



Quiñonez, Sebastián Matías

Servicio penitenciario bonaerense, el gobierno de los segregados. Un análisis de la violencia carcelaria y su impacto en la salud



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - No Comercial - Sin Obra Derivada 2.5
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>

Documento descargado de RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes de la Universidad Nacional de Quilmes

Cita recomendada:

Quiñonez, S. M. (2023). *Servicio penitenciario bonaerense, el gobierno de los segregados. Un análisis de la violencia carcelaria y su impacto en la salud. (Trabajo final integrador). Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, Argentina. Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/3975>*

Puede encontrar éste y otros documentos en: <https://ridaa.unq.edu.ar>

Servicio penitenciario bonaerense, el gobierno de los segregados. Un análisis de la violencia carcelaria y su impacto en la salud

Trabajo final integrador

Sebastián Matías Quiñonez

sebastian.quinionez@gmail.com

Resumen

Desde la segunda mitad del siglo XIX, las legislaciones mundiales, en su mayoría del hemisferio occidental, acordaron casi unánimemente que la finalidad de las penas privativas de libertad sea la resocialización de los detenidos, su reinserción en la sociedad y la seguridad de la población. De esta manera se dejaron de lado los propósitos de castigo y azotes a los reos.

Sin embargo, se verá en el presente trabajo que en los establecimientos de encierro de la provincia de Buenos Aires se evidencia un doble discurso estatal: por un lado se recurre a razones de carácter humanitarias como forma de justificar la existencia de los lugares de detención, mientras que, por otro lado, tales principios y declaraciones se contradicen con prácticas ilegales y violentas.

En este marco, se analizarán las condiciones de detención y el régimen de vida de las personas privadas de libertad en la jurisdicción bonaerense. Sólo conociendo esa realidad es posible comprender cómo la violencia carcelaria impacta de manera directa en la salud de los detenidos.

La cárcel realiza el famoso
sucedáneo de la pena de muerte.

La destrucción sustituye, día
a día, a la ejecución.

Michael Foucault

INTRODUCCIÓN

Desde la segunda mitad del siglo XIX, las legislaciones mundiales, en su mayoría del hemisferio occidental, acordaron casi unánimemente que la finalidad de las penas privativas de libertad sea la resocialización de los detenidos, su reinserción en la sociedad y la seguridad de la población. De esta manera se dejaron de lado los propósitos de castigo y azotes a los reos.

Sin embargo, se verá en el presente trabajo que en los establecimientos de encierro de la provincia de Buenos Aires se evidencia un doble discurso estatal: por un lado se recurre a razones de carácter humanitarias como forma de justificar la existencia de los lugares de detención, mientras que, por otro lado, tales principios y declaraciones se contradicen con prácticas ilegales y violentas.

En este marco, se analizarán las condiciones de detención y el régimen de vida de las personas privadas de libertad en la jurisdicción bonaerense. Sólo conociendo esa realidad es posible comprender cómo la violencia carcelaria impacta de manera directa en la salud de los detenidos.

El escenario vigente en las cárceles provinciales muestra una inmensa cantidad de causas y circunstancias que inciden de manera negativa en la salud integral de este colectivo de personas. Las condiciones materiales de sobrepoblación, el deterioro edilicio, la ausencia de higiene y desinfección, facilitan el desarrollo y propagación de enfermedades infectocontagiosas. Además, el hacinamiento en niveles tan difíciles de controlar, constituye el medio propicio para la reproducción de conflictos violentos.

Todas estas condiciones precarias de vida de las personas privadas de libertad convierten al artículo 18 de la Constitución Nacional en letra muerta, a lo que se suma el artículo 16 del mismo cuerpo en tanto erige la igualdad de los habitantes ante la ley.

Cabe aclarar que el diseño del presente trabajo es no experimental, ya que se realizará sin manipular deliberadamente variables. Se observará una realidad vigente en la forma en que se presente, sus actores y su contexto, para después analizarla.

El tipo de análisis será cualitativo y se buscará determinar causas y consecuencias, impacto y efecto, de manera tal que permitan llegar a un resultado que

por la extensa complejidad del asunto, no es ni puede ser una interpretación conclusiva del tema.

Por otro lado, se verá que las pautas de relación social que se construyen entre los actores internos del mundo carcelario difieren de las que regulan el mundo exterior, esto torna a la cárcel en un ámbito de difícil acceso. En ese cuadro resulta oportuno el agradecimiento a los detenidos y sus familias por su voto de confianza no sólo con sus testimonios dirigidos para la elaboración de este trabajo, sino también por la seguridad depositada diariamente en el ejercicio de mi función pública en la defensa de sus derechos en el ámbito judicial.

También dicho agradecimiento es extensivo al Lic. Rodolfo Luis Brardinelli, director de este proyecto, por su colaboración desinteresada en la supervisión del mismo; a la Dra. María Noemí Pérez Catania, Defensora General del Departamento Judicial de Quilmes y miembro del Consejo de Defensores Generales de la Pcia. de Buenos Aires; al Dr. José María Hernández, Defensor Adjunto ante el Tribunal de Casación Penal de la Pcia. de Buenos Aires; y al Lic. Ezequiel Yebara, por sus enriquecedores aportes en el constante camino del conocimiento e investigación.

CAPITULO 1

LA CÁRCEL EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Existe una distinción en el ámbito académico acerca de la diversidad de los Aparatos Ideológicos del Estado (AIE) y del Aparato Represivo del Estado (ARP), cuyo funcionamiento se desenvuelve a través de la violencia¹. El sistema carcelario argentino no se ha mantenido al margen de ello, ya que se ha ido desarrollando como una extensión del ARP a lo largo de los diferentes gobiernos dictatoriales y democráticos instaurados en el país.

La prisión como parte fundamental del sistema punitivo del Estado no es sólo una institución de disciplina o castigo como era concebida en el siglo XIX². La cárcel del presente, es el escenario de la exclusión en los términos de productividad del mercado laboral, y por lo tanto responde a las distintas necesidades y demandas políticas, sociales y económicas de la sociedad vigente. La violencia y desigualdad imperante en el sistema carcelario, termina por convertirse (y no casualmente) en una reproducción de esa misma sociedad.

El presente capítulo se dedicará a trazar un panorama actual de la cárcel en la provincia de Buenos Aires. Se pondrán en relieve las distintas situaciones y prácticas institucionales que cotidiana y sistemáticamente vulneran y desconocen los más primordiales derechos humanos y garantías constitucionales.

¹ ALTHUSSER, Louis, "Ideología y aparatos ideológicos de Estado". Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, 1988.

² Michel Foucault en "Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión" (1975) describe acabadamente la idea: afirma que en entre los siglos XVIII y XIX comienzan a desaparecer los suplicios y los espectáculos punitivos, dando lugar a una nueva tecnología del castigo y técnicas a las que llama "disciplinas" que permiten un control minucioso sobre los cuerpos dóciles de los detenidos.

1.1. La sobrepoblación y hacinamiento

Las últimas décadas en materia penitenciaria local marcan un reflejo de las políticas económicas-sociales características del capitalismo, las cuales produjeron una reestructuración de la sociedad que finalmente derivó, entre otras consecuencias, en el excedente de la fuerza de trabajo.

De esta forma el poder disciplinario instaurado en las prisiones, además de intentar rehabilitar el condenado, se propuso gobernar esa porción excedente de la población a partir de ideologías de ley, orden y tolerancia cero que esbozaron un modelo severo del poder punitivo sobre estas poblaciones vulnerables.

Por otro lado, la presión ejercida por la prensa hegemónica condujo a una exacerbación de la percepción de la inseguridad, trasladando a la población diferentes miedos colectivos que contribuyeron a un apartamiento social de los sectores estigmatizados por el delito.

Así se dio comienzo un proceso de exclusión materializado en el avance del Estado penal, en donde las políticas de seguridad centradas en la demagogia punitiva y “mano dura”, otorgaron marco suficiente para el desarrollo y propagación de estrategias políticas y legislativas inclinadas hacia un fuerte régimen de gobierno.

Esta combinación de aspectos políticos, sociales y económicos llevaron a un constante incremento del índice del encierro carcelario, situación que se vio agudizada a lo largo de los últimos treinta años. En este sentido, la resolución 2840/15³ de la Suprema Corte de Justicia de Buenos Aires es tajante al informar que la cantidad de población detenida aumentó entre diciembre de 2013 y diciembre de 2014 alrededor de un 12,1%, pasando de un total de 30.448 personas privadas de libertad, a 33.437 en el 2014 y a 34.604 en el último informe registrado de 2015.

Debe advertirse que ya desde el emblemático “Fallo Verbitsky”⁴ se desprende la existencia de un incremento notable (296,70%) en la cantidad de detenidos

³ Disponible en www.defensapublica.org.ar/JURISDICCIONAL%5CResoluciones%5CSCBA%5CResSCBA_2840.pdf, al 13/06/2016.

⁴ Causa “Verbitsky, Horacio s/ habeas corpus” (CSJN), sentencia del 3 de mayo de 2005. Disponible en <http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires-verbitsky->

procesados por la justicia bonaerense desde 1990 -acentuándose desde 1998-, lo que representaba el 75% del total de las personas privadas de su libertad y siendo además que ello no guardaba relación de proporcionalidad alguna ni con el aumento demográfico de la población como así tampoco con los índices delictivos de la provincia.

En lo que atañe exclusivamente al alojamiento en seccionales policiales, pese a encontrarse cuestionado, la resolución 2840/15 afirma que este universo se duplicó: en diciembre de 2012 el total de alojados ascendía a 931 personas; en 2013, a 1.596 personas; y en 2014, a 2.170 personas.

Cabe recordar que la sobrepoblación y la violencia carcelaria (entre internos o institucional) no son acontecimientos novedosos. Se inscriben más bien como problemas de Estado y como problemas globales⁵ que comprometen las normas básicas y mínimas de derechos humanos, reconocidos y exigidos por la comunidad internacional.

En sintonía con esta dificultad se planteó un problema para el Servicio Penitenciario Bonaerense (en adelante, SPB) que fue cómo alojar al cuantioso número de detenidos en las instalaciones habilitadas. A partir de la información estadística y diversas visitas a las unidades carcelarias, se puede colegir que la solución al escaso cupo poblacional fue agregar un camastro en cada una de las celdas que originariamente habían sido construidas como celdas individuales, o en el caso de las celdas colectivas simplemente alojar la máxima cantidad de internos posible sin reparo alguno del espacio disponible.

Según un estudio realizado por el Consejo de Defensores Generales de la Provincia de Buenos Aires, el sistema penitenciario provincial disponía para el año 2010, de un total real de sólo 15.600 plazas que cumplían con la pauta métrica de la Corte Interamericana de Derechos Humanos que establece en 7 m² la superficie mínima

horacio-habeas-corpor-fa05000319-2005-05-03/123456789-913-0005-0ots-eupmocsollaf, al 15/06/2016.

⁵ CARRANZA, Elías, "Justicia penal y sobrepoblación carcelaria: respuestas posibles". Siglo XXI - INALUD, 2001: <<El Consejo de Europa elaboró, en 1999, un informe especial acerca de la sobrepoblación penitenciaria en el viejo continente, y definió como casos de "sobrepoblación crítica" los de unidades o sistemas penitenciarios con una densidad igual o mayor que el 120%>>

para cada celda individual y en 6 m² la superficie mínima por preso en el caso de celdas colectivas⁶. Como se puede observar, el SPB mantiene hoy detenidas aproximadamente el doble de personas que podría alojar de acuerdo a la capacidad de plazas habilitadas, siendo además que desde dicha fecha no fue construida ninguna unidad carcelaria más que las existentes al momento.

En tanto al cupo población en comisarías, la información más actualizada es la resolución 2840/15 y sostiene que *“es preciso señalar, en primer término, que desde el año 2014 no se aportaron datos sobre dicho extremo por el Ministerio de Justicia. Por su lado, el Ministerio de Seguridad informó que, al 10 de abril de 2015, sobre 1.060 camas habilitadas había alojadas 2.175 personas, lo cual reflejaría un porcentaje de sobrepoblación (en Comisarías) del 105,19%”*.

La consecuencia de esta aparente solución en los penales bonaerenses no fue más que un agravamiento en las condiciones de detención. La capacidad de los servicios de salud, cocina o sanitarios permanecieron inalterados, tanto como las dimensiones de los espacios comunes como talleres, comedor, lugares de esparcimiento, entre otros, lo que condujo además a un total deterioro edilicio.

En lo que respecta a la situación en comisarías, la resolución 2840/15 también remarca que la propia Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, CIDH) indicó tras la visita del Relator sobre Personas Privadas de la Libertad a la provincia de Buenos Aires de junio de 2010, que las comisarías no contaban con la infraestructura ni los servicios básicos para asegurar condiciones dignas de detención y que el personal policial no está preparado para la custodia de detenidos. Además, exhortó al Estado a adoptar las medidas necesarias para el cese de la utilización de las dependencias policiales como lugares de alojamiento permanente de personas⁷.

En cuanto a la posible búsqueda de los “motivos” que han aumentado esta sobrepoblación de personas privadas de la libertad se puede afirmar que son variados y de diversa índole. No refiere de manera única al cambio de legislación sino también a

⁶ Monitoreo de condiciones de detención en unidades carcelarias, Consejo de Defensores Generales de la Provincia de Buenos Aires, Informe Final, junio de 2010.

⁷ “Relatoría de la CIDH constata graves condiciones de detención en la Provincia de Buenos Aires”, disponible en www.cidh.oas.org/Comunicados/Spanish/2010/64-10sp.htm, al 20/06/2016.

una inapropiada o desprolija política criminal. Se parte del encierro como un pilar del sistema punitivo, a ello se le suma que en la actualidad la legislación de forma (es decir de carácter provincial) ha sufrido un especial retroceso en lo atinente a las garantías personales y procesales, con una paulatina dureza en las penas. En efecto, no sólo se ha endurecido el régimen de las distintas modalidades alternativas al cumplimiento de las penas de encierro (suspensión de juicio a prueba, condenación condicional, etc.), sino también otros institutos procesales que van desde la excarcelación y prisión preventiva hasta el régimen de solución alternativa de conflictos (mediación).

De modo paralelo también se han endurecido las escalas penales⁸ contenidas en las distintas tipificaciones del delito que contiene el Código Penal (legislación nacional). La transparencia de este tema asiste razón aún en lo reconocido por la Corte Suprema en el “Fallo Verbitsky” al afirmar que “[s]e está jugando una carrera entre la Administración, que amplía el número de celdas disponibles, y el número de detenidos en aumento, sin que haya perspectivas cercanas de que las curvas se crucen, lo que impide hacer cesar la violación de derechos fundamentales y en particular a la vida y a la integridad de los presos, del personal de custodia y de terceros” (considerando 31).

Se puede observar cómo se manifiesta la insaciabilidad por parte del sistema carcelario, sin dejar de considerar la irreversibilidad de la construcción de las prisiones, produciéndose así la carrera entre la Administración y el número de detenidos que plantea la Corte Suprema. De esta forma la pena parecería no estar vinculada de manera alguna con la finalidad de reducir el fenómeno criminal sino, en todo caso, con su administración política: construir más para llenar más.

1.2. Los encerrados sin condena

Técnicamente el imputado de un delito debe permanecer en libertad durante la tramitación del proceso, y sólo excepcionalmente puede restringirse la libertad cuando

⁸ Varios ejemplos de esta tendencia, en especial, ley 25.882; 25.893; 25.886; 26.679; 26.791 – Puede consultarse todas las leyes que modifican o complementan el Código Penal en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verVinculos.do?modo=2&id=16546>, disponible al 20/06/2016.

se presume que eludirá la acción de la justicia o entorpecerá la investigación. Este remedio procesal de carácter extraordinario es lo que se denomina Prisión Preventiva⁹.

En el referido “Fallo Verbitsky”, la Corte Suprema de Justicia planteó el tema del excesivo uso de la prisión preventiva como un hecho indiscutible. Afirmó que el 75% de los detenidos en la provincia de Buenos Aires aún no tenían condena firme, y atribuía este suceso al “*colapso casi total del sistema judicial*” (considerando 61), o al “*uso de la prisión preventiva como pena corta privativa de la libertad, contra toda la opinión técnica mundial desde el siglo XIX*” (considerando 62), pero a lo largo del fallo nunca precisó en forma clara por qué la prisión preventiva viola la Constitución, sino que sólo se limitó a argumentar que “*la situación no controvertida de los detenidos en la provincia de Buenos Aires pone en peligro la vida y la integridad física del personal penitenciario y policial, además de que genera condiciones indignas y altamente riesgosas de trabajo de esos funcionarios y empleados*”(considerando 37), sin definir de forma manifiesta de qué se trataba esta situación.

Paralelamente, debe recordarse también que la propia CIDH encontró que el uso de prisión preventiva en la Argentina era motivado por fines de “*retribución penal*” y que en la práctica su utilización “*produce el efecto de desvirtuar la finalidad de la medida cautelar, convirtiéndola, prácticamente, en un sustituto de la pena privativa de libertad*”¹⁰. Este pronunciamiento internacional sumado a las precarias condiciones de vida demostrada en el apartado anterior, da autoridad suficiente para afirmar que el SPB no cumple con la Convención Americana sobre Derechos Humanos por no respetar los estándares mínimos acordados por la comunidad internacional en lo atinente a la aplicación de las medidas privativas de la libertad.

En cuanto a cifras actualizadas, la última información disponible es la resolución 2840/15 y se limita a informar que “*los incrementos constatados en el fuero penal de adultos no modificaron en lo sustancial los baremos de relación entre la cantidad de*

⁹ “*La prisión preventiva es la medida más severa que se le puede aplicar al imputado de un delito, (...) motivo por el cual su aplicación debe tener un carácter excepcional, en virtud de que se encuentra limitada por el derecho a la presunción de inocencia, así como por los principios de necesidad y proporcionalidad, indispensables en una sociedad democrática*” – CIDH, Caso “Tibi Vs. Ecuador”, sentencia de 7 de septiembre de 2004.

¹⁰ Caso “Jorge Alberto Giménez v. Argentina”, Informe 12/96, Argentina, caso 11.245, párrafo 86. Disponible en www.cidh.org/annualrep/95span/cap.III.argentina11.245b.htm, al 24/06/2016.

detenidos procesados y condenados, que se mantuvo en el margen del 60% para el primer universo y un 40 % para el restante”.

Lo alarmante de este panorama es la consecuente inversión del principio de excepcionalidad de la privación de libertad como medida cautelar en el proceso. La prisión preventiva termina por convertirse así en una verdadera pena, y la sentencia que dicte en el correspondiente juicio criminal será sólo una especie de recurso de revisión contra ella.

Motivos para la procedencia del referido instituto, básicamente son el peligro de fuga y el entorpecimiento a la investigación. El segundo de éstos es el que requiere mayor atención ya que se estaría valiendo de una disposición de tipo excepcional como manera de neutralizar la supuesta peligrosidad del imputado, sin perjuicio de constituir en los tiempos que corren como una pena anticipada y como elemento de sospecha de la participación en el hecho que se investiga.

1.3. Los hechos violentos

Antes de analizar la violencia carcelaria, por su estrecha vinculación, debe tenerse en cuenta las condiciones edilicias en las que conviven los internos. Todas las unidades se encuentran en un aspecto similar de abandono producto de su antigüedad y falta de mantenimiento: en la mayoría se filtra el agua cuando llueve, no poseen vidrios y los servicios de agua y red cloacal se encuentran colapsados debido al aumento de población carcelaria registrada en los últimos años.

Una práctica habitual del SPB para el aumento de plazas disponibles (cupos poblacional) es el mero agregado de camastros por celda y pabellón, lo que muchas veces alojan hasta el doble de personas de la originalmente prevista al construirse la unidad. Este hacinamiento no solo genera una saturación en los servicios sino también una permanente inestabilidad en la convivencia entre los mismos internos como entre penitenciarios e internos.

Como resulta previsible, este panorama desemboca en conflictos que tras los muros de la cárcel se resuelven a través de la violencia física. Salvo excepciones, la palabra no es el modo de resolver las diferencias y prima, ante todo, la ley del más fuerte.

Por otra parte debe remarcarse que el SPB no elabora una base de datos que revele la violencia estructural del sistema penitenciario (o por lo menos no es de acceso público), es por lo tanto que no existen cifras oficiales que den cuenta de los hechos violentos en las unidades carcelarias. Por su parte, el Comité Contra la Tortura de la Comisión Provincial por la Memoria (en adelante, CCT-CPM) elabora anualmente una base de datos de estas situaciones violentas a partir de dos fuentes:

a) Los partes disciplinarios e informes remitidos por el SPB al Poder Judicial en cumplimiento de la acordada 2825 de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires que impone a las autoridades de los establecimientos de encierro (cárcel, comisarías, centros de menores, etc.) la obligación de informar a la justicia *“todos los casos que tomaren conocimiento de hechos referidos a lesiones de cualquier grado o muertes cualquier fuere la causa, acaecidos en lugares de detención de la provincia de Buenos Aires”*.

b) Las denuncias o los hábeas corpus presentados por el mismo CCT-CPM ante la justicia a partir de los testimonios de los detenidos, de sus familias o de la información recabada en las inspecciones a las unidades carcelarias.

A partir de allí, el informe anual 2015¹¹ del CCT-CPM concluye de la siguiente manera:

¹¹ Disponible en [www.comisionporlamemoria.org/comite/informes/anuales/ANEXO%20II%20Informe anual 2015.pdf](http://www.comisionporlamemoria.org/comite/informes/anuales/ANEXO%20II%20Informe%20anual%202015.pdf), al 02/07/2016.

Cantidad y porcentaje de hechos violentos informados por el SPB según tipo.				
Tipo de hechos	2013		2014	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Amenaza entre internos	2956	25,36%	3073	24,99%
Pelea	2731	23,43%	2913	23,69%
Agresión entre internos	1655	14,20%	1900	15,45%
Represión	1837	15,76%	2097	17,06%
Autolesión	1056	9,06%	978	7,95%
Accidente	566	4,86%	484	3,94%
Amenaza al personal	376	3,23%	416	3,38%
Agresión al personal	305	2,62%	273	2,22%
Otros	98	0,84%	90	0,73%
Intento de suicidio	39	0,33%	33	0,27%
Muerte natural	24	0,21%	23	0,19%
Averiguación causales de muerte	7	0,06%	11	0,09%
Suicidio	4	0,03%	4	0,03%
Total	11.654	100%	12.295	100%
Fuente: CCT-CPM, informe anual 2015.				

En primer lugar es importante aclarar que, como consecuencia de la procedencia de la información, estos hechos violentos registrados se construyen exclusivamente a partir de la versión oficial dada por el SPB sin la mínima consideración de la versión que pudieran brindar las propias personas privadas de libertad sobre cada acontecimiento ocurrido.

Por lo tanto, estas categorizaciones son construidas de manera arbitraria, ya que en muchos casos cada acontecimiento violento puede ser clasificado de diferente forma y asimismo dependerá de la interpretación que el agente penitenciario realice al momento de redactar el parte disciplinario. Sin perjuicio de ello, puede vislumbrarse de manera clara el alto índice de violencia entre los distintos actores del sistema carcelario.

Además, debe resaltarse también que ninguna unidad carcelaria informa sobre los hechos violentos donde los internos sean víctimas de agresiones por parte del SPB, sino que solo se registran hechos de represión que se encuentran vinculados a las peleas entre internos.

La represión debería utilizarse como última opción frente un conflicto iniciado que no puede detenerse de otra manera¹², por lo tanto no podría encontrarse posicionada en el tercer lugar de la cantidad de hechos violentos en el 2014, con un promedio de 174 casos por mes.

1.4. Las muertes y tortura

Así como ocurren los hechos de violencia en contexto de encierro, las muertes también tienen lugar en las cárceles bonaerenses.

Toda situación, acto o circunstancia que ponga fin a la existencia de una persona mientras su vida se encuentra a cargo de la administración penitenciaria, es responsabilidad del Estado¹³. Esta responsabilidad es netamente objetiva, y trasunta toda división de poderes y actos de gobierno, es decir que es responsable el personal penitenciario de cada unidad carcelaria, los funcionarios políticos del Poder Ejecutivo y

¹² Conforme a lo establecido por la Ley de Ejecución Penal Bonaerense (Ley 12.256), al personal penitenciario le está absolutamente prohibido emplear la fuerza en el trato con los internos (art. 65) y sólo las armas reglamentarias se encuentran limitadas para circunstancias excepcionales como peligro inminente para la vida, la salud o la seguridad del interno (art. 66).

¹³ *“El Estado se encuentra en una posición especial de garante frente a las personas privadas de libertad, y que como tal, asume deberes específicos de respeto y garantía de los derechos fundamentales de estas personas; en particular, de los derechos a la vida y a la integridad personal...”* (Informe sobre los Derechos Humanos de las personas privadas de libertad en las Américas – CIDH). Disponible en www.oas.org/es/cidh/ppl/docs/pdf/ppl2011esp.pdf, al 03/07/2016.

hasta los jueces del Poder Judicial que envían a las personas a instituciones de encierro en condiciones por debajo de lo dignamente humano.

Las personas encerradas contra su voluntad en una *institución total*¹⁴ como es la cárcel, ponen su vida y su futuro a cargo de la responsabilidad absoluta de dicha institución y sus autoridades, debiendo en este caso garantizar la provincia de Buenos Aires el goce total e incondicional de los derechos de las personas detenidas, en especial el derecho a la vida y la integridad física.

De esta forma, una persona que muere en custodia a causa del mal estado en que se encuentra privada de su libertad, de ningún modo puede ser responsable de su propia muerte, ni por las enfermedades contraídas en el encierro las cuales no se curaron ni trataron a tiempo.

Por otro lado debe concebirse que la muerte en la cárcel no significa sólo una circunstancia del lugar donde ella se produce sino que, la mayoría de las veces, la cárcel es la causa misma y central de llegar a ese resultado fatal. Por esta razón es que se presentan indicadores extremadamente alarmantes cuando se advierte la gran cantidad de jóvenes que dentro de la cárcel mueren por enfermedades o causas naturales. Detrás de cada muerte investigada por suicidio o problemas de salud, se encuentra una combinación de prácticas de torturas, negligencia estatal y violencia sobre la salud de los detenidos.

En cambio, detrás de cada homicidio en las cárceles bonaerenses además de la negligencia estatal, también encontramos la corrupción, el comercio de las armas dentro del penal, la gestión penitenciaria de la violencia y la desidia judicial.

La siguiente información corresponde al informe anual 2015 del CCT-CPM en consideración de su base de datos de los últimos 7 años:

¹⁴ En relación al concepto ideado por el sociólogo Erving Goffman para designar un lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente.



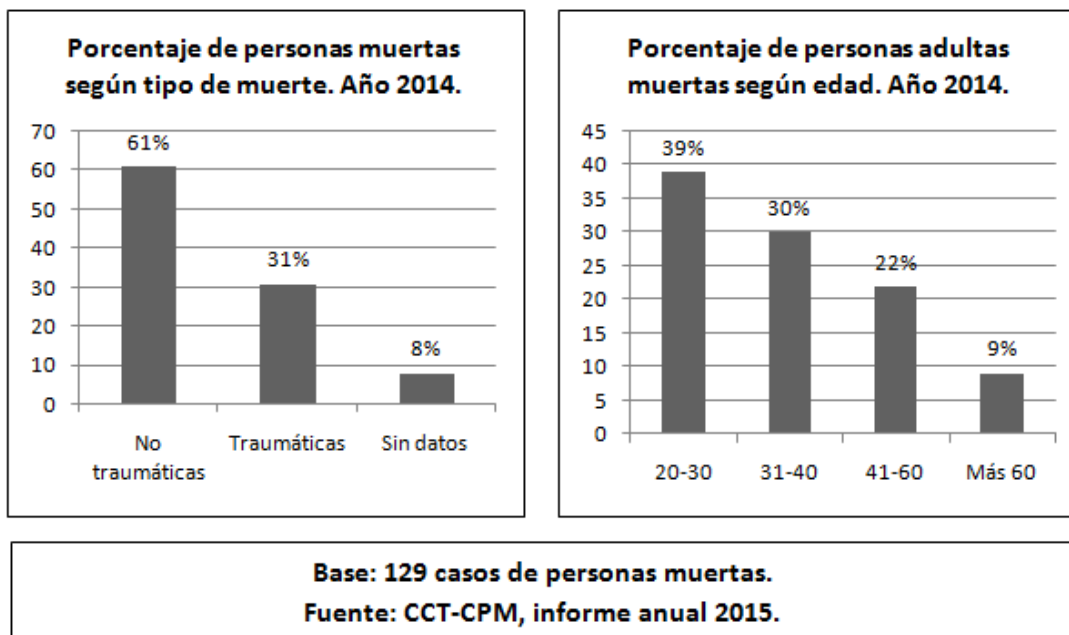
**Base: 897 casos de personas muertas en 2008-2014.
Fuente: CCT-CPM, informe anual 2015.**

En promedio, entre 2008 y 2014 las cárceles bonaerenses llevaron a la muerte a 128 personas por año. Para dimensionar el fenómeno y poder entender mejor qué significa esta cantidad, se trabaja con la tasa de muertos cada 1.000 personas presas. El promedio de esos 7 años muestra que por cada año mueren a cargo del SPB más de 4 personas y media por cada 1.000 personas detenidas.

Seguidamente el CCT-CPM tomando datos recientes analiza que esta tasa duplica o triplica lo que sucede en otros países: Inglaterra: 2,5; España: 2,4; Estados Unidos: 1,9, y México: 1,4. Se advierte así, por ejemplo, que las cárceles bonaerenses duplican a España en la tasa de muertes de personas que se encuentran privadas de libertad.

A su vez debe agregarse que el SPB clasifica las muertes en traumáticas y no traumáticas. Las primeras son las causadas por agresiones entre internos, suicidios y accidentes; las segundas son las muertes naturales o causadas por enfermedades.

Los siguientes gráficos ilustran de manera más clara esta realidad:



Por otra parte, los tratos crueles y la tortura también forman parte del diseño institucional de la violencia perpetrada por el SPB como medio de gobernabilidad de la población carcelaria y el disciplinamiento colectivo.

Existen variedad de métodos implementados en las cárceles provinciales: los palazos con bastones de madera o goma maciza, las asfixias, los traslados constantes, el aislamiento como forma de castigo, los manguerazos de agua fría y hasta la picana eléctrica fueron hechos denunciados y objeto de interposición de hábeas corpus por parte del CCT-CPM, en el marco de los cuales en varias oportunidades se ha constatado efectivamente la práctica de torturas.

Todas las violaciones de derechos que veremos a continuación encuadran en el concepto de tortura propuesto por la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura¹⁵: *Para los efectos de la presente Convención 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*

¹⁵ Firmada por Argentina el 02/10/1986, ratificada el 11/08/1988 y formalizado el depósito del instrumento el 03/03/1989. Disponible en www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-51.html, al 23/07/2016.

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.

- Las agresiones físicas son todas aquellas en donde se produce violencia sobre los cuerpos de los detenidos con la finalidad de causar dolor. La sistematicidad y la persistencia a lo largo del tiempo demuestran que se presentan como una herramienta utilizada por SPB para la neutralización subjetiva de los detenidos o para su castigo, bajo una impronta soberana despótica propia del siglo XVIII.

Bajo la concepción de agresiones físicas se incluyen distintos actos de malos tratos físicos y/o torturas, que incluye los golpes y golpizas, puntazos o cortes, las asfixias (submarino seco y húmedo) y los puntazos y cortes. Cuando estas violencias son ejercidas de manera leve, suelen ir acompañadas de insultos o escupidas en procura que el interno reaccione y con esa excusa proceder luego a la golpiza.

- Las duchas o manguerazos de agua fría: naturalmente es una práctica extendida durante el invierno que tiene como objeto agredir sin dejar marcas. Consiste en obligar al detenido permanecer debajo de la ducha o directamente mojarlos con las mangueras colocadas para apagar incendios. Por costumbre suele tener lugar luego de una golpiza con la finalidad de evitar hematomas y tumefacciones. Una variante es hacerlo con las mangueras dentro de las celdas a través del pasaplato a muy corta distancia, de esta forma se humilla al detenido al mismo tiempo que se lo golpea con el chorro de agua y se le arruinan sus pertenencias.

- Los traslados constantes: un sistema perverso que en el ambiente carcelario se lo denomina “calesita” y constituye una más de las prácticas crueles utilizadas como forma de tortura por el SPB. Básicamente consiste en trasladar, en letales condiciones¹⁶, al detenido incesantemente de manera unilateral y arbitraria de una unidad carcelaria a otra produciendo pérdida de los lazos afectivos y grandes perjuicios en el acceso a la educación, a la justicia, a la salud.

¹⁶ Manifiesta fue la muerte de Oscar Chaparro, que adquirió una fugaz preocupación de la opinión pública. Disponible en www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-120867-2009-03-03.html, al 27/07/2016.

Con esta práctica se impide el pretendido tratamiento de reinserción social al mismo tiempo que se le arrebató la posibilidad de acceder al régimen de calificaciones del SPB (que requiere permanecer más de 3 meses en una unidad) que luego es considerado por los jueces para una eventual morigeración de la detención o algún beneficio propio del régimen progresivo de la pena. Además, comúnmente resulta una oportunidad para que los penitenciarios se queden con las pertenencias del detenido o las vendan a otros internos.

- El aislamiento¹⁷: implica el encierro permanente de 23 o 24 horas diarias por una cantidad de días en principio inciertos, en pésimas condiciones materiales. Las celdas son de escasas dimensiones y con puerta ciega, en muchos casos sin siquiera luz artificial, sin agua potable o elementos de higiene personal, lugares muy sucios sin desinfección, sin calefacción o ventilación, sin comida ni posibilidad de cocinarse y, en la mayoría de los casos, con la suspensión del contacto con sus familias (teléfono y visitas) y los derechos más básicos de la persona como la atención médica, trabajo y educación.

El aislamiento se presenta como forma de sanción (de manera formal para las faltas disciplinarias, o informal por mera voluntad discrecional del SPB), como medida de seguridad (judicial o penitenciaria) y como régimen de pabellón (transitorio para los casos de admisión, y permanente para los casos de depósito). Es una medida que oscila entre los 10 y 30 días corridos, en donde el sufrimiento más grande es en lo psíquico y emocional más que lo físico.

- La picana: a pesar de su reconocido uso a lo largo de la dictadura cívico militar que gobernó nuestro país desde 1976 hasta 1983, en la actualidad continúa teniendo lugar en las cárceles bonaerenses, y los mecanismos para encubrirlo se han perfeccionado. Desde el retorno de la democracia existen varios casos que incluso han alcanzado repercusión mediática¹⁸ en donde se comprobó el uso de picana eléctrica por

¹⁷ Oficialmente denominada S.A.C., que significa “Separación del Área de Convivencia” y se encuentra reglamentada por la Resolución N° 3090/05. Cotidianamente en el lenguaje carcelario se conoce como “buzones”.

¹⁸ El primer caso fue Cristian López Toledo: www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-55057-2005-08-14.html y luego Julio Esteban Ortiz: www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subnotas/1-19581-2005-11-13.html, disponibles al 28/07/2016.

parte del SPB, que incluso en conocidas oportunidades risueñamente se intentó desligar la responsabilidad culpando a las propias víctimas¹⁹.

Ante una denuncia del uso de picana eléctrica, el primer acto inmediato en el tiempo debe ser la toma biopsia del lugar donde se aplicó el tormento ya que las células afectadas por el pasaje de energía cambian su disposición, de una posición horizontal a una vertical y la única causa de esto es el pasaje de corriente eléctrica. Como esta variación no es permanente en el tiempo, debe procederse con premura.

Sin embargo, la voluntad del Poder Judicial de esclarecimiento de los casos de tortura en ocasiones no coincide con el interés de los médicos forenses del SPB que actúan en una línea corporativista y encubridora. Es común encontrar obstáculos de los profesionales donde alegan, por ejemplo, la falta de condiciones sanitarias básicas o el material adecuado, o que es una práctica mini-invasiva, que no son médicos cirujanos, o hasta que no poseen la forma de trasladar la muestra extraída.

Todas estas prácticas violentas desplegadas por el SPB provocan sobre los detenidos un profundo padecimiento físico y psíquico muy difícil de llevar. La sistematicidad y regularidad de estos actos imprime un “plus” de sufrimiento que agrava la situación de los internos, además de que deja en evidencia la falta de voluntad política e inacción judicial ante esta situación.

¹⁹ “Hallan una picana casera en cárcel bonaerense”, disponible en www.minutouno.com/notas/42408-hallan-una-picana-casera-carcel-bonaerense, al 28/07/2016.

CAPITULO 2

LA SALUD EN MANOS DEL SPB

Como pilar esencial en el tema hay que considerar que una persona que se encuentra privada de su libertad ambulatoria no pierde su condición de ser humano y, por lo tanto, tampoco pierde su dignidad inherente al mismo ni queda despojada de todos sus derechos.

Estas son las nociones básicas en el tratamiento de la privación de la libertad que nuestra provincia desconoce en las cárceles y comisarías bonaerenses, en donde el acceso a la salud se ve sistemáticamente vulnerado o directamente cercenado.

El derecho a la salud se asocia y permite el goce de la mayoría de los otros derechos que posee el ser humano, en especial el derecho a la vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Carta Magna²⁰ expresa que *“la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados”*, para en su parte final afirmar que *“los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”*.

En este marco la OMS conceptualiza a la salud como *“un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad”*. Esta definición circunscribe a la salud dentro de tres límites infranqueables que son las distintas dimensiones físicas, mentales y sociales. De esta forma queda desplazada toda concepción exclusivamente biológica y se entiende a la salud de manera integral, que comprende además la asistencia para el adecuado

²⁰ Sancionada el 7 de abril de 1948. Disponible en www.who.int/governance/eb/constitution/es, al 05/08/16.

desarrollo del ser desde antes de su nacimiento y el mejoramiento de su calidad de vida.²¹

Como se verá en el presente capítulo, el sistema de salud en manos del SPB se encuentra muy distante de los parámetros exigidos en la Constitución Nacional y los distintos tratados internacionales.

2.1. Marco legal

En nuestro ordenamiento legal se incorporó de manera explícita el derecho a la salud en términos amplios recién con la reforma constitucional de 1994, a través de distintos artículos que permitieron desterrar el antiguo concepto reducido de la salud como respuesta a la enfermedad, así remarcamos:

- | |
|---|
| <p>a) Constitución Nacional - Art. 41 afirma que <i>“Todos los habitantes gozan del derecho a un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano... las autoridades proveerán a la protección de este derecho... Corresponde a la Nación dictar las normas que contengan los presupuestos mínimos de protección, y a las provincias, las necesarias para complementarlas, sin que aquéllas alteren las jurisdicciones locales”</i>.</p> <p>b) Constitución Nacional - Art. 42 señala que <i>“Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud... Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos... La legislación establecerá procedimientos eficaces para la prevención y solución de conflictos,...previando la necesaria participación de las asociaciones de consumidores y usuarios y de las provincias interesadas, en los organismos de control”</i>.</p> |
|---|

Un ambiente sano y equilibrado, apto para el desarrollo humano no excluye a la persona privada de su libertad ambulatoria, ya que la pena sólo debe restringirse a este

²¹ Brena Sesma Ingrid, “El derecho y la salud- Temas a reflexionar”, Universidad Nacional Autónoma de Méjico, 2004, pág. 104.

derecho y de ninguna manera limitar al deber estatal de garantizarle al individuo un entorno saludable donde pueda desarrollarse durante el cumplimiento de la condena. Esto es elemental si se sostiene, bajo la idea de la prevención general positiva, que la misma posee un motivo resocializador.

En igual sentido resulta también interesante detenerse en la idea de concebir las circunstancias antes descritas como un “agravamiento ilegítimo en la forma o condiciones de detención”, fórmula contenida en el artículo 43 de la Constitución Nacional.

Asimismo, la última reforma constitucional también incorporó una protección adicional a través de distintos tratados internacionales que poseen la misma jerarquía que la Constitución Nacional:

- | |
|--|
| <p><i>c)</i> Constitución Nacional - Art. 75, inc. 22, segundo párrafo expresa que determinados tratados internacionales allí mencionados poseen jerarquía constitucional y no derogan artículo alguno de la primera parte de la Carta Magna sino que ocupan el mismo plano y la complementan.</p> <p><i>d)</i> Constitución Nacional - Art. 75, inc. 23, primer párrafo señala sobre la discriminación, que es atribución del Congreso Nacional legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad.</p> |
|--|

Sentado ello, debe comprenderse que este artículo permite hacer propias distintas fuentes externas proveniente de las comunidad internacional logrando así el reconocimiento del derecho humano a la salud, el que se encuentra plasmado en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, arts. VII y XI; en la Declaración Universal de Derechos Humanos, arts. 3, 8 y 25; en el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12; en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, arts. 6, 7 y 24; en la Convención Americana de Derechos Humanos, arts. 4 inc. 1, 5 incs. 1 y 2, 19 y 25; y en la Convención sobre los derechos del Niño, arts. 3, 6, 23, 24 y 25.

De estos instrumentos internacionales con jerarquía constitucional se destaca el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales²², en donde el artículo 12 reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas realizó una notable interpretación del referido Pacto en lo atinente al derecho a la salud y la responsabilidad del Estado a través de la Observación General N° 14²³:

La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley.

Con la suscripción de los distintos instrumentos internacionales, nuestro país asumió el compromiso de cumplir las resoluciones en los términos de su vigencia, e incluso se encuentra obligado a destinar *hasta el máximo de los recursos de que dispongan, para lograr progresivamente, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos*, conforme la Observación General N° 3 dictada en el 5° período de sesiones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Asimismo tampoco deben ignorarse numerosos precedentes de la Corte Internacional de Derechos Humanos, tales como “Bulacio Vs. Argentina” (sentencia de 18 de septiembre de 2003) de implicancia para nuestro país, u otros como “López Álvarez Vs. Honduras” (sentencia de 1 de febrero de 2006) o “Instituto de Reeducción del Menor Vs. Paraguay” (sentencia de 2 de septiembre de 2004).

De su extensa lectura surgen distintas conclusiones fundamentales:

²² Disponible en www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx, al 10/08/2016.

²³ Disponible en www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view=1, al 10/08/2016.

- La privación de la libertad no puede extenderse a la pérdida o limitación de otros derechos reconocidos por los tratados de derechos humanos.

- Estos mismos derechos no pueden ser limitados restringidos o afectados como parte constitutiva de la pena en sí misma, sino que solo puede ser mínimamente afectados por cuestiones referentes a la medida de seguridad.

- Los Estados son los obligados indiscutidos para garantizar la promoción de tales derechos, con el plus adicional de ser quien tiene la custodia y en consecuencia la posición especial de garante de la persona privada de libertad.

En este sentido, luego de visitar las cárceles bonaerenses se puede conocer que todo este marco cae en una ínsita contradicción con el sistema de la penalidad. Va de suyo considerar que el Estado, además de garantizar el derecho a la salud, debe en sus diversos estamentos abstenerse de dañar la salud u obstaculizar arbitrariamente el acceso al derecho a la salud de las personas sometidas a su custodia.

En torno a la asistencia y atención médica de las personas en condición de encierro, la Corte Internacional de Derechos Humanos también estableció en repetidas ocasiones determinadas pautas al respecto. El precedente más difundido quizá sea “Tibi Vs. Ecuador”²⁴ (sentencia de 7 de septiembre de 2004) en donde se sostuvo que:

- Se ofrecerá a toda persona detenida o presa un examen médico apropiado con la menor dilación posible después de su ingreso en el lugar de detención o prisión y, posteriormente, esas personas recibirán atención y tratamiento médico cada vez que sea necesario. Esa atención y ese tratamiento serán gratuitos (párrafo 154).

- La Corte Interamericana entiende que, conforme al artículo 5 de la Convención Americana, el Estado tiene el deber de proporcionar a los detenidos revisión médica regular y atención y tratamiento adecuados cuando así se requiera. A su vez, el Estado debe permitir y facilitar que los detenidos sean atendidos por un facultativo elegido por ellos mismos o por quienes ejercen su representación o custodia legal (párrafo 156).

²⁴ Disponible en www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_114_esp.pdf, al 14/08/2016.

Como se advierte, la Corte Interamericana de Derechos Humanos entendió a la salud en su concepción amplia, y señaló que la privación de libertad no resulta motivo suficiente para limitar tal derecho más allá de los fundamentos exclusivos de la reglamentación en el encierro. Igual temperamento fue el adoptado en “Montero Aranguren y otros (Reten de Catia) Vs. Venezuela”, “García Asto Vs. Perú”, “De la Cruz Flores Vs. Perú”, entre otros.

2.2. La salud en los lugares de detención

El sistema de salud vigente en los lugares de encierro a cargo del Estado provincial no se encuentra en posición de asegurar la asistencia mínima que cualquier ciudadano tendría en libertad, y tampoco cumplir con los estándares requeridos por los instrumentos internacionales antes mencionados.

La seguridad carcelaria se transforma en el eje que atraviesa la vida de las personas privadas de libertad y sus derechos quedan sometidos a la lógica de la violencia penitenciaria, que se construye sobre la dominación física y psicológica con el objetivo de destruir a la persona, aunque en teoría se pretenda su resocialización²⁵. El deterioro edilicio, la falta de medicamentos e insumos, la escasez de personal y recursos materiales mínimos, sumado al banal compromiso de los médicos, terminan influyendo negativamente en la salud de los detenidos.

De la experiencia recogida de las distintas visitas carcelarias por la jurisdicción bonaerense y del intercambio profesional con los colegas en oportunidad de las mismas, muchos refieren que el área de salud termina por convertirse en un muestrario simbólico que permite entender y vislumbrar la lógica de toda la violencia carcelaria, de acuerdo al propio funcionamiento de cada unidad y de castigos que ilegítimamente allí tienen lugar.

Para acceder a condiciones mínimamente dignas en el vivir cotidiano, con alimentación saludable, visitas, educación, trabajo e incluso atención a la salud, la

²⁵ PAVARINI, Massimo, “Un arte abyecto. Ensayo sobre el gobierno de la penalidad.” Editorial Ad Hoc. Argentina. Septiembre de 2006.

mayoría de las veces los detenidos deben exponerse a variadas situaciones que acarrear un conflicto físico, puesto que el acceso a los derechos más básicos de la persona se encuentra supeditado a la lógica de la seguridad. De esta forma el reto se encuentra en hallar mecanismos alternos que permitan destruir la lógica del castigo, de manera tal que los derechos humanos no sean meras apreciaciones del ámbito académico o filosófico, sino que constituyan verdaderas costumbres reales y efectivas en cada unidad.

Por supuesto el cometido no es fácil ya que la existencia misma del sistema penal nos hace olvidar que hay otras posibles respuestas a estos problemas y las instituciones y sus regímenes no son inamovibles ni incuestionables, sobre todo cuando no logran satisfacer, controlar los conflictos, ni dar respuestas satisfactorias a interrogantes inoportunas²⁶.

Por su parte, el Consejo de Defensores Generales de la Provincia de Buenos Aires, además del informe de sobrepoblación y hacinamiento carcelario del año 2010, también elaboró en el periodo 2012-2013 otro similar exclusivamente destinado a relevar el servicio de salud dentro del espacio carcelario²⁷.

El citado documento es un elemento más que demuestra el pésimo estado en que se encuentran las unidades carcelarias y la violencia imperante en las mismas. Afirma que todas estas cuestiones repercuten sin lugar a dudas en la salud de los detenidos, ya que no existe ningún lineamiento estratégico definido “con criterio médico” que permita establecer prioridades para la atención médica.

Es sabido que en cualquier sistema de salud los recursos son siempre escasos con relación a la demanda de atención sanitaria; sin embargo, ello no impide que se deban establecer prioridades estratégicas en punto a seleccionar aquellos casos que médicamente requieren una urgente atención. La definición de qué es lo urgente o lo qué no lo es, no puede ser dejada en manos del personal de seguridad de un establecimiento penitenciario como primer obstáculo a superar para acceder a la

²⁶ GARLAND, David, “Castigo y sociedad moderna. Un estudio de teoría social”. Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 1999.

²⁷ Monitoreo de condiciones del servicio de salud en las unidades penitenciarias de la Provincia de Buenos Aires, Informe Final, mayo de 2013.

atención médica. Más allá de aquellos casos evidentes (fuertes traumatismos, heridas cortantes, pérdida de conocimiento) la existencia de un simple dolor puede esconder una patología grave, que de ser atendida a tiempo podría evitar emergencias y urgentes derivaciones hospitalarias.

De un informe elaborado por el CCT-CPM²⁸, surge cómo la salud para aquellos incluidos en los escenarios marginales bajo el título de “pobre”, “loco” o “preso” se convierte en un desafío. El ingreso de una persona al sistema penitenciario impacta de forma negativa sobre su salud. Mediado por la violencia sistemática y estructural, eje de la gobernabilidad de esa institución, sumado al aislamiento y separación de su contexto vital, padecerá altos niveles de sufrimiento multidimensional. Su ingreso a lugares de encierro operará en la generalidad de los casos con vulneración de su derecho a la atención de la salud. Si se encontraba realizando algún tratamiento o recibiendo cuidados por algún tipo de afección aguda o crónica, éste se verá interrumpido o sufrirá un sensible deterioro. La mayoría de las muertes no violentas denunciadas en ese ámbito suelen derivarse de estos hechos.

El mismo informe luego agrega que paradójicamente el SPB posee un amplio dispositivo de salud que garantiza una proporción privilegiada de profesionales por población y que puede llegar a más de un médico por cada 100 detenidos, realidad que demuestra la pésima administración de recursos en función de las necesidades y la subordinación de la salud a los intereses de gobernabilidad de la institución.²⁹

El abordaje ideal de la salud, ya no se discute, debe ser multidimensional, intersectorial e interdisciplinario, existiendo en la práctica esfuerzos integradores como los enfoques psico-neuro-inmuno-endocrinológicos, psicosociales, psicosomáticos y otras formas de transdisciplinas que, entrecruzando campos, dan cuenta de la constitución socio-bio-psíquica del hombre. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que el desafío de abordar la salud en forma integral no asienta en necesidades de índole científica, filosófica o epistemológica, sino en la obligación del Estado de aplicar políticas públicas inclusivas que garanticen todos los derechos a todos los ciudadanos.

Fuente: CCT-CPM, informe anual 2013.

²⁸ CCT-CPM, informe anual 2013, p. 202.

²⁹ CCT-CPM, informe anual 2013, p. 203.

A partir de las entrevistas recogidas con los detenidos en las cárceles bonaerenses, centralmente en la localidad de Florencio Varela (U23) y La Plata (U9), y otras de rutina en la sede de la defensoría oficial, se concluye que el maltrato a la salud se manifiesta en dos vertientes, por un lado las enfermedades crónicas anteriores a la detención pero que al momento del ingreso a la unidad no fueron detectadas o que posteriormente no fueron atendidas, y las lesiones físicas directas, resultado de situaciones de represión por parte del SPB (golpes de puño o con objetos, duchas con agua fría, quemaduras con cigarrillos, etc.) que luego derivan en problemas orgánicos. Esguinces, atrofiaciones musculares, fracturas, quemaduras, problemas pulmonares son los cuadros habituales.

Bajo este panorama de deficiente atención médica, luego se presenta otro problema que es el marcado déficit de medicamentos y la dificultad de acceder a los mismos. El paciente que se encuentra detenido, no tiene acceso al área de sanidad por su propia voluntad sino que debe ser conducido por los guardias, lo que la mayoría de las veces es impedido por simple falta de interés, que luego es justificado por el escaso personal.

Si logra acceder al área de sanidad para solicitar los medicamentos que permitan continuar con su tratamiento o calmar la dolencia, dependerá también del galeno que administra los fármacos que, según los testimonios de detenidos, no suele depender del estado de salud sino del modo en que se solicitan los mismos. Por tanto, no cabe más que concluir que bajo esta práctica los remedios solo representan una herramienta de disciplinamiento más que una sustancia de cura.

En paralelo, aunque más subjetivamente apreciable, se observan también problemas médicos derivados de las condiciones de vida que terminan convirtiéndose en situaciones represivas indirectas (hacinamiento, violencia, aislamiento). Los golpes y gritos por la noche que perturban el sueño, la escasa alimentación, la humedad y las bajas temperaturas en invierno, el calor agobiante en verano, la falta de limpieza e higiene, la tensión permanente, las constantes vejaciones y humillaciones, entre muchos otros factores inciden y marcan el estado de salud del detenido, y generalmente derivan en alteraciones psicosomáticas, enfermedades dermatológicas, dolencias estomacales o cualquier otra afección en donde la persona inconscientemente canaliza todo el sufrimiento contenido mientras se encuentra privada de libertad.

Todas estas afecciones, dolencias o deterioros a la salud deben ser interpretada a la luz de la ausencia de programas de prevención de enfermedades y de promoción a la salud, lo que torna a la cárcel como un ente generador de enfermedad y muerte.

Finalmente, existen además distintas prácticas desplegadas por el SPB de manera cotidiana que terminan marchitando la personalidad de los detenidos. Los insultos, las humillaciones y hasta amenazas, influyen en la estabilidad emocional e incluso, en ocasiones, derivan en patologías psicológicas. En el trato diario, la intimidad es violentada constantemente, a la fuerza se debe aprender a convivir con la angustia, el temor, la frialdad y paralelamente anular sentimientos nobles como la solidaridad o el afecto ante la posibilidad de ser visto como “débil” por el resto de los actores del elenco carcelario.

2.3. La dependencia inexplicable

La salud en nuestro país, por mandato constitucional, es una facultad que conservaron las provincias en su poder constituyente originario y por lo tanto, junto a otras facultades como la educación y seguridad, no ha sido delegada a la nación. En este orden es que cada provincia posee su propio Ministerio de Salud, que se encarga entre otras cuestiones, de la política sanitaria para los habitantes de su jurisdicción.

En la provincia de Buenos Aires no existe una ley orgánica del Ministerio de Salud que reglamente sus atribuciones, sino que ellas se encuentran contenidas en el artículo 21 de la Ley de Ministerios N° 13.757³⁰:

“Le corresponde al Ministerio de Salud asistir al Gobernador de la Provincia en la determinación de las políticas y acciones atinentes a la prevención, recuperación, asistencia y mantenimiento de la salud de la población. En especial le compete: (...)

Inc. 10°: Asegurar la asistencia médica y sanitaria en los institutos carcelarios y de detención y supervisar las normas de higiene y salubridad en los mismos, coordinando acciones con otros organismos e instituciones”.

³⁰ Disponible en www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-13757.html, al 28/08/16.

En la provincia de Buenos Aires, más allá de lo establecido por esta ley, la salud de los detenidos se encuentra sujeta a la órbita del Ministerio de Justicia y no a la del Ministerio de Salud, lo que se traduce en una grave e inexplicable excepción con consecuencias negativas para las personas privadas de la libertad.

Debe advertirse que no obstante que se intente justificar a través de la supuesta ineficiencia o de la falta de profesionales y de recursos en el sistema de salud pública, ello no resulta óbice suficiente como para respaldar que la salud de los detenidos se encuentre en manos del Ministerio de Justicia cuando existe otro ministerio con funciones propias encomendadas por ley. Esta falta de lógica trasluce además un avance del poder punitivo y de las instituciones penitenciarias, en desmedro de un derecho humano esencial como es la atención de salud y su acceso sin limitaciones.

Por otra parte, este incumplimiento a la ley se ve aún más severamente cuestionado por el crítico estado en que se encuentra la salud penitenciaria en la provincia de Buenos Aires, panorama que se percibe en detrimento en la última década.

En este punto debe enmarcarse la Ley N° 13.189 que declaró el estado de emergencia del SPB. Así, por medio del reconocido Decreto N° 950/05³¹ se suprimió la Dirección de Sanidad (normada por el Decreto N° 1300/80) y se creó la Dirección General de Salud Penitenciaria (DGSP), dependiente de la Subsecretaría de Política Penitenciaria y Readaptación Social del Ministerio de Justicia, que aún se encuentra vigente en la actualidad.

El Decreto N° 950/05 señala que: “...*en materia de sanidad penitenciaria, se observa un deficiente funcionamiento del sistema, agravado por la existencia de población de riesgo, doblemente vulnerable por su condición de paciente privado de la libertad...*”.

Transcurridos más de diez años de aquella emergencia sanitaria, las áreas de salud se encuentran en pésimas condiciones edilicias, los consultorios médicos son pequeñas salas húmedas y sin ventilación que sirven para distintos propósitos, la falta

³¹ Disponible en www.mseg.gba.gov.ar/migra/marco_normativo/Decretos%20provinciales/DECRETO-950-05_direccion_provincial_de_salud_penitenciaria.doc, al 30/08/2016.

de medicamentos e insumos es cotidiana, y la atención profesional médica continúa careciendo de independencia de la presencia corporativista del SPB.

En general no existen lugares donde el personal médico pueda descansar durante las largas guardias, ni donde resguardar los expedientes de cada uno de los atendidos. Sumado a ello, también refieren los internos que se hace innegable la falta de instrumental médico y la carencia de mobiliario o su pésimo estado de conservación, lo que muchas veces complica el tratamiento que se debería seguir.

De manera habitual las dolencias no son atendidas de manera directa por los profesionales, ya que los asuntos vinculados con la seguridad de los detenidos son puestos por encima de las cuestiones médicas. El trabajo de los penitenciarios de ningún modo se encuentra sujeto a la función terapéutica de la medicina.

En escasas situaciones arbitrarias del SPB y casos manifiestos donde resulta evidente el peligro de vida, para que una persona pueda ser atendida por el área de sanidad, tiene que comunicarse con su defensor, que éste pida la atención médica al juez a cargo de su detención y que este último se lo ordene al SPB. De allí en más, quedará sujeto, nuevamente, a la voluntad de los guardias.

En caso que el interno no desee recorrer ese camino burocrático, debe solicitar la atención médica por intermedio del oficial de custodia del piso que suele realizar una “*listita*”³² para así luego comunicarle a la sección de sanidad la cantidad y objeto de los pedidos.

El acceso a la atención médica, la medicación, la continuidad o no de los tratamientos médicos, la alimentación apropiada, el adecuado alojamiento, aseo o cualquier otra circunstancia quedan siempre sujetas a la voluntad del SPB, quien por medio de sus agentes regula formal o informalmente el acceso a la atención médica³³, en todo momento anteponiendo el esquema de la penalidad y reduciendo al máximo la dignidad humana.

³² Una práctica de atención médica que no posee ningún tipo de comprobación fehaciente, pero que recurrentemente es referida por algunos detenidos en diversas entrevistas en la sede de la defensoría oficial.

³³ PANDOLFI, Claudio Vicente, “Algunos apuntes en relación al derecho (esencial) a la salud de las personas privadas de libertad”, Revista Pensamiento Penal, 2011.

Como fácilmente se advierte, la DGSP no se encuentra en condiciones de cumplir con las obligaciones que le fueron encomendadas, es por eso que urge el traspaso de manera inmediata desde el Ministerio de Justicia hacia el Ministerio de Salud Provincial.

2.4. La atención médica extramuros

La realización de estudios médicos complementarios de baja, mediana o alta complejidad, las interconsultas con especialistas y aún más las intervenciones quirúrgicas suelen requerir profesionales y tratamientos específicos que no se cuentan en las unidades carcelarias. A su vez, en el sector de sanidad solo suele abastecerse (cuando hay) con medicación clásica que básicamente convierte a la unidad en una sala de primeros auxilios. Ante todos estos casos se hace necesaria las derivaciones a establecimientos por fuera de los muros de la prisión.

La primera dificultad que se presenta es la falta de colaboración profesional y cooperación entre el Ministerio de Justicia y Ministerio de Salud. Para que un detenido pueda ser aceptado en un hospital público depende de la voluntad del médico que lo deriva y del que lo acepta, lo que muchas veces se torna algo discrecional. Además las derivaciones tienen lugar tras varios reclamos médicos que no fueron solucionados con anterioridad, puesto que el profesional derivante suele agotar esta instancia más de lo debido ya que responde legal y medicamente por el traslado, no pudiendo de forma alguna supervisar el seguimiento durante la ejecución del mismo.

Se evidencia de esta forma una falta de programación y coordinación estratégica para organizar los traslados de la manera más productiva, advirtiéndose de manera fácil a partir de la baja tasa de turnos efectivizados.

A ello deben sumarse otras cuestiones que pueden ser consideradas menores pero sin lugar a dudas repercuten en una atención médica eficiente. No todas las unidades carcelarias poseen ambulancia o móvil de traslado propio; y si efectivamente posee, será una sola para todo el complejo y por lo general no suele encontrarse en funcionamiento. Asimismo el SPB no cuenta con enfermeros, camilleros o médicos que acompañen al paciente durante el traslado. En las unidades carcelarias del interior de la provincia, el centro médico más cercano se encuentra a horas de viaje, lo que afecta el

estado de la persona que requiere la atención médica y hasta podría ser calificado como un tratamiento inhumano y degradante.

Además debe agregarse que los hospitales extramuros suelen responder con evasivas en relación a la atención de las personas detenidas, imperando una lógica punitiva y discriminatoria.

En un informe elaborado por el CCT-CPM³⁴ se afirma que se recurre a diferentes estrategias, como la registrada por parte del hospital General Alvear cuyo director le ha expresado a personal médico de la Unidad 30: *“doctora, yo les mando todos los materiales y lo atienden allí”*, o lo constatado durante la inspección a la Unidad 42 de Florencio Varela donde -según refirió el médico presente- cuando se trata de turnos solicitados por Sanidad de la cárcel, el hospital Mi Pueblo los fija a todos para el mismo día y a la misma hora, por lo cual la Unidad no los puede concretar; se trata de una estrategia deliberada del hospital para no atender detenidos. Según se observó, el hospital había entregado cinco turnos para un mismo día con una diferencia de pocos minutos entre pacientes. Esta situación, en el marco de la falta de unidades de traslado y la falta de personal penitenciario para sostener la logística, implica la no efectivización de los turnos y la pérdida de la mayoría de ellos.

La lógica dependencia del Ministerio de Salud implicaría la igualdad de la población sin importar si el paciente se encuentra privado de la libertad o no, garantizando el acceso a la atención médica de manera irrestricta.

Desde otro ángulo, para los operadores judiciales aparece casi totalmente cotidiano el incumplimiento de órdenes de internaciones o los traslados a hospitales públicos extramuros, excusándose el SPB bajo argumentos clásicos como “imposibilidades atinentes a cuestiones operativas” o simplemente “falta de móvil”, o incluso en ocasiones ni siquiera se brinda una respuesta al oficio cursado.

Debe remarcarse la pasividad del Poder Judicial, que ante tal incumplimiento solo se limita a reiterar el pedido de atención médica especializada, siempre que haya tomado conocimiento gracias a algún familiar del detenido que se hizo presente en la oficina del defensor oficial haciendo saber dicha novedad.

³⁴ CCT-CPM, informe anual 2015, p. 267/8.

Esta realidad ha sido ya motivo de una evidente preocupación del Comité de Derechos Humanos en su 98º período de sesiones celebrado en Nueva York entre el 8 y el 26 de marzo de 2010³⁵, en tanto expone que: “...continúan preocupando al Comité las condiciones imperantes en muchos centros penitenciarios del país, incluido el alto índice de hacinamiento, la violencia intracarcelaria y la mala calidad en la prestación de servicios y la satisfacción de necesidades fundamentales, en particular en materia de higiene, alimentación y atención médica”.

Por su parte, esta realidad también colisiona con la regla 22.1 de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos de Naciones Unidas³⁶ establece: “Los servicios médicos deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación”.

La salud penitenciaria se encuentra fuera de consideración de las políticas públicas de la salud provincial. No sólo por las carencias de recursos materiales, sino también por la falta de compromiso y discriminación de los profesionales médicos para con las personas privadas de libertad.

³⁵ Disponible en www2.ohchr.org/english/bodies/hrc/docs/co/Argentina98_AUV_sp.doc, al 07/09/2016.

³⁶ Adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955 y aprobada por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) del 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) del 13 de mayo de 1977. Disponible en www.sdh.gba.gov.ar/comunicacion/normativainternacional/admjusticia/reglas_minimas_para_tratamiento_de_reclusos.pdf, al 08/09/2016.

CAPITULO 3

LA NATURALIZACION DEL MAL

El problema carcelario no es exclusiva responsabilidad del Poder Ejecutivo ya que la tolerancia, pasividad o desinterés de los restantes poderes agravan la situación, convirtiendo y legitimando en la práctica un sistema cruel y perverso.

La sociedad y la comunidad judicial se conmueven por casos brutales, pero acabados los momentos mediáticos, la violencia oculta o permitida en el sistema penitenciario vuelve a ser una realidad cotidiana.

De todos modos, los tratos crueles y la violencia física no son la única forma de violación sistemática de derechos. Existen numerosas prácticas y estrategias, por acción u omisión, que implican un agravamiento de las condiciones de detención de las personas privadas de libertad.

En este apartado se tratarán esas maniobras del SPB, que sin llegar a ser violencia misma, son constitutivas del diseño institucional penitenciario y pensadas en los términos de la gobernabilidad de la población carcelaria.

3.1. La falta de ética profesional

Cuando una persona se encuentra detenida el sufrimiento no se limita únicamente a encontrarse privado de su libertad ambulatoria. Las carencias materiales, los hechos violentos, los vejámenes psíquicos terminan convirtiéndose en mecanismos alternos de control que moldean la vida de los condenados.

Estas prácticas desplegadas o administradas por el SPB de manera continua e ininterrumpida por un periodo de tiempo determinado, transforman a las personas detenidas en meros cuerpos en donde su palabra y sus sentimientos quedan desprovistos de todo valor. Los profesionales de la salud, en gran proporción, también muestran su cuota de responsabilidad tal como se verá a continuación.

Se ha dicho en reiteradas oportunidades que la lógica de la seguridad domina todos los aspectos de la vida carcelaria y la atención a la salud no es la excepción. Para

algunos médicos, psicólogos y psiquiatras el derecho humano a la salud del detenido se encuentra supeditado, ante todo, a la voluntad del SPB. La falta o deficiente atención médica no es visibilizada como la violación de un derecho sino como una contingencia eventual del encierro.

Sólo reciben atención médica aquellos pocos que logran acceder al área de sanidad. El médico no tiene prohibido por reglamento ingresar a los pabellones, ni tampoco los guardias del SPB se lo prohíben, sino que por cuestiones de seguridad individual refieren que supuestamente se les recomienda no hacerlo, o directamente se excusan en la sobrecarga de trabajo.

Contrariamente, ya desde el año 2010 el Ministerio de Justicia, advirtiendo la necesidad de impulsar acciones que propendan a mejorar el servicio de salud penitenciaria, dispuso a través de la resolución 101/10³⁷ que a fin de facilitar el acceso a la atención sanitaria se fijen protocolos y pautas de actuación que garanticen el trato directo entre los profesionales y las personas privadas de libertad a través de la sistematización de recorridos diarios u otros métodos similares (art. 3).

El Consejo de Defensores Generales³⁸ también se ha manifestado acerca de esta problemática al afirmar que parte del deber médico dentro del sistema carcelario lo constituyen las inspecciones regulares recorriendo los pabellones en forma periódica o con cierta frecuencia poniendo especial atención y énfasis al “Pabellón de Separación del Área de Convivencia”. Dichos recorridos tienen por objeto la recolección *in situ* de las demandas sin retrasos indebidos y en contacto directo con la problemática, asegurar el aislamiento de los detenidos que posean sintomatología de enfermedades infectocontagiosas en período o fase de contagio, adoptar las medidas adecuadas en salvaguardar de la salud de los internos generando las respectivas políticas de prevención.

En las entrevistas desarrolladas en la defensoría oficial, los internos refieren que los médicos omiten la recorrida diaria (o incluso regularmente periódica) por los

³⁷ Disponible en www.defensapublica.org.ar/JURISDICCIONAL/Resoluciones/Resolucion_Ministerio_Justicia_Salud_Penitenciaria.pdf, al 14/09/2016.

³⁸ Monitoreo de condiciones del servicio de salud en las unidades penitenciarias de la Provincia de Buenos Aires, Informe Final, mayo de 2013.

pabellones en donde se encuentran alojados. Esta negligencia deriva en consecuencias severas para la salud, ya que no puede confiarse en el sistema de “demanda” por el interesado porque tratándose de pacientes que requieren atención psicológica o psiquiátrica en ocasiones no pueden valerse por sí mismos. De igual manera también refieren que son atendidos con desconfianza, donde las dolencias son vistas *a priori* como un “invento” en miras de lograr algún beneficio.

El desinterés médico trasluce una falta grave al cumplimiento del juramento hipocrático actualmente vigente³⁹, en tanto señala: *“Desempeñaré mi arte con conciencia y dignidad. La salud y la vida del enfermo serán las primeras de mis preocupaciones... No permitiré que entre mi deber y mi enfermo vengan a interponerse consideraciones de religión, de nacionalidad, de raza, partido o clase. Tendré absoluto respeto por la vida humana.... Hago estas promesas solemnemente, libremente, por mi honor”*.

Este modelo que sostiene el “invento” de la enfermedad culpabiliza al detenido por sus padecimientos, y es el mismo que entiende a la salud como un beneficio y no como un derecho. En él, los profesionales de la salud se amparan en las cuestiones de seguridad para no atender los reclamos de los detenidos ni repartir la medicación por los pabellones a las personas que necesitan continuar con el debido tratamiento médico.

En este contexto deliberadamente se imposibilita en la relación médico-paciente construir lazos de confianza, respeto y privacidad. Esto traduce una enorme falta de concientización de todos los profesionales médicos de la responsabilidad que tienen de hacer efectivos los principios de universalidad y equivalencia en materia de salud.

“El personal de salud, especialmente los médicos, encargados de la atención médica de personas presas o detenidas, tienen el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades en el mismo nivel de

³⁹ La Asamblea General de la Asociación Médica Mundial se reunió en la ciudad de Ginebra del 8 al 11 de septiembre de 1948, considerando que los actos inhumanos perpetrados por algunos médicos implicaban un desconocimiento o un lamentable quebrantamiento de la ética profesional y que urgía restablecer a éstas en toda su dignidad, aconsejando que los médicos presten al recibir sus diplomas un juramento hipocrático modernizado. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/his/cua_87/cua1287.htm, al 16/09/2016.

calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas”, señala el artículo 3° del Código de Ética Médica de la provincia de Buenos Aires⁴⁰.

Esta dificultad es otra de las consecuencias indirectas de la dependencia injustificada del Ministerio de Justicia. El Decreto 950/05 advierte: *“Que sumado a ello se considera que la subordinación de los profesionales médicos respecto del Servicio Penitenciario Bonaerense, no es la adecuada para el modo de actuar que se les requiere, sobre todo a fin de evitar que se conviertan en actores pasivos de la toma de decisiones de su competencia”*.

En este marco nace la Dirección General de Salud Penitenciaria, la pensada respuesta ante una situación de crisis institucional que exigía la redefinición de las políticas públicas sanitarias ante las presiones políticas y sociales del momento.

El referido decreto seguidamente agrega: *“...resulta necesario establecer -fuera del ámbito del Servicio Penitenciario Bonaerense- una estructura organizativa independiente, basada en la autonomía de criterio y la ética médica, que garantice una atención sanitaria cualificada y suficiente para satisfacer las necesidades de la población penitenciaria.... Que a través de la creación de la Dirección General de Salud Penitenciaria se procura dar solución a las deficiencias señaladas”*.

Tal como se aprecia, en asuntos de sanidad penitenciaria hace más de diez años se identificó de manera clara una grave deficiencia, se formularon alternativas para su solución y hasta se propusieron mecanismos de implementación. La única realidad es la mutación del *nomen iuris*, es decir la misma oficina con distinto nombre e iguales o más graves defectos en función del tiempo transcurrido.

Por otra parte, a partir de los testimonios de los internos, se puede afirmar que la desidia médica también tiene lugar ante conflictos mucho más delicados como son los hechos violentos. La falta de atención médica suele ser disimulada con prácticas básicas y superficiales que esconden muchas veces lesiones causadas con la intención de dañar a la otra persona, por venganza o amenaza.

A la hora de analizar una causa penal se advierte fácilmente la gran cantidad de atenciones médicas que se le practican al detenido por enfermedades anteriores a la

⁴⁰ Disponible en <http://colmed6.org/reglamentos/codigo-de-etica>, al 16/09/2016.

detención, otras por enfermedades originadas a partir de las paupérrimas condiciones de encierro, pero muchas otras por contusiones que con posterioridad se toma conocimiento que desembocaron en lesiones de tipo traumatológicas.

Estas últimas, a la luz de la experiencia judicial, se avizora la posibilidad que se remontan a conflictos entre internos en la unidad o incluso hechos de apremios o torturas infligidas por el SPB⁴¹, es por tanto que se solicita su comparendo al juez responsable de la detención. La entrevista con el detenido dependerá en gran medida de la confianza que le inspire su defensor, pero más allá de eso, lo que resulta reprochable a la ética médica y al ejercicio profesional es que en sus informes no se consigne el origen de las lesiones observadas, máxime cuando las mismas resultan ser compatibles con agresiones físicas.

Todas las inobservancias médicas en esta sintonía resultan un manifiesto incumplimiento a la ética profesional y las reglamentaciones normativas, por ejemplo al Protocolo de Estambul⁴² que obliga a los médicos denunciar las torturas o los hechos que presenten su apariencia. Entonces, como se concluye, no sólo son los golpes y amenazas del SPB los que garantizan el sistema de control y castigo, sino que toda naturalización, tergiversación u omisión por parte de los galenos contribuye a tal fin.

3.2. El Manual del SPB y el legajo sanitario

Toda omisión al tratamiento médico que necesita una persona ante una dolencia constituye una forma de violencia que afecta el goce de sus derechos fundamentales, sobre todo el acceso a la salud. Por eso existen no sólo estándares exigidos por la

⁴¹ Existen numerosas notas periodísticas sustentadas en relevamientos de organismos oficiales que prueban las torturas en las cárceles bonaerenses. A modo de ejemplo, en www.infobae.com/2016/04/15/1804771-los-numeros-detras-las-torturas-presos-bonaerense, o en www.eldia.com/la-provincia/denuncian-mas-torturas-en-las-carceles-bonaerenses-105448, consultadas al 18/09/2016.

⁴² El Manual de Investigación y Documentación Efectiva sobre Tortura, Castigos y Tratamientos Crueles, Inhumanos o Degradantes, conocido como el “Protocolo de Estambul”, es el primer conjunto de reglas para documentar la tortura y sus consecuencias. Fue adoptado por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en el año 2000. El propósito central es servir como una guía internacional para la evaluación de las personas que han sido torturadas, para investigar casos de posible tortura y para reportar los hallazgos a la justicia o a las agencias investigadoras.

comunidad internacional (Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos), sino también reglamentaciones internas que deberían estar más cercanas al cumplimiento, ya que es el mismo organismo el que las crea y las debe cumplir.

El Manual de Asistencia y Tratamiento del Servicio Penitenciario Bonaerense⁴³ fue elaborado en el 2008 por el Ministerio de Justicia y propone ser una *guía de los aspectos asistenciales y de tratamiento que rige el proceder del servicio penitenciario, la explicitación de un procedimiento sistematizado que se emplea y de los aspectos mínimos que orientan la identidad del servicio penitenciario.*

El ingreso de una persona al sistema carcelario debe formalizarse observando determinadas reglamentaciones que exigen presentar cierta documentación, entre ella un informe médico practicado al futuro interno que ingresa a la unidad⁴⁴. La persona es recibida por un *comité de recepción* que se encuentra conformado por un *facultativo de la unidad sanitaria que realiza el primer examen in visu del detenido, completa los formularios de la historia clínica, y coteja la información del informe médico remitente*⁴⁵.

Desde ese momento la persona pasa a un periodo de admisión que no puede exceder los 15 días de alojamiento en un pabellón específico a dichos efectos. En ocasiones, relatan los protagonistas que no suele existir un espacio de esa naturaleza y por lo tanto son alojados en el sector de “Separación del Área de Convivencia” o “buzones” con el fin de *analizar la personalidad del interno, descubrir aquellos aspectos asistenciales a cubrir (asistencia médica, psicológica, documental, etc.), orientarlo a la participación de los distintos programas que se desarrollan en la unidad y en especial determinar un programa progresivo que deberá desarrollar el interno en*

⁴³ Por su condición de “documento interno” no se encuentra disponible en el sitio web oficial del S.P.B., de todos modos puede accederse de manera informal en www.buenastareas.com/ensayos/Manual-De-Asistencia-y-Tratamiento-Servicio/1921577.html, disponible al 20/09/2016.

⁴⁴ Manual del SPB, apartado 6: “El personal de custodia a cargo de una persona trasladada a un establecimiento carcelario, deberá presentar la siguiente documentación: 1) cupo otorgado por la dirección general de asistencia y tratamiento; 2) oficio judicial que ordena la medida; 3) informe médico sobre las condiciones en que ingresa; 4) doble juego de fichas dactiloscópicas completas; 5) planilla de remisión de detenidos”

⁴⁵ Conf. Manual del SPB, apartado 6.

*vista a un presunto tiempo de detención y los aportes del sistema para procurar una positiva inserción social*⁴⁶.

Ahora bien, todas estas observaciones, prácticas y tratamientos médicos son registradas y asentadas en un documento llamado Legajo Sanitario (historia clínica), que es personal y confidencial de cada detenido.

La ley de Salud Pública (26.529) ofrece una definición de historia clínica⁴⁷: *A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.*

El fundamento de su elaboración radica en garantizar un adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y una asistencia de calidad. Así, el debido registro de los antecedentes médicos, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, todo ello en su debido registro, se presentan como una obligación para el profesional o auxiliar de la salud, ya que la historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal. De allí que se encuentren expresamente determinados por la referida ley los requisitos para su confección.

Por lo tanto, de manera sintética se puede afirmar que existen determinados datos que no pueden ser omitidos, básicamente referentes a la fecha de su confección, identificación del paciente, su núcleo familiar, profesional interviniente y su especialidad, como así también los antecedentes en el caso que los hubiere. Además, dicho registro debe ser claro, preciso y realizado en letra legible en cuanto a los actos llevados a cabo por los profesionales y/o auxiliares del área de salud.

De las entrevistas mantenidas con diversos detenidos, desarrolladas en el ámbito de la confidencialidad y al amparo del secreto profesional, de manera clara surge que la

⁴⁶ Conf. Manual del SPB, apartado 7.

⁴⁷ Art. 12 - Ley 26.529, promulgada el 19 de noviembre de 2009. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>, al 23/09/2016.

modalidad implementada por el SPB para el registro de la prestación del servicio de salud es negligente o, cuanto menos, insuficiente.

En primer lugar esto se advierte desde el comienzo, es decir desde que una persona ingresa a la unidad carcelaria, ya que tal como se expuso se debe someter obligatoriamente a un examen médico de rutina que tiene por objeto conocer el estado de salud en general y detectar enfermedades o algún cuadro que requiera atención inmediata. La primera dificultad es que este examen suele ser incompleto en su realización y su registro, es decir no se suelen asentar la mayoría de los datos exigidos por la ficha.

Seguidamente, en cuanto a su realización, debe objetarse que según refieren los internos, es efectuada por un auxiliar o enfermero de turno y suele desenvolverse en condiciones poco dignas para el respeto e intimidad del individuo. La lógica de la seguridad vuelve a prevalecer, ya que la evaluación se realiza además frente al personal penitenciario de custodia, en un espacio que no suele ser el propio sector de sanidad en virtud -supuestamente- de la gran cantidad de ingresos y egresos que tiene la unidad.

Este panorama sin lugar a dudas revela una vez más la ineficiencia del sistema carcelario bonaerense en la prestación del servicio de salud, ya que la finalidad misma del examen del ingreso es detectar en forma anticipada enfermedades y eventualmente reducir toda probabilidad de riesgo de contagio o propagación de las mismas dentro de la población, todas cuestiones que por motivos razonables de idoneidad exceden del conocimiento y las facultades que posee un enfermero.

Debe decirse que esta actividad realizada por el auxiliar de la salud no es documentada en el legajo sanitario, puesto que esto importaría registrar la omisión del procedimiento debido al momento del ingreso, y además evidenciaría la ausencia *in situ* de un profesional médico durante las veinticuatro horas en el sector sanitario de la unidad.

Otro de los inconvenientes que no permite alcanzar una atención médica integral es que el legajo sanitario no es transportado junto con la persona cuando la trasladan de unidad carcelaria, por lo cual el área de sanidad de la nueva unidad no cuenta con las indicaciones necesarias para llevar adelante el tratamiento médico anteriormente prescripto. Su interrupción produce que la medicación tampoco sea suministrada, lo que la mayoría de las veces genera un agravamiento del cuadro o la afección.

También, este problema se profundiza ante los traslados constantes ya que en virtud de la frecuencia y la rapidez con que se efectúan, es casi imposible que el legajo sanitario alcance al detenido. A su vez, esa misma celeridad provoca que al llegar a una unidad tampoco se le efectúen nuevos estudios médicos, no se le suministre la medicación y de esta forma se priva directamente al detenido de brindarle tratamiento médico.

Este perjuicio se manifiesta de manera muy grave para aquellas personas que padecen VIH-SIDA o enfermedades crónicas, en donde los traslados de personas detenidas por distintas unidades afectan su salud psíquica, física y mental, lo que contribuye a bajar las defensas del organismo.

Por otro lado, frente a este tipo de patologías no existe un registro sistematizado de historias clínicas. Si el registro se hiciese de modo metódico, cada profesional que se encuentra con el interno podría conocer los episodios sucesivos de enfermedad y proceder a un análisis retrospectivo de los tratamientos.

En este punto debe repararse que si bien el Decreto N° 950/05 establecía la posibilidad de la creación de un legajo tutelar informatizado, a la fecha este recurso útil y de fácil implementación no se materializó, lo que implica someter un derecho humano tan esencial como es el acceso a la salud y su tratamiento, a un deliberado proceso burocrático con las solas miras de causar un dolor adicional a la pena impuesta a los condenados.

CONSIDERACIONES FINALES

El alarmante problema de las condiciones de detención en la jurisdicción bonaerense no radica en la ausencia de la regulación normativa, sino en su incumplimiento habitual y voluntario por parte de los distintos actores del Estado.

Como se pudo observar a lo largo de lo expuesto, los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial de la Provincia de Buenos Aires, con repetidas prácticas y frecuentes olvidos, han alejado la protección jurídica de las personas privadas de libertad hasta un lugar difícil de alcanzar, tornando su aplicación real y cotidiana un supuesto idílico.

Michel Foucault describió que las antiguas penas de tormento que se imponían ceremonialmente al cuerpo del condenado hoy se levantan contra su alma, pero penetrando en ella a través de su cuerpo⁴⁸. Coherentemente con la realidad, sus palabras aún continúan en pie: lo malo no es la prisión sino las condiciones en que se cumple esa pena privativa de libertad, y éste ha sido un punto incesante desde su origen como pena, sumado al gran contenido disciplinario que sufren los procesados y los condenados.

Así, mientras en el campo teórico abundan documentos, debates y ponencias que propugnan una prisión sana y limpia, el despiadado estado de las cárceles bonaerense aumenta de manera constante. Se reglamenta normativa de las más altas burocracias internacionales sólo para desarrollar burocracias internas, mientras que en la realidad no se manifiestan sus efectos ni mucho menos una voluntad real de cambio.

Se utilizan también nobles adjetivos que realzan la dignidad de todo ser humano, y se tipifican múltiples conductas que atentan contra aquellos adjetivos, mientras la institución total penitenciaria continúa en manos del Poder Ejecutivo en lugar de asignarse al control y administración judicial.

Se recopila, en definitiva, una normativa que se autosatisface: una legislación necesaria para legitimar el avance punitivo mediante la simbolización de garantías, mientras el panorama continúa invariablemente igual.

⁴⁸ FOUCAULT, Michel, "Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión". Siglo XXI Editores, 2° ed. 1° reimp. Buenos Aires, 2009 - Capítulo 1, "El suplicio".

Ante el silencio y la percepción bélica que suelen presentar los agentes penitenciarios, y la indiferencia y prejuicios por parte de los profesionales médicos del SPB frente al detenido y sus derechos, se torna casi imposible satisfacer las necesidades más básicas de la persona. La enfermedad leve, la lesión y todas aquellas afecciones que pueden implicar a futuro una enfermedad grave no son escuchadas por las agencias penitenciarias, produciéndose verdaderamente una devaluación de los derechos de las personas privadas de la libertad.

En este marco surge de manera tangible el fracaso del actual sistema penitenciario, es por tanto que se propone alcanzar una instancia superadora que posibilite un legítimo cambio de paradigma en las cárceles bonaerenses.

En este sentido, es menester la intervención real por parte de los órganos jurisdiccionales en lo que respecta a la dirección de las unidades carcelarias, ya que su inherente concepción corporativista contribuye a la destrucción psíquico-física de la persona privada de libertad. El derecho penal, mediante sus órganos judiciales y por su condición de garante, antítesis necesaria en el proceso dialéctico de criminalización, debe abandonar sus honorables estrados e intervenir con la totalidad de los mecanismos internos de control de los que goza, en la dirección y administración de las estructuras penitenciarias.

Se debe comprender que la cárcel produce en el individuo una fuerte estigmatización que termina incluyéndolo en una nueva categoría social a la cual la persona se encontrará condenada de por vida, lo que opera limitando o condicionando su reinserción social y laboral. No importará de manera alguna si recupere o no la libertad, para ello el sistema se encargará de establecer una serie de reglas segregativas que permitirá que permanezca atada al sistema para finalmente volver a reincidir en el delito. Asimismo será objeto de preocupaciones sobre la seguridad pública, de la defensa social, de las personas y sobre todo sus bienes en una lucha tenaz con los políticos, las campañas electorales y la opinión pública.

Para finalizar, resulta suficientemente oportuna la opinión de Thomas Mathiesen al afirmar que *“...no es cierto que cuanto peor mejor. Cuanto peor, simplemente peor. Históricamente, y en la comprobación con otros ámbitos geográficos, se había demostrado que los sistemas penales pueden ser más crueles, que el mismo sistema de explotación capitalista puede ser peor, y que sin embargo no por ello estén a punto de desaparecer o que se acelera su desaparición. Más bien al contrario, si las fuerzas*

progresistas ceden terreno a las más reaccionarias es posible que no haya límite para sus ambiciones de imponer ideas y prácticas más punitivas”⁴⁹.

Por ello es esencial propugnar un cambio real, en el cual toda la normativa positiva existente tenga su efectiva aplicación en cada celda, en cada pabellón y en cada unidad carcelaria de la provincia. Por más sencillo que parezca, lo fundamental es comprender que la persona que circunstancialmente se encuentre privada de su libertad ambulatoria no deja de perder su calidad de tal, y en eso radica nuestra principal función, defender la vida.

⁴⁹ MATHIESEN Thomas, citado por ANITUA, Gabriel Ignacio, *“Historias de los pensamientos Criminológicos”*. Editores del Puerto, Ciudad de Buenos Aires, 2010, 2° reimp., pág. 436.

BIBLIOGRAFÍA

- ALTHUSSER, Louis, *“Ideología y aparatos ideológicos de Estado”*. Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, 1988.
- ANITUA, Gabriel Ignacio, *“Historias de los pensamientos Criminológicos”*. Editores del Puerto, Ciudad de Buenos Aires, 2010.
- BRENA SESMA, Ingrid Lilian, *“El derecho y la salud – Temas a reflexionar”*. Universidad Nacional Autónoma de Méjico, 2004.
- CARRANZA, Elías, *“Justicia penal y sobrepoblación carcelaria: respuestas posibles”*. Siglo XXI - INALUD, 2001.
- CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES (CELS), *“Colapso del Sistema Carcelario”*. Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 2005.
- CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (CSJN), *“Recurso de hecho deducido por el Centro de Estudios Legales y Sociales en la causa Verbitsky, Horacio s/ habeas corpus”* - Sentencia del día 3 de mayo de 2005.
- DAROQUI, Alcira, *“La cárcel del Presente, su “sentido” como práctica de secuestro institucional”*. En Gayol, S. y Kessler G (comp.), *“Violencia, Delitos y Justicias en la Argentina”*. Manantial y UNGS, Buenos Aires, 2002.
- FERRAJOLI, Luigi, *“Derecho y razón, teoría del garantismo penal”*. Editorial Trotta, Madrid, 1995.
- FOUCAULT, Michel, *“Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión”*. Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 2009.
- GARLAND, David, *“Castigo y sociedad moderna. Un estudio de teoría social”*. Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 1999.
- GARLAND, David, *“La cultura del control del crimen y orden social en la sociedad contemporánea”*. Gedisa, Barcelona, 2005.
- MATHIESEN, Thomas, *“Juicio a la prisión”*. Ediar, Buenos Aires, 2003.
- PANDOLFI, Claudio, *“Algunos apuntes en relación al derecho (esencial) a la salud de las personas privadas de libertad”*. Revista Pensamiento Penal, 2011.
- PAVARINI, Massimo, *“Un arte abyecto. Ensayo sobre el gobierno de la penalidad”*. Editorial Ad Hoc, Argentina, 2006.

- ZAFFARONI, Eugenio Raúl, “*En busca de las penas perdidas. Deslegitimación y dogmática jurídico penal*” (2ª reimpresión). Buenos Aires; Ediar; 1990.
- ZAFFARONI, Eugenio Raúl, “*La palabra de los muertos: Conferencias de criminología cautelar*”. Buenos Aires; Ediar; 2011.

SITIOS WEB CONSULTADOS

- BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD DE CUBA
www.bvs.sld.cu
- COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PCIA. DE BUENOS AIRES, DISTRITO VI
www.colmed6.org.ar
- COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS
www.oas.org/es/cidh
- COMISIÓN PROVINCIAL POR LA MEMORIA
www.comisionporlamemoria.org
- CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS
www.corteidh.or.cr
- DEFENSORIA DE CASACIÓN DE LA PCIA. DE BUENOS AIRES
www.defensapublica.org.ar
- DIARIO DIGITAL INFOBAE
www.infobae.com
- DIARIO EL DIA
www.eldia.com
- DIARIO PAGINA/12
www.pagina12.com.ar

- INFOLEG – INFORMACIÓN LEGISLATIVA Y DOCUMENTAL
www.infoleg.gob.ar
- MINISTERIO DE GOBIERNO DE LA PCIA. DE BUENOS AIRES
www.gob.gba.gov.ar
- MINISTERIO DE SEGURIDAD DE LA PCIA. DE BUENOS AIRES
www.mseg.gba.gov.ar
- OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS
PARA LOS DERECHOS HUMANOS
www.ohchr.org/SP
- OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS
PARA LOS REFUGIADOS
www.acnur.org
- ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS
www.oas.org/es
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
www.who.int/es
- PORTAL DE ARCHIVOS BUENAS TAREAS
www.buenastareas.com
- PORTAL DE NOTICIA MINUTO UNO
www.minutouno.com
- REVISTA PENSAMIENTO PENAL
www.pensamientopenal.com.ar
- SECRETARIA DE DERECHOS HUMANOS DE LA PCIA. DE BUENOS
AIRES
www.sdh.gba.gov.ar
- SISTEMA ARGENTINO DE INFORMACIÓN JURÍDICA
www.saij.gob.ar

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1: La cárcel en la provincia de Buenos Aires	4
La sobrepoblación y hacinamiento.....	5
Los encerrados sin condena	8
Los hechos violentos	10
Las muertes y tortura.....	13
CAPÍTULO 2: La salud en manos del Servicio Penitenciario Bonaerense	20
Marco legal.....	21
La salud en los lugares de detención.....	25
La dependencia inexplicable	29
La atención médica extramuros	32
CAPÍTULO 3: La naturalización del mal	35
La falta de ética profesional	35
El Manual del SPB y el legajo sanitario.....	39
CONSIDERACIONES FINALES	44
BIBLIOGRAFÍA	47
SITIOS WEB CONSULTADOS.....	48