitado, entonces el personal de salud se repartía entre el sector de sanidad y el modular.

Cabe resaltar que la correcta utilización de estos espacios y su aparatología podría ayudar a garantizar una atención ágil, en un lugar adecuado y de mejor calidad. Pero los espacios arrastran los mismos problemas que las unidades sanitarias, y persiste la vulneración en el acceso a la salud pese a la inversión realizada.

### **2.3. Intervención y seguimiento de casos por parte del PICC**

El aumento en los últimos años de situaciones extremadamente graves y de muertes por enfermedad en contexto de encierro han potenciado la necesidad de una intervención diferencial en términos de acompañamiento a detenidos/as y familiares, y de interpelación y demanda a instancias de los poderes ejecutivo y judicial, considerando también la necesidad de hacer planteos por cada caso ante los sistemas internacionales de protección de derechos humanos.

El Programa de intervenciones complejas y colectivas (en adelante PICC) inició un trabajo de seguimiento de casos particulares con problemas graves de salud, por considerarse que está en riesgo la vida de la persona y/o por tratarse de situaciones donde se ha intervenido previamente desde otros programas de la CPM y los resultados no han alcanzado para garantizar los derechos.

El abordaje de casos particulares se realiza desde un equipo interdisciplinario constituido por dos psicólogas, una trabajadora social, dos abogados/as y un enfermero, que a su vez trabajan de manera coordinada con los otros programas. Dichos saberes profesionales permiten abordar las situaciones desde la integralidad de los sujetos y de las problemáticas que los atraviesan. Desde su creación (1 de septiembre de 2021) a diciembre del mismo año, se realizó el seguimiento pormenorizado de 28 casos. En el marco del trabajo con dichos casos, se realizaron 81 entrevistas y 112 presentaciones judiciales.

La tarea se desarrolla a partir de un grupo de premisas fundamentales que orientan las intervenciones. En primera instancia, ante la derivación de un caso es imperioso realizar un diagnóstico de la información disponible que contemple presentaciones previas y resoluciones judiciales, tras lo cual se procede a una entrevista profunda y confidencial con la persona en la cárcel en la que se encuentre. Se registra la historia clínica de cada detenido/a, considerando los controles que ha tenido y toda información que sea de importancia para compartir con la persona privada de libertad. De ser necesario, se entrevista al profesional de la salud que se encuentre en el espacio de sanidad y pueda ampliar la información referida en la historia clínica. También se releva el legajo penitenciario considerando información que pueda ser útil a los fines de la estrategia implementada.

Posterior a la entrevista y una vez admitido el caso, se diseña la estrategia de intervención y se inician las tareas de seguimiento. Este seguimiento pormenorizado implica la comunicación periódica con la persona afectada, ya sea mediante comunicación telefónica o presencial y, si se considera necesario, también la comunicación con sus referentes afectivos. Esa comunicación constante con los/as detenidos/as y familiares habilita posicionarlos en un lugar central al momento de pensar el abordaje del caso, partiendo de que ninguna estrategia puede perdurar sin la participación y acuerdo de los actores implicados.

Además de las presentaciones judiciales, se entabla una comunicación constante con las defensorías para dar veloz relevancia y visibilidad al caso, diseñar acciones conjuntas o coordinadas, interpelar a dichos actores en función de que puedan escuchar y reconocer los reclamos y condiciones en las que se encuentra su defendido/a.

En cuanto a las familias, el contacto se realiza con dos objetivos: ante la ausencia de medios de comunicación directos con la persona detenida, permite sostener una periodicidad en la comunicación e información actualizada; y se procura acompañar a las personas que sufren indirectamente la situación que padece su familiar. Las familias son actores centrales en el proceso de contención de los/as detenidos/as y quienes se transforman en sustento posterior al encierro en el caso de una morigeración de la pena.

Las situaciones abordadas por el PICC durante 2021 presentan problemas diversos, pero con puntos en común. De los 28 casos trabajados, seis (6) tienen problemas motrices por lo que se movilizan en sillas de ruedas; nueve (9) tienen problemas de salud que requieren evaluaciones periódicas en hospitales o intervenciones quirúrgicas que no fueron realizadas en tiempo y forma; doce (12) presentan alguna discapacidad (sobre todo motriz) que les imposibilita realizar tareas diarias sin la ayuda de otra persona; tres (3) tienen problemas gastrointestinales que conllevan la utilización de pañales en forma permanente y en un caso, de bolsa de ileostomía. Algunos combinan estas problemáticas.

En los casos trabajados la asistencia sanitaria en el encierro fue deficiente, escasa o nula, lo que deriva en agravamiento de los cuadros clínicos. El marco general es el desarrollado en el apartado anterior: mediación penitenciaria para el acceso a sanidad, dificultad en la articulación con hospitales, ausencia o deficiencia de recursos en las sanidades, asimetría e indiferencia en la relación médico/paciente, condiciones materiales de detención que agravan los cuadros o incluso generan ciertas enfermedades, faltante de medicación y aparatología especializada, ausencia de profesionales, etc.

Existen algunos elementos especialmente destacables a partir del seguimiento de casos:

**a) Acceso a la información clínica personal:** se registra en forma sistemática un problema de acceso a la información clínica personal de los/as pacientes, en un contexto de relaciones fuertemente asimétricas entre personas detenidas y profesionales de la salud. La mayoría de las personas con problemas de salud que se comunican con la CPM no tienen conocimiento detallado de su cuadro clínico, diagnóstico, estudios o pronósticos, de manera oficial a través de médicos/as y/o especialistas. La irrupción de síntomas genera un estado de ansiedad producto no sólo del malestar físico incipiente, sino de la incertidumbre acerca de cuándo recibirá atención médica. El tiempo hasta arribar a un diagnóstico se dilata y la persona no sólo sufre las consecuencias del sufrimiento físico que la aqueja sino también producto de la espera y la incertidumbre. Por otro lado, las personas con patologías crónicas no han recibido un diagnóstico y pronóstico, por lo que los síntomas o signos de la enfermedad son percibidos como episodios agudos que requieren atención urgente. No saber en qué estado se encuentra su patología, si es reversible, si existen tratamientos, si va a acceder a esos tratamientos, si fueron gestionados y asignados los turnos solicitados, si lo que indicó su médico/a fue recibido y leído por el personal de sanidad de la unidad, si están al tanto de su caso. Estas son las principales incertidumbres de las personas detenidas con algún padecimiento de salud.

**b) Paciente como sujeto de derechos:** se han constatado múltiples situaciones en que la persona detenida no es percibida como sujeto de derechos sino como alguien que no tiene voz, decisión ni opinión acerca de aquello que lo aqueja por estar privada de libertad. Muchos/as médicos/as se dirigen al SPB verbalmente o por escrito, obviando información al paciente. No se le brinda información acerca de cómo realizar curaciones, tomar la medicación o factores agravantes de su condición. Por otro lado, en ocasiones el personal de los hospitales externos intenta acordar turnos o indicaciones de manera informal y en acuerdo con la persona detenida, sin saber que deben ser solicitadas y asignadas por escrito, como cualquier situación en donde deba mediar el juzgado interviniente. Todo ello expresa un desconocimiento del contexto de encierro por parte del personal de salud de hospitales, el cual acarrea dificultades a la hora de adecuar o adaptar el tratamiento y las indicaciones para apuntar a una mayor adherencia y cumplimiento.

**c) Vínculo paciente-personal sanitario:** esta asimetría se potencia en el vínculo entre el paciente y el personal médico de las unidades sanitarias. La actitud predominante es desgano, desmotivación y apatía. Ese desgano no sólo es producto de la falta de insumos para trabajar y de personal, sino que aparece frente a cuestiones crónicas, en donde la consulta es reiterativa. El personal de salud no recorre la cárcel y sólo atiende a quienes lograron superar todas las barreras impuestas para acceder a la asistencia médica. Aun así, las revisiones y evaluaciones son superficiales y deficientes. La falta de acceso a una historia clínica completa y digital deriva en tratamientos que se reiteran sin lograr el éxito terapéutico esperado. A partir del acceso a las historias clínicas y al diálogo con personal de salud de las sanidades, se desprende que cuando una persona detenida llega a la unidad nadie revisa su historia clínica, no se informan acerca de tratamientos que reciben o si alguno tiene turno asignado en el corto plazo.

**d) Asistencia de personas con discapacidad:** se ha relevado como particularmente cruel la falta de asistencia que sufren en el encierro aquellos/as pacientes con problemas de discapacidad motriz, no sólo para el tratamiento de su patología sino para la realización de actividades cotidianas vitales como higienizarse, comer, levantarse, acostarse o cambiarse los pañales. Regularmente, tal carencia es resuelta informalmente por otras personas detenidas en la misma celda y que pueden compartir similares problemas motrices, o por la asistencia de familiares desde el exterior.

**e) Alimentación y condiciones de alojamiento:** ninguna de las personas entrevistadas por el PICC tienen acceso a alimentación en cantidad y calidad suficiente, deben dormir en espacios húmedos y con colchones delgados, no poseen espacios limpios y/o calefaccionados, ellas mismas deben hacer las tareas de limpieza de la celda y/o pabellón, aun encontrándose en condiciones gravosas de salud. Las condiciones materiales de detención no sólo generan agravamiento en los cuadros sino también nuevos padecimientos. Estos riesgos y padecimientos se potencian exponencialmente en detenidos/as con cuadros delicados (accidentes cardiovasculares, tuberculosis, diabetes, VIH) y/o con movilidad reducida.

En lo que sigue, se presentan tres casos testigo que expresan los múltiples problemas del sistema sanitario-carcelario en general, y estos tres elementos mencionados, en particular.

## 2.4. Casos testigo de tortura por desatención de la salud

Hasta aquí se ha intentado reconstruir el cuadro de situación del sistema sanitario en el SPB a partir de aportes conceptuales, información estadística y el detalle más exhaustivo posible de la información relevada en cada inspección. Cada uno de estos elementos cobra vida real y concreta en la trayectoria biográfica de quienes sufren cada día en su cuerpo las consecuencias de la política penitenciaria bonaerense, que se configuran como torturas o malos tratos. A continuación, se retoman los casos de Miguel, Beatriz y Alejandro, abordados por el PICC durante 2021.

### Miguel

El 22 de mayo de 2020 se comunicó con la CPM Silvia, la madre de Miguel, detenido a disposición del Tribunal Oral Criminal N° 1 de San Martín<sup>25</sup> y alojado en la UP 22 de Olmos. Contó que Miguel se encontraba en una situación de salud muy complicada, sin atención médica ni tratamiento: había sufrido la fractura de su pierna izquierda, y le habían colocado clavos intramedulares. Posteriormente, a raíz de una infección, le habían sacado los clavos y su pierna quedó con lesiones expuestas y un yeso “muy deteriorado y flojo”; Miguel se vendaba para inmovilizar su lesión, y necesitaba una intervención quirúrgica en el hospital de trauma Federico Abete. También tenía una lesión en los tendones de una mano, que le restaba movilidad. A su vez, padecía amigdalitis que le generaba mayores problemas de salud y lo exponía a infecciones.

Ese día la CPM presentó al Tribunal un pedido de informe urgente solicitando que se le diera un adecuado tratamiento a las lesiones en la pierna izquierda que requería la intervención quirúrgica en el Hospital Abete; que se garantizara la atención médica, medicación e intervenciones quirúrgicas necesarias para tratamiento de amigdalitis y patologías asociadas; y que se considerara la situación de salud de Miguel a la hora de ponderar la solicitud de medidas alternativas al encierro o inclusión en regímenes de progresividad, lo que no tuvo respuesta favorable.

---

25 Presidido por Alejandro Juan Alberto Moramarco Terrarossa.

El 18 de diciembre de 2020 Silvia se comunicó nuevamente. Su hijo había tenido una fractura de tibia y peroné y no le realizaron los controles, por lo que padecía dolores y necesitaba prácticas médicas para arribar a un diagnóstico. El día 21 se presentó desde la CPM un pedido de informe de su historia clínica donde se solicitaba también que se remitieran copias del informe a la DPSP a fin de que tomara conocimiento de la situación.

El 15 de marzo de 2021 Miguel se comunicó con el Punto de Denuncia Tortura (PDT) Pocho Lepratti. Se encontraba alojado en la UP 46 de San Martín y no recibía atención médica por su fractura en la pierna, debido a lo cual se le había generado una pseudoartrosis. En la unidad sanitaria no le daban medicamentos. “Me quieren cortar la pierna”, denunció en una entrevista. La CPM interpuso un hábeas corpus peticionando que se dispusiera la asistencia médica en un hospital y que se evaluara la morigeración de la prisión preventiva. No hubo resolución favorable.

El 19 de marzo Miguel se comunicó al Punto Denuncia Torturas ACIFaD. Había sido atendido en el hospital Bocalandro por una traumatóloga, quien le informó que no lo podían operar porque no contaban con los recursos, y que la infección en su pierna no tenía cura sino solo tratamiento de por vida para que no se complique, ya que podría terminar con la amputación. El día 22 se presentó un hábeas corpus peticionando urgente atención médica especializada en hospital extramuros, tratamiento y medicamentos necesarios y el traslado a la UP 48 de San Martín a fin de recibir atención médica en sanidad. Asimismo, se solicitó que se evaluara una medida alternativa a la prisión. No hubo respuesta favorable.

El 6 de mayo un equipo de la CPM realizó una inspección a la UP 46 en la que se entrevistó personalmente a Miguel. Relató el problema con su pierna y la necesidad de que lo operen para evitar que la infección de hueso avanzara, y que en la UP no recibía ningún tipo de atención médica. Por otra parte se refirió a que su pedido de arresto domiciliario se encontraba en el Tribunal de Casación Penal. El 12 de mayo la CPM interpuso un nuevo hábeas corpus solicitando que se ordenara la atención médica de manera urgente y sin dilaciones, a efectos de que se realizaran las intervenciones necesarias, y que se considerase la concesión de su arresto domiciliario o medida alternativa. Nuevamente no hubo respuesta judicial favorable.

El 20 de mayo Miguel se comunicó con la CPM. Manifestó que estaba muy dolorido y que seguía sin recibir atención médica ni medicación. Al día siguiente se presentó un pedido de informe urgente solicitando la atención en un hospital y la concesión del arresto domiciliario. No hubo respuesta. El 2 de junio el detenido se comunicó porque la situación seguía siendo la misma y no había recibido ninguna respuesta. La CPM reiteró una vez más los mismos requerimientos.

El 14 de junio el Tribunal de Casación Penal rechazó el pedido de arresto domiciliario y dispuso el traslado a una unidad hospitalaria hasta la operación.

El 17 de junio Miguel comunicó a la CPM que había sido trasladado a la UP 9 de La Plata y alojado en el sector de aislamiento. Señaló que dormía en el piso sin colchón y que la celda era sumamente fría y carecía de vidrios en su ventana. No tenía frazada. La letrina estaba tapada y no tenía elementos para cocinar o calentar agua. Desde que ingresó no ingería alimentos debido a que la comida provista era de pésima calidad. Su régimen de vida era de aislamiento extremo, 24 horas en celda, sin acceso a patio ni duchas. A pesar de la asistencia permanente que requería por su estado de salud, no había recibido ningún tipo de atención sanitaria. Ese mismo día la Comisión presentó otro hábeas corpus, junto a una ampliación al día siguiente, solicitando la reubicación del detenido en el sector de sanidad de la UP 9 a efectos de reducir el impacto negativo sobre su salud y garantizar un seguimiento de su estado hasta que se dispusiera el traslado a la UP 22 de Olmos. Por otra parte, se envió un oficio a la unidad sanitaria de la UP 9 solicitando que, dada la gravedad que suponía la falta de atención médica acorde a sus afecciones, se arbitrasen medidas urgentes a fin de revertir esta situación.

El 28 de junio un equipo de la CPM realizó una inspección a la UP 9 donde entrevistó personalmente a Miguel y realizó una historización del caso. Se presentó un pedido de informe urgente peticionando que el detenido recibiera atención médica adecuada, que se reevaluara el diagnóstico realizado (osteomielitis) y que se tomaran las medidas necesarias y pertinentes para el tratamiento de su cuadro. Su infección podría ser tratable, pero requería la derivación y seguimiento en un hospital extramuros, con especialistas en cirugía, traumatología e infectología. Particularmente necesario resultaba el servicio de infectología para efectuar un diagnóstico sobre la bacteria que presentaba en su pierna.

Recién el 16 de julio le realizaron estudios de ortopedia y traumatología en el Hospital General San Martín de La Plata y el 3 de agosto se comunicó con la CPM para pedir que le realizaran nuevos estudios en el mismo hospital.

El 18 de agosto comunicó que no había podido acceder a los turnos en dicho hospital. La CPM presentó un informe solicitando que accediera a un turno en traumatología del HIGA General San Martín de La Plata, lo que no se concretó.

El 9 de septiembre Miguel se comunicó nuevamente. Se encontraba muy dolorido y estaba evaluando realizar una huelga de hambre para reclamar atención médica. El Hospital General San Martín no estaba dando turnos para traumatología. El 13 de septiembre la CPM interpuso un hábeas corpus para que se garantice la atención en dicho hospital o en otro del radio de La Plata que contara con este servicio.

El 22 de septiembre fue trasladado a la UP 22 donde le cambiaron el yeso. No pudieron hacer otra intervención porque necesitaba atención en un hospital. Al día siguiente, se comunicó el director del Programa de salud en contexto de encierro del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, quien informó que el detenido tenía turno con un médico traumatólogo para el viernes 24 en el Hospital San Martín. El funcionario no contaba con las evaluaciones que se le habían solicitado. Pero ese viernes Miguel no fue trasladado al hospital.

El 26 de octubre se comunicó nuevamente con la institución. Había sido trasladado a la UP 47 de San Martín y estaba preocupado por la continuidad de la atención médica. La CPM presentó un pedido de informe solicitando que se dispusieran las medidas de atención médica en hospital extramuros, con especialidad en traumatología, a efectos de abordar el tratamiento médico. El 23 de diciembre del 2021 se entrevistó de manera presencial a Miguel en la UP 47. El joven refirió que los dolores padecidos se agudizaban día a día, a lo que se sumaba las pésimas condiciones materiales de detención actuales, con un colchón totalmente deteriorado y en convivencia con 12 personas, que incluso le generaban dificultad para conciliar el sueño. A pesar de la situación, había decidido permanecer en estas condiciones para tener visitas familiares. Si bien se le habían realizado las evaluaciones que requería para concurrir al turno médico, aún no

ha sido solicitado. Dichas evaluaciones se requerían para el turno médico del 10 de diciembre en el Hospital San Martín, turno perdido por no realizar el traslado. Se realizó nuevamente informe al juzgado para informar la situación actual y solicitar nuevamente que se gestione el turno.

A raíz de la falta de respuestas favorables, el joven solicitó ser trasladado a la UP 1, donde esperaba nuevamente acceder a la atención que necesitaba. Si bien esto implicaba alejarse de su familia, que le proveía los elementos básicos necesarios y la medicación para aliviar los constantes dolores corporales, priorizaba la atención médica.

La descripción realizada es sumamente breve y hace hincapié en la falta e inadecuada atención médica por diversos motivos que obedecen a las condiciones en las cuales el joven estaba detenido: los servicios de sanidad no cuentan con personal suficiente ni insumos necesarios para dar respuesta a este tipo de cuadros de salud. Al mismo tiempo, se vislumbra la clara falta de capacidad para dar respuestas adecuadas. Los traslados que Miguel ha sufrido no sólo fueron motivados en el deseo de recibir atención, sino también con intenciones de responsabilizarse en resolver situaciones de salud grave que requieren una atención mucho más exhaustiva. Tampoco se han considerado o tratado, y han quedado fuera de esta breve descripción, los padecimientos asociados al cuadro de base: lumbalgia, caídas, mareos, cefalea, desviación de columna, infecciones, entre otras afecciones que aquejan la cotidianeidad de Miguel y que podrían haber sido prevenidas o mínimamente tratadas. La sistematización de las malas condiciones y desatención de salud se han convertido en condiciones y padecimientos que se inscriben en hechos de torturas o malos tratos.

Si bien las falencias estructurales para prestar asistencia sanitaria por falta de recursos humanos y materiales son conocidas, también se evidencian obstáculos para efectivizar los traslados por falta de móviles a hospitales extramuros, la única opción para afrontar problemas de salud. No obstante, a raíz de los constantes traslados, tampoco se pudieron sostener en el tiempo evaluaciones en un determinado hospital, dejando como resultado la necesidad de comenzar con cada traslado nuevas consultas médicas que han generado gran confusión en la información que recibe. Entre otras situaciones, en un momento se le informó que debían amputarle la pierna para luego desestimarse tal indicación.

A febrero de este año, Miguel no contaba con un diagnóstico claro. El joven debió encontrar sus propios recursos y herramientas para acceder a un derecho básico, incluso siendo totalmente desfavorables para su salud mental. Los traslados constantes, la lejanía de sus vínculos familiares, la necesidad de conocer permanentemente nuevos compañeros de celda generan un enorme desgaste y agotamiento, y constituyen motivos de temor y más incertidumbre.

Destacamos que el joven fue asistido por la Defensoría Penal de San Martín, particularmente por la defensora Mariana Kodric, quien ha mostrado interés y compromiso en la situación a través de múltiples presentaciones pidiendo por atención de salud y realizando acciones coordinadas con esta CPM.

Dado el trabajo realizado por la CPM conjuntamente con su defensora, en marzo de 2022 a Miguel le concedieron el arresto domiciliario, mejorando sustancialmente sus posibilidades de acceso a un tratamiento adecuado.

## **Beatriz**

Entre el 18 de mayo de 2015 y el 5 de abril de 2017, varias personas se comunicaron con la institución por la situación de Beatriz. En esa época solicitaban atención de salud por insuficiencia renal, dieta especial y visitas con sus hijos/as. Las dos primeras solicitudes fueron resueltas y la última quedó supeditada a cuestiones específicas de la causa penal por la que cumple condena.

El 21 de septiembre de 2021 se entrevistó a Beatriz, quien permanecía alojada en la UP 8 de Los Hornos bajo el Juzgado de Ejecución N° 2 de Lomas de Zamora<sup>26</sup>. Beatriz, de 49 años, estaba alojada en una celda individual, aislada por ser población de riesgo. En la entrevista relató que estaba en la celda llamada “guardia armada” desde hacía aproximadamente un mes, luego de que el sector escuela retomara las actividades presenciales y dejara de funcionar como aislamiento para personas con patologías de base. En ese lugar estuvo alojada desde que comenzó la pandemia por Covid-19, en 2020.

---

26 Presidido por Etel Beatriz Bielajew.

Beatriz se dializa tres veces a la semana (primero en el Hospital Presidente Perón de Avellaneda y luego en el Hospital San Martín de La Plata) debido a una insuficiencia renal producto de su hipertensión, detectada un mes antes de haber quedado detenida. “Si se me tapa el catéter ya no me pueden poner otro, tengo problemas de taponamiento de arterias y me tengo que cuidar mucho”, expresó. Bajo la justificación de ser población de riesgo no tiene autorizadas las visitas y hacía más de un año y medio que no veía a su familia.

Relató que contrajo Covid-19 y que se enteró por un testeo de rutina realizado en la unidad a aquellas personas que tenían salidas a hospitales externos. Transitó la enfermedad de manera asintomática y expresó que ahora tenía dificultades para percibir olores. Una médica que la vio en el Hospital San Martín le explicó que eso podría deberse no a una secuela del coronavirus sino a un absceso que tiene entre el ojo derecho y el inicio de la nariz, producto de la obstrucción del lagrimal. Por ese motivo, aguardaba la confirmación de un turno con el área de oftalmología, sea del hospital al que concurre a diálisis o cualquier otro. Comentó que los turnos se los gestiona el mismo personal médico del Hospital San Martín.

A causa de la insuficiencia renal crónica, Beatriz debía seguir una dieta hiposódica que recibía, aunque en ocasiones no se alimentaba por falta de apetito. No se cocinaba por sus propios medios sino que recibía la comida que entrega el SPB. Relató, además, que le operaron ambas rodillas en junio de 2020 debido a que sufrió una caída en las escaleras del penal al resbalarse: “Se me cortaron los tendones de las rótulas, por eso necesito caminar todos los días, así me dijo el doctor que voy a recuperar la estabilidad”. Contó que no se sentía segura al caminar, que perdió el equilibrio y la tonicidad muscular. Al consultarle si podía llevar a cabo esta caminata diaria explicó que no, porque debía salir al patio cuando no había nadie y “a veces se complica, se hacen las 6 de la tarde y ya no puedo salir”.

Al momento de la entrevista, las condiciones de su celda no eran apropiadas para una persona en sus condiciones de salud. Sin espacio para movilizarse con comodidad, húmeda, con canillas que goteaban permanentemente, paredes descascaradas y con humedad, no había espacio para guardar pertenencias y la ducha, a la que se accede a través de escalones, revestía riesgos para una persona de movilidad reducida.

Beatriz relató que necesita un trasplante de riñón pero que se lo niegan debido a que las condiciones de la cárcel no son las apropiadas para una persona inmunodeprimida. Una alternativa sería atravesar el período de recuperación en el hospital de día del San Martín o en la casa de su hermano, pero se le han denegado los pedidos de prisión domiciliaria por diversos motivos. Según comentó, el más recurrente es el que argumenta que en el SPB se le garantiza la atención de salud. Además, en el último pedido, se solicitó que realice tratamiento psicológico asociado directamente con la causa que originó su condena a 9 años y 10 meses de prisión. El último pedido de libertad condicional fue denegado en enero de 2021 y el arresto domiciliario, a fines de 2020. Llevaba cumplidos 7 años y 10 meses de pena. Su rutina diaria, los días que no asistía a diálisis, incluía limpieza y orden de la celda, realizar tareas de la escuela cuando se las envían, escuchar la radio y dormir.

Ante esta situación desde la CPM se realizó la presentación de un informe a su juzgado expresando las condiciones de aislamiento en las que estaba y solicitando el cese de las gravosas condiciones de detención. En noviembre de 2021 se volvió a entrevistar a Beatriz quien continuaba dializándose en el Hospital San Martín tres veces por semana. Permanecía en la misma celda individual que hacía meses, sin recibir visitas ni poder vincularse con otras personas bajo la premisa de preservar su salud por la pandemia por Covid 19. La directora de la unidad, en entrevista con el equipo, manifestó que se realizó consulta con un médico infectólogo, quien indicó una tercera dosis de vacunación para poder habilitar el alojamiento en pabellón y visitas. Beatriz demandó la necesidad de tener vínculo con las demás detenidas. “Quiero hablar con gente”, expresó. Por otro lado, dijo contar con un DNI viejo. Su nacionalidad es chilena pero vivió en Argentina 46 de sus 49 años. También perdió la partida de nacimiento y no tramitó nunca la nacionalidad: “Por una cosa o por otra lo postergué y ahora detenida no puedo hacerlo, me dijeron que todos los trámites se realizan de manera presencial”.

Finalmente, se acordó con Beatriz volver a presentar una solicitud de resolución urgente de su situación de aislamiento, bajo el argumento de que la salud integral también incluye la dimensión emocional, que se encontraba sumamente afectada por el hecho de permanecer en completo aislamiento y no tener contacto con otras personas.

A la fecha del presente informe, Beatriz continuaba como hace 2 años: aislada completamente en una celda de dimensiones sumamente reducidas, con humedad y goteras, sin vidrio en la única ventana que está casi a la altura del techo y que tapa con frazadas, impidiendo la entrada de luz solar, desniveles en el piso que resultan peligrosos para sus problemas motrices, sin acceso al patio, a recreación ni a ninguna posibilidad de socialización. Se justificaba dicho aislamiento en argumentos sanitarios. Seguía esperando la tercera dosis de la vacuna contra el Covid-19.

## **Alejandro**

Alejandro sufrió un ACV el 30 de noviembre de 2019 estando detenido en la UP 5 de Mercedes. No recibió atención médica ni se respondieron las presentaciones realizadas por atención de salud urgente. El 11 de febrero de 2020 se comunicó con la CPM porque su situación no había cambiado. La Comisión presentó un hábeas corpus solicitando un examen médico para determinar el estado de salud general del detenido y, de ser necesario, que se llevara adelante algún tratamiento.

El 21 de abril de 2020 se comunicó su pareja, denunciando que Alejandro estaba padeciendo convulsiones y desmayos. Ante esta situación, se interpuso el 23 de abril otro recurso peticionando que se garantizara la asistencia médica y se evaluara la morigeración de la pena. No hubo respuesta judicial favorable.

Dos meses más tarde, el 23 de junio de 2020, se comunicó su familia con el PDT Proyecto Mecha para pedir una morigeración de la pena y la atención médica del detenido. Ese mismo día se realizó una presentación a la Defensoría Penal N° 2 de Lomas de Zamora solicitando atención médica y una medida alternativa. Al día siguiente, la Defensoría alegó estar al tanto de la situación y haciendo lo necesario para peticionar el arresto domiciliario, lo que no se concretó.

El 24 de noviembre de 2020 se comunicó el detenido y relató lo siguiente:

“Hace un poco más de un año tuve un ACV en la UP 5 de Mercedes, el cual me dejó medio cuerpo paralizado del lado derecho y,

por el pedido de un neurólogo de un hospital de Mercedes que sugirió que sea trasladado a una Unidad donde pudiese tener más cuidado médico y pueda rehabilitarme, me trasladaron a la UP 18 de Gorina donde estoy desde hace 3 meses. Acá ya he sufrido de desmayo, me rompí la cabeza en varias oportunidades. En una ocasión tuve pérdida de conocimiento por lo que me sacaron a un hospital de La Plata donde estuve 4 horas y se me practicó una tomografía computada que salió bien. Unos días antes me caí en la celda y estaba solo, me llevaron a Sanidad del penal y no tenía pulso. Me dieron oxígeno y me hicieron RCP para reavivarme. Amanezco todos los días con fuertes dolores de cabeza, estoy en una silla de ruedas y acá lo único que me dicen es que son las secuelas del ACV”.

El 30 de noviembre se presentó desde la CPM un pedido de informe solicitando atención médica para el detenido, lo que se concretó. El 29 de diciembre de 2020 se comunicó al PDT Casa Joven Diana Sacayán porque se encontraba con un cuadro de presión alta y sin atención médica. Ese mismo día se realizó una presentación solicitando que se garantizara la debida asistencia a fin de arribar a un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado, y que se evaluara su traslado a la UP 43. No hubo respuesta favorable.

El 4 de enero de 2021 Alejandro se comunicó nuevamente con el PDT, desde donde se presentó un pedido reiterando la necesidad de que lo evalúe un médico especialista en un hospital y que se efectivizara su traslado requerido, sin obtener respuesta.

El 21 de enero de 2021 en una nueva llamada el detenido, alojado en la UP 9 de La Plata, solicitó atención médica extramuros. Al momento presentaba dificultades en el habla y en la escritura, presión baja y deficiente acceso a la medicación. Solicitó atención con especialista en neurología a los fines de arribar a un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado. Ese mismo día se presentó desde el PDT un pedido de informe para que se ordene su atención médica extramuros con la especialidad requerida y no hubo resolución.

El 25 de febrero se comunicó con la CPM un familiar informando que continuaba sufriendo crisis y que se desvanecía regularmente. Al día siguiente, se envió desde la CPM un pedido de hábeas corpus solicitando que

se garantizara el acceso a los turnos y prácticas médicas en un hospital extramuros. No fue trasladado al hospital extramuros sino a la UP 22 de Olmos, definida como el hospital del SPB.

El 15 de marzo su pareja se comunicó con la CPM para informar que se encontraba alojado en la UP 22 de Olmos. Contó que “no respetan lo que la médica pidió, tiene atrofia cerebral ocasionada por los golpes que le proporcionó el SPB”. La CPM presentó a la defensoría correspondiente un comparendo con el defensor.

Al día siguiente, la defensoría respondió lo siguiente: “informo que estamos en constante contacto con la concubina de nuestro asistido con quien hablamos en el día de ayer. En cuanto al pedido del arresto domiciliario, se encuentra tramitando en el tribunal de Casación. El detenido se encuentra alojado en la Unidad hospitalaria N° 22 -de Olmos-, y hemos recibido un informe completo del estado de salud de nuestro asistido, con un diagnóstico pormenorizado de las secuelas que le quedaron a raíz del ACV. Asimismo, nos informaron que está recibiendo la dieta correspondiente y la medicación acorde a sus padecimientos”.

El 23 de marzo se realizó una inspección a la UP 22 donde se entrevistó a Alejandro. Estaba en silla de ruedas; sólo recibía fármacos como respuesta a su situación psiquiátrica. La atención médica era deficiente. Estaba en una celda común y necesitaba asistencia para todas las actividades, tales como higienizarse y comer, y lo hacía su compañero de celda.

El 19 de abril se comunicó con la CPM porque su estado de salud había empeorado y se habían intensificado las convulsiones. El mismo día se interpuso un hábeas corpus solicitando la resolución de manera urgente y favorable del arresto domiciliario en favor del detenido. No tuvo respuesta judicial efectiva para resolver su situación.

El 21 de abril de 2021 la CPM presentó una medida cautelar ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) debido a la situación del detenido y la falta de respuesta.

El 26 de abril se comunicó su compañero de celda. Alejandro había tenido

convulsiones y se había golpeado durante los episodios. Su compañero cumplía la función de enfermero. Al día siguiente, la CPM presentó un hábeas corpus solicitando que se resolviera de manera urgente y favorable el arresto domiciliario sin recibir, una vez más, respuesta favorable.

Entre el 10 y el 12 de mayo de 2021, llamó nuevamente su compañero de celda. Había sufrido convulsiones los tres días y el enfermero le puso suero. Se lastimó la boca durante los episodios pero no había sido atendido por eso. La CPM elaboró nuevamente un hábeas corpus reiterando el pedido de morigeración de pena.

El 7 de julio de 2020 tomamos conocimiento de que Alejandro había sido trasladado a la UP 9 de La Plata. Se lo calificó como enfermo crónico (epilepsia refractaria). El 17 de septiembre de 2021 la CPM presentó un hábeas corpus solicitando que se garantizara el traslado a una institución extramuros de tratamiento y rehabilitación, y se evaluara el reintegro del detenido a la UP 22 de Olmos; no se obtuvo resolución. El 20 de septiembre se comunicó Alejandro y seguía en las mismas condiciones. Ese mismo día se interpuso una ampliación del último hábeas corpus solicitando que se evalúe el reintegro a la UP 22. No hubo respuesta judicial.

El 4 de octubre se lo entrevistó nuevamente de manera personal en la UP 9, donde se encontraba alojado desde julio, luego de haber recibido el alta en la UP 22. Estaba en una celda solo en el sector de sanidad, de dimensiones en las que apenas entraba una cama, una mesa y el colchón que arrojaba en el piso para poder dormir. Dormía allí por miedo a tener una convulsión durante la noche, y era menos riesgoso el piso que estar en su cama a cierta altura. Acerca de las convulsiones que padecía, explicó que eran casi a diario y por cómo las describió parecían ser de tipo tónico-clónicas. La mayoría de las veces, se golpeaba y terminaba sangrando. Alejandro sostuvo que no lo veía un neurólogo hacía ya tiempo, y estaba a la espera de que lo trasladen al turno que tenía en noviembre en la UP 22. Afirmó que en la UP 22 estaba un poco mejor, su celda era más grande y podía movilizarse mejor con la silla de ruedas. Luego de una convulsión, por lo general, le administraban medicación vía intravenosa y se recuperaba más rápido. Requería de la asistencia permanente de sus compañeros para levantarse, higienizarse, bañarse, lavar su ropa. Como pedido más urgente solicitó ser atendido por un/a neurólogo/a que

evalúe su situación de salud y su esquema farmacológico. Expresó que quería, además, ser trasladado a la UP 22 para una mejor atención y condiciones materiales de detención y, de ser posible, contar con una silla de ruedas con apoya pies bajo, ya que, a la dificultad de autopropulsarse con una sola mano, se le sumaba el arrastre de la pierna derecha. Luego de la entrevista, se realizó una presentación a su juzgado solicitando atención extramuros con neurólogo y explicitando las gravosas condiciones en las que se encontraba.

El 15 de noviembre de 2021 se lo entrevista nuevamente en la UP 9. Seguía esperando que lo evaluara un neurólogo, y las convulsiones eran cada vez más recurrentes. A los dos días se mantuvo una comunicación con la Defensoría de Ejecución Penal de Lomas de Zamora; en la entrevista, el defensor Granella nos informó que pidió su evaluación en el Hospital El Dique de Ensenada, y que la jueza estaría dispuesta a aceptar su internación en caso de que lo admitieran. La necesidad de un hospital de rehabilitación estaba dada por su situación de salud pero además porque no había disponible un domicilio familiar para acompañar un arresto.

Al mes se lo entrevistó nuevamente en la UP 9. Allí Alejandro refirió que estaba con cefalea y relató una convulsión sufrida días atrás cuando se cortó el mentón producto de la caída. Ante los reiterados pedidos había sido evaluado por un médico neurólogo del Hospital A. Korn de Romero quien había solicitado estudios. Refirió disfagia producto de la hemiparesia que le impedía procesar los alimentos adecuadamente y mencionó un turno pendiente para laboratorio el 22 de diciembre en el Hospital San Martín.

A la escritura del presente informe, luego de una comunicación fluida con Alejandro, su familia y la Defensoría de Ejecución Penal N° 2 a cargo de Guillermo Granella, se realizó una nueva propuesta de morigeración, donde se comenzó a tramitar un lugar en el Hogar de Cristo como posible domicilio para tramitar la prisión domiciliaria. El médico neurólogo de la UP 22 sugirió arresto domiciliario debido a que las condiciones del encierro no sólo impedían la recuperación de su salud, sino que continuaban originando secuelas, complicaciones y perjuicios. Los turnos no siempre se respetan desde la unidad ni tampoco la realización de estudios indicados por los médicos. Alejandro continuaba durmiendo en un colchón en

el piso, manchado casi en su totalidad con la sangre derramada luego de cada convulsión. Desde esta Comisión y la Defensoría se seguían realizando presentaciones periódicas para que Alejandro accediera a mejores condiciones de detención y salud.

## **Gabriel**

Gabriel está detenido desde el año 2010 y, desde entonces, en comunicación con la CPM. Sus solicitudes se han vinculado a la ausencia de atención de salud y a los traslados constantes. En aras de sintetizar el caso, se expondrán sólo los hechos ocurridos desde el 2020 a la fecha.

El 14 de octubre del 2020 Gabriel se comunicó y manifestó encontrarse alojado en el sector de sanidad de la UP 48 de San Martín. Posee una discapacidad que le impide movilizarse por sus propios medios: se traslada en silla de ruedas y usa pañales ya que no controla esfínteres. En ese momento, manifestó que tenía un pedido de morigeración en curso del cual no tenía novedades y expresó que un compañero de celda lo asistía en las tareas diarias. Asimismo, contó que prefería quedarse allí porque así su familia le podía llevar pañales; previamente ha sufrido traslados que le impedían estar cerca de ella.

Ante nuestra consulta a la Defensoría de San Martín, que lleva el proceso de Gabriel, refirieron que había un pedido de domiciliaria en curso que estaba bajo trámite, y se había solicitado la provisión de pañales, alimentación adecuada y acompañamiento terapéutico en el cuidado diario y la higiene.

Tras los motines suscitados el 31 de octubre de 2020 en diferentes cárceles, Gabriel fue trasladado a la UP 1, donde fue alojado en el sector de sanidad quedando esposado. Se comunicó para solicitar que le sacaran las esposas ya que no sabía cómo hacer para cambiarse los pañales. Cuando no hay otro detenido, es él quien se los cambia por sí solo, realizando un gran esfuerzo. El 17 de noviembre volvió a comunicarse reclamando atención de salud y permanencia en la UP 48, donde había sido nuevamente trasladado. Se copian palabras textuales de su comunicación:

“Me encuentro en silla de ruedas, tengo varias escaras debido a mi situación actual, por mi parálisis yo necesito ayuda para todo. A mí me tienen que bañar, cambiar y cambiar los pañales. A mí el juzgado me otorgó una asistente terapéutica, algo con lo que nunca cumplieron y no van a hacer. Yo necesito asistencia todo el día, tengo a mi compañero de celda que hace todo por mí pero si a él lo sacan me van a tener como ya me tuvieron 2 o 3 días tirado sin cambiarme los pañales nada.”

El 24 de noviembre del 2020 se presentó un habeas corpus antes el Tribunal Oral Criminal N° 3 de Mercedes<sup>27</sup> en el que se denunciaba la ausencia de abordaje de la salud y la falta de provisión de pañales. Ese escrito fue rechazado por ‘improcedente’, a la vez que requirió a la a la unidad sanitaria que “arbitre los medios necesarios para que se le brinden al encausado los materiales y medicamentos necesarios acorde su condición de salud, debiéndose brindarle además la asistencia pertinente (...) un informe médico en el que se especifique si el nombrado puede permanecer alojado en el ámbito carcelario y si dicho Establecimiento se encuentra en condiciones de brindarle la atención necesaria”.

Ante esta resolución se destacan dos elementos: en marzo de 2022 (al momento de la escritura de este informe) Gabriel continuaba sin recibir la atención correspondiente en la unidad, sin asistencia terapéutica y con provisión de pañales por parte de sus familiares. Se mantuvo entrevista de comparendo con Gabriel, quien manifestó sus múltiples problemas de salud, lo cual fue contrastado con un informe médico de la unidad que manifestaba lo siguiente:

...sin perjuicio de lo manifestado, del informe médico remitido por la unidad sanitaria del establecimiento que lo aloja surge: Paciente con buen estado general, vigil, afebril, ubicado en tiempo y espacio, hemodinámicamente compensado, no deambula por sus propios medios, se moviliza con silla de rueda, Signos vitales dentro de parámetros normales. Paciente que presenta antecedente de HAF con paraplejía incontinencia urinaria y fecal, el mismo utiliza pañales que le son entregados semanalmente los cuales son provistos por la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria y analgésicos. Debido a los hechos acaecidos el 31/10/20 no contamos con historia clínica.

---

27 Presidido por el Dr Ignacio Racca desde el 01/01/22 al 31/01/22.

Pese a lo indicado por el Tribunal respecto a la provisión de pañales y demás cuestiones necesarias para su salud, el 13 de noviembre se volvió a comunicar Gabriel manifestando que hacía más de diez días que no le proveían de pañales y que en su lugar le habían dado de gasas, por lo que estaba recurriendo a la utilización de bolsas en lugar de pañales.

Durante julio y agosto del 2021 se mantuvieron comunicaciones con Gabriel y se presentaron nuevos habeas corpus. Seguía sin asistencia de salud y las condiciones se agravaron más al estar alojado en una celda de aislamiento en la UP 48, junto con otros dos detenidos que lo asisten. Una celda de aislamiento no reúne las condiciones mínimas de habitabilidad para cualquier persona detenida, menos aun para alguien en la situación de Gabriel.

Dada esta situación, el 25 de agosto de 2021 el Programa se constituyó en la UP 48 de San Martín para entrevistar personal y confidencialmente a Gabriel. Se constató que la celda que habitaba no contaba con los requerimientos mínimos de habitabilidad y mucho menos de accesibilidad para personas con discapacidad. La silla de ruedas no pasaba por la puerta de la celda. Para ingresar debía ser cargado en brazos hasta el interior, para luego desarmar la silla y armarla en la celda. Tampoco tenía ningún dispositivo de apoyo ni acompañamiento que garantice su autonomía. La única persona que lo asistía era su compañero de celda. Gabriel se mostró angustiado por su situación y lo que implicaba requerir la asistencia constante de alguien que, si bien lo hacía de buena fe, no tenía la responsabilidad de acompañarlo. Esta situación de afectación de su autonomía es producto de la falta de accesibilidad y la nula provisión de sistemas de apoyo que consideren las particularidades de transitar el encierro con una discapacidad.

Las condiciones que atravesaba eran inhumanas y configuraban tortura y trato cruel, inhumano y degradante. Gabriel estaba bajo aislamiento total, encerrado 24 horas en una celda de escasas dimensiones. Como no podía salir a duchas, debía bañarse sobre una silla en la celda, con baldes de agua fría. Hacía varias semanas que no podía higienizarse adecuadamente, lo que implicaba no sólo un trato indigno sino un incremento del riesgo de sufrir infecciones en las escaras. Dormía en un colchón de goma espuma suministrado por su familia, mientras que su compañero de celda

lo hacía en el suelo. Debido a su incontinencia solía mojar el colchón, por lo que necesitaba un cotón plástico. Recibía una bolsa de pañales cada 15 días, lo cual era insuficiente debido a que utilizaba entre 5 y 6 por día. Los insumos restantes eran provistos por su familia, entre ellos su medicación. Gabriel señaló que debería tomar tramadol para calmar sus dolores, pero la medicación resultaba muy costosa. También utilizaba crema platsul para el tratamiento de sus escaras. Manifestó gran preocupación por su vulnerabilidad y el mayor riesgo que implica sufrir un hecho de violencia. Se mostró alerta ante la posibilidad de sufrir agresiones o robo de pertenencias.

Gabriel destacó que prefería permanecer en esa unidad porque su familia vive en Pablo Nogués, y era fundamental para recibir insumos, mercadería y objetos de vida diaria esenciales para suplir las carencias del encierro. Por ello, reiteró que el sector de sanidad de la UP 48 sería un mejor lugar para su alojamiento. Gabriel refirió que el espacio en sanidad es más grande y le permitiría tener mayor movilidad y despliegue de su autonomía. Asimismo, contaría con baño y acceso a duchas.

Gabriel está en silla de ruedas desde 2016, cuando recibió un tiro mientras estaba en libertad. Está anotado en el INCUCAI para trasplante de médula. En un momento le habían ofrecido operarse pero lo rechazó por el alto riesgo de vida que implicaba. Tiene un hijo de 12 años, al cuidado de su pareja. Jamás realizó actividades de rehabilitación ni tampoco fue informado sobre esta posibilidad. No ha tenido acompañamiento psicológico, y él refirió sentirse bien de salud mental. Sin embargo, la pérdida del vínculo con su pareja, las torturas en el encierro y la falta de contacto con su hijo son parte de sus preocupaciones y angustia. Pese a las presentaciones realizadas, el 28 de septiembre del 2021 volvió a comunicarse expresando que estaba en una celda de aislamiento, solo y sin asistencia de ninguna persona.

El 1 de octubre se comunicó manifestando que le había llegado orden de traslado para la UP 49 de Junín, contra sus reiteradas solicitudes de permanecer en San Martín. Ese mismo día se expresó esta situación al Tribunal y defensoría de Mercedes, y se manifestó la voluntad de Gabriel de permanecer en el lugar de alojamiento. El día 5, Gabriel se comunicó desde la UP 49 donde fue alojado, manifestando serios problemas en

los traslados en relación a la imposibilidad de ser higienizado, debiendo permanecer por muchas horas con el mismo pañal. Tras una nueva presentación, Gabriel fue trasladado a la UP 26 de Olmos. Allí se lo entrevistó días más tarde; había padecido un traslado gravoso, durante el cual no le permitieron parar en algún lugar para cambiarse el pañal y permaneció sucio durante todas las horas del viaje. Luego fue alojado en un pabellón común, y compartía la celda con otra persona. Al momento de la entrevista sólo le quedaban dos pañales; seguía muy dolorido, sin acceso a la medicación básica ni crema para las escaras.

El 22 de octubre denunció en este MLPT recibir maltrato por parte del jefe de la unidad sanitaria donde se encontraba, el Dr Piñeiro, quien lo había increpado indicándole que dejara de denunciar su situación ante la CPM y lo había amenazado con un posible traslado a Bahía Blanca, más lejos aún de su familia.

El 19 de noviembre fue trasladado de la UP 26 a la UP 13 de Junín donde fue alojado en el sector de sanidad, lugar donde se encontraban internadas personas con tuberculosis. Allí lo entrevistamos el día 23; estaba alojado en una celda de diminutas dimensiones donde, con su silla, no podía ni siquiera girarse: “No me sacan ni a bañarme, estoy sin pañales, me pongo trapos y bolsas de nylon (...) si me caigo nadie me ayuda”. Luego contó que al llegar le dieron 4 pañales y el día de la entrevista 4 más, y que su compañero de pabellón le había regalado 10 que el SPB le hizo firmar como entregados de parte de ellos.

Se encontraba aguardando novedades de su causa. Está a cargo de dos tribunales, San Isidro y Mercedes. El primero otorgó el arresto domiciliario pero solicitó al TOC N°3 que se expida, sin respuesta. En su legajo penitenciario figura esta petición y por los plazos de respuesta deberían expedirse antes de finalizar el mes de diciembre. Gabriel refirió temor de contagiarse de TBC en el sector de sanidad de la unidad. Estaba todo el día dentro de su celda: “pienso mucho y de noche casi que no duermo”, expresa. Nunca recibió atención psicológica pero expresó que le gustaría, ya que su condición le generaba gran angustia.

Luego de esta entrevista se realizó otra presentación judicial ante su tribunal solicitando la provisión de pañales y recursos para curar las escaras,

audiencia con defensoría y tribunal, y traslado a alguna de las unidades de San Martín o Ituzaingó para posibilitar el contacto con la familia y asegurar la provisión de recursos fundamentales para su salud.

El 29 de diciembre se volvió a presentar un habeas corpus dado que Gabriel continuaba alojado en la UP 13, pero fue traslado a la UP 39 donde no fue recibido porque en sanidad no disponían de las condiciones para su abordaje. Esto implicó un viaje de ida y vuelta sin posibilidad de cambiarse el pañal y en pésimas condiciones de detención.

A la fecha de escritura del informe, Gabriel se encontraba en la UP 47 de San Martín, alojado junto a otros detenidos en la misma celda, con dificultades para que el SPB le entregue pañales, y a la espera de respuestas frente a la apelación que realizó su defensoría por negativa a morigeración y sin ningún tipo de asistencia terapéutica dada su situación de salud.

### 3. CONTROL PUNITIVO Y DISCIPLINAMIENTO PATRIARCAL

La cárcel, un lugar estructurado para alojar masculinidades, impacta de manera diferencial en mujeres y personas del colectivo LGBTIQ+. La violencia patriarcal y heterocisnormativa es reproducida en las violencias y vulneraciones de derechos propias del sistema y en el tratamiento desigual de funcionarios/as penitenciarios/as y judiciales. Su encarcelamiento se vincula con el endurecimiento de los discursos y anuncios de persecución del narcotráfico, que en la práctica se limita a encerrar a los eslabones débiles de la cadena delictiva. Una gran proporción de las mujeres cis y las personas trans y travestis están detenidas por infracciones a la ley 23.737 de estupefacientes<sup>28</sup>. La participación de mujeres, trans y travestis en estos mercados ilegales no debe escindirse de la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran<sup>29</sup>: la pobreza y la exclusión del mercado laboral, atravesadas por la desigualdad y las violencias del sistema patriarcal.

En este capítulo se sistematizan las violencias que impactan sobre los cuerpos de las mujeres y de las personas LGBTIQ+ en el encierro punitivo, registradas por la Comisión Provincial por la Memoria (CPM) en el marco de las tareas como Mecanismo local de prevención de la tortura (MLPT) durante el año 2021. Sin embargo, ya fueron denunciadas por

---

28 Según el último informe del Registro Único de personas Detenidas (RUD) elaborado por la Procuración General de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, en 2020 el 44% del total de mujeres estaba detenida por infracción a la ley 23.737, mientras que el 11% del total de la población de varones estaba detenida por este delito. Para el caso de la población trans y travesti, el Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena (SNEEP) del Ministerio de Justicia de la Nación (censo realizado a la población detenida al día 31 de diciembre de cada año, en cada establecimiento del país) informó que, en 2020, el 32% del total estaba detenida por este tipo de delito. Las series históricas de dicha información, se encuentran disponibles en [Mujeres detenidas en el SPB, según delito imputado, 2010-2020](#) y en [Trans y travestis detenidas en el SPB, según delito imputado, 2017-2020](#).

29 Por ejemplo, según los últimos datos actualizados del SNEEP en 2020, el 67% de las mujeres cis y el 60% de las personas trans y travestis estaba desocupadas antes de su detención. En cambio, para los varones detenidos, ese porcentaje era del 42%.

la CPM en informes anteriores, visibilizando la continuidad y la sistematicidad de las vulneraciones estructurales del sistema<sup>30</sup>.

### 3.1. Análisis del encierro punitivo

A fin de 2021, había 2.405 mujeres y 112 personas trans y travestis detenidas en el SPB, el 5% del total de la población detenida. Ambas poblaciones aumentaron con respecto a 2020<sup>31</sup>, retomando el ascenso histórico de la población carcelaria que había sido interrumpida notoriamente en el marco de las medidas adoptadas por la pandemia del Covid-19. En el caso de la población de mujeres, en los últimos 20 años, ha aumentado de manera sostenida, triplicándose (312%). Como muestra el Gráfico 1, la única disminución importante se registra en 2020, con dichas medidas excepcionales<sup>32</sup>.

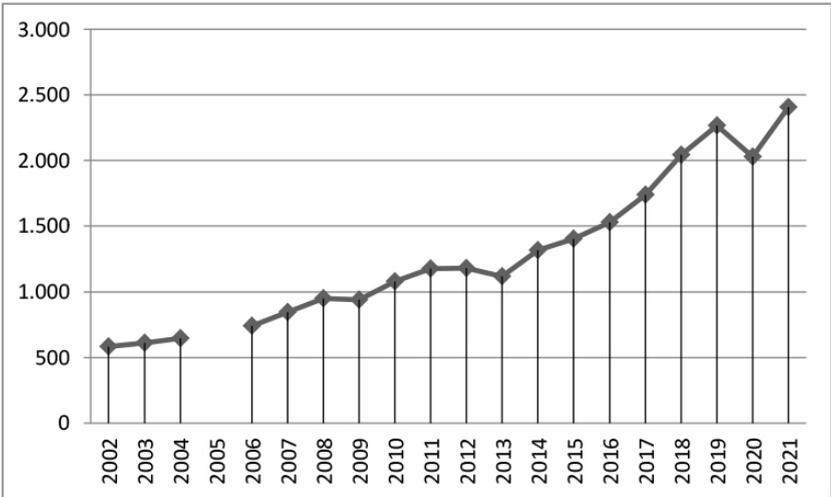
---

30 Ver Informes 2007-2021, para la población de mujeres, e Informes 2011-2021, para la población trans y travesti, donde la CPM ha expuesto las situaciones que padecen las mismas en el encierro.

31 En diciembre de 2021, la población de mujeres aumentó en un 19% y la población trans y travesti un 37% con respecto a diciembre de 2020.

32 Para mayor información sobre dichas medidas, ver el apartado 5 del capítulo “La política criminal” del Informe anual 2021 de la CPM.

**Gráfico 1. Mujeres detenidas en el SPB, 2002-2021**

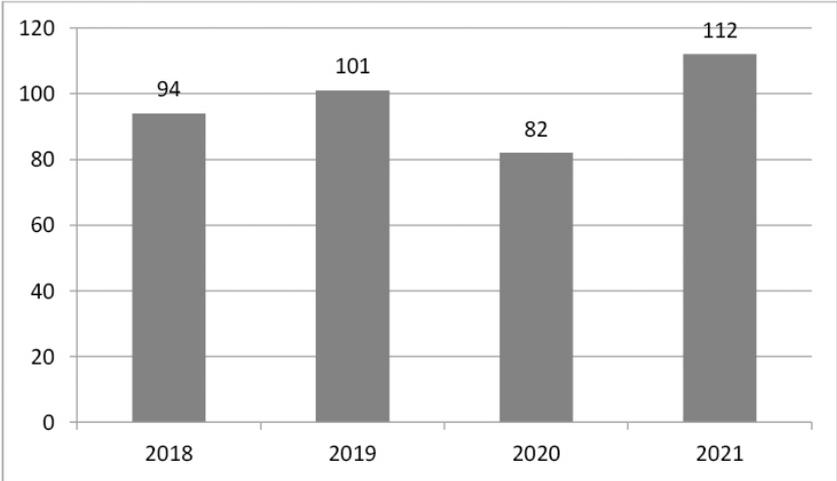


**Fuente:** CPM en base a informes anuales del SNEEP (2002-2013) y a datos de población detenida provistos por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires (2014-2021). **Nota:** se desestima el dato publicado por el SNEEP en 2005, ya que en dicho año la provincia de Buenos Aires no informó datos desagregados del total de unidades penales, entre ellas la UP 8 y la UP 33, que alojaban la mayoría de mujeres detenidas.

Con respecto a la población trans y travesti, la CPM accede a datos oficiales desde mediados de 2018. Sin embargo, se presume la existencia de un subregistro en la información remitida ya que, a partir de las tareas de monitoreo, se ha tomado conocimiento de personas cuya identidad de género autopercebida no es respetada. De igual modo, a partir de los datos obtenidos, entre 2018 y 2021, en promedio han estado detenidas 97 personas trans y travestis en el SPB, produciéndose en 2021 la el mayor número de los cuatros años registrados: 112<sup>33</sup>.

33 61 en la UP 32 de Florencio Varela, 18 en la AP 44 de Batán, 16 en la UP 2 de Sierra Chica, 3 en la Alcaldía Departamental Petinatto de La Plata, 1 en la UP 8 de Los Hornos y 11 con monitoreo electrónico.

**Gráfico 2. Personas trans y travestis detenidas en el SPB, 2018-2021**

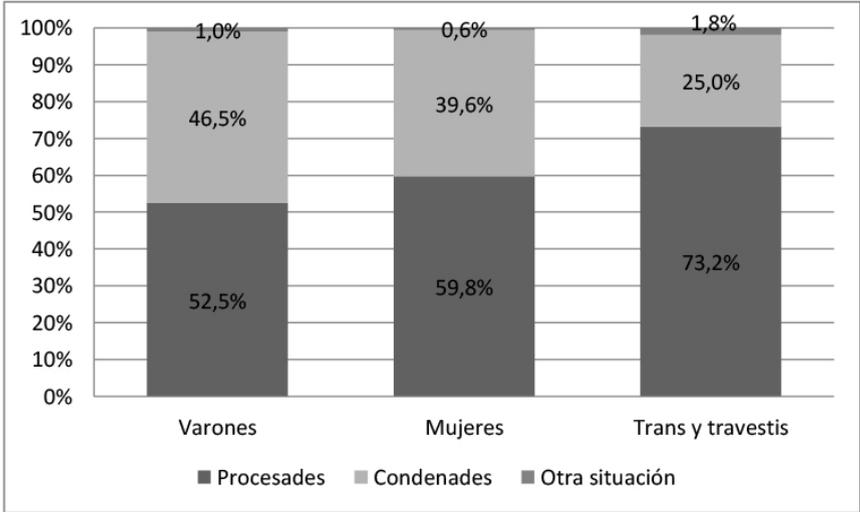


**Fuente:** CPM en base a datos de población detenida provistos por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires.

Un problema histórico del sistema carcelario bonaerense es que la mayoría de las personas se encuentra detenida sin estar condenada<sup>34</sup>. Esto se profundiza en el caso de las mujeres y personas trans y travestis, como se observa en el Gráfico 3.

<sup>34</sup> En diciembre de 2021, 53% personas se encontraban procesadas, 46% con condena y el 1% restante sobreeséidas o sin prisión preventiva.

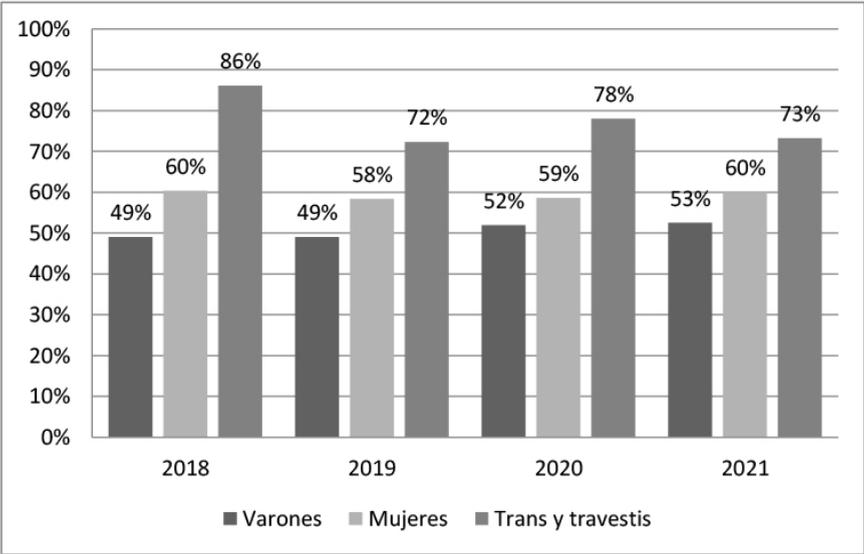
**Gráfico 3. Porcentaje de personas detenidas en el SPB, según género y situación procesal, 2021**



**Fuente:** CPM en base a datos de población detenida provistos por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires. Nota: “Otra situación” incluye a personas sobreesídas y sin prisión preventiva.

En 2021 (sumadas las personas detenidas procesadas, sobreesídas y sin prisión preventiva) se observa que el 60% de las mujeres y el 75% de las personas trans y travestis estaban detenidas sin condena. El Gráfico 4 visibiliza la sistematicidad del uso extendido de la prisión preventiva, que perjudica de modo diferencial a esta población tal como ha sido denunciado en informes previos (CPM, 2020: 203; 2021: 209).

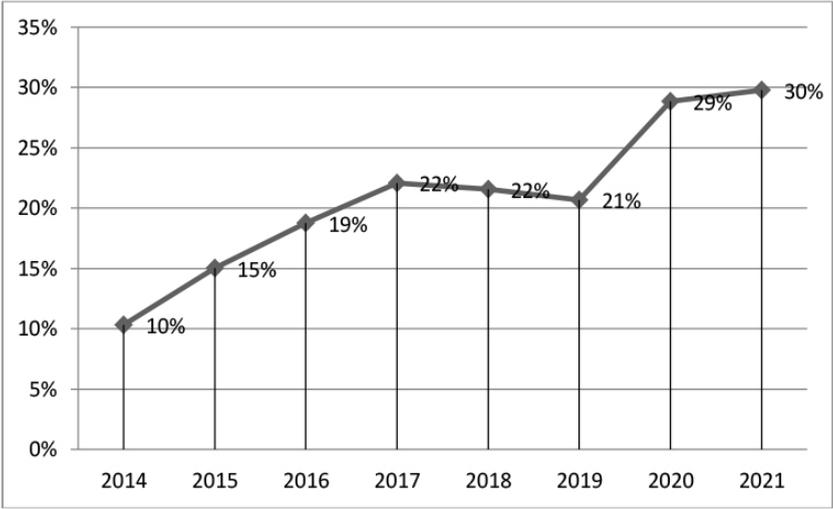
**Gráfico 4. Porcentaje de personas procesadas detenidas en el SPB según género, 2018-2021.**



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

Una cuestión a destacar en el año 2021 es que el 30% (716) de las mujeres detenidas en el SPB está bajo la modalidad de monitoreo electrónico. Esta proporción ya había aumentado en 2020 (CPM, 2021: 198) después de cuatro años en los cuales se había mantenido en un promedio del 21%. La cantidad de mujeres detenidas cada vez es mayor, pero también sube el porcentaje de las que se encuentran detenidas bajo arresto domiciliario, como se observa en el Gráfico 5. Las mujeres, en comparación al resto de la población detenida, acceden más a dicha morigeración. Esto se vincula con el reconocimiento legislativo de la responsabilidad de las tareas de cuidados impuesta socialmente a las mujeres (CPM, 2021: 199).

**Gráfico 5. Porcentaje de mujeres con monitoreo electrónico sobre el total de mujeres detenidas en el SPB, 2014-2021**



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

Con respecto a las personas trans y travestis, la CPM obtiene datos de aquellas detenidas bajo monitoreo electrónico desde mediados de 2019, cuando el SPB dejó de remitir el parte diario de población clasificada de manera binaria (CPM, 2020: 202). En 2021, eran 11 de 112 las/os detenidas/os bajo monitoreo electrónico<sup>35</sup>.

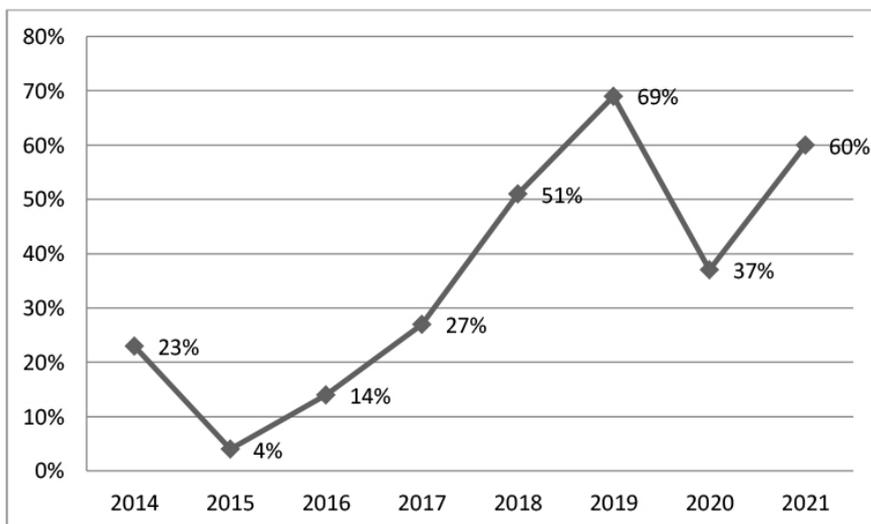
El aumento del encarcelamiento provoca cárceles sobrepobladas, con condiciones de detención que vulneran derechos y violentan a las personas detenidas. En el caso de las mujeres y personas trans y travestis, los lugares de encierro presentan particularidades y violencias específicas que se exponen en el siguiente apartado.

<sup>35</sup> En 2020, habían sido 9 las personas trans y travestis detenidas bajo monitoreo electrónico. Mientras que en 2019 se registraron 3 en la misma situación.

### 3.2. Espacios de alojamiento; espacios de control

El sistema carcelario se compone de 66 lugares de encierro entre unidades penales y alcaldías departamentales, de los cuales 20 tienen espacios destinados a alojar mujeres cis y personas trans y travestis<sup>36</sup>; 18 fueron monitoreados por la CPM en 2021<sup>37</sup>. La población de mujeres está alojada en 15 unidades penales, con un cupo estipulado para 1.057 personas<sup>38</sup>. Esto significa que, en 2021, la sobrepoblación de mujeres en las cárceles bonaerenses fue del 60%, aumentando 23 puntos con respecto a 2020 y acercándose al pico más alto registrado en 2019, como muestra el Gráfico 6.

**Gráfico 6. Sobrepoblación de mujeres en el SPB, 2014-2021**



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

36 Para observar cuáles son las unidades penales y alcaldías del SPB y su distribución en el territorio provincial, ir a [Mapa de cárceles del SPB](#) de la web Datos Abiertos de la CPM.

37 En total, se han realizado alrededor de 60 inspecciones en dichos espacios.

38 En 2021, el cupo para las unidades penales y alcaldías penitenciarias era de 1.034 y de 23 para la Alcaldía Departamental La Plata III.

La mayoría (10) son espacios denominados “anexos femeninos” en cárceles que alojan varones<sup>39</sup>. Estos lugares tienen implicancias negativas para las mujeres alojadas allí, que se suman a las vulneraciones inherentes al sistema. En los anexos de la UP 3 de San Nicolás, UP 4 de Bahía Blanca y UP 5 de Mercedes, el principal problema expresado por las entrevistadas es la falta de atención a la salud. En la UP 4 refirieron no poder realizarse controles ginecológicos, ya que no había personal especializado en la unidad pero tampoco eran llevadas al hospital. A algunas esto les generaba mayor preocupación porque padecían, por ejemplo, fibromas, hemorragias abundantes durante la menstruación o un DIU sin controles. En la UP 5 tampoco había personal especializado ni recibían pastillas anticonceptivas o test de embarazos. Las mujeres dijeron que allí no eran atendidas por personal de salud: sólo al reclamar por estados críticos eran asistidas por un enfermero que indicaba ibuprofeno para cualquier malestar. Si era una situación grave, debían ser trasladadas al hospital pero no siempre ha habido vehículo y personal penitenciario disponibles para realizar dicho traslado. Agregaron que, cuando han pedido atención médica asistencial o preventiva, el SPB respondió que “deben manejarse con el juzgado” para solicitar la salida al hospital, requisito que se agrava por la dificultad que tienen las personas detenidas para comunicarse con sus defensas o juzgados a cargo. En ninguno de estos lugares accedían a información sobre derechos sexuales y no reproductivos, sobre menstruación, menopausia, etc., es decir, situaciones que se exponen en los cuerpos de las mujeres. Asimismo, en estas cárceles tienen menos oferta educativa y/o laboral y menos circulación por los espacios al interior del penal, entre otras limitaciones.

La población trans y travesti es alojada en cinco lugares en el SPB: la **UP 2 de Sierra Chica**, la **UP 8 de Los Hornos**, la **UP 32 de Florencio Varela**, la **AP 44 de Batán** y la **AD Pettinato de La Plata**. Estas cárceles (que alojan varones y feminidades trans y travestis, salvo la **UP 8** que es una cárcel de mujeres con un pabellón para masculinidades trans) son los establecimientos designados oficialmente para alojar a esta población, desde una lógica binaria y biologicista. Sin embargo, durante 2021, en los partes generales de población se informaron personas trans y travestis alojadas en otras unidades donde el mismo SPB manifiesta no poseer espacios destinados para ellas. Según el

---

39 Dichos anexos están en la UP 3 de San Nicolás, UP 4 de Bahía Blanca, UP 5 de Mercedes, UP 13 de Junín, UP 40 de Lomas de Zamora, UP 45 de Melchor Romero, UP 46 y UP 47 de San Martín y UP 54 de Florencio Varela. Además, un sector de internación de la UP 22 de Olmos aloja mujeres.

parte de Subdirección general de políticas de género del SPB, hay 114 plazas en las 4 unidades<sup>40</sup>, mientras la AD informó contar con 16 plazas. Teniendo en cuenta este cupo informado, no existiría sobrepoblación en la población trans y travesti. Pero esto significa desconocer que comparten espacios con varones -como en la UP 2 y la UP 32- y que se asignan plazas a espacios muy reducidos, como en la UP 8 donde una celda de pocas dimensiones se informó con un cupo para 6 personas y el SPB lo llama pabellón (CPM; 2020: 205). En los números, el SPB parece respetar el cupo para las personas trans pero la realidad es otra. Esto ha sido constatado en el marco de las tareas de monitoreo de la CPM. El 8 de septiembre de 2021 se inspeccionaron los pabellones 2 y 11 de la UP 32. Cada uno tiene dos plantas y 24 celdas, de 2,50 por 2 metros aproximadamente: capacidad para una persona. Pero se observó la incorporación de camastros o la ampliación de los que había si eran celdas que alojaban parejas. Es decir, en las celdas que originalmente eran de alojamiento individual había de 2 a 3 camastros. Y, en algunas, se alojaban hasta cuatro personas, obligando que dos duerman apiladas en el piso sobre colchones o frazadas. Es de destacar que los varones allí alojados son gays o imputados por delitos contra la integridad sexual o por violencia de género. Esto, al interior del pabellón, reproduce lógicas de desigualdad, discriminación y vulneración. Similar situación se registró en la UP 2 el 10 de noviembre de 2021: allí había 180 personas alojadas en el pabellón 9 denominado “diversidad”. El SPB informó tener un cupo para 15 personas trans y travestis en dicha UP que, al momento de la inspección, se cumplía ya que había 15 pero conviviendo con 165 varones detenidos. Incluso en la AP 44, que cuenta con un pabellón exclusivo para feminidades trans y travestis, el cupo informado no da cuenta de las condiciones de encierro reales. La CPM inspeccionó el lugar el 10 de noviembre de 2021 y no contaba con mobiliario suficiente para todas las personas alojadas (23 el día de la inspección). Había cuatro celdas de reducidas dimensiones, con dos o tres camas metálicas cucheta cada una. No tenían lugar para guardar sus pertenencias y debían colgarlas por la celda, lo que reducía más el espacio para circular.

Al igual que en los anexos “femeninos” de las cárceles de varones, en estos pabellones las personas trans y travestis ven limitadas la circulación por la unidad y las actividades que pueden realizar. Las personas alojadas en la AD Petinatto de La Plata expresaron no poder acceder al patio, ya que no podían cruzarse con la población masculina y el SPB no disponía medidas

---

40 El cupo de la UP 2 es de 15, 72 para la UP 32, 6 para la UP 8 y 21 para la AP 44.

para garantizarles dicho acceso. En ese sentido, en la AP 44 refirieron que el personal penitenciario les exigía, para salir del pabellón, usar “ropa prudente”: no les permitían usar shorts, tops o ropa con escote. Otra problemática compartida era la falta de acceso a la atención sanitaria: tampoco las llevaban a la sanidad de los penales ni eran atendidas correctamente.

Una especificidad registrada para esta población fue el incumplimiento en todas las unidades de los tratamientos de hormonización. En la UP 2 manifestaron que los obstáculos para sostener el tratamiento se debía a la falta de medicación que obligaba a suspenderlo o a la demora en ser suministrado una vez que ingresaba al penal. En la UP 32 relataron que, cinco meses atrás, había ido la entonces directora de Salud Penitenciaria, Sonia Quiruelas, les habían sacado sangre y dado pastillas y gel para iniciar el tratamiento. Pero, hasta el momento, no les habían informado resultados de estudios ni les habían vuelto a proveer medicación. Algunas entrevistadas agregaron que, en esa ocasión, les habían dado pastillas para compartir entre ellas, sin discriminar la cantidad de hormonas necesitaba cada una. Por último, en la AP 44 refirieron que directamente no existía ningún proceso en relación a la hormonización y algunas entrevistadas relataron que hacía tres años que no recibían ningún tratamiento.

Las condiciones de encierro provocan padecimientos para toda la población detenida. Lo expuesto hasta aquí intenta visibilizar que, para las mujeres y personas trans y travestis, el hecho que la cárcel haya sido estructurada para alojar varones provoca que los lugares de alojamiento y la lógica cissexista de la institución reproduzcan la violencia patriarcal y el transodio. En los siguientes apartados, se exponen ciertas especificidades que viven estas poblaciones en el encierro.

### 3.3. Masculinidades trans invisibilizadas

Las masculinidades trans en el encierro continúan siendo invisibilizadas, como ya ha sido denunciado<sup>41</sup>. En 2021 la CPM volvió a entrevistar a masculinidades trans en cárceles de mujeres, a quienes su identidad de género autopercibida no se respeta o quienes deciden no manifestarlo por temor a ser víctimas de prácticas transodiantes del SPB. Dicha invisibilización se relaciona con los dispositivos de castigo desplegados por la institución penitenciaria a fin de disciplinar al colectivo.

Uno de ellos es la segregación en sectores de aislamiento. Tal es el caso de Lucho Ávila Ruiz, un varón trans de 25 años que se encontraba alojado en la cárcel de mujeres UP 33 de Los Hornos. Llevaba detenido dos años y medio en cárceles de mujeres cis, procesado sin condena ni expectativa de un juicio cercano por un presunto delito de tenencia de drogas para comercialización. Lucho sufría ataques de pánico y, tras ser castigado en un *buzón*, se quitó la vida el 1 de febrero de 2021. Tras tomar conocimiento, la CPM se constituyó en el penal al día siguiente. Según la directora de la UP, Karina González, la sanción de Lucho se originó en una discusión con su pareja y, por ello, ambos/as fueron reubicados en el sector de separación del área de convivencia (en adelante, SAC), pese a su cuadro médico. Después de dos días en aislamiento, Lucho se ahorcó en su celda. Su pareja, en la celda contigua, debió *chaponear* varios minutos para que sea asistido; otra detenida tuvo que ayudar a descolgar el cuerpo, le realizaron RCP y lo trasladaron a un hospital pero falleció en el camino. Sus compañeras relataron que Lucho estaba angustiado y había pedido actividades reiteradas veces para no pasar tanto tiempo encerrado en el pabellón. Quería trabajar en un área distinta a la que le había asignado el SPB. “Estaba muy cansado por este tema, ya que le daban tareas supuestamente de varón. Cargar bolsas pesadas de papa o carne y eso no le gustaba, se sentía mal”, expresó una de sus compañeras. Agregaron que había pedido cambiar de tarea, pero había sido amenazado por agentes del SPB con cambiarlo de pabellón si dejaba ese trabajo. La CPM entrevistó a la madre de Lucho, quien relató esta misma situación de angustia y la amenaza por el tema laboral, y expresó no entender cómo había sido ais-

---

41 CPM, 2020: 205 y CPM, 2021: 208.

lado ya que el SPB conocía que estaba en tratamiento por sus ataques de pánico. El caso de Lucho es sólo una muestra de los impactos que genera el aislamiento en las personas detenidas<sup>42</sup>, al cual se suma la invisibilización de su identidad y la indiferencia ante sus necesidades particulares. Si bien el SPB le proveía hormonas desde el primer momento, no era registrado como masculinidad trans e incluso el parte oficial de su muerte lo identificó con el nombre asignado al nacer. Es decir, faltaron o fallaron las políticas necesarias para garantizar el cumplimiento efectivo de la ley de identidad de género.

En 2019, el SPB designó un sector de alojamiento en la UP 8 (cárcel de mujeres cis) para masculinidades trans (CPM, 2020: 205). Desde su constitución, la CPM denunció las malas condiciones y el régimen de aislamiento que padecían las personas alojadas allí. En 2021 se registró la misma situación. A raíz de una inspección realizada el 18 de mayo, se presentó un hábeas corpus colectivo ante el Tribunal Oral Criminal 1 de La Plata<sup>43</sup> denunciando las condiciones de las celdas de aislamiento, de admisión y de la que funcionaba como pabellón trans de la UP 8. El tribunal hizo lugar al habeas corpus el 15 de junio, al verificar “condiciones inhumanas de alojamiento” y dispuso, entre otras medidas: la clausura de las celdas de aislamiento y que el poder ejecutivo provincial efectúe un plan de mejora edilicia del sector de admisión y pabellón trans, y recomendó la readecuación de este último para que “se genere un espacio de cierta autonomía dada la diversidad de género entre las personas que allí se alojan y el resto de la población”. Las remodelaciones se pusieron en marcha durante 2021; sin embargo, estos cambios edilicios no modificaron el accionar penitenciario.

A lo largo de 2021, la CPM intervino por Marcos, un varón trans alojado en

---

42 En base al estudio focalizado del Registro Nacional de Casos de Tortura y/o Malos Tratos (RNCT), el aislamiento afecta la salud integral: “El impacto sobre la salud integral se presenta de manera compleja, con repercusiones interrelacionadas de los padecimientos físicos, psíquicos y emocionales: dolencias físicas que provocan angustia, ansiedad que genera síntomas fisiológicos, sentimientos negativos que derivan en intentos de suicidio” (CPM, 2021: 51). “En el límite de los padecimientos propios de la circunstancia de aislamiento se encuentra el riesgo de muerte: producto del deterioro de la salud inherente a esta situación, como consecuencia de las autolesiones “utilizadas” como medio de reclamo y, en los casos más extremos, como resultado del desarme más profundo de la subjetividad que lleva al suicidio”(CPM, 2021: 59).

43 Conformado por Cecilia Sanucci, Hernán Decastelli y Ramiro Fernández Lorenzo.

la UP 8, quien comunicó en reiteradas oportunidades golpizas, maltratos y amenazas del SPB. Ante estos hechos, la CPM realizó varias presentaciones judiciales ante el tribunal responsable<sup>44</sup>, que respondió sólo en una ocasión y resolvió en parte lo solicitado. Marcos, además de sufrir agresiones, era sometido a aislamientos extremos y prolongados que se basaban en reiteradas sanciones que el SPB le imponía sin motivos. Ante la falta de respuesta judicial, llegó a realizar una huelga de hambre reclamando el cese de su aislamiento, bajando más de 10 kilos y poniendo en riesgo su salud. Permanecer aislado, además de afectar su salud integral, le implicaba la suspensión de visitas, de sus actividades educativas y de su tratamiento de hormonización. Las violencias padecidas por Marcos se vinculan con el transodio que reproduce el SPB con las personas que deciden expresar su identidad de género en el encierro. La omisión de la experiencia de estos espacios no pensados para alojar a masculinidades trans invisibiliza las condiciones de vidas y los efectos que el encierro penitenciario surte en estas corporalidades.

### 3.4. Afectación de los vínculos

La mayoría de la población de mujeres y feminidades trans y travestis no recibe visitas o, al menos, no como sucede con los varones. Toda la población detenida sufre obstáculos para sostener el vínculo con sus afectos: distancia entre la cárcel y el domicilio familiar, falta de recursos económicos para viajes y para elementos que necesitan las personas detenidas, la ausencia de subsidios para los pasajes de familiares, exigencias burocráticas y arbitrarias del SPB, traslados constantes, y el trato que reciben al momento de querer ingresar (requisas vejatorias y situaciones violentas hacia las visitas).

Sin embargo, que mujeres y feminidades trans y travestis sean menos visitadas debe leerse desde una perspectiva de género. Las cárceles fueron creadas para varones que son acompañados por mujeres, y tienen un impacto diferencial para las mujeres por el rol de cuidado socialmente asignado, doblemente estigmatizador para ellas, sobre todo si son madres (CPM,

44 Tribunal Oral Criminal 3 de Bahía Blanca, conformado por Julián Saldías, Daniela Castaño y Eduardo D'Empaire.

2014). Son las mujeres las que se encargan de ir a visitar, de apoyar a la persona detenida y sostener los vínculos afectivos (CPM, 2021: 200). En el caso de las personas trans y travestis, sus trayectorias de vida están atravesadas por el cissexismo y el transodio, que se intersectan con otros sistemas de opresión como el racismo, el clasismo y la xenofobia. Esto lleva a que muchas de ellas, por ejemplo, sean expulsadas de sus hogares a temprana edad. La mayoría de las feminidades trans y travestis detenidas en el SPB son extranjeras<sup>45</sup> o de otras provincias, las familias están lejos y las visitas suelen ser organizaciones y amistades. Son las organizaciones feministas y LGTBIQ+ quienes brindan los insumos básicos, mediante distintas estrategias, para suplir el déficit de la cárcel como forma colectiva de solidaridad y de denuncia ante la vulneración de derechos. A todas estas cuestiones, se le suman los impedimentos que impone el SPB para el sostenimiento de los vínculos. En 2021, en la labor como MLPT, la CPM registró nuevamente violencias sufridas por quienes van a visitar a las mujeres (CPM, 2020: 196).

Las mujeres entrevistadas en las la UP 8, UP 45 y UP 50 de Batán manifestaron que sus familias, incluso niños/as, han sufrido maltratos y requisas vejatorias al momento del ingreso. Tal era la problemática que desde la CPM se realizó una denuncia ante el Juzgado de Ejecución Penal 1 de La Plata<sup>46</sup> y se solicitó que se implementen medios tecnológicos a fin de hacer efectivo el protocolo que debe interpretarse a la luz de los tratados internacionales de DDHH. Las mujeres manifestaron que desde el cambio de dirección del penal las requisas eran violentas y humillantes para las visitas. Las personas eran escaneadas y, a la vez, cacheadas siendo expuestas a desnudos totales y en cuclillas para visualizar la cavidad anal. Las/os niñas/os también padecían la requisa y debían cambiarle los pañales delante de la oficial a cargo. Algunas mujeres han manifestado que sus hijos/as no han querido volver a visitarlas para no pasar por estas prácticas violentas, o que ellas mismas lo han pedido para evitar que sus afectos transiten dichas situaciones, lo que perjudica más el sostenimiento de sus vínculos. En todas las UP las mujeres relataron situaciones que dan cuenta de la arbitrariedad del accionar penitenciario que lleva, incluso, a que las familias se retiren sin poder verlas. En la UP 8 y la UP 45 la demora al ingreso era de una a dos horas y, en ocasiones, se ha pasado el horario de la visita. En la

---

45 Según los últimos datos publicados del SNEEP, en 2020, el 51% de las personas trans y travestis eran extranjeras. Mientras que, para la población de mujeres, el porcentaje era del 6% y, para la de varones, el 3%.

46 La misma fue presentada el 26 de noviembre de 2021 y, al momento del presente informe, no ha existido ninguna resolución de parte del juzgado.

UP 8 destacaron que ello ha tenido que ver con cuál era la guardia encargada del ingreso, mostrando la falta de criterio del SPB para realizar las requisas. Además, dieron cuenta de trabas burocráticas para el ingreso de niños/as. En la UP 50 permitían el ingreso de dos personas mayores o una mayor con una menor. Para entrar más menores debían pedir una visita con excepción, que requería que ellas soliciten una audiencia con las autoridades del penal, conllevando tiempos de espera extensos que no hacían más que entorpecer el vínculo con sus hijos/as. En la UP 8, por protocolo, podían ingresar hasta dos niños/as pero las mujeres refirieron que, “según el estado de ánimo de la oficial de visitas”, han permitido entrar más de dos o no, provocando incertidumbre y angustia en las mujeres y en los/as niños/as. Este conjunto de prácticas obstaculizan la continuidad de las visitas, lo cual profundiza el hecho de que las mujeres no suelen ser visitadas. Personal de la UP 8 consultado indicó que, por día de visita, no ingresan más de 30 familiares.

La cárcel no sólo provoca la ruptura de vínculos familiares: también los vínculos sexo-afectivos son afectados por la moralidad de la institución penitenciaria. El poder punitivo y el poder patriarcal se conjugan para disciplinar la sexualidad de las detenidas. En el marco de las tareas de monitoreo, se han relevado desigualdades en el acceso a los encuentros sexo-afectivos. En la UP 45, una mujer entrevistada expresó que tenía una relación de pareja con quien mantenía encuentros y otra relación casual, y que por ello había solicitado mantener ambos encuentros. Pero el director y la encargada del anexo femenino le dijeron que eso no estaba bien y no podía permitirse. La CPM consultó las razones (ya que fuera de la cárcel eso podía hacerse y nadie los prohibiría ni castigaría) y lo fundamentaron con normas internas que no pudieron citar ni explicitar. En la UP 52 de Azul las mujeres relataron que las visitas están autorizadas en el sector del SUM, mientras que los encuentros sexo-afectivos no eran autorizados con la excusa de que no había lugar destinado para ello. Según les han indicado las autoridades, los espacios que se solían usar para este tipo de visitas estaban siendo utilizados como lugar de aislamiento para casos de Covid-19. Según las detenidas, existían otros lugares donde aislarlos para así liberar el espacio y que se puedan llevar a cabo estos encuentros. Además, relataron que tampoco han autorizado a las mujeres que tienen pareja en otra unidad trasladarse al otro establecimiento para mantener el encuentro y luego retornar a la UP 52. Esto fue denunciado por la CPM ante el Juzgado de Ejecución 1 de Azul, a cargo de la jueza Silvia Torres, quien requirió a la dirección de la unidad que restablezca y garantice las visitas íntimas a las personas allí alojadas.

El encierro afecta el sostenimiento de los vínculos y, como se expuso, las prácticas penitenciarias profundizan dicha afectación, provocando la ruptura de dichos vínculos. Las violencias del SPB contra las familias o referentes afectivos -al igual que el maltrato de operadores judiciales denunciado por las organizaciones de familiares- se puede pensar en términos de criminalización secundaria. El accionar penitenciario opera como mecanismo de gobierno punitivo también sobre las familias de las personas detenidas.

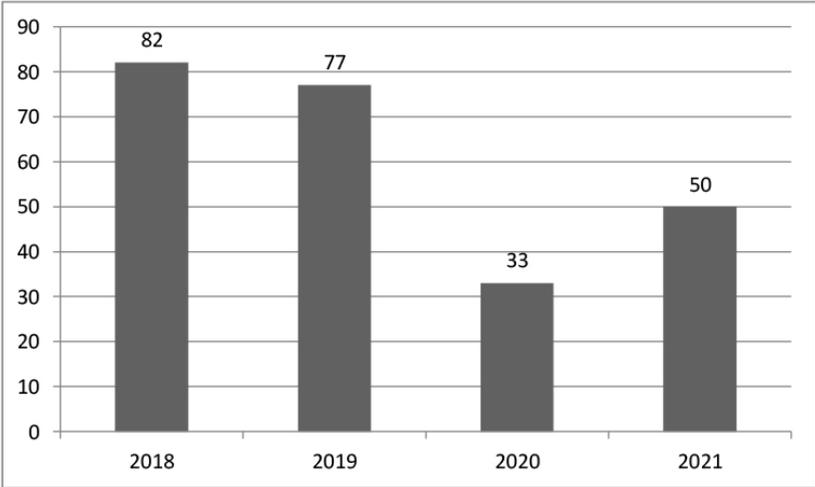
### **3.5. Personas gestantes y junto a sus hijas/os en el encierro**

Como se describió en el apartado anterior, el rol asignado a las mujeres en el orden patriarcal implica que las mujeres tengan a su cargo el cuidado de sus hijas/os y sus familiares. Esto también se traduce en la prisionización de mujeres junto a sus hijas/os en las cárceles bonaerenses. Al finalizar el 2021, el SPB alojaba 50 mujeres embarazadas o viviendo con sus hijas/os, el 3% del total de mujeres detenidas: 20 estaban embarazadas y 30 junto a sus hijas/os<sup>47</sup>. La mayoría (46) se encontraba en la UP 33 y las restantes (4) en la UP 54 de Florencio Varela. La población aumentó después del marcado descenso de 2020, vinculado con las medidas adoptadas tanto por la pandemia como por instancias interinstitucionales constituidas para tal fin (CPM: 2020, 201), pero sin llegar a los niveles de los años anteriores.

---

47 En diciembre de 2021 eran 32 niños/as viviendo junto a sus madres en el encierro: 28 en la UP 33 y 4 en la UP 54.

**Gráfico 7. Mujeres embarazadas y/o viviendo con sus hijas/os en el encierro, SPB, 2018-2021**



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

La UP 33 aloja casi la totalidad de esta población<sup>48</sup>: 5 de los 11 pabellones se destinan a mujeres embarazadas y/o con sus hijas/os. Es decir, tendría que ser la cárcel más adecuada por estar designada para alojar cuerpos gestantes y niños/as. Sin embargo, a partir de una inspección de la CPM el 17 de agosto de 2021, se relevaron condiciones que mostraron no estar preparada para ello. Se constató que el pabellón 1, que alojaba a 7 mujeres con sus hijas/os y a 2 embarazadas, estaba en malas condiciones y con visible falta de mantenimiento en su infraestructura. Contaba con dos plantas, la escalera poseía una puerta al inicio que evitaba que los/as niños/as subieran por su cuenta al piso superior pero, en el otro extremo, no había protección para prevenir la caída. La cocina compartida era precaria y de fácil acceso para los/as niños/as, con una pequeña mesada, una piletta y un anafe. Las celdas eran de reducidas dimensiones, con capacidad para una persona, poco iluminadas y con las ventanas rotas. Las de la planta baja tenían humedad en paredes y techo, que se conjugaba con

48 Todas las mujeres embarazadas detenidas informadas por el SPB en 2021 se encontraban alojadas allí.

mala conexión eléctrica. Las mujeres relataron que, meses atrás, la pared de una celda producía descargas eléctricas. Los espacios por donde pasan cañerías y desagües estaban cubiertos por un chapa que suelen abrir los/as niños/as con el riesgo de caerse desde el primer piso. Una de las detenidas refirió que solían estar asegurados con clavos pero el SPB los sacaba en cada requisa. El patio del pabellón no era seguro para los/as niños/as: durante la inspección un niño, mientras jugaba, se arrancó una uña con una rejilla que había allí.

Con respecto a la atención de la salud, se entrevistó al personal médico<sup>49</sup> del centro de asistencia sanitaria (CAS 33) encargado de atender personas de la UP 33 y la UP 8<sup>50</sup>. Se consultó por los métodos anticonceptivos y mencionaron que había preservativos, pero que solían pedirlos en el área de visitas. Las pastillas anticonceptivas eran indicadas luego de un chequeo ginecológico, prescritas en la historia clínica y retiradas mensualmente. Al preguntar si tenían misoprostol, una médica respondió “nunca nos pidieron, habría que ver en farmacia, pero nunca lo piden porque todas quieren tener al bebé”. Se consultó si, cuando tomaban conocimiento de un embarazo, se garantizaba acceso a información sobre interrupción del embarazo; luego de intentar evadir la respuesta, admitieron que no se les plantea la opción a las mujeres: la elección de continuar el embarazo no es completamente libre. De hecho, una entrevistada embarazada relató que antes del embarazo actual, luego de tener a su anterior hijo/a, le colocaron un DIU que su cuerpo rechazó y, como no podía tomar anticonceptivos por problemas de salud, había solicitado que le realicen la ligadura de trompas. Pero en el hospital extramuros le dijeron que no. Al encontrarse nuevamente embarazada, y en función de su anterior experiencia, le recomendaron que se lo pidiera a su juez. Así lo hizo y la cirugía fue aprobada por orden judicial. Sin embargo, la mujer expresó que parte del personal de salud “me quería convencer que tenga parto natural” y que, cuando se recuperara, se hiciera la intervención. Pero ella dijo querer que su hijo/a naciera por cesárea y que, en ese momento, se realice la ligadura de trompas, enfatizando en lo que significaba para ella y su cuerpo pasar por dos intervenciones en poco tiempo. Ante la consulta de la CPM

---

49 Se entrevistó a la enfermera de guardia Cáceres, a la médica de servicio diario Silvina Di Santos, la obstetra de guardia Noelia Blaceti, la médica pediátrica de guardia Norma Ramallo y la psicóloga de servicio diario, María Quintero.

50 Para mayor información sobre los centros de asistencia sanitaria y la atención de la salud en las cárceles del SPB, ver el capítulo 2 del presente informe.

sobre el caso, la obstetra refirió que le había indicado a la detenida que le explicara “de buena manera” a la médica del hospital que quería ligarse las trompas porque ya tenía dos hijos/as con epilepsia. En la entrevista la CPM aclaró a la profesional que era una decisión sobre el propio cuerpo y un derecho en sí mismo, sin necesidad de que la interesada justificara tal decisión para que la práctica se lleve a cabo. Este caso muestra cómo la moralidad del personal sanitario y la agencia judicial buscan incidir y terminan decidiendo sobre el cuerpo de las mujeres; asimismo, la inexistencia de un trabajo de derivación y coordinación entre profesionales de la unidad y del hospital. Las profesionales refirieron haber tenido problemas para la atención de los partos en los hospitales. Trabajaban con el Hospital San Martín (a 5 minutos de la UP) para urgencias o atenciones por guardia y con el Hospital Gutiérrez, el asignado para llevar las detenidas a parir pero a 45 minutos de distancia. Relataron casos donde han llegado a la guardia del hospital con mujeres a punto de parir y no las quisieron recibir y situaciones donde no era posible viajar 45 minutos en ambulancia hacia el otro hospital. Según la directora de la UP, las obstetras de la UP hacían el seguimiento del embarazo y los cursos de parto y posparto para las detenidas. Sin embargo, una mujer entrevistada junto a su bebé de 20 días refirió que le habían hecho controles y estudios en el modular pero no había recibido ninguna charla de parto o de posparto hasta ese momento.

Una de las entrevistadas comentó que no la esposaron en el parto ni en la internación posterior como a otras mujeres, pero había una guardia del SPB en la puerta de la habitación, que no permitió el ingreso del padre, pese a haber sido autorizado por el hospital, y tuvo que conocer a su hijo después en una visita al penal. Otra de las mujeres, que había parido hacía un mes, manifestó que no había sido esposada mientras tuvo contracciones y en el trabajo de parto pero, una vez que nació su hija, la esposaron de un pie a la camilla hasta que le dieron de alta tres días después; cuando regresó a la unidad, estuvo aislada 15 días en las celdas destinadas al aislamiento preventivo. Las mujeres expresaron no comprender a qué se debía el aislamiento posterior al parto, ya que ante otras salidas (paseos de los/as niños/as, visitas y turnos médicos, entre otras) no debían hacerlo. Por último, manifestaron que también debían pedir autorización judicial para poder llevar su celular al hospital el día del parto. Una de ellas relató que la semana de internación posterior al parto la había vivido como un calvario, ya que todos los días la visitaban desde organismos estatales que le hacían muchas

preguntas en relación a sus vínculos con el afuera. Temía que le sacaran a su hija porque, por entonces, “por tener una causa complicada, te sacaban a tu hijo”<sup>51</sup>. Al tercer día decidió dejar de amamantar porque creía que se la llevarían: “fue una verdadera tortura”. A la semana de internación, personal que no sabe de dónde era le dijo “felicitaciones mami, se va a la unidad con vos”. La persona gestante tiene derecho a ser informada en forma comprensible sobre las intervenciones médicas que pudieren tener lugar, para optar libremente cuando existieran diferentes alternativas; a ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo/a y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones del personal de salud. Pero, del relato de las personas gestantes o de quienes han parido estando en la UP, se desprende que no tuvieron información sobre derechos sexuales, maternidad, lactancia o parto humanizado. Muchas no han podido estar acompañadas antes y/o después del parto ni sabido a dónde iban a parir hasta ese día.

Se constató que la alimentación no era adecuada, basada en carnes y fideos, sin variedad de verduras ni de lácteos y sin frutas. El *rancho* dado por el SPB dos veces al día muchas veces estaba en mal estado o crudo, y era poco para compartir con los/as niños/as. Recibían 3 cajas de leche tres veces por semana para los/as niños/as, y se han visto obligadas a intercambiarlas por otros productos, sobre todo quienes no recibían visitas. A quienes cursan un embarazo, una vez por semana les daban una bolsa de verduras (1 zanahoria, 1 zapallo, 2 papas y 2 cebollas) para cocinarse. Una de ellas, embarazada con diabetes gestacional, por indicación médica debía recibir refuerzo en la comida entregada por el SPB; en la práctica ese refuerzo era recibir dos bolsas en vez de una, pero manifestó que ni siquiera esto se cumplía.

Según la directora, la UP poseía una oficina de documentación civil encargada de los trámites (DNI, AUH y otros) para las detenidas y los/as niños/as. Sin embargo, una de las mujeres manifestó que ni ella ni su hijo de casi 2 años tenían DNI. El niño nació mientras ella estaba detenida allí y, pese a su solicitud, no había podido tramitar su documento, la asignación del niño que vive con ella ni la de sus otros dos hijos que vivían con su madre. Esta situación la angustiaba porque su familia estaba sin trabajo, “pasando hambre”, y su hijo de 10 años se encontraba vendiendo pan en la calle.

---

51 Estas situaciones fueron denunciadas en el Informe anual de 2020 (CPM, 2020: 197).

La CPM viene alertando desde hace años sobre la situación que padecen las mujeres con hijos/as menores de 5 años, y las decisiones de órganos judiciales que les niegan la solicitud de arresto domiciliario (CPM, 2014). Lo relevado en la UP 33 (supuestamente preparada para alojar a esta población) da cuenta de que el encierro punitivo también vulnera los derechos de los/as niños/as. Es evidente la responsabilidad del Estado provincial que, al permitir la convivencia de madres e hijos/as, debería ocuparse de garantizar el acceso a derechos básicos enunciados en la normativa vigente. Las condiciones materiales de detención ponen a la luz cuestiones acerca del cuidado infantil que no son contempladas por el SPB ni la justicia.

### **3.6. Violencia focalizada y disciplinamiento punitivo**

En 2021 la CPM intervino en casos que visibilizan, además de la violencia propia del sistema punitivo, cierta violencia focalizada sobre un grupo de mujeres catalogadas como conflictivas por el SPB. Las personas con conductas “indeseables” (Bouilly y Motta, 2014) para el SPB son parte de la población problemática a gestionar, ya que se asume que el desorden se repetirá. “Este salto cualitativo, de la intervención sobre lo que sucedió a la gestión de lo que puede suceder, introduce al riesgo como elemento estructurante de las prácticas (...)” (RNCT, 2018: 407). Las conductas indeseables de estas mujeres fueron haber denunciado un accionar ilícito del SPB, haber participado de reclamos colectivos por las condiciones de detención o sólo haber tenido diferencias con otras detenidas. Para estas mujeres cargar con la etiqueta de “problemáticas” significó convertirse en blanco de torturas, tales como aislamientos prolongados, traslados constantes<sup>52</sup> y agresiones físicas y sexuales por parte del SPB. Se observó, además, un accionar discriminatorio por parte del personal debido a la orientación sexual de algunas de estas mujeres, por ejemplo separando a quienes son pareja a través de dichos traslados recurrentes. Una muestra del sometimiento a aislamiento

---

52 El traslado constante consiste en el desplazamiento físico permanente de las víctimas a través de las diferentes unidades del sistema penitenciario bonaerense. Se dispone la movilidad espacial de los cuerpos sometidos a una trama de desarticulaciones constantes de su cotidianeidad (CPM, PPN y GESPyDH, 2013).

extremo y prolongado, tal como fue registrado en 2021, es el caso de Roxana, una mujer de 36 años que llevaba 6 años detenida y hacía 3 padecía cáncer de útero. Fue entrevistada en mayo cuando estaba alojada en el SAC de la UP 47. Padecía aislamiento (22 o 23 horas dentro de la celda) desde hacía un año, había pasado por tres penales distintos pero siempre alojada en buzones, bajo pésimas condiciones materiales, sin alimentarse bien y sin la atención médica necesaria pese a su grave cuadro de salud. Se presentó un hábeas corpus ante su juzgado<sup>53</sup>, pero en septiembre Roxana seguía aislada en la UP 47. Expresó que las autoridades de la unidad la hacían pasar un “tormento psicológico” al amenazarla constantemente con trasladarla, generándole mayor angustia porque ello implicaría dejar de ser visitada por su familia y sus hijas, que vivían cerca y podían acceder en dicho penal. Al mes, después de haber sido sometida a dos traslados, estaba de nuevo en el SAC de la UP 47. Dijo no aguantar más estar aislada, sola y los dolores le provocaban en su cuerpo. A fines de marzo de 2022, Roxana estaba en los buzones de la UP 46, llevaba casi 2 años aislada. Refirió que la jefatura le había impuesto un confinamiento en dicho penal que su jueza había convalidado. Como se observa, los aislamientos dentro del encierro se suelen conjugar con el padecimiento de traslados constantes. Padecer la “rotativa” o “calesita”, sin arribar a un lugar en donde establecerse (Bouilly y Motta, 2014: 232) implica -como muestra el caso de Roxana- la afectación de la salud integral, pero también impide la conformación y el sostenimiento con compañeras y con el exterior. Cuando la CPM intervino por ella ante los juzgados y tribunales responsables, los jueces también la señalaban como “problemáticas”, al asumir y validar sin ningún cuestionamiento la visión del SPB; las medidas de aislamiento y los traslados tenían aval judicial, vulnerando derechos en el encierro e imposibilitando el acceso a derechos procesales.

También se constató que algunas de ellas fueron víctimas de hechos represivos, agresiones físicas y sexuales, algunos denunciados penalmente. Sin embargo, al momento de la escritura del informe, seguían en trámite y sin avances más que la declaración testimonial de las víctimas. A continuación, se describen tres casos que exponen cómo se conformó esta violencia focalizada contra estas mujeres etiquetadas de “problemáticas” y dan cuenta de la multidimensionalidad de la tortura.

**a) Camila tenía 33 años, 6 hijos/as y llevaba seis años detenida cuando fue**

---

53 Juzgado de Ejecución 2 de Morón, a cargo de Laura Conti.

entrevistada por la CPM, el 10 de diciembre de 2021, en una celda del SAC de la UP 8. La habían trasladado desde la UP 46 cuatro días atrás, luego de que su defensa interpusiera un hábeas corpus por haber sufrido agresiones físicas por parte del SPB. Relató que había pasado sólo 4 días en la UP 46 y que el 4 de diciembre, alrededor de las 22 horas, le había pedido al personal penitenciario que le entregara su ración de comida y su medicación. Luego de sacar a su compañera de celda sin dar explicaciones, ingresaron agentes del SPB, la esposaron y la tiraron al piso. Entre el personal estaban la encargada de turno, el encargado Quiroz y la subjefa del penal. Contó que había empezado a gritar pidiendo saber qué era lo que estaba pasando y que el oficial Quiroz le ordenó a una enfermera presente que la inyectara mientras dijo: “hacé lo que vos quieras, me chupa los huevos que des información a quien quieras”. Mientras seguía esposada y tirada en el piso, la encargada de turno comenzó a darle cachetadas y golpes en el lado derecho de su rostro. Camila indicó que, en un momento, la habían colocado de costado y una persona -no sabe quién- le introdujo una mano por dentro de su ropa hasta llegar a su vagina. Como la amenazaron con volver a inyectarla, ella intentó defenderse con una patada desde el piso, pero la sub-jefa del penal la había pateado en la vagina dejándola inmóvil. Luego la habían arrastrado por el pasillo, provocándole quemaduras en la espalda y un corte a la altura del coxis. Camila enfatizó que, mientras era arrastrada, su ropa se había levantado dejando visibles sus mamas; esta situación la avergonzaba, por ello les pedía reiteradamente que le bajen la prendas pero no lo hicieron. Así fue llevada hasta una *leonera* de 1 metro por 1 metro, donde le amarraron sus brazos esposados a las rejas, a una altura que la obligaba a estar parada en puntas de pie. Estuvo en esa posición incómoda y dolorosa desde las 0 a las 6 hs, cuando comenzó a gritar pidiendo por favor que le saquen las esposas, que no podía continuar así, con calambres, con sed y sin poder hacer sus necesidades. En ese momento, el oficial Quiroz, que la había visto toda la madrugada en esas condiciones desde una garita, le arrojó sus pertenencias que le habían sido sustraídas y le dijo “acá está, no te debo nada” y agregó “si hubieran sido los tiempos de antes, te hubiera roto todos los huesos”. Luego, la misma enfermera que la había inyectado le realizó un examen psicofísico pero no dejó asentada ninguna de las lesiones que tenía. Indicó que al otro día, antes de salir de traslado, la subjefa había anotado las marcas que había en su cuerpo. Camila refirió: “es lo más indignante que he vivido en todo este tiempo, sólo tenían que levantarme y llevarme, ya estaba esposada. No tenían que golpearme y humillarme, arrastrándome en tetas y dándome

cachetazos, metiéndome la mano y dejándome colgada de una reja toda la noche”, “lo que me hicieron fue tortura”. Los hechos fueron denunciados penalmente, pero hasta la escritura de este informe la UFI 1 de San Martín sólo ha llamado a declarar a Camila.

**b)** El caso de **Maia** muestra el entramado de violencias que padecen las personas detenidas que se atreven a reclamar y denunciar las torturas del sistema punitivo. Maia, de 25 años, lleva cinco años detenida y ha participado de diferentes reclamos<sup>54</sup>, junto a compañeras detenidas, que la convirtieron en problemática para el SPB. En 2021 fue entrevistada en la UP 47, después de conocer a través de los canales de recepción de denuncias de la CPM que había sufrido hechos de violencia. Relató que el 18 de febrero, luego de haber intentado suicidarse, fue trasladada en comisión especial a la UP 45 (anexo psiquiátrico) y, al llegar, agentes masculinos del GIE y dos penitenciarias de la UP 47 que la habían acompañado en el traslado la golpearon dentro de una *leonera*. Estaba presente un enfermero que le bajó los pantalones y la inyectó sin decirle qué medicación ni el motivo de la aplicación. Luego la obligaron a firmar un parte que decía “que no sabía de dónde eran los golpes”<sup>55</sup> y fue alojada en una celda de aislamiento; allí, una persona que no pudo identificar, le tiró agua caliente y le quemó los pies y tobillos. A los cinco días, luego de tener una videoconferencia con su juzgado<sup>56</sup>, sufrió una requisa vejatoria en el baño del sector: la obligaron a desnudarse, a realizar dos sentadillas y una agente le tocó los senos, todo en presencia de personal masculino. Luego fue realojada en el SAC, donde agentes del SPB le notificaron la resolución judicial producto del habeas corpus interpuesto a su favor y comenzaron a hostigarla “por haber denunciado”. La insultaron, golpearon, *criquearon*, tiraron al piso y le arrojaron agua hirviendo en la espalda. A las horas la trasladaron a la UP 47, donde la alojaron en una celda de aislamiento sin recibir asistencia médica. Las torturas no terminaron allí: en agosto fue víctima de una represión en la UP 54, donde el SPB le provocó una fractura en el antebrazo al agarrárselo con la puerta de la celda. Fue trasladada “con lo puesto”: le habían robado todas sus pertenencias e incluso la ropa que llevaba puesta había sido rota por el SPB. Además, la jefa del penal

---

54 Para mayor información sobre huelgas protagonizadas por mujeres detenidas, ver capítulo Violencia patriarcal en las cárceles del Informe anual 2021 (CPM, 2021: 204).

55 Para un análisis detallado sobre los partes penitenciarios, ver capítulo 4 del presente informe.

56 Juzgado de Ejecución Penal n° 2 de La Matanza, a cargo de Mario Massa.

le había tirado su teléfono contra el piso, dejándola incomunicada. Contó que el SPB había anotado en su expediente que había tenido un brote psicótico. Por ello, fue alojada en la UP 45 donde no debería estar por los hechos ocurridos en febrero, pero allí se encontraba durmiendo en el piso, sin agua, sin poder bañarse y sin atención médica. La CPM ha realizado diferentes presentaciones judiciales ante los hechos comunicados por Maia; sin embargo, ninguna medida adoptada por su juzgado llevó al cese de los aislamientos, traslados o agresiones. Si bien los hechos no fueron formalizados en una denuncia penal, tomó notoriedad pública en redes sociales y Maia padeció represalias en cada unidad donde fue alojada; fue sometida a aislamiento extremo y el personal del SPB la hostigó y amenazó reiteradas veces, recordándole lo sucedido en la represión. Por ejemplo, durante la última semana del 2021, personal masculino de la UP 8 le exigió que se sacara la ropa interior para requisarla; ante su negativa a dicho procedimiento irregular, la desnudaron por la fuerza. En enero de 2022 fue agredida nuevamente por el SPB de la UP 8. Estos hechos sí fueron denunciados penalmente<sup>57</sup>.

**c) Tiziana**, de 29 años, fue herida por el SPB con un arma de fuego el 28 de agosto de 2021 en la UP 54, en el marco de una represión. La CPM la entrevistó a los dos días en la UP 22 de Olmos, donde estaba alojada para recibir asistencia médica. Tiziana relató que ese día, mientras estaba *engomada* en la celda con dos compañeras, escucharon gritos afuera por lo cual empezó a filmar con su celular lo que ocurría. En el pasillo del pabellón había cerca de 15 agentes y personal de cocina agrediendo a su pareja y a otras detenidas. Repentinamente, una *escopetera* comenzó a disparar hacia dentro de la celda a través del pasaplatos. Realizó, al menos, cuatro disparos y uno impactó en su pierna derecha, dejándola inmóvil y sangrando en el suelo. Luego de 40 minutos ingresó una de las jefas del penal a la celda y dijo “qué cagada se mandó la escopetera”. Tiziana contó que, hasta allí, todo había quedado grabado en su celular. Fue sacada de la celda por dos agentes que la sujetaron de sus axilas y la arrastraron hasta una camilla. Mientras, la agente que le había disparado la insultaba. Sin evaluar ni curar la herida, le dijeron “esto es para hospital” y la subieron a un camión de traslados. Antes de salir, la jefa del penal le retuvo el celular que estaba en perfecto estado. Refirió que el médico que la vio en el

---

57 Fue presentada ante UFI 15 de La Plata y, hasta la escritura del presente informe, solamente le han tomado declaración testimonial a la víctima.

Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela la trató de forma despectiva y le dijo sin ningún cuidado: “no tenés la pierna fracturada, pero te la pueden llegar a cortar”. Angustiada por entender que su situación era realmente grave, fue trasladada a la UP 8. Allí no la recibieron por considerar que aún necesitaba atención médica, y fue trasladada a la UP 22. Recién al llegar le devolvieron su celular, pero roto. Tiziana expresó que lo habían roto de manera intencional, ya que ahí tenía grabada la represión. Por ello, decidió denunciar penalmente al personal del SPB involucrado, en especial a la agente que disparó y la jefa de penal como responsable de los hechos. Agregó además que estos hechos violentos eran habituales en la UP 54, y que habían sucedido otros hechos con el mismo nivel de gravedad y abuso de poder contra otras compañeras en esos mismos días. Al día siguiente, la CPM interpuso un habeas corpus en favor de Tiziana ante el tribunal responsable<sup>58</sup> y el 8 de septiembre se presentó la denuncia penal en la UFI 9 de Florencio Varela. Desde entonces y hasta la fecha, Tiziana es acompañada por el programa Intervenciones Complejas y Colectivas de la CPM. Le han quedado secuelas en su pierna por la herida, sin poder movilizarse por sus propios medios durante varios meses. Secuelas que no sólo se vinculan con la gravedad de la herida sino que se conjugan con la desatención a la salud propia del sistema carcelario: falta de tratamiento y curaciones, demora para recibir rehabilitación o asistir a consultas con profesionales especializados/as y las mismas condiciones materiales del encierro. A raíz de la denuncia, ha sido hostigada por personal penitenciario, la han maltratado y amenazado con ser trasladada, aislarla o golpearla. Algunas de esas amenazas se cumplieron, ya que ha sido sometida a aislamientos extremos en buzones en diferentes penales bonaerenses. Con respecto a la denuncia penal, a la fecha de la escritura de este informe, la fiscalía había tomado declaración a la víctima y a dos compañeras que estaban presentes y se habían presentado en la UP 54.

Estos casos visibilizan cómo la gestión penitenciaria interviene sobre la población catalogada como problemática. El disciplinamiento sobre los cuerpos de estas mujeres *conflictivas* es directamente por medio de la violencia física y sexual, pero también a través de otros dispositivos de castigo cotidianos y naturalizados en el encierro, como el aislamiento extremo y prolongado y los traslados constantes. Este control absoluto sobre estas mujeres implicó para cada una de ellas el agravamiento de sus

---

58 Tribunal Oral Criminal 4 de Quilmes, a cargo de Alberto Ojeda y Andrea Calaza.

problemas de salud, la afectación de su salud integral, la desvinculación con sus afectos, la imposibilidad de acceder a derechos procesales. Vulneraciones legitimadas por la agencia judicial. Por otro lado, se observó la patologización de las conductas *indeseables* por parte del SPB y el uso que hace la institución, por ejemplo, para fundamentar traslados y disciplinar a las mujeres detenidas y, por ende, aleccionar a toda la población detenida.

El contenido de este capítulo nos permite dar cuenta de las violencias a las cuales son sometidas mujeres y personas LGTBIQ+ en el encierro punitivo. El sistema carcelario supone la vulneración de derechos de las personas detenidas que, atravesada por la violencia patriarcal, impacta de manera diferencial en esta población. Mujeres y personas trans y travestis son juzgadas, encarceladas, disciplinadas y violentadas bajo premisas heterocispatriarcales. Los procesos judiciales reflejan la falta de perspectiva de género de la agencia judicial, al ignorar la desigualdad estructural que padecen mujeres y personas LGTBIQ+. Por ello, hemos solicitado reiteradamente la necesidad de generar políticas públicas integrales y de abordaje institucional que tengan impacto real en el acompañamiento de las situaciones de vulnerabilidad que atraviesa, asistiendo pero también previniendo la violencia de género.

## 4. GESTIÓN DE LA VIOLENCIA

En este capítulo se aborda la cuestión de la violencia en la cárcel, un fenómeno que se explica fundamentalmente por las inhumanas condiciones de detención, por la crudeza de los regímenes de vida, y por la gestión penitenciaria de los conflictos que generan. La violencia en la cárcel es un problema difícil de conocer con precisión y en su verdadera extensión por, al menos, tres razones. Primero: la violencia entre personas detenidas está relativamente naturalizada, como si fuera una parte necesaria de la sobrevivencia en el encierro (“son problemas entre presos, esto es la cárcel”). Segundo: la violencia penitenciaria contra las personas detenidas conlleva intrínsecamente una amenaza para evitar que se cuente o denuncie. Por ambos motivos, son bajas las probabilidades de que el tema emerja espontáneamente en las entrevistas con personas detenidas, aunque sean confidenciales. Tercero: los registros oficiales sobre hechos de violencia son sesgados e incompletos.

A continuación se presenta un análisis de los hechos de violencia informados por el SPB a los órganos judiciales intervinientes, que los remiten a la CPM en cumplimiento de la resolución 2825/06 de la SCJBA. Los datos surgen de notificaciones (en adelante, “partes”) donde se comunican los hechos que provocaron lesiones físicas en las personas detenidas. Esta fuente refleja la versión oficial sobre los hechos, por lo tanto es parcial. A su vez, presenta incoherencias, contradicciones y carece de criterios unificados de registro. Pese a ello, es válida para acercarse al problema. La información es registrada por la CPM desde 2008 y los datos son sistematizados bajo la misma metodología desde 2016<sup>59</sup>. Luego de las reiteradas recomendaciones de la CPM, el SPB comenzó a centralizar su propio registro en 2019 (recuperando datos desde 2016), previo a lo cual el registro de la CPM era la única sistematización disponible sobre la versión penitenciaria de la violencia construida por el SPB en las cárceles bonaerenses. Complementariamente se incorporan algunos relatos de personas detenidas, surgidos de entrevistas confidenciales realizadas por la CPM en los lugares de detención o por teléfono.

---

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

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

Entre 2016-2021, más de 33.000 personas fueron víctimas de hechos de violencia o padecieron lesiones en las cárceles bonaerenses. Cabe aclarar que cada parte informado constituye un *caso* que puede contener más de un tipo de *hecho* violento y más de una *víctima*<sup>60</sup>.

**Tabla 1. Total de casos, hechos y víctimas informados/as, 2016-2021**

Año	Casos	Hechos	Víctimas
2016	3.799	4.918	6.700
2017	3.375	4.451	5.760
2018	4.035	5.563	7.150
2019	3.575	5.115	6.758
2020	1.169	2.405	3.613
2021	1.970	2.521	3.531
<b>Total</b>	<b>17.923</b>	<b>24.973</b>	<b>33.512</b>

**Fuente:** Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaldías. **Nota:** se calcula sobre un total de 17.923 partes.

Como la fuente tiene un alcance limitado y el reenvío de las notificaciones por parte de los órganos judiciales es irregular, no es posible hablar de un aumento o descenso de los hechos de violencia realmente ocurridos en las cárceles. Como mencionamos anteriormente<sup>61</sup>, durante 2020 y 2021 varios órganos incumplieron la resolución que les ordena remitir las notificaciones a la CPM.

Ante la disminución de casos en 2020 en el marco de la pandemia (por la interrupción en la remisión de partes en formato papel), la CPM se comunicó con todos los órganos judiciales a fin de solicitar el envío en formato digital. Ante la falta de respuesta, en noviembre se notificó al Subsecretario de Derechos Humanos de

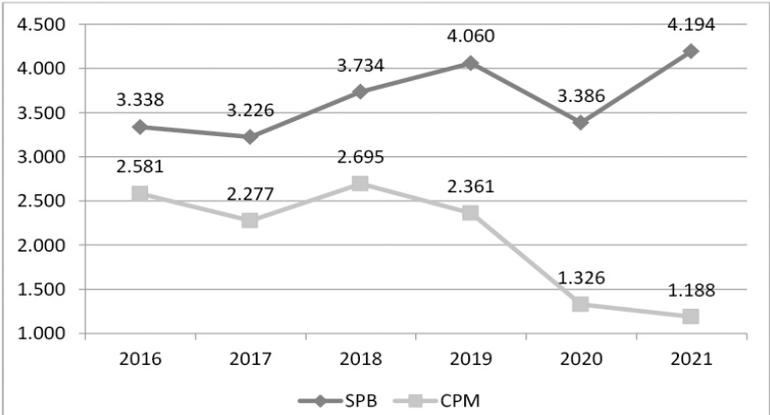
60 A los efectos de este registro se consideran víctimas a todas las personas detenidas involucradas en los hechos, ya sean las agredidas o las agresoras, bajo el supuesto de que todos/as las/os detenidas/os están expuestas a una violencia que es sistémica y gestionada por la agencia penitenciaria.

61 Ver capítulo "Acceso a la información pública".

la SCJBA y dicha presentación fue reiterada al presidente de la SCJBA en febrero de 2021, quien indicó a los órganos judiciales: “a) Recordar la plena vigencia de lo establecido en el artículo 2 de la Resolución de la Corte N° 2825/06; b) Disponer que en razón de las demoras denunciadas, se remitan al organismo las comunicaciones que pudieran adeudarse”<sup>62</sup>. A pesar de esta intervención de la Corte y de haber establecido comunicación telefónica con aquellos órganos que seguían incumpliendo la resolución<sup>63</sup>, durante 2021 apenas aumentó la cantidad de notificaciones. Es decir que no se logró recuperar el nivel previo a la pandemia.

Desde 2020 la Unidad de Gestión y Coordinación Estadística del SPB envía a la CPM sus *Informes de violencia carcelaria*. En ellos registra tres tipos de hechos de violencia: “agresiones de internos”, “peleas entre internos” y “autolesiones”. En base a esta información, se puede comparar la cantidad de estos tres hechos informados por el SPB con los mismos tres registrados por la CPM en base a las notificaciones reenviadas por los órganos judiciales. El Gráfico 1 permite ver la diferencia, cada vez más amplia:

**Gráfico 1. Hechos de “agresión entre personas detenidas”, “autolesión” y “pelea entre personas detenidas”, informados a la CPM por órganos judiciales y por el SPB, 2016-2021**



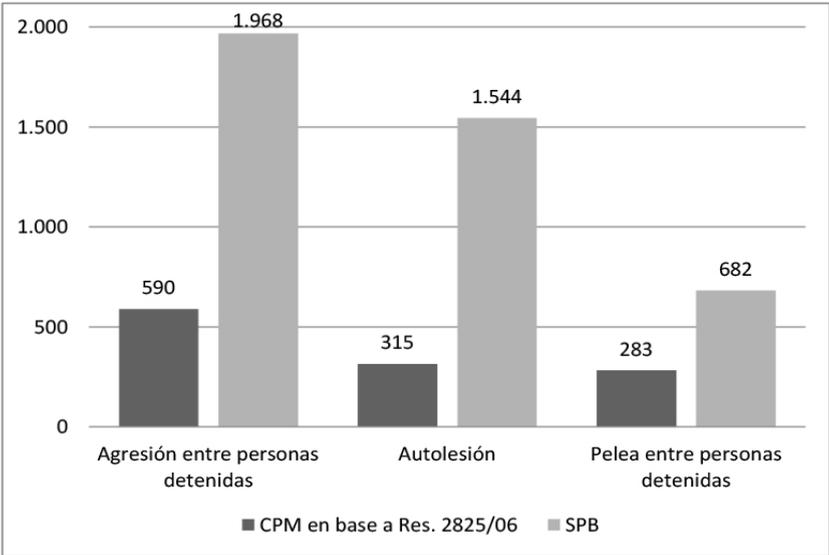
**Fuente:** Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaldías; Informes de Violencia Carcelaria 2020-2021 de la Unidad de Gestión y Coordinación Estadística del SPB. **Nota:** Las cifras de este gráfico no coinciden con las de la columna “Hechos” de la Tabla 1, debido a que en el gráfico sólo se incluyen los hechos del mismo tipo que releva el SPB, para que sea válida la comparación (dejando afuera otros tipos de hechos también relevados por la CPM).

62 Comunicación de la SCJBA, 08/02/2021, Expediente 230/20.

63 63 entre tribunales orales criminales y juzgados de ejecución penal.

En base al *Informe de violencia carcelaria 2021* del SPB, se puede afirmar que la cantidad de hechos registrada por la agencia penitenciaria en 2021 es casi cuatro veces más alta que la remitida por los órganos judiciales a la CPM en el mismo año. De esta forma, se pone de manifiesto la gran incidencia que tuvo la irregularidad en el reenvío de la información: la agencia judicial sólo reportó el 41% de las peleas, el 30% de las agresiones y el 20% de las autolesiones que registró el SPB.

**Gráfico 2. Hechos de violencia informados a la CPM por órganos judiciales y por el SPB, según tipo, SPB, 2021**



**Fuente:** Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaldías (se calcula sobre un total de 1.970 partes); e Informe de Violencia Carcelaria 2021 de la Unidad de Gestión y Coordinación Estadística del SPB. **Nota:** Para que sea válida la comparación, del Registro CPM sólo se incluyen “agresión entre personas detenidas”, “autolesión” y “pelea entre personas detenidas”.

A propósito de estas diferencias vinculadas al reporte judicial de los hechos,

cabe señalar cuatro diferencias metodológicas fundamentales entre los registros del SPB y de la CPM:

- Por cada caso o evento donde hay violencia, el SPB sólo registra un hecho y la CPM registra todos los hechos asociados. Por ejemplo, durante una pelea entre presos/as también pueden producirse agresiones al personal penitenciario, amenazas o uso de la fuerza penitenciaria. Para la CPM se trata de un dato múltiple: cada parte informado constituye un *caso* que puede contener más de un tipo de *hecho* violento y más de una *víctima*.
- En relación con lo anterior, el SPB registra únicamente “agresiones de personas detenidas”, “autolesiones” y “peleas entre personas detenidas”, mientras que las notificaciones que reenvían los órganos judiciales —elaboradas por el mismo SPB— también contienen “otros tipos de hechos” de violencia o que producen lesiones (ver Tabla 2). Entre ellos, se destacan los accidentes (en muchas ocasiones provocados o favorecidos por las malas condiciones materiales de los espacios) y las agresiones verbales<sup>64</sup>.
- El SPB considera el uso de la fuerza penitenciaria únicamente como respuesta a los hechos de violencia, es decir, como una medida necesaria para reprimir las peleas o interrumpir las agresiones. Para la CPM, el uso de la fuerza penitenciaria es un elemento intrínseco a la violencia en el encierro. Pese a que no se registre como tal, muchas veces es previo a los hechos de violencia entre personas detenidas, o independiente de ellos. Por este motivo, la CPM lo contabiliza como un tipo de hecho en sí mismo, vinculado a otro/s, y no como una medida posterior (ver apartado 4.3).
- El registro de la CPM también incluye información sobre las consecuencias físicas de los hechos de violencia, sobre la atención sanitaria de las lesiones y sobre las medidas que adopta la agencia penitenciaria como respuesta a los hechos (ver siguiente apartado).

---

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

## 4.2. Hechos, consecuencias físicas y medidas adoptadas

La información construida por la CPM entre 2016-2021 permite conocer con mayor detalle la dinámica que adquiere la violencia en el encierro. La sistematización de los datos muestra, por un lado, que en todos los años se registra más de un hecho por caso<sup>65</sup>, es decir que un hecho de violencia le suele suceder a otro. Por otro lado, se han registrado hechos en 56 de las 66 unidades penales y alcaldías, lo cual da cuenta de que las violencias están expandidas en el sistema carcelario.

En 2021, se relevaron 2.521 hechos de violencia distribuidos en 59 centros de detención<sup>66</sup>. Los hechos informados, según mayor ocurrencia, fueron los siguientes:

**Tabla 2. Hechos de violencia informados a la CPM por órganos judiciales, según tipo, SPB, 2021 (variable múltiple)**

Tipo de hecho	Cantidad	Porcentaje
Agresión física entre personas detenidas	590	23,4%
Accidente	521	20,7%
Uso de la fuerza SPB	370	14,7%
Autolesión	315	12,5%
Pelea entre personas detenidas	283	11,2%
Sin dato	102	4,0%
Intento de agresión física al personal	98	3,9%
Agresión verbal al personal	69	2,7%
Amenaza al personal	47	1,9%
Agresión verbal entre personas detenidas	42	1,7%
Agresión física al personal	35	1,4%
Amenaza entre personas detenidas	17	0,7%
Intento de suicidio	16	0,6%

65 En promedio, se han producido 1,3 hechos por cada caso.

66 Del total de hechos, 3 se produjeron durante traslados entre unidades penales.

Intento de agresión física entre personas detenidas	14	0,6%
Suicidio	2	0,1%
<b>Total</b>	<b>2.521</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaldías. **Nota:** se calcula sobre un total de 1.970 partes.

Los cinco tipos mayormente registrados en 2021 también lo fueron para el período 2016-2021, constituyendo el 81% (20.261) del total de hechos de violencia informados en los seis años<sup>67</sup>. En 2021 se identificaron 3.531 víctimas de hechos de violencia o que padecieron lesiones en el encierro; 3.200 eran varones (90,6%), 327 eran mujeres (9,3%) y 4 eran personas trans o travestis (0,1%). La mayoría de ellas (82%) fue identificada como víctima en un solo parte, mientras que el 18% restante (618) padecieron un hecho de violencia o una lesión en más de una ocasión<sup>68</sup>. Como se puede ver en la siguiente tabla, 493 personas fueron identificadas en dos casos (partes), 88 en tres y 28 en cuatro.

67 En el periodo 2016-2021, el tipo de hecho más informado fue “agresión física entre personas detenidas” (4.917, 20% del total), seguido por “uso de la fuerza del SPB” (4.244, 17%), “autolesión” (4.010, 16%), “accidente” (3.886, 16%) y “pelea entre personas detenidas” (3.204, 13%). Los otros nueve tipos de hechos y los casos “Sin dato” conformaron el 19% restante, con 4.712 hechos. Para más información, consultar el sitio de Datos abiertos: <https://www.comisionporlamemoria.org/datosabiertos/carceles/hechos-de-violencia/>

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

**Tabla 3. Víctimas identificadas en más de un caso de hechos de violencia o lesiones, según cantidad de casos, SPB, 2021**

Víctimas	Casos
493	2
88	3
28	4
4	5
4	6
1	8
<b>618</b>	-

**Fuente:** Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaldías. **Nota:** se calcula sobre un total de 1.970 partes.

Con respecto a las consecuencias físicas de los hechos, se describen las lesiones según la tipificación definida e informada por el personal de Salud Penitenciaria. La consecuencia más comunicada fue “Lesión leve” (2.031), en el 58% de las víctimas. Las categorías “Lesión moderada”, “Muerte” y “Lesión grave” sumaron 71 víctimas (2%). La parcialidad de la información también se evidencia en la cantidad de muertes informadas: en 2021 se produjeron 26 muertes traumáticas en cárceles pero solamente 6 fueron informadas por los órganos judiciales mediante la Resolución 2.825<sup>69</sup>.

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

**Tabla 4. Víctimas de hechos de violencia, según consecuencia física, SPB, 2021**

Consecuencia física	Cantidad	Porcentaje
Lesión leve	2.031	58%
Sin lesiones	671	19%
No especifica tipo de lesión	396	11%
A determinar	273	8%
No informa lesión	89	3%
Lesión moderada	61	2%
Muerte	6	0%
Lesión grave	4	0%
<b>Total</b>	<b>3.531</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaldías. **Nota:** se calcula sobre un total de 1.970 partes.

Para el 21% (758) de las víctimas “no se informa”, “no se determina” o “no se especifica el tipo” de lesión sufrida, aun cuando haya habido alguna intervención del área de sanidad, lo que da cuenta de la superficialidad con la que se realiza la atención médica y el registro correspondiente<sup>70</sup>.

Por otro lado, de acuerdo a los datos, el 89% de las víctimas fueron atendidas dentro del establecimiento penitenciario y el 11% derivadas a un hospital. Cabe aclarar que esto no significa necesariamente que hayan sido asistidas por un/a médico/a, ya que los partes en general se limitan a catalogar el tipo de lesión y el tratamiento indicado, sin informar quién realiza la atención.

<sup>70</sup> Para un análisis sobre la cuestión sanitaria, ver capítulo “Desatención de la salud” en esta misma sección.

**Tabla 5. Víctimas de hechos de violencia, según tipo de intervención de agentes sanitarios, SPB, 2021**

Tipo de intervención	Cantidad	Porcentaje
Intervención intramuros	3.122	88,4%
Intervención extramuros	292	8,3%
Sin dato	87	2,5%
Internación extramuros	20	0,6%
Internación intramuros	10	0,3%
<b>Total</b>	<b>3.531</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaldías. **Nota:** se calcula sobre un total de 1.970 partes.

En este punto también se presentan deficiencias registrales. Si se considera sólo a las víctimas por las cuales “no se especifica”, “no se determina” o “no se informa” el tipo de lesión sufrida (758 casos, ver Tabla 4), surge que el 55% de ellas (419) recibió la atención médica intramuros, lo que evidencia que la deficiencia en esos casos fue responsabilidad del personal sanitario de las unidades. Segundo, muchas de las lesiones calificadas como “leves” implican graves consecuencias físicas y requerirían la derivación a un hospital (considerando las limitaciones de las unidades sanitarias). Esto último se puede ejemplificar con el siguiente parte:

La UP 32 Florencio Varela informa que dos personas se encontraban jugando al fútbol y accidentalmente chocaron entre sí, por lo que fueron derivados a la unidad sanitaria donde los evaluaron. El médico de turno diagnosticó una “fractura luxación de mano derecha” y una “luxación de rodilla izquierda”, por lo cual derivó a las personas detenidas a un hospital. Sin embargo, las lesiones fueron calificadas como “leves” (parte 69.879, Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaldías).

Tercero, es infrecuente que el personal médico indague al paciente sobre el

origen de las lesiones. De acuerdo al Protocolo Estambul, cuando descubre “pruebas de violencia inaceptable” producida por agentes estatales, además de considerar “los intereses del paciente y su deber de confidencialidad” también existen “fuertes argumentos morales” para que “denuncie la evidencia de malos tratos, ya que con frecuencia los propios presos son incapaces de hacerlo efectivamente”<sup>71</sup>. Pese a las reiteradas recomendaciones de este organismo, incluso los compromisos asumidos por el estado provincial en mesas de trabajo convocadas a fin de implementar las medidas cautelares dispuestas por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en 2012, este Manual para la investigación eficaz y sanción de la tortura no se aplica.

Con respecto a las medidas que adopta el SPB ante los hechos de violencia o lesiones, se informaron “aislamientos” para 1.591 víctimas (31%) y “requisas” para 1.547 (30,1%). En general, las medidas se adoptan combinadas entre sí (CPM, 2020: 230), por lo cual se trata de una variable múltiple (hay más medidas que personas). Si se consideran sólo las personas que fueron aisladas (1.591), se observa que el 34% también fueron reubicadas en otro pabellón y el 54% requisadas.

**Tabla 6. Medidas adoptadas hacia las personas ante los hechos de violencia, según tipo de medida (variable múltiple), SPB, 2021**

Tipo de medida	Cantidad	Porcentaje
Aislamiento	1.591	31,0%
Requisa	1.547	30,1%
Sin dato	1073	20,9%
Reubicación	896	17,4%
Traslado no solicitado	25	0,5%
Traslado solicitado	6	0,1%
Prohibición de ingreso	1	0,0%
<b>Total</b>	<b>5.139</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaldías. **Nota:** se calcula sobre un total de 1.970 partes.

<sup>71</sup> Protocolo de Estambul: *Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, ONU, 2004.

Del total de personas involucradas en hechos de violencia (3.531), el 45% fue posteriormente alojado en sectores de aislamiento. Esto resulta muy preocupante, ya que el sometimiento a aislamiento dentro del encierro constituye un tipo de tortura por estar asociado a la falta de contacto con otras personas, al encierro en celda por casi 24 horas, a peores condiciones materiales y de alimentación, a la postergación del acceso a derechos procesales, a la producción de problemas de salud<sup>72</sup>. En relación a esta última,

El aislamiento es una de las circunstancias privilegiadas en que la cárcel *produce enfermedades*. El impacto sobre la salud integral se presenta de manera compleja, con repercusiones interrelacionadas de los padecimientos físicos, psíquicos y emocionales: dolencias físicas que provocan angustia, ansiedad que genera síntomas fisiológicos, sentimientos negativos que derivan en intentos de suicidio (CPM, 2021: 54).

A partir de las intervenciones de la CPM, se reconstruyó el caso de un detenido que recibió una herida de arma blanca en el ojo y no recibió la atención médica requerida. Fue trasladado a otra unidad donde estuvo aislado un mes debido a conflictos con otras personas detenidas y con el SPB, y nuevamente lo trasladaron. Meses después se encontraba en otra unidad, también aislado por una medida de seguridad, sin seguimiento médico posterior a su cirugía oftalmológica y con nuevas afectaciones de salud que debían ser evaluadas. Se realizaron presentaciones judiciales solicitando asistencia médica en un hospital, el inmediato cese de las medidas de aislamiento y un traslado por resguardo físico y acercamiento familiar, que no fueron respondidas favorablemente. Luego de pasar por otra unidad, fue ingresado en el sector *depósito* para luego ser reubicado en una *leonera* donde continuó sin recibir la atención médica correspondiente e incumpliendo con los turnos asignados por el hospital. Recién luego de 10 meses, el Juzgado de Ejecución N° 1 de La Plata<sup>73</sup> ordenó un reconocimiento médico del detenido y autorizó la atención en un hospital. Este caso refleja cómo las medidas de aislamiento y los traslados generan afectaciones sobre la salud que agravan las condiciones de vida de la persona detenida.

---

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

73 La titularidad de este órgano está vacante, se encuentra subrogado por José Nicolás Villafaña, titular del Juzgado de Ejecución Penal N° 2.

Hasta aquí se expuso la sistematización general de los hechos violentos en las cárceles, las consecuencias para las personas detenidas que resultan víctimas y las medidas que adopta el SPB ante su ocurrencia. A continuación, se analizarán dos de los tipos de hechos más registrados en 2021: agresiones físicas entre personas detenidas y uso de la fuerza penitenciaria.

### **4.3. Agresiones físicas entre personas detenidas y uso de la fuerza penitenciaria**

Durante 2021, el hecho más registrado fue “agresión física entre personas detenidas”, 23,4% del total. Entre los más frecuentes también se encuentra la “pelea entre personas detenidas”, con el 11,2%. Ambos suman el 35%. Por otro lado, el “uso de la fuerza SPB”<sup>74</sup> ocupó el tercer lugar con el 14,7% (ver Tabla 2). Entre los tres tipos alcanzan la mitad de los hechos registrados. Esto permite dar cuenta de que la *delegación* de la violencia y la *tercerización* del orden carcelario son fundamentales para entender una cotidianidad violenta que mayormente se concreta entre las mismas personas detenidas, y que se combina con la *violencia penitenciaria directa* enmascarada bajo el pretendido “uso racional y proporcionado de la fuerza” (CPM, 2021: 168-171).

Los partes penitenciarios hacen referencia al uso de la fuerza como medida de seguridad adoptada como respuesta a un hecho cometido por las personas detenidas. El SPB justifica su intervención violenta “para evitar riesgos y daños”, aunque generalmente produce nuevas o mayores consecuencias físicas. Regularmente el uso de la fuerza es la primera o la única respuesta, sin mediar formas no violentas de solucionar los conflictos.

En 2021 este hecho se combinó con todos los otros tipos de hechos, excepto suicidios e intentos de suicidio. Del total de hechos registrados como “uso de la fuerza SPB” (370), el 65% se combinó con peleas (43%) o agre-

---

74 Como se dijo antes, este tipo de hecho no es categorizado como tal por la fuente.

siones físicas (22%) entre personas detenidas<sup>75</sup>. Su preeminencia se explica, principalmente, porque la violencia es parte de una estrategia de gobierno penitenciario a través de diferentes técnicas: a) la delegación de la violencia física directa, generalmente por un trato directo entre carcelero y preso; b) la delegación relativa del control del pabellón (mediante la figura de los *limpieza*); y c) la habilitación de pabellones con regímenes evangelistas, en donde lo anterior alcanza un mayor grado de organización (Andersen, 2014) delegando la violencia en pastores o autoridades de las iglesias.

El 12 de enero de 2021 se comunicó con la CPM Lucas, quien se encontraba alojado en la UP 49 de Junín y a disposición del Juzgado de Ejecución N° 1 de Mercedes<sup>76</sup>. Había sido trasladado a dicha UP donde corría riesgo su vida porque en otra ocasión había denunciado al jefe del penal. De hecho, en el ingreso fue golpeado por personal penitenciario y alojado en aislamiento en una celda sin mantas, sábanas, colchón y con la letrina tapada. La CPM presentó un habeas corpus solicitando la asistencia médica en hospital, que se garantizara la integridad física del detenido —sin que ello implique su aislamiento— y el traslado hacia otra unidad. El Juzgado ordenó el traslado y la atención médica. Tres días después Lucas se comunicó desde la UP 13 de Junín: “Me re mataron a palos en la unidad 49, me trajeron para acá y estoy lastimado en la cara. Me hicieron lastimar con un preso acá en la 13 de Junín. Estoy con un celular prestado”<sup>77</sup>. Los siguientes partes reflejan los conflictos que se generan a partir de la asignación de personas detenidas para el mantenimiento del orden en los pabellones:

El 7/10/2021 la UP 20 Trenque Lauquen remite un parte donde una persona es agredida por otra; se da lugar a la intervención del GIE (Grupo de Intervenciones Especiales) que realiza disparos con munición anti tumultos. Finalmente, al consultarles a los involucrados sobre lo sucedido, uno de ellos dice: “Don, Navarro es el limpieza y ya no bancaba más, **lo tenía que echar con mi ranchada** y me tuve que pegar la vuelta” (parte 69.418, Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaldías; el nombre es ficticio).

---

75 Los tipos de hechos que más se combinaron con el “uso de la fuerza penitenciaria”, fueron “pelea entre personas detenidas” (160), “intento de agresión física al personal” (84) y “agresión física entre personas detenidas” (81).

76 A cargo de Marcela Alejandra Otermin.

77 Ante nuevas intervenciones de la CPM los días 15, 19 y 26 de enero, y 3 de febrero, no hubo respuesta judicial. Lucas continuó en condiciones de aislamiento por lo menos hasta fines de febrero, pasando por varias unidades.

El 19/08/2021 la UP 46 San Martín remite un parte por un hecho que involucra a 12 personas detenidas que fueron expulsadas de su pabellón. Luego de que el GIE “restablece el orden” mediante “disparos persuasivos”, se entrevista de forma conjunta a los expulsados quienes manifestaron: **“tenían problemas con los referentes**, que por eso fueron expulsados y que no tienen nada que agregar” (parte 69.615, Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaldías)<sup>78</sup>.

Estas prácticas de tercerización y delegación no sólo tienen consecuencias físicas para las víctimas, sino que también repercuten en acciones y decisiones que muchas veces resultan perjudiciales y empeoran sus condiciones de vida, por ejemplo al solicitar un régimen de aislamiento:

UP 19 Saavedra, 08/01/2021. Una persona detenida manifiesta querer egresar del pabellón. Cuando se le consulta por los motivos, menciona: “No sé cuál fue don, me cayeron una banda de pibes, todo mal, me echaron sin motivo, están re locos, no sé qué onda, se persiguieron conmigo pero bueno, ya fue, son problemas de presos (...). Si, don, no quiero estar más en esta Unidad, quiero que mi Juzgado me saque de traslado para alguna Unidad de Sierra Chica, la 2 o la 38, acá no banca más, no tengo ningún pabellón donde subir, **me voy a quedar en los buzones** hasta que se resuelva mi situación y me trasladen” (parte 68.092, Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaldías).

Es un fenómeno frecuente: debido a conflictos previos, los detenidos prefieren no volver a determinadas unidades, o bien las propias agencias penitenciaria y judicial evitan dicho movimiento. Es decir que la existencia de una violencia extendida (que el SPB y los funcionarios judiciales denominan “problemas de convivencia”) reduce las alternativas de alojamiento, lo cual implica que las personas sean trasladadas de manera constante y alojadas en sectores de aislamiento sin contacto con los pabellones.

El siguiente es el caso de una persona por la cual intervino la CPM: el 14 de enero de 2021 se contactó María, la pareja de Juan, alojado en la UP 18

---

<sup>78</sup> Cabe destacar que, ante estos hechos, en general los partes nombran a las personas agredidas y no a las agresoras.

Gorina y a disposición del Juzgado de Ejecución N° 2 de Morón<sup>79</sup>. Relató que Juan se encontraba en *buzones* con miedo, porque las autoridades penitenciarias “lo quieren hacer subir a un pabellón donde lo están esperando para matarlo y robarle todo, necesito que lo saquen urgente”. La CPM interpuso un habeas corpus pidiendo que se garantice la integridad física y el reintegro a la UP 39 Ituzaingó. Días después se comunicó el propio Juan ratificando que se encontraba golpeado, alojado en el sector SAC y amenazado. El 26 de enero María avisó que Juan se encontraba en la UP 37 Barker, otra vez en aislamiento, golpeado y sin acceso a comida ni agua. La CPM presentó un informe, luego del cual el Juzgado ordenó la reubicación en el pabellón 1 de dicha unidad. Pero seis meses más tarde fue trasladado de forma arbitraria a la UP 28 Magdalena, en donde había personas con las que tenía conflictos previos, razón por la cual fue nuevamente alojado en el sector de aislamiento. Unos días después, el 3 de agosto, un equipo de la CPM lo encontró en la UP 23 Varela, aislado por una medida de resguardo físico. Se había adoptado la medida debido a una amenaza de otro detenido: “en la abierta del viernes vas a tener que salir a pelear”<sup>80</sup>. Al día siguiente María se comunicó con la CPM pidiendo “por favor, sáquenlo urgente de la unidad”. La CPM interpuso un habeas corpus solicitando el traslado hacia la UP 39 Ituzaingó y no hubo respuesta judicial favorable.

El 28 de agosto, estando en la UP 24 Varela, fue reprimido a raíz de un conflicto entre un grupo de detenidos y lo reubicaron en el sector de aislamiento de la UP 42 (en el mismo complejo), en cuyo movimiento perdió todas sus pertenencias. En ese entonces las presentaciones judiciales realizadas por la CPM, solicitando el cese del aislamiento y el traslado por resguardo físico, no fueron respondidas<sup>81</sup>.

Este caso también da cuenta de cómo los traslados, a pesar de las implicancias negativas que tienen para las personas detenidas, terminan siendo una alternativa penitenciaria para gestionar las situaciones conflictivas. De esta forma se refuerza el papel que cumplen los traslados dentro del sistema de gobierno carcelario.

---

79 A cargo de Laura Conti.

80 La “abierta” refiere a la franja horaria en que se abren las puertas de las celdas permitiendo el contacto entre todos los detenidos de un pabellón.

81 Tres meses después, el 2 de diciembre un equipo de la CPM lo entrevistó en la UP 39 Ituzaingó. Había conseguido el traslado pero permanecía alojado en el sector *depósito*, bajo un régimen de aislamiento extremo de 24 hs por día en celda.

Los traslados entre unidades penales han sido reconocidos en diversas producciones como prácticas que constituyen *lo carcelario* en términos de gobierno. La distribución de personas detenidas permite disciplinar a los sujetos en el nivel individual y gestionar las poblaciones al nivel del sistema penitenciario; se trata *de mantener el conflicto dentro de límites aceptables* (Bouilly y Motta, 2014: 250)<sup>82</sup>.

Como dijimos antes, la violencia no se manifiesta solamente en la delegación sino que el SPB también la ejerce de forma directa y sistemática, tal como lo demuestran los ejemplos plasmados en el capítulo 1 de esta sección<sup>83</sup>. En marzo de 2021, Mario informó que había sido reprimido, golpeado y amenazado por agentes penitenciarios de la UP 2 Sierra Chica. La CPM interpuso un habeas corpus que no fue respondido por el Tribunal Oral Criminal N° 4 de La Plata<sup>84</sup>. Dos meses después, durante una inspección el 12 de mayo, Mario manifiesta que estando en el sector de sanidad el personal penitenciario comenzó a golpearlo y amenazarlo: “Dejá de hablar con los Derechos Humanos”. Luego de esto lo desnudaron y le sustrajeron el celular destruyéndolo. Cuando se lo devolvieron, le dijeron: “Fíjate para la próxima. No te vas a ir de esta Unidad hasta que yo lo diga”. En ese momento no realizó la denuncia porque estaba muy atemorizado por las amenazas. La CPM presentó un nuevo habeas corpus requiriendo una evaluación médica para identificar golpes y lesiones, indicando posibles causas, evolución y antigüedad, y que se arbitrasen medidas urgentes a fin de resguardar la integridad física del detenido.

Estas manifestaciones de violencia son transversales a las instituciones que integran el sistema carcelario y encuentran en el poder judicial la garantía para perpetuarse. Este tipo de testimonios no derivan en investigaciones penales, por lo que la violencia penitenciaria se sostiene y reproduce gracias a la impunidad que le otorga el poder judicial. Estas prácticas exigen el tratamiento serio de las autoridades ministeriales y judiciales, lo que implica reconocer la responsabilidad institucional en el surgimiento de hechos de violencia y en la gestión violenta de los conflictos.

---

82 Para un abordaje de los traslados, consultar el informe especial Los traslados como práctica de tortura en las cárceles bonaerenses (2021), disponible en: <https://www.comisionporlamemoria.org/project/traslados-como-forma-de-tortura/>

83 Ver el apartado 1.8 “Agresiones físicas”.

84 Integrado por Emir Alfredo Caputo Tártara, Carolina Crispiani y Juan Carlos Bruni.

## 5. MUERTES BAJO CUSTODIA DEL SPB

### 5.1. Evolución histórica<sup>85</sup>

La muerte es una posibilidad cercana para las personas detenidas bajo custodia del Servicio Penitenciario Bonaerense. La práctica sistemática de tortura y otras violencias penitenciarias que vulneran los derechos humanos se combina para provocar el peor resultado de la cárcel: la muerte evitable. Entre 2008 y 2021 se produjeron 1.968 muertes en cárceles y alcaidías bonaerenses, lo que equivale a un promedio de 141 muertes por año, 12 por mes. Teniendo en cuenta la población carcelaria<sup>86</sup>, la evolución de la tasa marca un promedio interanual de 4,3 muertes cada mil personas detenidas<sup>87</sup>. Como puede observarse en el siguiente gráfico, desde 2018 se registra un aumento sostenido de la cantidad absoluta de muertes. Asimismo, entre 2017-2019 la tasa se mantuvo estable y, a partir de 2020, aumentó hasta alcanzar los valores históricos.

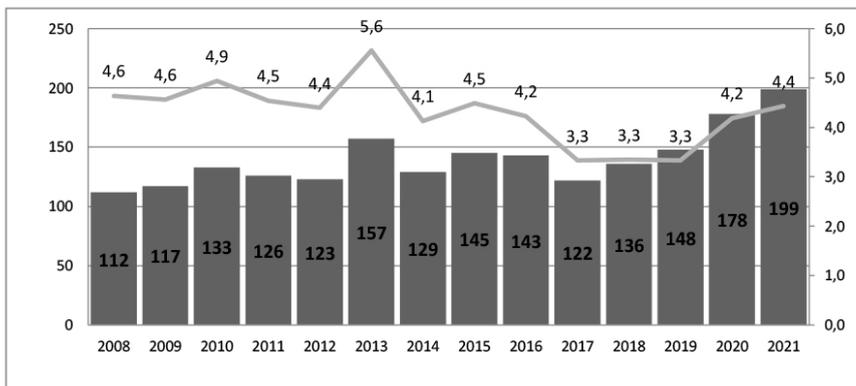
---

85 Los datos presentados en este capítulo son publicados en acceso abierto en la página web de [Datos Abiertos CPM](#).

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

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

**Gráfico 1. Personas fallecidas en cárceles y alcaidías del SPB, 2008-2021 (valores absolutos y tasa cada mil personas detenidas)**

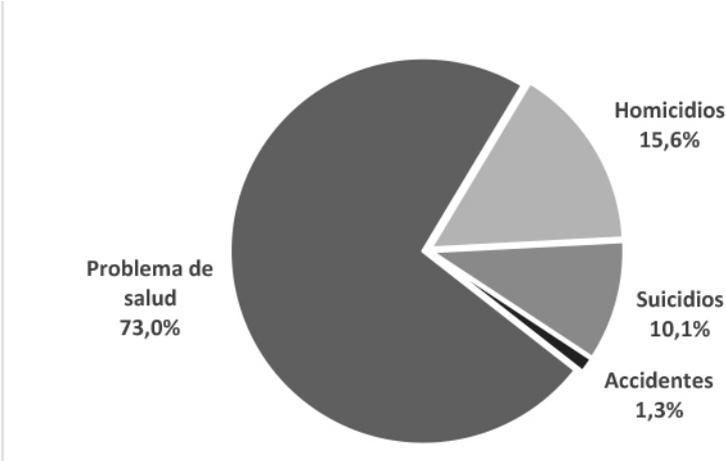


**Fuente:** Registro CPM de muertes en cárceles y alcaidías; y datos de población detenida provistos por los Ministerios de Justicia y de Seguridad de la provincia de Buenos Aires y a proyecciones poblacionales del Censo Nacional 2010 (INDEC).  
**Base:** 1.968 casos.

En el período analizado la principal causa de muerte fue por problemas de salud, que representó 73,0% del total (1.366 casos). Luego se ubican los homicidios, con 15,6% (291 casos), seguidos de suicidios (10,1%, 189 casos) y accidentes (1,3%, 24 casos)<sup>88</sup>. Los promedios son sumamente preocupantes: en las cárceles bonaerenses se produjeron por mes 8 muertes por problemas de salud, 2 homicidios y un suicidio. Se presenta a continuación la distribución porcentual de muertes según causa.

<sup>88</sup> Estos porcentajes se calculan sobre un total de 1.869 casos, ya que no se cuentan 98 muertes de las que se desconoce la causa (5% del total).

**Gráfico 2. Personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, según causas conocidas, período 2008-2021 (valores porcentuales)**

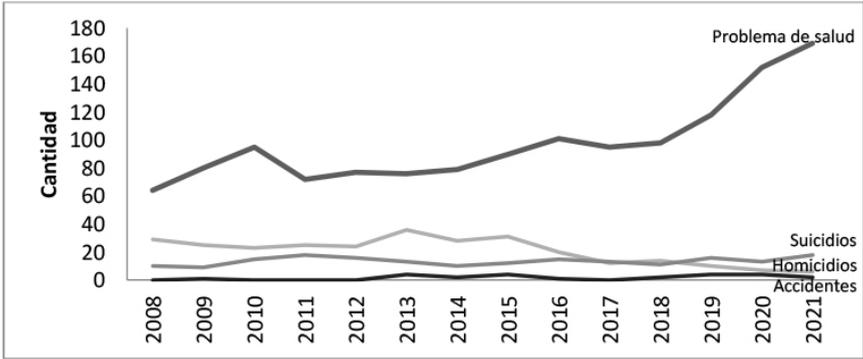


**Fuente:** Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 1.869 casos con dato en la variable causa de muerte (95% del total).

El aumento interanual 2021 se explica por el aumento de las muertes por problemas de salud. Es importante tener en cuenta el marco en el que se producen la mayoría de los fallecimientos en las cárceles: dificultades en el acceso a la atención y tratamiento en hospitales públicos, restricción penitenciaria en el acceso a sanidad, falta de profesionales e insumos y deficientes espacios de internación<sup>89</sup>. Como puede observarse en el siguiente gráfico, en el período analizado se registró un aumento sostenido de las muertes por problemas de salud, con una variación de 164% entre 2008 y 2021. La tendencia ascendente se aceleró a partir de 2019, con una variación interanual promedio de 20%; en el año 2020 se registró la mayor variación interanual de todo el período: 29%. Se consolida así la predominancia de las muertes por problemas de salud: aumentó en 2021 por cuarto año consecutivo, y superó en 11% los valores alcanzados en 2020.

<sup>89</sup> Para conocer en detalle las condiciones de atención/desatención de la salud en las cárceles ver el capítulo “Desatención de la salud” en esta misma sección.

**Gráfico 3. Personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, según causas conocidas, 2008 a 2021**



**Fuente:** Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 1.869 casos con dato en la variable Causa de muerte (95% del total).

Se analizan a continuación otros dos tipos de muerte, relevantes como indicadores de violencia y que guardan relación con distintas dimensiones de la tortura penitenciaria: suicidios y homicidios.

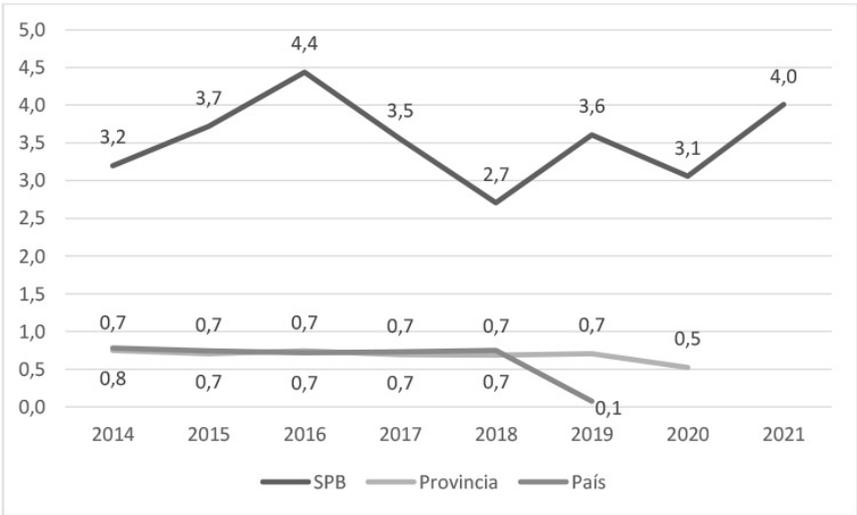
El suicidio, lejos de ser sólo una decisión individual, constituye un problema sanitario y social que requiere un abordaje complejo que tenga en cuenta el entorno en el que se produce<sup>90</sup>. En este sentido, la cárcel genera y potencia condiciones de riesgo (aislamiento, desvinculación familiar, falta de acceso a la salud) y, al mismo tiempo, desactiva posibles factores de protección, instancias institucionales que permitirían detectar y prevenir potenciales conductas suicidas.

En el período 2008-2021 hubo un promedio de 14 suicidios por año, uno por mes. Si bien presenta una tendencia relativamente estable, a partir de 2019 se constituye en la segunda causa de muerte y se sostiene en ese lugar durante tres años consecutivos. En 2021 se registraron 18 suicidios y

<sup>90</sup> En *Informe de violencia carcelaria. Año 2021* el SPB (Unidad de gestión y coordinación estadística) informa 1.544 hechos de autolesiones, un incremento de 33% respecto a 2020.

una tasa de 4 cada 10.000 personas detenidas, por encima de los valores alcanzados en 2019 y en 2020. Superior además a la tasa de suicidios de la Provincia, que en 2020 fue de 0,6 víctimas cada 10.000 habitantes (último dato disponible)<sup>91</sup>. Como puede observarse en el siguiente gráfico, aun cuando hubo descensos importantes en la tasa de suicidios, sigue siendo superior a los valores de la tasa nacional y provincial, y se diferencia de la tendencia estable que registran estas últimas.

**Gráfico 4. Tasas de suicidios comparadas (país, provincia, SPB), años 2014-2021 (tasa cada 10.000 personas)**

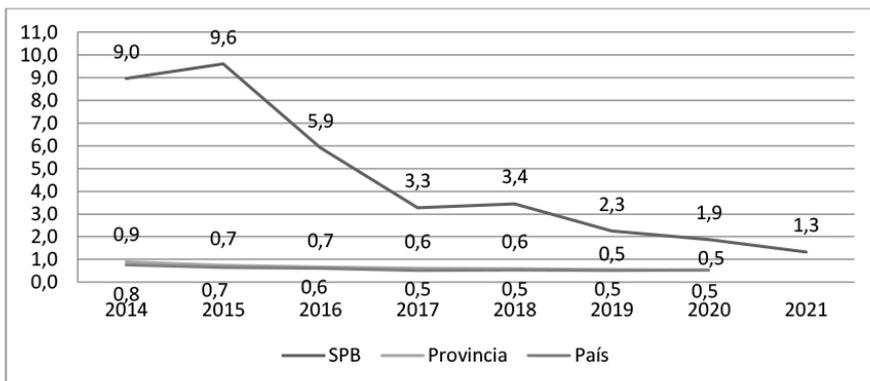


**Fuente:** Registro CPM de muertes en cárceles y alcaidías; datos de población detenida de los Ministerios de Justicia y de Seguridad de la provincia de Buenos Aires; proyecciones poblacionales del Censo Nacional 2010 (INDEC). Los suicidios de Argentina de la Dirección de Estadísticas e Información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

<sup>91</sup> La tasa de suicidios de la provincia se calcula sobre la población mayor de 5 años, siguiendo las recomendaciones de la OMS, edad en la que se puede tener capacidad de ideación suicida. Se calcula a partir de los datos de mortalidad por causas externas (año 2020) informados por la Dirección de Información en Salud del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. No se compara el año 2021 debido a que el Ministerio no tiene datos actualizados.

La administración de la escasez sumada a prácticas activas de los agentes penitenciarios –la delegación del gobierno carcelario, el abandono del deber de custodia y la gestión-habilitación de armas blancas– deriva en escenarios de violencia interpersonal que provocan muertes intencionales<sup>92</sup>. Si se analiza todo el período 2008-2021, se registró un promedio de 21 víctimas de homicidio doloso por año, dos por mes. En los últimos años se evidencia un cambio de tendencia: el promedio pasó de 25 víctimas por año (en el período 2008-2012 y 2013-2017) a 9 víctimas por año (en el período 2018-2021). Como puede verse en el siguiente gráfico, la tendencia descendente se sostiene desde 2016. A pesar de esto, en 2021 la tasa de homicidio doloso en cárceles fue de 1,3 víctimas cada 10.000 personas, sensiblemente mayor a la tasa de homicidio nacional y provincial (0,5 víctimas cada 10.000 habitantes)<sup>93</sup>.

**Gráfico 5. Tasas comparadas de homicidio (país, provincia, SPB), años 2014-2021 (tasa cada 10.000 personas)**



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

92 En *Informe de violencia carcelaria. Año 2021* el SPB (Unidad de gestión y coordinación estadística) informa 682 hechos de “pelea de internos”, de las cuales en el 50% se utilizaron como mecanismo elementos punzocortantes. Además, informa 1.968 hechos de “agresión de internos”, 19% de ellas con elementos punzocortantes (373 hechos).

93 Informe del relevamiento de las investigaciones penales preparatorias por homicidio doloso, Provincia de Buenos Aires, 2020, Procuración General. No se compara el año 2021 debido a que aún no fue publicado el informe correspondiente.

En otras palabras, morir asesinado o por suicidio es más frecuente dentro que fuera de los muros. Ya sea de problemas de salud física o mental, por violencia interpersonal o penitenciaria, la cárcel representa un factor de riesgo concreto que impacta en las expectativas de vida de las personas detenidas bajo un cuidado estatal directo.

En relación a las características de las personas fallecidas, en el período 2008-2021<sup>94</sup> 96,2% eran varones, 3,5% mujeres y 0,8% trans. Estos valores son similares a los promedios de la población detenida según género (en el mismo período): varones 95,3%, mujeres 4,4% y trans 0,3%. Las muertes de varones y personas trans registraron una participación levemente superior al promedio de población detenida. Si se cruzan las variables género y causa de muerte, se destaca que 3 de cada 10 muertes de mujeres fueron suicidios, valor exponencialmente mayor al que se registra en varones (0,8 cada 10). No obstante estos indicadores, no existen iniciativas o programas destinados a abordar y prevenir estas situaciones.

**Tabla 1. Personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, según género y causa de muerte, período 2016-2021**

		Género			Total
		Hombre	Mujer	Trans	
Causa de muerte	Homicidio	70	-	-	<b>70</b>
	Suicidio	73	12	1	<b>86</b>
	Accidente	13	-	-	<b>13</b>
	Problema de salud	707	21	5	<b>733</b>
	S/D	24	-	-	<b>24</b>
	Total	<b>887</b>	<b>33</b>	<b>6</b>	<b>926</b>
	Porcentaje por género	<b>95,8%</b>	<b>3,6%</b>	<b>0,6%</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 926 casos (100%). **Nota:** En esta tabla se usan los datos correspondientes al período 2016-2021 porque se cuenta con datos desagregados por género y causa de muerte, lo que permite el cruce de variables.

94 Los datos presentados corresponden al promedio del período. En el caso de las personas trans sólo se cuenta con datos a partir del año 2017, por lo que los valores promedio presentados pueden estar subestimados.

En relación a la edad, la mayor frecuencia se registró en los grupos de 21 a 40 años, que concentraron el 38% de las muertes. En el otro extremo, las personas mayores de 61 años condensan el 23%. La edad promedio de las personas fallecidas en todo el período fue de 47 años, la menor edad registrada 19 y la mayor 85.

**Tabla 2. Personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, por grupo etario (2016-2021) (valores absolutos y porcentuales)**

Rango etario	Cantidad	Porcentaje
18-20	13	1,5%
21-30	167	18,8%
31-40	166	18,7%
41-50	185	20,8%
51-60	153	17,2%
61-70	140	15,7%
71 o más	65	7,3%
<b>Total</b>	<b>889</b>	<b>100%</b>
Promedio: 47 años		
Edad mínima: 19 años		
Edad máxima: 85 años		

**Fuente:** Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 889 casos con dato en la variable de edad (96% del total).

Si se analiza la edad de las personas fallecidas según la causa de muerte, en el caso de homicidios y suicidios se observa un importante descenso en la edad promedio: 33 y 30 años respectivamente. En el caso de homicidio, la edad máxima fue de 58 años, sensiblemente menor a la general.

**Tabla 3. Edades promedio, máxima y mínima de las personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, según causa de muerte (2016-2021)**

	Causa de muerte en cárceles			
	Problemas de salud	Suicidio	Homicidio	Accidente
Edad promedio	50	33	30	43
Edad mínima	20	19	20	21
Edad máxima	85	81	58	70

**Fuente:** Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 867 casos con dato en las variables Causa de muerte y Edad (93,6% del total).

Al analizar la distribución de las personas fallecidas por grupo etario según la causa de muerte surgen importantes diferencias. Se destaca que, en el caso de problemas de salud, el 52% tenía menos de 50 años, mientras que en homicidio, 66,2% tenía menos de 30 años.

**Tabla 4. Personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, según grupo etario y causa de muerte (2016-2021) (valores absolutos y porcentuales)**

Rango etario	Problemas de salud			Homicidios		
	Cantidad	Porcentaje	Acumulado	Cantidad	Porcentaje	Acumulado
18 a 20 años	4	0,6%	0,6%	1	1,5%	1,5%
21 a 30 años	81	11,5%	12,1%	44	64,7%	66,2%
31 a 40 años	115	16,3%	28,4%	16	23,5%	89,7%
41 a 50 años	165	23,4%	51,8%	4	5,9%	95,6%
51 a 60 años	140	19,9%	71,7%	3	4,4%	100%

61 a 70 años	136	19,3%	91,1%	-	-	-
71 años o más	63	8,9%	<b>100%</b>	-	-	-
<b>Total</b>	<b>704</b>	<b>100%</b>		<b>68</b>	<b>100%</b>	
Sin dato	29			2		

**Fuente:** Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 704 (96%) y 68 (97,1%) casos con dato en las variables Causa de muerte y Edad. **Nota:** - equivale a cero absoluto.

En el momento de la muerte, el 48,7% de las personas no tenía condena en la causa por la que se decidió su detención: 47,4% se encontraban procesadas y 1,3% sobreseídas (detenidas con medidas de seguridad).

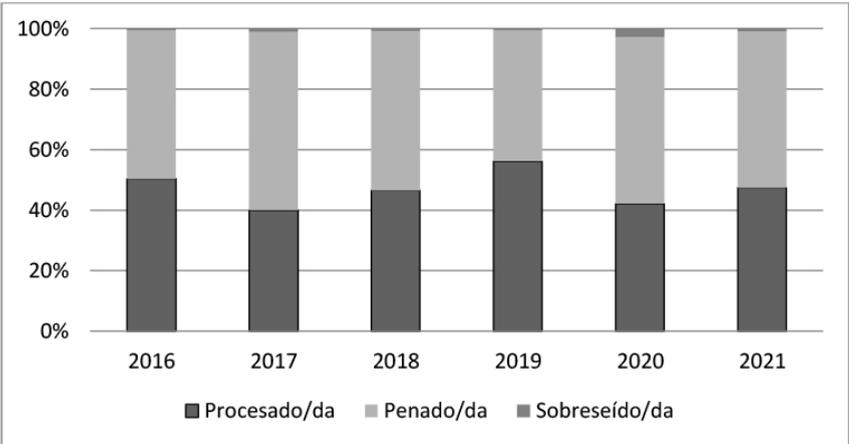
**Tabla 5. Personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, según situación procesal, período 2016-2021 (valores absolutos y porcentuales)**

	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Procesado/da	411	47,4%	47,4%
Sobreseído/da	11	1,3%	48,7%
Penado/da	445	51,3%	100%
<b>Total</b>	<b>867</b>	<b>100%</b>	
S/D	59		

**Fuente:** Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 867 casos con dato en la variable de situación procesal (93,6% del total).

Si se analiza por año, en 2019 se registró el porcentaje más alto de personas fallecidas sin sentencia, con 56,1%. En los últimos dos años (2020 y 2021) la mayoría de las personas fallecidas se encontraban condenadas (55,1% y 51,3% respectivamente), aunque la diferencia sigue siendo ínfima.

**Gráfico 6. Personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, según situación procesal, años 2016-2021 (valores porcentuales)**



**Fuente:** Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 867 casos con dato en la variable de situación procesal (93,6% del total).

Si se analiza el lugar en el que se encontraban detenidas las personas fallecidas, las unidades donde se registró la mayor cantidad de muertes en los últimos seis años, son: UP 22 (unidad-hospital), UP 1 (Olmos), UP 26 (Olmos, destinada a adultos mayores), UP 9 (La Plata), UP 2 (Sierra Chica) y UP 34 (unidad psiquiátrica). A continuación, se presenta la distribución de las personas fallecidas según lugar de detención.

**Tabla 6. Personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, según lugar de detención, 2016-2021**

Lugar de detención	Año de muerte						Total
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
UP1 Olmos	13	11	11	8	14	17	<b>74</b>
UP2 Sierra Chica	6	5	9	11	6	11	<b>48</b>
UP3 San Nicolás	3	2	3	1	4	1	<b>14</b>
UP4 Bahía Blanca	4	2	3	2	5	6	<b>22</b>
UP5 Mercedes	3	2	3	2	2	4	<b>16</b>
UP6 Dolores	-	1	1	3	1	1	<b>7</b>
UP7 Azul	1	2	1	1	2	2	<b>9</b>
UP8 Los Hornos	-	1	-	2	2	-	<b>5</b>
UP9 La Plata	6	5	7	8	11	12	<b>49</b>
UP10 Melchor Romero	1	1	1	-	-	-	<b>3</b>
UP11 Baradero	-	1	-	-	-	-	<b>1</b>
UP12 Gorina	-	-	-	1	-	-	<b>1</b>
UP13 Junín	3	2	4	2	1	5	<b>17</b>
UP14 Alvear	-	-	-	-	1	1	<b>2</b>
UP15 Batán	8	4	5	4	7	10	<b>38</b>
UP16 Junín	-	1	-	-	-	-	<b>1</b>
UP17 Urdampilleta	-	1	1	-	4	4	<b>10</b>
UP18 Gorina	1	-	2	1	-	1	<b>5</b>
UP19 Saavedra	3	1	-	2	-	2	<b>8</b>
UP20 Trenque Lauquen	-	1	-	-	-	-	<b>1</b>
UP21 Campana	1	5	1	5	1	3	<b>16</b>
UP22 Hospital Olmos	11	8	18	16	20	28	<b>101</b>
UP23 Florencio Varela	4	5	3	4	4	3	<b>23</b>
UP24 Florencio Varela	9	1	3	6	5	4	<b>28</b>
UP25 Olmos	3	5	1	4	5	3	<b>21</b>
UP26 Olmos	4	5	11	11	20	21	<b>72</b>
UP27 Sierra Chica	-	-	-	1	1	1	<b>3</b>
UP28 Magdalena	2	3	4	-	2	1	<b>12</b>

UP30 Alvear	3	6	2	6	3	5	<b>25</b>
UP31 Florencio Varela	3	2	4	2	3	2	<b>16</b>
UP32 Florencio Varela	3	5	1	3	6	6	<b>24</b>
UP33 Los Hornos	2	-	-	1	-	1	<b>4</b>
UP34 Melchor Romero	8	5	7	7	9	10	<b>46</b>
UP35 Magdalena	2	2	1	3	5	4	<b>17</b>
UP36 Magdalena	-	1	-	-	2	1	<b>4</b>
UP37 Barker	4	5	2	-	1	1	<b>13</b>
UP38 Sierra Chica	3	3	1	1	-	-	<b>8</b>
UP39 Ituzaingó	3	2	-	5	8	5	<b>23</b>
UP40 Lomas de Zamora	2	2	1	1	1	3	<b>10</b>
UP41 Campana	3	6	5	-	1	1	<b>16</b>
UP42 Florencio Varela	3	-	1	4	6	3	<b>17</b>
UP43 González Catán	2	-	-	1	3	2	<b>8</b>
AP44 Batán	2	-	2	-	3	2	<b>9</b>
UP45 Melchor Romero	1	-	-	2	-	-	<b>3</b>
UP46 San Martín	1	-	4	3	2	2	<b>12</b>
UP47 San Isidro	1	1	3	1	-	-	<b>6</b>
UP48 San Martín	2	1	-	5	1	1	<b>10</b>
AP49 Junín	2	1	4	1	1	3	<b>12</b>
UP50 Batán	-	-	1	2	2	-	<b>5</b>
UP51 Magdalena	-	2	-	-	-	1	<b>3</b>
UP52 Azul	-	-	1	-	-	-	<b>1</b>
UP54 Florencio Varela	2	1	1	1	-	1	<b>6</b>
AP Virrey del Pino	-	-	1	-	-	-	<b>1</b>
UP57 Campana	-	-	-	-	-	2	<b>2</b>
AD La Plata I (Pettinato)	-	-	-	1	1	-	<b>2</b>
AD La Plata III	-	-	1	1	-	-	<b>2</b>
AD San Martín	-	-	-	1	1	-	<b>2</b>
AD Lomas de Zamora	-	-	1	-	-	-	<b>1</b>
AD José C. Paz	1	-	-	-	-	-	<b>1</b>
AD Campana	-	-	-	-	1	1	<b>2</b>
AD Avellaneda	-	-	-	-	-	1	<b>1</b>

Sin dato	4	2	-	1	-	-	7
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>122</b>	<b>136</b>	<b>148</b>	<b>178</b>	<b>199</b>	<b>926</b>

**Fuente:** Registro CPM de muertes en cárceles y alcaidías. **Base:** 926 casos. **Notas:** - equivale a cero absoluto.

Como puede observarse, en casi todas las unidades penales se registró al menos una muerte en el período analizado. Por otra parte, si se focaliza el órgano judicial que tenía a cargo el proceso de la persona fallecida, la mitad se encontraba a cargo de un Juzgado de Ejecución Penal (50,7%), lo que resulta consistente con los datos sobre la situación procesal.

**Tabla 7. Personas fallecidas en cárceles y alcaidías del SPB, según órgano judicial a cargo, período 2016-2021 (valores absolutos y porcentuales)**

Órgano judicial	Cantidad	Porcentaje
Juzgado de Garantías	125	14,5%
Tribunal Oral Criminal	290	33,6%
Juzgado de Ejecución Penal	438	50,7%
Juzgado Responsabilidad Penal Juvenil	4	0,5%
Juzgado Correccional	7	0,8%
<b>Total</b>	<b>864</b>	<b>100%</b>

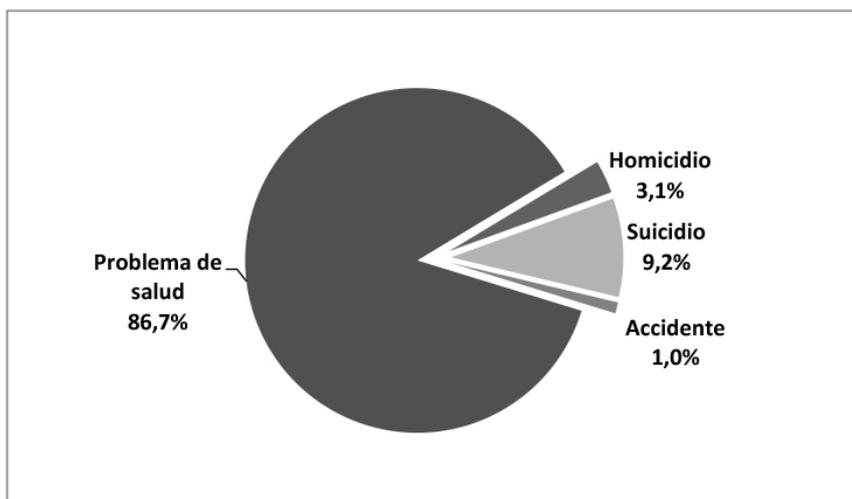
**Fuente:** Registro CPM de muertes en cárceles y alcaidías. **Base:** 864 casos con dato en la variable de órgano judicial a cargo (93,3%).

A continuación, se presentan las principales características de los hechos ocurridos durante el año 2021.

## 5.2. Muertes durante 2021

En el año 2021 se registraron 199 muertes en cárceles y alcaldías dependientes del SPB: 169 por problemas de salud, 18 suicidios, 6 homicidios, 2 accidentes y en 4 casos no se cuenta con datos para determinar la causa. Como se indicó precedentemente, hubo un aumento en el total de casos registrados, que se explica por el **aumento exponencial de las muertes por problemas de salud, que en 2021 representó 87% del total.**

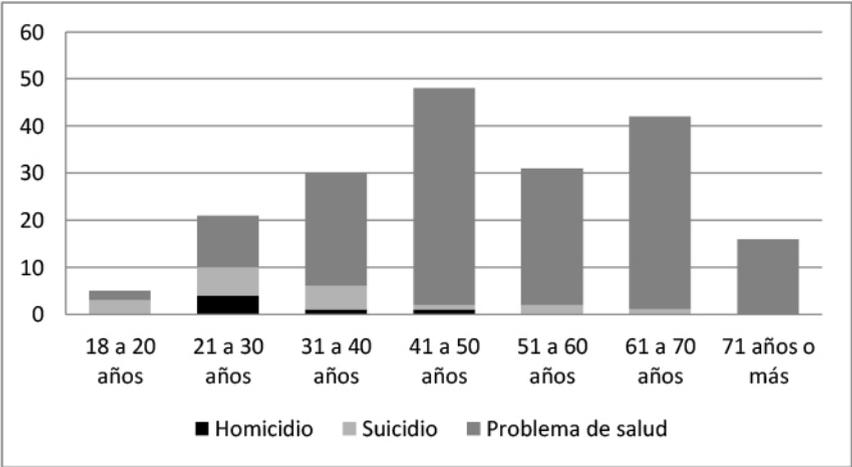
**Gráfico 7. Personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, según causa de muerte, año 2021 (valores porcentuales)**



**Fuente:** Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 195 casos con dato en la variable causa de muerte (97,9% del total).

Si se analiza la distribución de muertes según la causa y el grupo etario de la víctima, se observa una concentración de los homicidios en el grupo de 21 a 30 años, mientras que en problemas de salud los valores más altos se agrupan en los mayores de 41 años. En suicidios, los valores más altos se presentaron en los grupos etarios más jóvenes, entre los 18 y los 40 años.

**Gráfico 8. Personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, según grupo etario y causa de muerte, año 2021 (valores absolutos)**



**Fuente:** Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 195 casos con dato en las variables de causa de muerte y edad (97,9% del total).

En comparación con los datos de todo el período, en 2021 el promedio de edad de las personas fallecidas pasó de 46 a 49 años, y el resto de los valores no se diferencian. Específicamente, en los homicidios, son distintos los valores mínimos y máximos: 20 años en el período y 24 años en 2021; 58 años en el período y 42 en 2021, respectivamente.

**Tabla 8. Edad promedio, máxima y mínima de las personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, según causa de muerte, 2021**

	Causa de muerte en cárceles			
	Problemas de salud	Suicidio	Homicidio	General
Edad promedio	52	33	30	49
Edad mínima	20	19	24	19
Edad máxima	85	62	42	85

**Fuente:** Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 195 casos con dato en las variables de causa de muerte y edad (97,9% del total).

Respecto al género de las personas fallecidas, en 2021 el 98,5% eran varones, una participación mayor que la que se registra en el total del período (2008-2021) y que supera la participación de los varones en el total de personas detenidas (94,9% en diciembre de 2021). Las dos muertes de mujeres se produjeron por problemas de salud y la del varón trans, por suicidio.

**Tabla 9. Personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, según género y causa de muerte, año 2021 (valores absolutos)**

		Género atribuido por la fuente			
		Varón	Mujer	Trans	Total
<b>Causa de muerte</b>	Homicidio	6	-	-	<b>6</b>
	Suicidio	17	-	1	<b>18</b>
	Accidente	2	-	-	<b>2</b>
	Problema de salud	167	2	-	<b>169</b>
	<b>Total</b>	<b>192</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>195</b>

**Fuente:** Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 195 casos con dato en la variable de causa de muerte (97,9% del total). **Notas:** - equivale a cero absoluto.

La situación procesal de las personas fallecidas, en el momento de la muerte, era similar a la de todo el período: 48,5% no tenía condena (procesados/as y sobreseídos/as) y 51,5% estaba condenado/a.

**Tabla 10. Personas fallecidas en cárceles y alcaidías del SPB según situación procesal, año 2021 (valores absolutos y porcentuales)**

Situación	Cantidad	Porcentaje	% acumulado
Procesado/da	94	47,5%	47,5%
Sobreseído/da	2	1,0%	48,5%
Penado/da	102	51,5%	100%
<b>Total</b>	<b>198</b>	<b>100%</b>	

**Fuente:** Registro CPM de muertes en cárceles y alcaidías. **Base:** 198 casos con dato en la variable causa de muerte (99,5% del total).

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

- los homicidios se produjeron en 3 unidades, todas correspondientes al circuito campo: UP 2 (Sierra Chica; 4), UP 17 (Urdampilleta; 1) y UP 37 (Barker, 1);
- los suicidios se distribuyeron en distintas unidades pero se destaca que 4 hechos ocurrieron en el complejo Florencio Varela (unidades 24, 31 y 32) y dos en la UP 34 (unidad neuropsiquiátrica);
- en las muertes por problemas de salud los valores más altos se registraron en la UP 22 (unidad-hospital, 28 hechos), UP 26 (Olmos, destinada a adultos mayores, 20 casos), y UP 1 (Olmos, 16) y UP 9 (La Plata, 10), ambas con sector de internación.

**Tabla 11. Personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB, según lugar de detención y causa de muerte, año 2021 (valores absolutos)**

Lugar de detención	Homicidio	Suicidio	Problema de salud	Accidente	Total
UP1 Olmos	-	1	16	-	17
UP2 Sierra Chica	4	-	7	-	11
UP3 San Nicolás	-	-	1	-	1
UP4 Bahía Blanca	-	1	5	-	6
UP5 Mercedes	-	1	2	-	3
UP6 Dolores	-	-	1	-	1
UP7 Azul	-	-	2	-	2
UP9 La Plata	-	2	10	-	12
UP13 Junín	-	-	5	-	5
UP14 Alvear	-	-	1	-	1
UP15 Batán	-	2	8	-	10
UP17 Urdampilleta	1	-	3	-	4
UP18 Gorina	-	-	1	-	1
UP19 Saavedra	-	-	1	-	1
UP21 Campana	-	-	3	-	3
UP22 Hospital Olmos	-	-	28	-	28
UP23 Florencio Varela	-	-	3	-	3
UP24 Florencio Varela	-	1	2	-	3
UP25 Olmos	-	-	3	-	3
UP26 Olmos	-	1	20	-	21
UP27 Sierra Chica	-	-	1	-	1
UP28 Magdalena	-	-	1	-	1
UP30 Alvear	-	2	3	-	5
UP31 Florencio Varela	-	-	2	-	2

UP32 Florencio Varela	-	1	5	-	6
UP33 Los Hornos	-	1	-	-	1
UP34 Melchor Romero	-	2	7	-	9
UP35 Magdalena	-	-	3	1	4
UP36 Magdalena	-	-	1	-	1
UP37 Barker	1	-	-	-	1
UP39 Ituzaingó	-	1	4	-	5
UP40 Lomas de Zamora	-	-	3	-	3
UP41 Campana	-	-	1	-	1
UP42 Florencio Varela	-	-	3	-	3
UP43 González Cacán	-	-	2	-	2
AP44 Batán	-	-	2	-	2
UP46 San Martín	-	-	1	1	2
UP48 San Martín	-	-	1	-	1
AP49 Junín	-	1	2	-	3
UP51 Magdalena	-	-	1	-	1
UP54 Florencio Varela	-	-	1	-	1
UP57 Campana	-	1	1	-	2
AD Campana	-	-	1	-	1
AD Avellaneda	-	-	1	-	1
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>18</b>	<b>169</b>	<b>2</b>	<b>195</b>

**Fuente:** Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 195 casos con dato en la variable causa de muerte (97,9% del total). **Nota:** - equivale a cero absoluto.

Si se focaliza el órgano judicial que tenía a cargo el proceso de la persona fallecida, 48,2% se encontraba a cargo de un Juzgado de Ejecución Penal y 37,6% a cargo de un Tribunal Oral Criminal.

**Tabla 12. Personas fallecidas en cárceles y alcaldías del SPB según órgano judicial a cargo, año 2021 (valores absolutos y porcentuales)**

Órgano judicial	Cantidad	Porcentaje
Juzgado de Garantías	25	12,7%
Tribunal Oral Criminal	74	37,6%
Juzgado de Ejecución Penal	95	48,2%
Juzgado Responsabilidad Penal Juvenil	1	0,5%
Juzgado Correccional	2	1,0%
<b>Total</b>	<b>197</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 197 casos con dato en la variable órgano judicial a cargo (98,9% del total).

### 5.2.1. Muertes por problemas de salud y responsabilidad estatal

La muerte por problemas de salud en los ámbitos de encierro dependientes del SPB no puede analizarse de manera lineal, sin considerar las condiciones en las que se vive y se aborda la atención de la salud<sup>95</sup>. Es fundamental buscar indicadores que permitan conocer el impacto de la cárcel y su incidencia en la muerte.

Se presenta a continuación el tiempo que llevaban detenidas al momento de su muerte las 169 personas fallecidas por problemas de salud durante 2021. Como puede verse, 38,6% llevaban menos de un año detenidos/as y 21,7%, entre 2 y 3 años. Si se cruza la cantidad de años de detención con la edad de las personas fallecidas, se ve que la mayoría de las personas más jóvenes (18 a 20 años y 21 a 30 años) llevaban poco tiempo de detención en el que se desata un padecimiento de salud que resulta terminal, ya sea porque no fueron atendidas adecuadamente o porque las condiciones de vida deterioraron significativamente su capacidad de recuperación.

<sup>95</sup> Para profundizar en las condiciones de atención/desatención de la salud, ver el capítulo “Desatención de la salud en el SPB” en esta misma sección.

**Tabla 13. Personas fallecidas por problemas de salud en cárceles y alcaldías del SPB, según cantidad de años de detención y rango etario, año 2021**

		Años de detención agrupados					To- tal	%
		1 año o menos	De 2 a 3 años	De 4 a 5 años	De 6 a 10 años	Más de 10 años		
<b>Rango etario</b>	18 a 20 años	2	-	-	-	-		<b>1,2%</b>
	21 a 30 años	4	6	-	1	-	11	<b>6,6%</b>
	31 a 40 años	8	7	2	6	1	24	<b>14,5%</b>
	41 a 50 años	18	9	4	8	5	44	<b>26,5%</b>
	51 a 60 años	9	4	6	7	3	29	<b>17,5%</b>
	61 a 70 años	13	8	8	7	5	41	<b>24,7%</b>
	71 años o más	10	2	3	-	-	15	<b>9,0%</b>
<b>Total</b>		<b>64</b>	<b>36</b>	<b>23</b>	<b>29</b>	<b>14</b>	<b>166</b>	
		<b>38,6%</b>	<b>21,7%</b>	<b>13,9%</b>	<b>17,5%</b>	<b>8,4%</b>		

**Fuente:** Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 166 casos con dato en la variable cantidad de años detenido/a (98,2% del total). **Nota:** - equivale a cero absoluto.

Si se analiza el lugar de la muerte, el 17,8% (30 casos) fue en la unidad penitenciaria donde se encontraba detenida la persona; en la mayoría de los casos son trasladadas a hospitales o a la UP 22 (ver Tabla 14). Sin embargo, este traslado hacia un espacio específico de atención de la salud se produjo casi en el mismo momento de la muerte, como puede observarse si se analiza la cantidad de tiempo que pasan internadas antes del fallecimiento en un hospital (ver tabla 15).

**Tabla 14. Personas fallecidas por problemas de salud en cárceles y alcaldías del SPB, según lugar de muerte, año 2021**

Lugar de muerte	Frecuencia	Porcentaje
Hospital	114	67,5%
UP 22 (cárcel-hospital)	25	14,8%
Unidad penitenciaria	30	17,8%
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 169 casos de muertes por problemas de salud, con dato en la variable lugar de muerte (100%).

Entre las personas internadas, el 26% murieron el mismo día que fueron derivadas a un hospital (26 casos), de las cuales al menos 15 fue durante el mismo traslado o al arribar a la guardia; y el 10% fueron internadas el día anterior a la muerte. Si se suman las tres primeras categorías, 6 de cada 10 personas que fallecen por problemas de salud son derivadas a un hospital, como máximo, una semana antes de su muerte, y sólo 13,2% permanecieron internadas más de un mes.

**Tabla 15. Personas fallecidas por problemas de salud en cárceles y alcaldías del SPB, según días previos de internación en hospital, año 2021**

Internación	Cantidad	Porcentaje	% acumulado
Día de la muerte	26	26,5%	26,5%
Un día antes de la muerte	10	10,2%	36,7%
Entre 2 y 7 días	20	20,4%	57,1%
Entre 8 y 30 días	29	29,6%	86,7%
Entre 31 y 60 días	6	6,1%	92,9%
Más de 60 días	7	7,1%	<b>100%</b>
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100%</b>	

**Fuente:** Registro CPM de muertes en cárceles y alcaldías. **Base:** 98 casos con dato en la variable fecha de internación (86,0% del total).

Si se analiza caso a caso, vemos que antes del traslado no existió una atención adecuada en los espacios de sanidad de las unidades y alcaldías. Esto es igual para los casos que contaban con un diagnóstico médico como para aquellos que sufrieron una descompensación repentina. Una vez en los espacios de sanidad, generalmente sólo se procedió a realizar maniobras de resucitación cardio-pulmonar, como indicador de la falta de elementos mínimos para la atención de situaciones de urgencia. Muchas veces las personas detenidas llegaron con cuadros de descompensación cardíaca o insuficiencia respiratoria, que no pudieron ser abordados en las áreas de sanidad y murieron en el traslado. Se presentan a continuación tres casos en los que se materializan las condiciones de desatención de la salud que derivan en la muerte.

**Diego Bardelli Picón (45 años).** Se encontraba detenido en la UP 32 de Florencio Varela, a disposición del Juzgado de Garantías 2 de Quilmes<sup>96</sup>. Problemas de salud diagnosticados: epilepsia, colostomía y problemas urinarios crónicos (estenosis uretral, incontinencia), cálculos en la vesícula. Dificultades para alimentarse, pérdida de peso, antecedentes de TBC y neumonía. Además, angustia por su situación de salud. Fallece el 24 de septiembre estando alojado en la UP 32.

#### **Fuente SPB. Parte de muertes y documentos adjuntos:**

...en momentos en que se encontraba controlando las actividades del sector a su cargo, es requerida su presencia por los internos (...) habitante del Pabellón N° 1 y el int. (...) habitante del Pabellón N° 7 solicitando asistencia médica para el interno BARDELLI PICON Diego Ariel habitante del Pabellón N° 1, quien se encontraba realizando actividades deportivas en el sector Cancha. (...) Por tal motivo (...) se procedió a conducir al interno BARDELLI PICON Diego Ariel realizándolo por sus propios medios a la Unidad Sani-

96 A cargo de Martín Miguel Nolfi.

taria (...), en donde el facultativo de Guardia le brinda la asistencia médica que el caso requería, solicitando la salida Urgente al nosocomio Hospital Mi Pueblo por presentar paro cardio respiratorio. (...) siendo aproximadamente las 12:00 hs se recibe un llamado telefónico por parte del Oficial (...), custodia del int. BARDELLI PICON Diego Ariel dando aviso que al llegar al nosocomio MI PUEBLO de la Localidad de Florencio Varela, el facultativo de Guardia (...) informa óbito al interno de marras.

En el formulario enviado por el SPB se informa que la muerte se produce en el móvil de traslado, sin ampliar información.

**Fuente SISCCOT. Comunicaciones por correo electrónico o vía telefónica, con familiares del detenido y con representantes de organizaciones de familiares:**

Entre el 12 de mayo y el 9 de septiembre se establecieron 25 comunicaciones con Diego Ariel Bardelli Picón por su delicado estado de salud. A lo largo de esos 4 meses, se presentaron las siguientes acciones judiciales:

- 14 de mayo: habeas corpus urgente;
- 1 de junio: ampliación de habeas corpus;
- 29 de junio: habeas corpus urgente;
- 8 de julio: ampliación de habeas corpus;
- 10 de agosto: habeas corpus;
- 18 de agosto: habeas corpus e informe;
- 1 de septiembre: informe urgente;
- 8 de septiembre: informe urgente.

Además de las acciones judiciales se solicitó en distintas oportunidades que se informe de la situación a la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria (DPSP), para que intervenga a fin de garantizar la adecuada atención médica. Se sintetizan a continuación las comunicaciones mantenidas con Diego.

En mayo de 2021, el programa Recepción de Denuncias de la CPM recibió un mail del Comité Nacional para la Prevención de la Tortura, en el que se pone en conocimiento la situación de salud de Diego, que tenía indicada

una intervención quirúrgica y colocación de sonda por su problema de estenosis uretral y por su colostomía, pero no le garantizaban el turno en hospital público y su oportuno traslado. Ante esta información, el **14 de mayo** la CPM presentó un habeas corpus en el que solicitó:

...se lleven a cabo las gestiones necesarias para garantizar, en el plazo más breve posible, la realización de la intervención quirúrgica correspondiente en un Hospital extramuros (...). Se giren copias del presente a la Dirección General de Salud Penitenciaria, a fin de que tome conocimiento de la situación, y en el menor plazo posible, aporte material probatorio relativo a la Historia Clínica del nombrado y todo dato de interés. (...) dar traslado de la presente a la defensa del detenido.

El **29 de junio**, a través del Punto Denuncia Torturas (PDT) Pocho Lepratti y por correo electrónico al programa Recepción de Denuncias, Diego se vuelve a comunicar. Manifestó que continuaba sin recibir atención médica acorde a su delicada situación de salud: no le habían realizado la intervención quirúrgica prescrita oportunamente, ni tenía garantizada la provisión de los insumos médicos imprescindible (bolsas de colostomía, medicación crónica). Pedía pronta resolución a su solicitud de arresto domiciliario, atención médica en hospital público, permanencia en la UP 32 Varela para sostener vinculación familiar que garantizaba el acceso a la medicación e insumos médicos, y comparendo con el juez a cargo de su causa para resolver distintas cuestiones procesales. Ese mismo día se presentó un nuevo habeas corpus, que fue ampliado el **8 de julio** con la información reportada por la APDH La Matanza.

En distintas resoluciones judiciales se ordenó a la DPSP que se le otorgue el seguimiento y tratamiento médico y farmacológico indispensables, así como también se autorice su traslado a cualquier nosocomio público para establecer diagnóstico, tratamiento, pronóstico e interconsultas médicas necesarias. Sin embargo, respecto de la medida morigeratoria se atiene a la negatoria del pedido anterior (17 de junio de 2021). Asimismo, el informe de la unidad sanitaria de la UP 32 expresa:

...El paciente fue evaluado y el mismo presenta estrechez uretral desde el año 2012, teniendo como manejo de las mismas dilata-

ciones uretrales periódicas cada 25 a 30 días aprox. Refiere que se realizó la última dilatación hace 30 días empezando con dificultad para orinar. Cuenta con turno para el día de mañana a UNIDAD N°24 para urología debido que el mismo contaba con turnos el día lunes próximo pasado el cual fue perdido por razones ajenas a esta sanidad. Los mismos fueron solicitados en HOSPITAL SAN MARTIN de La Plata y UNIDAD N°22 de Lisandro Olmos, pero dando como respuesta que se encuentran demorados por la crisis sanitaria actual.

Sin embargo, la situación de Diego no se modificó:

“...no estoy pudiendo orinar, estoy con cólicos y vómitos por la vesícula inflamada, que también me tienen que operar. (...) me quieren sacar de traslado a otra unidad y no quiero, no es la solución, acá estoy CERCA de mi familia, la unidad 9 y la unidad 1 ya estuve ahí y es más de lo mismo, por favor” (comunicación del 12 de julio).

Esto mismo fue confirmado por familiares que se comunicaron con distintos PDT. Seguía sin cumplirse la resolución judicial: “aún no lo han sacado a hacer la dilatación uretral, motivo por el cual está con mucho dolor. Desde la unidad le dicen que no hay turno y que en ninguna unidad hay alguien que se la pueda hacer”.

A esta situación se suma que recibió atención psicológica, a partir de lo cual se decidió su traslado arbitrario a la UP 34 Melchor Romero. La psicóloga argumentó que había tenido un intento de suicidio, lo que él negó:

“...no me estoy sintiendo bien, mi cabeza me estalla con las dolencias que vivo todos los días: que no puedo orinar porque tengo que ser dilatado y operado, que las bolsas de colostomía que te brinda el servicio no son las que necesito, se me despegan y me ensucio de materia fecal... (...) Me atendió un psicólogo porque pedí para desahogarme, me llamó hoy, le volqué todos los problemas de salud que padezco y que estoy preso injustamente y solo eso, necesitaba desahogarme. Ahora ella con el jefe de sanidad me armaron un traslado para la unidad 34 que es un loquero. Por

favor necesito que urgente paren esto, yo solo necesitaba desahogarme con alguna psicóloga no para que me saquen a un loquero”.

En la UP 34 fue atendido por un psiquiatra, quien indicó que no cumple con criterio para el alojamiento en dicha unidad. Sobre las condiciones de alojamiento, menciona:

“...estoy en un buzón, sin luz, agua ni colchón, no hay nada de la medicación que yo necesito, solo te quieren drogar y yo no necesito eso. Por favor si puede mandar un escrito urgente para que se me reintegren a la unidad 32 pabellón 1 celda 6 donde estaba.”

A pesar de las múltiples presentaciones realizadas, el **3 de agosto** el Juzgado le negó el arresto domiciliario, fundado en el dictamen de un perito que asegura que recibía la asistencia médica necesaria:

“Voy a volver a pedir el arresto domiciliario: la situación en lugar de encierro es muy muy precaria, con decirle que por el tema de mi colostomía me tengo que limpiar con papel higiénico o servilleta de papel o también con misma ropa. Cada 25, 30 días me tienen que sacar a hacer una dilatación por no poder orinar, nunca hay turnos y cuando hay, los pierden por motivo que la sanidad desconoce según informe médico. Tengo litiasis vesicular y hace rato que no estoy comiendo debidamente, por motivo que está muy avanzado e inflamada, ya para una cirugía. Más la epilepsia, más la incontinencia urinaria, por lo cual me tienen que suministrar pañales. (...) no pasa por donde esté, en ninguna unidad carcelaria me van a dar la atención médica que mis patologías necesitan, ¿me quieren ver muerto para que me escuchen? Es deplorable como vivo: todo lleno de materia fecal, ni gasas me dan para higienizarme mis heridas”.

El **10 de agosto** se realizó una nueva presentación de habeas corpus, en la que se solicitó:

...garantizar atención médica extra muros y planificación de tratamiento para las patologías enumeradas (...) se requiere disponer

audiencia de habeas corpus, a efectos de permitir al Sr. Bardelli ampliar el relato de los hechos y elevar sus requerimientos de manera personal. (...) Se giren copias del presente a la Dirección General de Salud Penitenciaria, a fin de que tome conocimiento de la situación, y en el menor plazo posible, aporte material probatorio relativo a la Historia Clínica del nombrado y todo dato de interés.

Dicho habeas corpus fue respondido el **12 de agosto**, negando la evidente situación que padecía Diego:

Contrariamente a las circunstancias invocadas, de las distintas constancias adunadas en autos, se advierte que las afecciones que aquejan al detenido Diego Ariel Bardelli se encuentran atendidas a través del correspondiente seguimiento médico oportunamente ordenado (...). Lo expuesto permite concluir entonces, que la salud del detenido Diego Ariel Bardelli, en el contexto de detención que viene cumpliendo, se encuentra debidamente garantizada mediante las diversas decisiones que esta judicatura ha adoptado a este respecto -y que seguirá siendo materia de rigurosa atención en lo futuro-, debiendo estar, en consecuencia, en relación al planteo en frato, a lo resuelto el pasado día 29 de junio del año en curso, en ocasión de hacer lugar a la acción de Hábeas Corpus que, por los mismos motivos invocados, fuera deducida en favor del mencionado imputado” (resolución del Juzgado de Garantías N° 2 de Quilmes, a cargo de Martín Miguel Nolfi).

Sólo un día antes de conocer la resolución se presentó un informe en el que se ponía en conocimiento de las autoridades que, habiéndose cumplido el plazo médico indicado, no se había garantizado la realización del tratamiento. Dicho requerimiento tuvo como respuesta:

Quilmes, 19 de agosto de 2021. Por recibido, téngase presente que personal de la sección sanidad de la unidad carcelaria nro. 32 ha informado que el detenido Diego Ariel Bardelli cuenta para el día de mañana con turno con el servicio de urología del Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero para dilatación uretral.

Dicho turno no fue cumplido. El **24 de agosto** Diego continuaba sin recibir

el tratamiento indicado: “mi salud se deteriora día a día, estoy con vómitos y náuseas, sin poder orinar. También el día 14 me tenían que haber dilatado y todavía nada”. Tres días después, el **27 de agosto** fue trasladado a un hospital que no contaban con la infraestructura necesaria para realizarle el tratamiento indicado. En una nueva comunicación, el **30 de agosto**, expresó: “Buen día, disculpa la molestia. Estoy esperando todavía a que me dilaten para poder orinar y no aguanto más el tema de la vesícula inflamada. El sábado me atendió un médico, me dio un inyectable, pero ya anoche vomité otra vez”.

El **1 de septiembre** se presentó un informe urgente al Juzgado que describía la situación y se solicitaba nuevamente la efectiva realización del tratamiento médico: “Se arbitren las medidas necesarias para garantizar la atención médica adecuada a favor del Sr. Bardelli Picón, asegurando que con urgencia se lleve a cabo la dilatación uretral y se realice evaluación y tratamiento integral de su cuadro clínico”. El **9 de septiembre** en una nueva comunicación telefónica, Diego nos confirma que continúa a la espera de su tratamiento, a casi 50 días de la última práctica realizada. Su estado de salud continuaba deteriorándose.

A pesar de las indicaciones del Juzgado para lograr que la atención médica sea garantizada en forma, Diego seguía expuesto a una situación crítica y requería una resolución urgente. Sin embargo, el SPB y la DPSP dieron claras muestras de no brindar atención médica adecuada, ni de garantizar el traslado oportuno para que reciba la atención en el ámbito hospitalario.

A lo largo de las intervenciones de la CPM, se ha evidenciado el deterioro en la salud de Bardelli y las complejidades en el acceso a la atención médica. Dichas dificultades tuvieron un claro impacto negativo en su cuadro de salud y obturaron las posibilidades de recuperación. A estos padecimientos físicos, se sumó la afectación evidente a su salud mental debido al impacto psicológico por el sufrimiento físico. Finalmente, la negación del arresto domiciliario por parte del poder judicial, que le permitiría acceder a condiciones de detención acordes a su situación de salud, derivó en el peor final: una nueva muerte evitable.

Queda evidenciado cómo el relato oficial de una “muerte natural” por paro cardio-respiratorio ocultaba la desidia de los profesionales de la sa-

lud en el tratamiento médico y el abandono de las personas que padecen enfermedades crónicas, incluyendo la responsabilidad del juez competente que nunca mantuvo comunicación con la persona o se constituyó en su lugar de alojamiento para ver las condiciones en las que se encontraba. Ellos son responsables también de este fallecimiento.

**Damián Alfredo Córdoba Miguez (39 años).** Se encontraba detenido en la UP 17 de Urdampilleta, a disposición del Juzgado de Ejecución 2 de Lomas de Zamora<sup>97</sup>. Fallece el 4 de junio de 2021 al ser trasladado de urgencia al hospital, luego de 17 días sin recibir su medicación crónica (diabetes, epilepsia) ni atención médica adecuada.

**Fuente SPB. Parte de muertes y documentos adjuntos:**

Lo llevan otros detenidos a Sanidad, donde se informa: “se observa cianótico, pupilas dilatadas arreactivas, se coloca oxígeno, no se constata pulsos ni latidos, se realiza maniobra de R.C.P. sin respuesta, se deriva al Hospital de Urdampilleta”. Ingresa al Hospital sin signos vitales. Desde el Hospital, se constata la muerte y se informa:

---

97 A cargo de la jueza Etel Beatriz Bielajew.

Paciente es traído por ambulancia del Servicio Penitenciario con referencia por parte de la enfermera acompañante que podría estar “sin vida”. Al examen no se constata signos vitales, el cuerpo se encontraba en rigidez (pos mortis). Presenta lesión en pirámide nasal evolucionada (Según consta en Historia Clínica) a raíz de mordedura por otro interno + sangre en cavidad oral. Como antecedente patológico: Diabetes – Epilepsia. La diabetes era tratada con glibenclamida y epilepsia en Historia Clínica con carbamazepina. Hay referencia traumatismo craneo encefálico según consta en Historia Clínica. Se desconoce de dicho traumatismo sería causante de foco epiléptico. Resto del Examen sin particularidad.

**Fuente SISCCOT. Comunicaciones, por correo electrónico o vía telefónica, con la persona detenida, sus familiares y con representantes de organizaciones de familiares:**

El **19 de mayo de 2021** se comunicó la hermana del detenido e informó que el 13 de mayo, mientras estaba en la UP 38 de Sierra Chica, fue agredido por otro detenido produciéndole amputación de la punta de la nariz. El 18 de mayo fue trasladado de improviso a la UP 17 Urdampilleta, sin asistencia médica ni los medicamentos indicados para evitar la infección ni su medicación habitual (es diabético y epiléptico). Además, perdió el turno que tenía asignado para la operación de su nariz. En la UP 17 había recibido amenazas de amigos del agresor, por lo cual corría riesgo su vida. El mismo día se recibe un mail de la asesoría legal de la cooperativa laboral Esquina Libertad, que reitera los hechos y solicita además una morigeración de la pena en función de su condición de salud. Reiteran la urgencia de la atención médica, tanto en lo que respecta a la herida y consiguiente operación como a la provisión de la medicación para la diabetes y epilepsia. Se presentó entonces un informe (por art. 25 inc. 3) al Juzgado, en el que se solicitó que se tome intervención ante la situación descrita, se disponga la asistencia médica necesaria, se informe a la DPSP para que aporte material relativo a la historia clínica y se garantice el alojamiento en condiciones dignas de detención y su traslado a otra unidad penitenciaria.

El **20 de mayo** volvió a comunicarse su hermana, quien informó que seguía sin atención médica, realizándose curaciones “como puede”. No le habían entregado antibióticos ni calmantes por la herida en la nariz, ni la

medicación para su enfermedad crónica. Seguía sin saber qué iba a pasar con la cirugía que tenía indicada y programada.

El **26 de mayo** se puso en contacto Damián, reiteró la información sobre su salud y solicitó traslado urgente y atención de su salud, además de requerir la ayuda de la CPM para presentar un HC por derecho propio (el cual es presentado el **27 de mayo**). Un día después se comunicó su hermana nuevamente: Damián continuaba detenido en la UP 17, sin atención médica ni reprogramación de la operación prevista, no recibía la medicación de su patología de base. Expresó su preocupación porque en la unidad y pabellón había casos positivos de COVID y su hermano era un paciente de riesgo.

El **1 de junio** la CPM realizó una nueva presentación en la que solicitó la pronta resolución de lo requerido oportunamente, teniendo en cuenta la gravedad de los hechos relatados. Un día después (2 de junio) Damián vuelve a realizar un nuevo HC por derecho propio ante el Juzgado de Ejecución 2, en el que expresó:

...Estoy en una celda que tiene capacidad para 6 persona y 7 personas dormimos en el piso en total somos 13 personas en un celda q tiene capacidad para 6 persona estamos viviendo como animales amontonados (...) El día 13/05/21 fui lastimado por otro interno que me ataco por la espalda y me mordio la nariz amputandome un pedaso de la nariz (...) Desde que estoy en esta unidad no me an dado atencion medica para curarme ni por las enfermedades que tengo (deabetis y epilepcia) por el avandono que la unidad n°17 de urdanpilleta ase asia mi perdona y pone en riesgo mi vida y salud solicito traslado o reintegro a la (u\_38 de cierra chica ya que en esa unidad se avia preocupado por mi asta sacaron un turno para que me agan una cirugia el dia 19/05/21 eso era un dia antes a que salga de traslado a esta unidad n°17 urdanpilleta) (...) solicito ser traslado u.23 u.24 u.31 u.32 u.42 f.cio varela, u.28 u.35 u36 magdalena, u.40 u.58 lomas de zamora, u.18 u.9 la plata, u.2 u.38 cierra chica. (...) le an respondido ustedes a mi mujer que el penal n°17 de urdanpilleta me esta dando tratamiento y medicacion por mi enfermedad y mis heridas de gravedad que tengo en mi nariz y es todo mentira el penal ami no me esta dando nada

ni la carvamasepina 200mg que es para la combulciones de epilepcia ni la clivenclamida 5mg q es para la deavetis yo estoy en la unidad desde el dia 19/05/21 y no me an dado nada solo he resivido un abandono asi mi persona y esta en riesgo mi vida y salud por que he combulcionado y se yamo al encargado del pabellon n°7 diciendole que yo estava combulcionando y la respuesta del encargado del spb fue estoy ocupado por eso pido por favor que se me saque de traslado si no me dan ninguna atencion y otra que me estoy lavando las eridas de mi naris con agua y jabon blanco por que es lo unico que tengo ya que estoy muy lejos de mi familia y mi familia no me a podido benir a vicitar por el covid escongo tambien que en el pabellon n°7 ai casos de covid positibo y yo soy persona de riesgo por la deabetis espero una solucion pacifica o un aislamiento para mi por ser paciente de riesgo. [SIC].

El **3 de junio** la CPM solicitó la intervención de la defensa pública ante la situación relatada. Un día después se produce la muerte de Damián, sobre la cual sus familiares relatan:

...En la unidad de Urdapilleta fue directamente dejado en total abandono nuevamente en buzones. Padeciendo fuertes dolores causados no solo por la herida y amputación de su nariz, sino también teniendo que estar a total merced de sus ataques de epilepsia al no contar con la medicación que debía tomar. Todo esto sumado al hecho de ser paciente de alto riesgo ante la actual epidemia de covid-19 y tener que estar sobreviviendo en su estado en una celda con condiciones infrahumanas. Finalmente fue llevado a un pabellón convencional en vez de prevenir, por sus problemas de salud, la forma de buscar resguardarlo en Sanidad. El mismo día sufre una convulsión y el jefe que se encontraba en ese momento dice que estaba ocupado para atenderlo por lo cual debió padecer ante este total e irresponsable abandono de persona. A causa de la falta de medicación y sus nuevas afecciones, tenía convulsiones más seguidas. Un detenido afirma que Damián esa noche tuvo una convulsión muy fuerte y los mismos compañeros empezaron a pedir asistencia de las autoridades a los gritos, cuando llegaron y vieron el estado en el cual estaba lo llevan llevaron a sanidad y le suministraron de forma inyectable clonazepam. Luego de esto,

y a pesar de que el aún estaba muy mal, lo hicieron volver al pabellón, unas horas después volvió a convulsionar y nuevamente fue inyectando con clonazepam, pero esta vez su corazón no aguantó y le fallo, produciéndole la muerte. Este suministro y prescripción de Clonazepam lo realizó un dentista en el momento ya que allí no hay médico, a este extremo llega el desmanejo de la salud de los internos por parte de la autoridad. Luego de su fallecimiento cuando pusieron su cuerpo en una camilla para trasladarlo se les cayó provocándole una fractura craneal importante y a pesar de esto pasaron un informe donde dicen que la persona tenía traumatismos de cráneo ocasionados por los episodios convulsivos. Sin embargo, la situación en la cual se les cayó el cuerpo de Damián fue presenciada por varios detenidos. En el traslado del cuerpo a la ambulancia (foto publicada), fue tirado al piso provocándole una fractura craneal, todo esto fue ocultado por jefes de la unidad penitenciaria y avalado por defensor y jueza.

Una vez más se evidencia que la información oficial sobre la muerte resulta falaz: se basa en un relato de los hechos parcial e intencionado, omitiendo datos que dan cuenta de las acciones y omisiones que llevaron a la muerte.

**Emiliano José Brítez Da Luiz (22 años).** Estaba detenido desde agosto de 2019, alojado en la UP 1 de Olmos en el momento de la muerte, a disposición del Juzgado de Ejecución 1 de Lomas de Zamora<sup>98</sup>. Fallece el 13 de octubre de 2021, en su celda del piso 2, pabellón 3.

#### **Fuente SPB. Parte de muertes y documentos adjuntos:**

---

98 A cargo del juez Francisco Mario Valitutto.

En el marco de una recorrida de rutina por el segundo piso, al llegar al pabellón 3, un grupo de internos le solicitaron al Inspector de vigilancia el traslado urgente:

...al interno BRITEZ quien encontraba recostado en una manta en muy mal estado de salud. Inmediatamente se precede a conducir a los internos mencionados hacia la Sección Sanidad donde el Facultativo de Guardia le brinda la Asistencia médica que el caso ameritaba y en virtud de que el mismo no respondía al llamado ni efectuaba ningún gesto, se comenzó a realizar maniobras de resucitación (RCP), las cuales no surtieron efecto, constatando el óbito a las 16:30. Posteriormente entrevistados por la Jefatura de Vigilancia y Tratamiento de forma separada los internos [...] los mismos de manera coincidentes manifestaron: “Lo encontramos descompensado cerca del baño en la tercer celda, lo subimos a un manta y lo llevamos urgente a la unidad sanitaria número uno”. [...] Tratamiento efectuado: (RCP) y adrenalina 3 ampollas por acceso femoral.

**Fuente SISCCOT. Comunicaciones, por correo electrónico o vía telefónica, con la persona fallecida, sus familiares y con representantes de organizaciones de familiares:**

En una comunicación telefónica mantenida el **2 de septiembre** con el Colectivo Dignidad, integrante del Programa Punto Denuncia Torturas, Emiliano relató que necesita atención médica por un disparo recibido dos años atrás que le provocaba muchos dolores. Por ese motivo, solicitaba al Tribunal que autorice una salida extraordinaria para asistir a un turno médico gestionado por su madre, para el día 17 de septiembre en el Hospital San Martín de La Plata. Desde la CPM se acompañó el pedido presentando un informe.

El **20 de septiembre** se presentó en la sede central de la CPM la madre de Emiliano, visiblemente angustiada, quien confirmó y amplió lo relatado por su hijo: se movilizaba con muletas, padecía mucho dolor y caminar mal le había afectado la columna. Los dolores y dificultades para moverse le impedían ir a estudiar o salir al patio. Además, hacía dos meses que tenía vómitos, diarrea, estaba bajo de peso; desconocía si este ma-

lestar era producto de una intoxicación o de la mala alimentación “ya que la carne que le dan de comer viene con olor a podrido”. También muestra una foto porque le había salido un quiste en el cuello y no sabía su origen. Su madre solicitó que se evalúe la posibilidad de otorgarle arresto domiciliario o bien que le brinden la atención médica que requería.

El **22 de septiembre** la CPM presentó un informe art 25. Inc. 3 ante el Juzgado de Ejecución 1 de Lomas de Zamora, en el que solicitaba su intervención para garantizar la integridad física y para que cesen los agravamientos en las condiciones de detención. Además, se solicitaba comparendo ante el Juez y que se informe a la defensa del detenido y a la DPSP para que tome conocimiento de la situación y aporte material probatorio obrante en la historia clínica. En la misma fecha se envió un informe detallado a la DPSP pidiendo su intervención.

El **5 de octubre** se volvió a comunicar la mamá de Emiliano, quien continuaba sin recibir atención médica y su estado agravado: “ya no tiene fuerzas para levantarse de la cama, ya no puede bañarse solo porque no se sostiene de pie por lo débil que se encuentra y todavía no fue atendido por ningún médico”. A partir de esta comunicación y a solicitud de Emiliano, desde la CPM se realizó la presentación de un habeas corpus por derecho propio, ante el Juzgado de Ejecución 1 de Lomas de Zamora, en el que adjuntaron fotografías que acreditaban las condiciones descriptas:

“En este momento me encuentro padeciendo una enfermedad que no sé qué podrá ser, una inflamación en el cuello que de ninguna manera es normal (posible tumor) y con frecuentes dolores insoportables, constante fiebre que ya de alguna manera me estarían impidiendo poder alimentarme hace varios días, además de los constantes dolores que arrastro en la pierna por falta de atención adecuada (rotura de tibia y peroné) necesito ser hospitalizado de suma URGENCIA”.

A pesar de las comunicaciones realizadas, el **13 de octubre** Emiliano fallece mientras estaba alojado en el pabellón 3 del segundo piso de la UP 1, es decir, sin que nadie haya modificado las condiciones en las que se encontraba detenido, y sin la atención médica que requería su estado de salud. Ninguna de estas condiciones fue relatada en el parte oficial.

## 5.2.2. Muertes por suicidio

Como se afirmó en el apartado inicial, en los últimos tres años el suicidio en las cárceles se constituyó en la segunda causa de muerte. La cárcel genera y potencia condiciones de riesgo (aislamiento, desvinculación familiar, falta de acceso a la salud) y, al mismo tiempo, desactiva posibles factores de protección, instancias institucionales que permitirían detectar y prevenir potenciales conductas suicidas.

Durante 2021 se registraron 18 suicidios (9,2% del total de muertes), por encima del promedio interanual de 14 hechos; una tasa de 4 suicidios cada 10.000 personas detenidas, una cifra exponencialmente mayor a la tasa provincial (0,6 víctimas cada 10.000 personas, en el año 2020). Los hechos ocurrieron en 13 unidades y una alcaldía. Del total, 6 ocurrieron en espacios de aislamiento (en las UP 5, 15, 32, 33, 34, 39). Se destacan los dos hechos ocurridos durante el aislamiento en la UP 34 Melchor Romero, formalmente especializada en neuropsiquiatría; esto resulta especialmente grave teniendo en cuenta que se encuentra prohibido por ley el uso de aislamiento en personas con padecimientos mentales<sup>99</sup>.

Como contexto general, se debe tener en cuenta que el SPB registró, en 2021, 1.544 hechos de autolesiones en distintos espacios carcelarios, de los cuales 27% se produjeron en el sector de separación del área de convivencia (SAC), es decir, en espacios de aislamiento<sup>100</sup>.

En cuanto a las características de las víctimas, se destaca que en 2021 fueron todos varones (uno de ellos varón trans<sup>101</sup>), con un promedio de 33 años de edad. Esto también se refleja en la distribución de los casos, en los que las frecuencias más altas se presentan en los grupos etarios más jóvenes, entre los 18 y los 40 años, como se presentó en el gráfico 8. Se presenta un caso de suicidio en la UP 34, en el que se plasman las características antes enumeradas.

---

99 De acuerdo al artículo 14 del decreto reglamentario 603/13 de la ley nacional de salud mental 26.657. Para un análisis detallado de las condiciones de encierro en la UP 34, ver el capítulo “Cárceles neuropsiquiátricas” en la sección “Políticas de salud mental”.

100 Datos del *Informe de violencia carcelaria. Año 2021*, elaborado por el SPB, Unidad de gestión y coordinación estadística.

101 Para más información sobre este caso, ver el apartado “Masculinidades trans invisibilizadas” del capítulo 3 de la presente sección.

**Rodolfo Roberto Dieso Vaglioire (36 años).** Estaba detenido en la UP 34, en celda de aislamiento y a disposición del Juzgado de Ejecución Penal 1 de San Nicolás<sup>102</sup>. Falleció el 22 de enero de 2021, dos días antes de cumplir la condena por la que estaba privado de su libertad.

Desde la CPM se tomó conocimiento del caso por sus defensores. Se encontraba detenido en la UP 3 de San Nicolás y fue trasladado de manera intempestiva por el juez de feria a la UP 34 Melchor Romero, debido a que la UP 3 no contaba con un especialista en psiquiatría. El traslado se realizó de manera arbitraria, sin informar previamente a sus defensores ni al detenido los motivos.

En el momento del hecho se encontraba detenido en la UP 34, pabellón 2, en aislamiento; a pesar de que el juzgado solicitó su reintegro a San Nicolás para que recibir la libertad desde ahí, ya que su familia era de esa localidad. Su familia se había comunicado con él el mismo día del hecho, sólo unas horas antes de que aparezca ahorcado en su celda.

Según los datos que figuran en su historia clínica, el 7 de enero, un día después de ser trasladado a la UP 34, fue atendido por un psiquiatra, quien dio el aval para que sea trasladado a San Nicolás con continuidad del tratamiento que tenía indicado. La víctima tenía un intento de suicidio previo, mientras se encontraba alojado en San Nicolás, por lo que -según el protocolo de abordaje de conductas de riesgo suicida- no debía permanecer en aislamiento.

A partir de la reconstrucción realizada con la información de su historia clínica, se pudo conocer que el traslado a la UP 34 se fundamentó en las evaluaciones de la psicóloga del penal de San Nicolás, quien el 3 de enero concluyó que “se presenta con retraimiento, ideas persecutorias y paranoides. El personal refiere un intento de suicidio (...) se sugiere de manera

---

102 A cargo del juez Anselmo Ezequiel González.

urgente interconsulta con psiquiatría y alojamiento en un lugar adecuado”. Al día siguiente la profesional de Sanidad registró: “discurso poco coherente, sin posibilidad de diálogo, repite frases sin sentido aparente (...) desorientado temporalmente (...) excitación psicomotriz”. En este marco recomendó el traslado a otra unidad que cuente con psiquiatra (el penal no disponía de profesionales) y estructura adecuada.

Luego del ingreso a la UP 34 el **6 de enero**, según surge de la lectura de su historia clínica, fue atendido por el psiquiatra quien indicó tratamiento farmacológico. El Juzgado de Ejecución 1 de San Nicolás envió un oficio ordenando se informe respecto a lugar de alojamiento, condiciones de detención, asistencia psiquiátrica recibida, entre otras cuestiones. El psiquiatra de la UP 34 contestó informando el tratamiento farmacológico e indicando que la consulta respecto a las condiciones de alojamiento y alimentación debía ser respondida por personal de seguridad. El juzgado interviniente consultó si podía ser realojado nuevamente en la UP 3 sin que corriera riesgo su integridad física y psíquica, lo cual fue respondido por otro profesional, el **13 de enero**:

Paciente evaluado psiquiátricamente a la fecha. Se presenta en la entrevista predispuesto al diálogo, globalmente orientado con conciencia de situación. Sin productividad psicótica, niega idea autolítica. Sueño y apetito conservado. Juicio crítico conservado. Puede ser alojado en Unidad Nro. 3 nuevamente en tanto se le brinde el tratamiento indicado.

El siguiente registro en su historia clínica corresponde al **22 de enero**, en el que se constata la muerte por ahorcamiento en el pabellón 2, celda 50.

Dentro de este penal se han constatado y denunciado actos concretos de tortura, a partir del monitoreo sistemático que se realiza desde el programa Salud Mental: falta de condiciones mínimas necesarias para la atención integral y agravamientos de cuadros de salud mental. El abordaje de la salud en este penal viola toda la perspectiva de derechos que propone la ley nacional de salud mental 26.657. El SPB sostiene una praxis diaria basada en concepciones que no consideran a las personas con padecimiento mental como sujetos de derechos. El abordaje no se concibe ni desarrolla interdisciplinariamente, no se diseña respetando los principios

de atención primaria en salud ni reforzando, restituyendo o promoviendo los lazos sociales de las personas; se basa primordialmente en la prescripción de esquemas farmacológicos sin revisión periódica ni control. Entre 2016 y 2021 se registraron 7 suicidios en esta unidad penal. Pese a la repetición de casos y los patrones comunes que se presentan, no se han adoptado políticas públicas destinadas a prevenirlos y asistirlos. Los intentos de suicidios ni las crisis que terminan con autolesiones conmueven a un sistema que no interviene en esos momentos críticos, ni considera la perspectiva de derechos establecida por la ley nacional de salud mental para su abordaje.

### 5.2.3. Homicidios en unidades carcelarias

En 2021 murieron 6 personas por homicidio: varones de 30 años promedio; 4 estaban detenidos en la UP 2 de Sierra Chica, uno en la UP 17 de Urdampilleta y uno en la UP 37 de Barker. Como se indicó en la introducción, este tipo de muerte está vinculado a prácticas penitenciarias de delegación de la violencia en las personas detenidas y de habilitación del uso y circulación de armas blancas. El SPB delega la violencia y terceriza el orden para garantizar su gobierno del encierro; esto implica el encargo penitenciario, “mediante mecanismos de extorsión y entrega de armas (generalmente elementos corto-punzantes), de lastimar y/o robar a otro preso a fin de doblegarlo o incluso matarlo”. O bien se produce a través de liberación de zonas que “habilita o propicia los enfrentamientos entre presos o el sometimiento y/o robo de unos a otros” (Andersen, 2014: 262-263)<sup>103</sup>.

Uno de los indicadores de esta delegación es la presencia de armas blancas (*facas*), responsabilidad del personal penitenciario, ya que es imposible no detectarlas en las rutinarias requisas personales y de celdas. Los agentes permiten o gestionan su fabricación, ingreso y circulación. De los 6 hechos ocurridos durante 2021, en 5 la agresión se produjo con armas blancas o elementos cortopunzantes. En el caso de los homicidios producidos en la UP 2, todos ocurrieron en el patio del pabellón. Mientras que los otros dos se produjeron en espacios de aislamiento: el sector de admisión de la UP 37 y el SAC de la UP

---

103 Para otra descripción sobre la delegación de la violencia en las cárceles, ver el capítulo 4 “Gestión de la violencia” de la presente sección.

17, espacios que se caracterizan por un control más estricto.

La visión oficial sobre los homicidios como producto de “problemas entre presos” omite el contexto y las circunstancias en que ocurren, cuestiones que permiten identificar la responsabilidad del Estado con personas que están bajo su disposición y custodia total. Se reconstruye un caso a partir de las comunicaciones oficiales y de la misma víctima con la CPM.

**José Antonio Pereira Díaz (24 años).** Detenido en la UP 37 de Barker, a disposición del Juzgado de Ejecución 1 de Lomas de Zamora<sup>104</sup>. Fallece el 16 de abril de 2021 producto de una herida corto punzante en el pecho, producida en el marco de una pelea entre detenidos en el patio del pabellón en el que se encontraban alojados.

#### **Fuente oficial. Parte del SPB:**

...en momentos en que se encontraban realizando una recorrida de rutina por el sector a su cargo pudieron escuchar fuertes gritos provenientes del interior del Pabellón Número Ocho (Admisión) más precisamente en la celda número Cinco, al apersonarse pudo observar por la mirilla de la puerta de acceso de la misma que un interno se encontraba sobre una manta en el piso. De inmediato se procedió a dar apertura de la puerta (...) retirando al interno quien fue identificado posteriormente como PEREYRA DIAZ, José Antonio (...) es conducido a la sección Sanidad donde es asistido rápidamente por el facultativo de turno constatando que (...) se encontraba sin signos vitales a lo que de forma urgente procede a realizarle maniobras de reanimación obteniendo resultado negativo, descartando toda posibilidad de ser trasladado a un hospital extra-muro. De manera simultánea (...) realicé una requisa visual de los habitantes de dicho recinto pudiendo visualizar que [otro] interno (...) presentaba lesiones en su cuerpo por lo que también

---

104 A cargo del juez Francisco Mario Valitutto.

se lo condujo a la sección sanidad para que el facultativo de turno le realice curaciones de rigor. En momento en que era asistido se le pregunta sobre el origen de dicha situación, el mismo MANIFESTÓ: “Empezamos a discutir porque se me puso en piola y me sacó una faca, me empezó a atacar y me tuve que defender...”.

#### **Fuente SISCCOT. Comunicaciones con la persona detenida:**

El **14 de abril** se recibió una comunicación de José, quien expresaba que estando alojado en la UP 37 fue golpeado por personal del SPB, adjuntando fotos en las que se observaban contusiones y lesiones. También expresó su intención de realizar una denuncia penal contra los funcionarios que lo agredieron. También enunció que deseaba poner en conocimiento de su juzgado cómo se veía afectado su derecho a la vinculación familiar, en tanto tenía suspendidas las visitas, lo que se sumaba a las dificultades económicas y de salud que implicaba el viaje para su madre, única familiar con la que tenía contacto. José transmitió su necesidad de ser trasladado para preservar su integridad física, hacia alguna unidad de La Plata, Florencio Varela o la UP 40 Lomas de Zamora. El 16 de abril, justo al momento de presentarse el escrito al juzgado, se recibió la notificación de su muerte.

### **5.3. Muertes en detención domiciliaria**

La población detenida bajo la modalidad de arresto domiciliario con monitoreo electrónico (ME) aumentó de manera sostenida desde el año 2014,

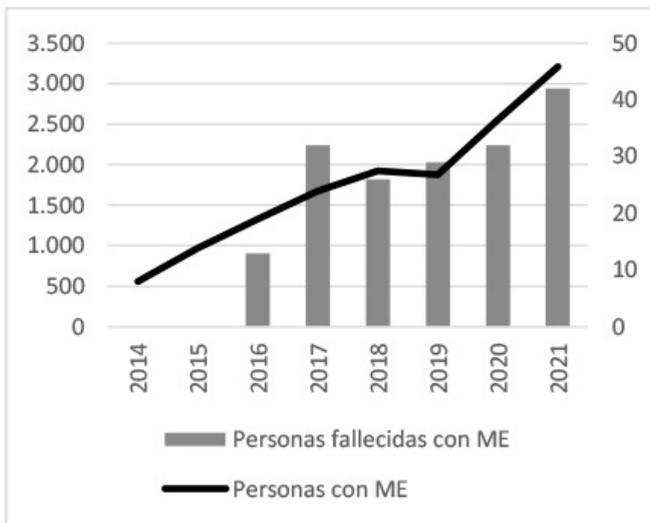
con excepción de 2019 cuando se registró un leve descenso<sup>105</sup>. Entre 2014 y 2021 pasó de representar 1,6% a 5,9% del total de la población detenida; un promedio de 3,8% durante todo el período. Entre 2014 y 2021, las mujeres representaron entre 15 y 20% del total de personas con monitoreo electrónico, por encima de su participación en el total de la población detenida (entre 4,1 y 4,8%).

En paralelo, también aumentó la cantidad de personas fallecidas detenidas bajo esta modalidad. Como puede verse, el único año en el que descendió fue 2018. En ambos casos, el punto más alto de la serie se registró en el año 2021.

**Tabla 16 y Gráfico 9. Personas detenidas y personas fallecidas bajo modalidad de monitoreo electrónico, 2014-2021 (valores absolutos)**

Monitoreo electrónico		
Año	Personas detenidas	Personas fallecidas
2014	557	-
2015	974	-
2016	1.329	13
2017	1.677	32
2018	1.922	26
2019	1.877	29
2020	2.555	32
2021	3.206	42

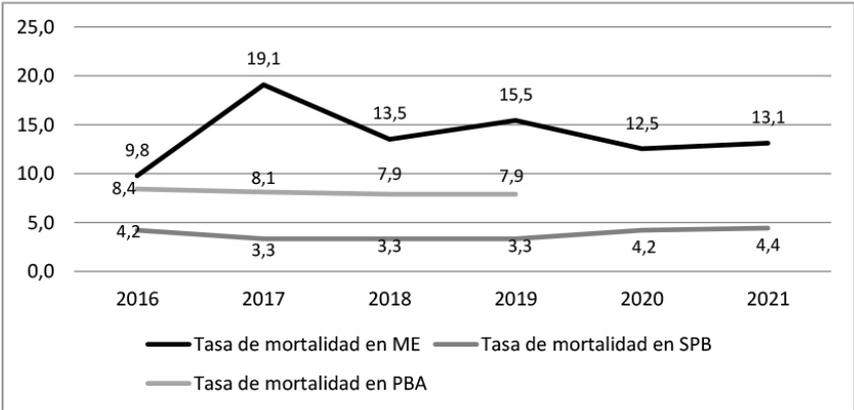
105 Los datos que se presentan en este apartado corresponden a la población detenida con monitoreo electrónico, que representa una parte mayoritaria del total de personas con arresto domiciliario. Para ver la evolución de la población detenida en la provincia de Buenos Aires, según modalidad de detención, <https://www.comisionporlamemoria.org/datosabiertos/politica-criminal/tasas-de-encarcelamiento/>



**Fuente:** Registro CPM de muertes en detención domiciliaria y Base de población detenida por modalidad. **Nota:** - dato no disponible.

La tasa de mortalidad de personas detenidas bajo la modalidad de monitoreo electrónico supera ampliamente la tasa provincial y del SPB, como se ve reflejado en el siguiente gráfico. A diferencia de la tendencia a la estabilidad entre 2017-2019 en las muertes en cárceles, en el caso de las muertes de personas con arresto o prisión domiciliaria se registran fluctuaciones en las tasas anuales.

**Gráfico 10. Tasa de mortalidad comparada Provincia de Buenos Aires, SPB y con monitoreo electrónico, años 2016-2021 (cada 1.000 personas detenidas)**



**Fuente:** Registro CPM de muertes en cárceles y alcaidías; Registro CPM de muertes en detención domiciliaria; Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Subsecretaría de Planificación y Contralor Sanitario, Dirección de Información en Salud (último dato disponible correspondiente al año 2019).

En el período analizado, la causa de muerte predominante en esta modalidad fue “problemas de salud”: 9 de cada 10 muertes, superando incluso la distribución que presentan las muertes en cárceles<sup>106</sup>. El resto de las categorías registraron porcentajes inferiores a los de cárceles.

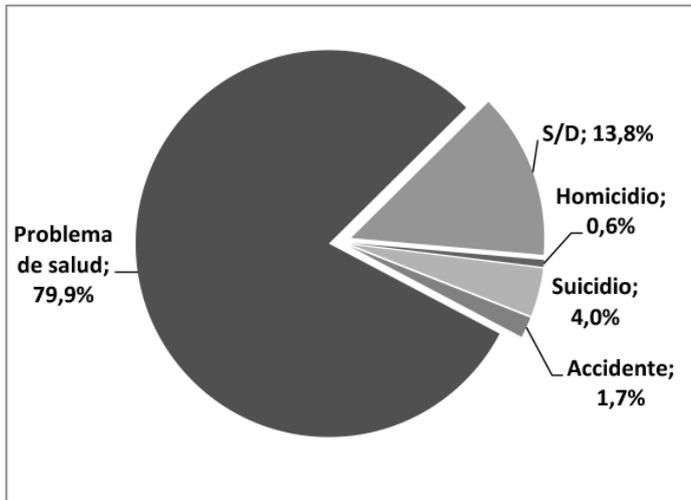
<sup>106</sup> Se toma como base el total de 150 casos con datos en la variable causa de muerte. En el año 2021 crece la cantidad de casos con causa sin determinar. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la mayor parte fue informado por la fuente oficial como “muerte no traumática” y el deceso se produjo en un hospital.

**Tabla 17. Personas fallecidas bajo modalidad de monitoreo electrónico, según causa de muerte, 2016-2021 (valores absolutos)**

		Causa de muerte según CPM					Total
		Problema de salud	Suicidio	Accidente	Homicidio	S/D	
Año	2016	10	-	2	-	1	13
	2017	28	-	-	-	4	32
	2018	24	-	-	-	2	26
	2019	25	2	1	1	-	29
	2020	28	1	-	-	3	32
	2021	24	4	-	-	14	42
<b>Total</b>		<b>139</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>24</b>	<b>174</b>
<b>% por causa de muerte</b>		<b>79,9%</b>	<b>4,0%</b>	<b>1,7%</b>	<b>0,6%</b>	<b>13,8%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro CPM de muertes en detención domiciliaria.

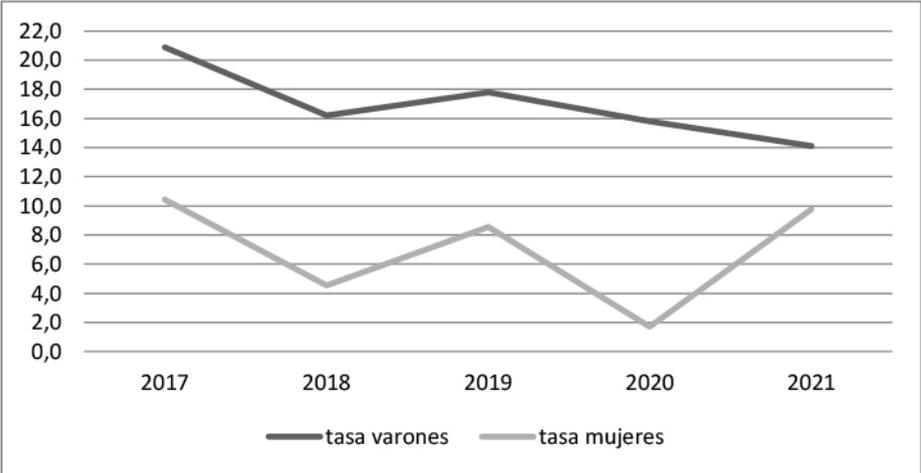
**Gráfico 11. Personas fallecidas bajo modalidad de monitoreo electrónico, según causa de muerte, período 2016-2021 (valores porcentuales)**



Fuente: Registro CPM de muertes en detención domiciliaria.

Al analizar las características de las personas fallecidas bajo esta modalidad, se destaca que la mayoría eran varones, 9 de cada 10 en todo el período analizado, por encima de la distribución por género en el total de la población con ME (entre 75 y 80%). Sin embargo, en 2021 aumentó la cantidad de mujeres fallecidas, registrando el valor más alto de la serie. A pesar de este aumento la tasa de muerte de mujeres continúa siendo menor a la tasa de varones, aunque sin dudas constituye un precedente a tener en cuenta.

**Gráfico 12. Tasa de mortalidad en personas detenidas con ME, por género (años 2017-2021) (tasa cada 1.000 detenidos/as)**



**Fuente:** Registro CPM de muertes en detención domiciliaria; base de población detenida en el SPB.

Es importante profundizar tanto en los fundamentos para el otorgamiento o denegación del ME como modalidad de detención, como en los plazos judiciales en los que se definen. A partir de las intervenciones que se realizan desde la CPM, se identificó una relación entre el otorgamiento de prisión domiciliaria y maternidad en caso de mujeres y prisión domiciliaria y problemas de salud en el caso de varones.

**Tabla 18. Personas fallecidas bajo modalidad de monitoreo electrónico, según género, 2016-2021 (valores absolutos)**

		Género			
		Masculino	Femenino	Trans	Total
Año	2016	10	3	-	13
	2017	27	4	1	32
	2018	24	2	-	26
	2019	25	4	-	29
	2020	31	1	-	32
	2021	35	7	-	42
Total		152	21	1	174

**Fuente:** Registro CPM de muertes en detención domiciliaria. **Nota:** - equivale a cero absoluto.

La edad es un factor que aumenta la cantidad de las personas fallecidas, como puede verse en la siguiente tabla, un comportamiento muy diferente a las muertes producidas en las cárceles que se concentran en los grupos desde 21 a 40 años. La edad promedio de las personas fallecidas en ME, en total y también en las muertes por problemas de salud, es de 56 años, superior al registrado en cárceles (47 años).

**Tabla 19. Personas fallecidas bajo modalidad de monitoreo electrónico, según grupo etario, 2016-2021 (valores absolutos y porcentajes)**

Edad	Total			Problemas de salud		
	Cantidad	%	% acum.	Cantidad	%	% acum.
18 a 20 años	3	1,9%	1,9%	1	0,8%	0,8%
21 a 30 años	10	6,3%	8,2%	8	6,4%	7,2%
31 a 40 años	22	13,8%	22,0%	19	15,2%	22,4%
41 a 50 años	26	16,4%	38,4%	20	16,0%	38,4%
51 a 60 años	30	18,9%	57,2%	27	21,6%	60,0%
61 a 70 años	33	20,8%	78,0%	24	19,2%	79,2%
71 años o más	35	22,0%	<b>100%</b>	26	20,8%	<b>100%</b>
<b>Total</b>	<b>159</b>	<b>100%</b>		<b>125</b>	<b>100%</b>	
	Promedio: 56 años Edad mínima: 18 años Edad máxima: 86 años			Promedio: 56 años Edad mínima: 18 años Edad máxima: 86 años		

**Fuente:** Registro CPM de muertes en detención domiciliaria. **Base:** 159 casos con dato en la variable edad (91%) y 125 casos por problemas de salud con dato en la variable Edad (89,9%).

Respecto a la situación procesal, en el período analizado la mayoría de las personas fallecidas se encontraban penadas, con una participación superior (71%) a la que se registra en las cárceles (51%). En la siguiente tabla se presenta la distribución según situación procesal por género; como puede observarse, no se presentan grandes diferencias en la distribución entre géneros.

**Tabla 20. Personas fallecidas bajo modalidad de monitoreo electrónico, según situación procesal y género, período 2016-2021 (valores absolutos y porcentajes)**

Género	Situación procesal		
	Procesada	Penada	Total
Masculino	43	107	150
Femenino	6	12	18
Trans	-	1	1
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>120</b>	<b>169</b>
<b>%</b>	<b>29,0%</b>	<b>71,0%</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Registro CPM de muertes en detención domiciliaria. **Base:** 169 casos con dato en las variables género y situación procesal (97,1%).

Como se señaló anteriormente, el otorgamiento del arresto domiciliario con ME tiende a estar relacionado con problemas de salud, sobre todo en los varones. Tanto desde el poder judicial como desde la DPSP se registra una desidia constante para resolver los problemas que se presentan en la atención sanitaria. En el caso de las muertes por problemas de salud en cárceles, esto se refleja en la cantidad de días entre que son trasladados a hospitales y que fallecen. En este caso se presenta la cantidad de días que transcurren entre que es otorgada la detención domiciliaria y las personas mueren. De los datos presentados en la tabla 21 se destaca que la mayoría fallece después de los dos años de haber sido otorgada la detención domiciliaria y sólo el 8% en el primer mes.

**Tabla 21. Cantidad de personas fallecidas según cantidad de días/meses desde el arresto domiciliario hasta la muerte, período 2016-2021 (valores absolutos)**

Lapso	Frecuencia	% válido	% acumulado
7 días o menos	2	1,2%	1,2
Entre 8 y 30 días	11	6,8%	8,0
Entre 31 y 60 días	10	6,2%	14,2

Entre 2 y 3 meses (61 a 90 días)	10	6,2%	20,4
Entre 3 y 6 meses (hasta 180 días)	25	15,4%	35,8
Entre 6 y 12 meses (hasta 360 días)	27	16,7%	52,5
Entre 12 y 18 meses (hasta 540 días)	18	11,1%	63,6
Entre 18 y 24 meses (hasta 720 días)	19	11,7%	75,3
Más de 24 meses	40	24,7%	<b>100%</b>
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100%</b>	

**Fuente:** Registro CPM de muertes en detención domiciliaria. **Base:** 161 casos con dato en la variable tiempo en meses desde el arresto domiciliario hasta la muerte (92,5%).

Es imprescindible continuar mejorando la calidad de los registros sobre muertes para que se constituyan en una base sólida para la urgente elaboración de políticas de salud en el encierro y de políticas criminales alternativas al encierro.

#### 5.4. Los registros oficiales

Un deber estatal elemental consiste en registrar las muertes y hacer público ese registro. Además de ser una obligación legal, las estadísticas de mortalidad cumplen un rol destacado en el conocimiento de la dinámica demográfica de una población (en este caso, la carcelaria) y en la formulación de políticas de salud. Las Naciones Unidas destacan que esta información

...tiene un valor incalculable para la evaluación y el seguimiento del estado de salud de una población y para la planificación de intervenciones sanitarias adecuadas. El registro puntual de las defunciones, con especificación de su causa, puede proporcionar

una indicación temprana de las tendencias de la prevalencia de las enfermedades y, por lo tanto, facilitar la elaboración de estrategias de prevención o intervención (ONU, 2014: 6).

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS),

...la información sobre mortalidad es básica para el conocimiento de las condiciones de salud, del nivel de vida y del acceso a servicios médicos de buena calidad, y resulta especialmente útil para formular políticas y adoptar decisiones sobre la accesibilidad y la calidad de los servicios de asistencia (OPS, 2017: 5-6).

El Estado provincial lleva un registro deficitario de la mortalidad en la cárcel. El Ministerio de Justicia, que tiene a cargo el SPB y la DPSP, es el organismo con la responsabilidad originaria en la construcción de este dato. Los médicos de la DPSP son los encargados de confeccionar un certificado de defunción por cada fallecimiento de una persona bajo custodia del SPB. “La responsabilidad del médico que firma el certificado de defunción es indicar la afección morbosa que condujo directamente a la muerte y establecer las condiciones antecedentes o sucesos que dieron origen a dicha afección” (ONU, 2014: 113).

Dentro del poder judicial, la Suprema Corte de Justicia creó en 2016 un registro de muertes bajo la órbita de la Subsecretaría de Derechos Humanos de las Personas Privadas de Libertad (acordada 3826/16), y la Procuración General releva los casos a través del Registro Único de Detenidos. Los tres organismos presentan errores de cobertura. Ninguno contabilizó el total de muertes ocurridas en los últimos cuatro años, lo cual es inadmisiblesi se considera que el universo de casos es pequeño y que el registro de fallecimientos es una actividad minuciosamente protocolizada.

Otro problema que afecta la calidad de estos registros es la falta de información en variables clave para el análisis de los hechos, como es la causa de muerte. Según el modelo de certificado médico de causa de defunción aprobado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) vigente en Argentina, los operadores sanitarios deben consignar en las causas “todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte o contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o de la

violencia que produjo dichas lesiones”, lo cual “no incluye síntomas ni modos de morir, tales como paro cardíaco o insuficiencia respiratoria” (ONU, 2014; CEPAL, 2014: 92-93; Ministerio de Salud de la Nación, 2006 y 2019). Estas últimas nominaciones son predominantes en las comunicaciones remitidas por los poderes públicos a la CPM, falta que sólo puede ser salvada con una reconstrucción minuciosa y la articulación de distintas fuentes de información. Categorizan la mayoría de los fallecimientos según el evento final de un proceso de enfermedad que desconoce causas básicas y/o intermedias, o prefieren no hacer pública esa información. Como quedó plasmado en los casos reconstruidos, muchas veces la información oficial resulta contradictoria con lo que expresaron víctimas y familiares. Si se consigna únicamente la forma en que murió la persona, “se pierde el dato de la causa básica, que es la información clave para implementar políticas de salud y alimentar el sistema de información de morbilidad y mortalidad” (CEPAL, 2014: 96). Como establece la ONU, “el objetivo más importante en materia de salud pública es prevenir la causa precipitante. Por esa razón se considera que la causa básica de defunción es el fundamento de las estadísticas de mortalidad” (ONU, 2014: 49). Este déficit de información se repite en el registro de muertes accidentales o violentas y en la posterior investigación judicial. Se toma la palabra oficial como verdad absoluta, sin indagar posibles responsabilidades de los encargados de custodiar a las personas detenidas.

Es grave que los poderes ejecutivo y judicial no lleven un registro exhaustivo y unificado de la muerte de personas que estaban bajo su custodia y a su disposición. Es necesario que se cumplan los protocolos establecidos nacional e internacionalmente para la confección de certificados de defunción, y que se agilicen los procedimientos para comunicar los fallecimientos a los organismos públicos que intervienen sobre el sistema carcelario. La CPM administra un registro anual que complementa las tres fuentes estatales. Dicha experiencia se encuentra a disposición de las autoridades estatales para aportar a la mejora del registro oficial.