

INFORME DE INVESTIGACIÓN

**MUERTES EN CONTEXTO DE ENCIERRO BAJO LA
CUSTODIA DEL SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL:
SALUD, JUSTICIA Y VIOLENCIA DEL SISTEMA PENAL**

INFORME DE INVESTIGACIÓN

**MUERTES EN CONTEXTO DE ENCIERRO BAJO
LA CUSTODIA DEL SERVICIO PENITENCIARIO
FEDERAL: SALUD, JUSTICIA Y VIOLENCIA DEL
SISTEMA PENAL**

Equipo de investigación

Programa contra la Violencia Institucional (DGN)

Dra. Karina Mouzo

Dra. Mariana Galvani

Dra. Alina L. Ríos

Mouzo, Karina

Muertes en contexto de encierro bajo la custodia del Servicio Penitenciario Federal : salud, justicia y violencia del sistema penal : informe de investigación / Karina Mouzo ; Mariana Galvani ; Alina L. Ríos. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Defensoría General de la Nación, 2017.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-45543-7-6

1. Derecho Penal. 2. Servicio Penitenciario. 3. Derechos Humanos. I. Galvani, Mariana II. Ríos, Alina L. III. Título
CDD 345

INDICE

1.INTRODUCCIÓN.....	5
2. CONTEXTUALIZACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PERÍODO ESTUDIADO	7
2.1. Contextualización política	7
2.2 Caracterización del año 2012 y contextualización por referencia a los datos disponibles	11
2.2.1 Cantidad de muertes.....	12
2.2.2 Quiénes mueren bajo la custodia del Servicio Penitenciario Federal	14
2.2.3 La distribución de muertes en el espacio.....	15
2.3 La clasificación de las muertes.....	19
2.3.1 Muertes por enfermedad y falta de atención médica.....	24
2.3.2 Suicidios	27
3. SALUD MENTAL Y ESPACIO CARCELARIO	31
3.1. La nueva ley de salud mental y un cambio de paradigma	32
3.1.1 “Viejos” dispositivos de atención de la salud mental: U. 20 y U. 27	33
3.2 Los dispositivos de atención en el nuevo contexto.....	34
3.2.1 PRISMA (Programa Interministerial de Salud Mental Argentino)	35
3.2.2 PROTIN (Programa de Tratamiento Interdisciplinario Individualizado e Integral).....	39
3.3 Las tensiones que estructuran el campo de atención de la salud mental en el espacio carcelario	44
3.3.1 El problema de las admisiones	44
3.3.2 La cuestión de la seguridad.....	47
3.3.3 Enunciado de “peligrosidad”.....	50
4. SISTEMA PENAL: CÁRCEL, JUSTICIA Y VIOLENCIA	57
4.1 Control judicial de la ejecución de la pena	57
4.1.1 La escasez de los recursos.....	59
4.1.2 Los márgenes de acción	61
4.1.3 Tácticas y estrategias.....	63
4.1.4 Balance y perspectivas	68
4.2 Organismos estatales externos de control.....	69
4.2.1 Ministerio Público de la Defensa. Defensoría General de la Nación	70
4.2.2 Ministerio Público Fiscal. Procuraduría de Violencia Institucional.....	73
4.2.3. Procuración Penitenciaria de la Nación.....	73
4.3 Justicia y violencia.....	74
4.3.1 La judicialización de las muertes.....	75
4.3.2 El disciplinamiento de los jueces.....	76
5. CONCLUSIONES	77

ANEXO METODOLÓGICO.....	83
Introducción.....	83
1. Contextualización.....	83
Registro de las muertes. Construcción de una base de datos.....	83
Libro de códigos	84
2. Análisis cualitativo de casos.....	89
3. Definición De Las Dimensiones De Análisis.....	90
4.Trabajo De Campo.....	90
BIBLIOGRAFÍA.....	93

1. INTRODUCCIÓN

Ante el elevado número de fallecimientos ocurridos en establecimientos carcelarios del Servicio Penitenciario Federal a lo largo de los últimos años, la Defensoría General de la Nación consideró que era necesario indagar, a partir de un estudio sociológico de campo, cuáles podían ser las causas del fenómeno.

A tal fin, se conformó un equipo de investigación, dirigido por Karina Mouzo y Mariana Galvani, doctoras en Ciencias Sociales con amplia trayectoria en estudios del tipo que se proponía realizar, equipo que estuvo integrado además por la Dra. en Ciencias Sociales Alina Ríos y funcionarios del Programa contra la Violencia Institucional de la Defensoría General de la Nación.

A raíz de las inquietudes que motivaron proyectar el desarrollo de esta investigación, se tomaron, como objeto de estudio, los fallecimientos de personas ocurridos durante el año 2012 bajo la custodia del Sistema Penitenciario Federal (SPF), que fueron informados a la Defensoría General de la Nación. Se emprendió esta investigación con el objetivo de hacer un aporte a la comprensión de los procesos de producción de estas muertes.

La metodología utilizada fue cualitativa. El trabajo de campo se realizó entre marzo y julio de 2015. Se hicieron entrevistas en profundidad a los actores considerados clave según el objetivo de la investigación: defensores, fiscales, funcionarios del Servicio Penitenciario, familiares de personas presas, jueces de ejecución de la pena y psicólogos. Asimismo, se mantuvieron reuniones con el equipo estadístico de la Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF) que relevó datos cuantitativos sobre condiciones de encierro en el SPF.

También se realizaron visitas al Complejo Penitenciario Federal I de varones y al Complejo Penitenciario Federal IV de mujeres, en la localidad de Ezeiza, y se registró la información utilizando técnicas propias de la etnografía, como la “observación participante”. Además, se mantuvieron entrevistas con actores clave en esos centros carcelarios. Las visitas a los establecimientos penitenciarios se realizaron en los meses de abril y mayo, y fueron documentadas para su posterior interpretación.

Se analizó la base de datos sobre las muertes ocurridas en 2012 y las fuentes documentales que lleva el Programa contra la Violencia Institucional. La documentación analizada está integrada, centralmente, por informes elaborados por los defensores y remitidos a la Unidad de registro de hechos de tortura y otras formas de violencia institucional (Res. DGN 1650/10). Asimismo, se accedió a copias de los expedientes de la tramitación en primera instancia de las causas judiciales para averiguar los motivos de las muertes. A partir de esta documentación, se realizó un análisis cualitativo de los casos, y se revisó la sistematización de la base de datos.

Cabe aclarar que el informe que se presenta resguarda los nombres de los entrevistados,

para preservar su identidad y su fuente laboral¹. Sí se consignaron los nombres verdaderos de las personas que fueron entrevistadas en su calidad de funcionarios y que contestaron consultas sabiendo que serían mencionados en este documento, y de aquellos que hicieron públicas sus posiciones en los medios de comunicación.

Este informe consta de tres capítulos que presentan las cuestiones que se consideran centrales para aproximarse a la producción de muertes en el espacio carcelario: la contextualización de las muertes, la salud y el sistema judicial.

En el primer capítulo, se describe el contexto político en 2012, con particular referencia a la administración penitenciaria y a las características de las muertes producidas ese año. Allí se ponen en relación las muertes ocurridas en 2012 con un período más amplio, esta tarea fue desarrollada con datos cuantitativos disponibles en otras agencias –PPN y SNEE–. La revisión de los datos para un período más amplio (2003-2014) permitió advertir que durante el año 2012 no se registra un número mayor de muertes que las registradas en los años 2003, 2006 y 2007, y que los suicidios tuvieron una gran relevancia en 2012. La investigación se centró, entonces, en el análisis de la relación entre el espacio carcelario y los suicidios, que llevó a la pregunta por la situación de la salud en contexto de encierro.

Por ello, en el segundo capítulo se aborda la gestión de la salud mental, clave para comprender cómo se administra la salud dentro de la cárcel. Se analizan los principales programas de atención de la salud mental: PRISMA (Programa de Salud Mental Interministerial Argentino) y PROTIN (Programa de Tratamientos Interdisciplinario). Estos presentan lógicas contrapuestas de atención de la salud y, por ende, dos formas distintas de actuación, ambas dan cuenta de la gestión de la salud en el espacio carcelario. Acerca de cómo funciona el SPF, se muestran cuáles son sus mecanismos para intervenir sobre las personas presas.

El tercer capítulo propone un análisis del control judicial de la ejecución de la pena, sus alcances y limitaciones; particularmente en lo que se refiere a la producción de muerte en el espacio carcelario. Este estudio sugiere que hay que pensar la producción de muerte en contexto de encierro no solo como producto de decisiones directas de la administración penitenciaria, sino como producto del conjunto de prácticas que constituyen el funcionamiento del sistema penal.

Finalmente, se incluye un anexo con algunas sugerencias sobre la base de datos. Son indicaciones a partir de su utilización y revisión. Se trata de recomendaciones para sistematizar los datos que llegan al Programa contra la Violencia Institucional de la DGN.

1 “CONICET: Lineamientos para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades”, Res. 2857/2006.

2. CONTEXTUALIZACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PERÍODO ESTUDIADO

Esta investigación se origina por una serie de inquietudes institucionales relacionadas con la mortalidad carcelaria durante el año 2012. Por esta razón, se comenzará por contextualizar el año 2012 desde diversos aspectos, apuntando a identificar los factores específicos de ese año respecto de una serie temporal más amplia.

En primer lugar, se realizará una breve descripción del contexto político que condiciona y atraviesa a la administración penitenciaria durante ese año. Luego se recuperará, en clave comparativa, la información construida para años anteriores y subsiguientes.

A tal fin, las principales fuentes de datos son los informes anuales elaborados por la Procuración Penitenciaria de la Nación (PPN) y los informes producidos en el marco del Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena (SNEEP). En otros casos, los datos son de elaboración propia, a partir de la información existente en las bases de datos del Programa contra la Violencia Institucional de la Defensoría General de la Nación (DGN).

Finalmente, se expondrán algunas consideraciones acerca de la construcción de un sistema de categorías que permita clasificar las muertes. En efecto, como consecuencia del análisis cualitativo de casos realizado a partir de la documentación existente en las bases de la Defensoría General de la Nación, se propone una revisión de las categorías que permita ganar en capacidad analítica respecto de la producción de muertes en contextos de encierro.

2.1. Contextualización política

En el año 2010, con la creación del Ministerio de Seguridad de la Nación (Decreto 1993/2010 PEN, 14/12/2010), se reestructuró el ámbito de dependencia de las fuerzas de seguridad nacionales. La Gendarmería Nacional, la Policía Federal Argentina, la Prefectura Naval Argentina y la Policía de Seguridad Aeroportuaria pasaron a la órbita del recientemente creado Ministerio. El Servicio Penitenciario Federal (SPF), a pesar de ser también una fuerza de seguridad nacional, quedó separado del resto de las fuerzas de seguridad, y se mantuvo bajo la órbita del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

En relación con el SPF, en 2012 se produjeron varios reacomodamientos. El cargo de director nacional de esta fuerza estuvo ocupado por un civil, y aunque hay antecedentes de directores nacionales que no eran parte del SPF, en este caso la gestión civil de la fuerza adquirió una visibilidad mediática nunca antes vista.

En efecto, el 11 de abril de 2011 Víctor Hortel asumió como máxima autoridad en la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario Federal. Ocupó el cargo hasta el 21 de agosto de 2013, cuando renunció tras la fuga de trece presos del Complejo Penitenciario Federal I de Ezeiza.

Los dos años y cuatro meses que duró esta gestión fueron reconocidos por varios de los

organismos de derechos humanos como un período en el que se habilitaron canales de diálogo y se concretaron algunos cambios —que pueden ser considerados como logros— en la protección de derechos en el encierro carcelario (CEPOC, 2013)². Por su parte, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y la Procuración Penitenciaria de la Nación (PPN), en sus respectivos informes anuales del año 2013, señalan el carácter no estructural de los cambios implementados y las deudas de esta gestión con un proceso de democratización profunda de la administración del espacio carcelario (CELS, 2013; PPN, 2013).

Sin embargo, y a juzgar por las reacciones que provocaron muchas de estas intervenciones, se puede afirmar que esta gestión fue, al menos, disruptiva respecto de las lógicas esperadas en el ámbito carcelario. El mismo Hortel, al momento de su asunción, había definido como uno de los objetivos de su gestión “generar un cambio cultural en el Servicio Penitenciario”³. Es cierto que las reacciones más hostiles en algunos medios masivos de comunicación se desencadenaron a partir de episodios intrascendentes en términos de política carcelaria, como la aprobación de salidas culturales de algunos presos con una agrupación kirchnerista denominada “Vatayón militante”⁴. Estas mismas acciones impulsaron denuncias públicas por parte del jefe del bloque de diputados radicales, Ricardo Gil Lavedra y del Premio Nobel de la Paz, Pérez Ezquivel, quienes acusaron al director nacional del SPF de utilizar a los presos para “cuestiones políticas”, remarcando que los detenidos que participaban en Vatayón militante obtenían “ventajas en lo que hace al régimen disciplinario”⁵.

Pero también es verdad que algunas reacciones mediáticas podrían relacionarse con otras decisiones más profundas, por ejemplo, que los presos por delitos de lesa humanidad fueran trasladados a pabellones de presos comunes; la restitución del Centro Universitario de Devoto (CUD) al pabellón que ocupaba antes de su intervención durante la gestión anterior; o bien, permitir el ingreso de organismos de control, como funcionarios de la Defensa Pública o de la Procuración Penitenciaria, con sus celulares y con cámaras fotográficas. Todas estas medidas ponen en cuestión algunos paradigmas muy arraigados, sobre todo por sus implicancias simbólicas, sobre cómo debe funcionar el sistema penitenciario y su potestad respecto de la distribución de los cuerpos, los espacios y el secreto de la información de lo que acontece intramuros.

Otro ejemplo fue permitir la formación del Sindicato Único de Trabajadores Privados de la Libertad Ambulatoria (SUTPLA). La decisión de prohibir que los abogados contratados por el SPF intervinieran en la defensa de penitenciarios acusados por torturas y malos tratos fue de suma importancia. Como bien señala Horacio Cecchi en el diario *Página 12*, se trata de “una manera de mostrar que la institución no ampara la tortura. Y también de reconocer la posibilidad de que intramuros se sigue torturando”⁶.

2 Así lo destacan también miembros de la Asociación Civil de Familiares de Detenidos en Cárceles Federales, entrevistados para esta investigación.

3 Secretaría de Comunicación Pública. Presidencia de la Nación. Disponible en: <http://www.prensa.argentina.ar/2011/04/11/18393-alak-presento-al-nuevo-director-nacional-del-servicio-penitenciario-federal.php>.

4 Otro episodio, también más pintoresco que trascendente, consistió en la aparición de Hortel disfrazado del “hombre araña” en un festival para los hijos de los presos en el complejo de Ezeiza, cfr. La Nación, 02/08/2012. Disponible en: http://www.clarin.com/politica/Hortel-disfrazo-Hombre-Arana-presos_0_748725386.html.

5 Clarín, 3/08/2012. Disponible en: http://www.clarin.com/politica/radicalismo-piden-renuncia-Servicio-Penitenciario_0_748725339.html

6 Diario *Página 12* (21/08/2013). Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subno->

Los medios masivos de comunicación además se encargaron de identificar a Hortel con una visión ridiculizada del principio de minimalismo penal, al tiempo que presentaba un escenario polarizado entre quienes reclaman un castigo más duro y quienes proponen un “vale todo”⁷. Las referencias mediáticas a las salidas culturales, las fiestas y murgas dentro de los penales, entre otras cuestiones, expresaron la preocupación respecto de que el encierro ya no esté vinculado al castigo.

Ahora bien, sobre finales del año 2012 se implementaron dos medidas que apuntaron a intervenir sobre dos núcleos centrales del funcionamiento del poder en el espacio carcelario: la atención de la salud y el ejercicio de la violencia física. En efecto, la atención de la salud, como se desarrollará más adelante, es sumamente deficitaria en el espacio carcelario, lo que en lugar de debilitar el poder penitenciario, suele funcionar como un elemento disciplinario de las personas detenidas. Asimismo, indagar sobre este punto puede ayudar a comprender muchos fallecimientos que, al caracterizarse como muertes naturales por ser producto de una enfermedad, invisibilizan la violencia que supone la ausencia del cuidado de la salud en una institución total.

Por otra parte, el ejercicio de la violencia física es, en el caso de nuestro país, un elemento constitutivo del gobierno de las prisiones. Los malos tratos y torturas (dentro de los que se puede incluir la falta de atención de la salud) son sistemáticos, no hechos aislados –producto de funcionarios que abusan de su poder–. Desde ya, gobernar el espacio carcelario no solo supone la represión, sino también manejar una lógica de premios, castigos y negociaciones permanentes. No obstante, que ocurran hechos de esta naturaleza implica la violación de los derechos de los detenidos por parte del mismo Estado que los encierra y que debe asegurar que el único derecho suspendido sea el de la libertad.

Como se mencionó, en el año 2012 se tomaron medidas que apuntaron a mejorar el cuidado de la salud y poner en cuestionamiento las torturas y los malos tratos ejercidos en el ámbito penitenciario.

En relación con la atención de la salud, los Ministerios de Salud y de Justicia y Derechos Humanos de la Nación lanzaron el “Plan Estratégico de Salud Integral en el Servicio Penitenciario Federal”⁸. Sus objetivos fueron generar sistemas de promoción de la salud en las unidades penitenciarias; generar estrategias de prevención que atiendan específicamente los riesgos epidemiológicos de enfermedades transmisibles; generar conocimiento acerca de los procesos de salud-enfermedad-atención que se desarrollan en el SPF, entre otros. El Ministerio de Salud incide, de este modo, en la formación del personal de salud del SPF y también en la gestión de recursos⁹ y producción de información estadística sobre la situación carcelaria. Esto supone una apertura del espacio carcelario a otros actores que no participan en las lógicas de funcionamiento que estructuran al SPF, y sobre los que este no puede ejercer ningún tipo de control.

tas/227258-64691-2013-08 21.html

7 *Perfil*, 2/08/2012. Disponible en: <http://www.perfil.com/politica/El-director-del-Servicio-Penitenciario-Federal-era-de-la-agrupacion-Negros-de-Mierda-20120802-0016.html>; *La Nación*, 12/08/2012. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/1498191-carcel-y-despues-el-fracaso-del-sistema-penitenciario>.

8 Resolución conjunta 10/2013 y 77/2013 del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y del Ministerio de Salud de la Nación.

9 Como ejemplo de un modo de gestionar racionalmente los recursos, los medicamentos comenzaron a ser proporcionados por el plan REMEDIAR.

En relación con el uso de la violencia por parte de funcionarios del Servicio Penitenciario, la Subsecretaría de Asuntos Penitenciarios del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, por medio de la Resolución 2737/12 del 30 de noviembre de 2012, *creó el Programa de Asuntos Internos*. Si bien esta iniciativa resulta interesante porque enuncia mecanismos de control y de sanción respecto del desarrollo de las tareas de los funcionarios penitenciarios; desde múltiples miradas se deja en claro que, más allá de las declaraciones de principio, quedan en pie los resortes fundamentales de funcionamiento de esta institución que ocultan y naturalizan la violencia y los malos tratos y, sobre todo, los encubrimientos y las responsabilidades compartidas por parte de la administración penitenciaria. Esto se confirma a partir de que no hubo, con la sanción de este Programa, un cambio sustancial en el régimen disciplinario del personal que trabaja en las prisiones (CELS 2013).

Más allá de lo mencionado hasta aquí, si se retoma lo acontecido a lo largo del año 2012, según la PPN, en ese año se produce un *aumento de los casos de torturas y malos tratos* (PPN 2013). Este incremento, según el mismo organismo reconoce, puede deberse a una considerable ampliación de la capacidad de registro de la Procuración. En igual sentido, la Asociación de Familiares de Detenidos en Cárceles Federales considera que dicho aumento puede deberse a que la gestión de Hortel significó una mayor sensibilización en materia de derechos humanos, lo que facilitó la visibilización de situaciones de violencia y sus consecuentes denuncias. Entonces, aunque se pueda deducir que el aumento de casos de torturas y malos tratos en el año 2012 se debe a un aumento de las denuncias, o bien, se debe a un registro de los casos existentes –y no debido a un aumento objetivo de los hechos de violencia–, la difusión de los datos que muestran *este aumento significó un problema político para una gestión pretendidamente progresista, en cuanto a enunciar como una prioridad la defensa de los derechos de los privados de su libertad*.

- Por otra parte, la gestión de Hortel también estuvo signada por resonantes *hechos de fuga* de los penales a su cargo. A lo largo del 2013 se produjeron tres escapes:
- El 8 de abril de 2013, se fugaron 6 personas privadas de su libertad en la autopista Ricchieri a la altura del Mercado Central, cuando eran trasladadas al penal de Ezeiza. Una fue recapturada, otra murió al saltar del camión, y las otras cuatro pudieron escapar.
- El 26 de julio de 2013, el ex mayor Jorge Olivera y el ex teniente primero del Ejército, Gustavo De Marchi, que cumplían penas de prisión perpetua y de 25 años, respectivamente, por cometer crímenes de lesa humanidad, escaparon cuando eran trasladados por el SPF desde Jujuy al Hospital Militar Central para ser atendidos por supuestos problemas de salud¹⁰.
- Entre el 19 y el 20 de agosto de 2013, se fugaron 13 presos del Complejo Penitenciario I de Ezeiza, clasificado como de máxima seguridad.

Estos tres acontecimientos fueron decisivos en la posterior renuncia del Director Nacional. En efecto, *el peligro de fuga es la máxima prioridad que se supone que el encierro carcelario debe conjurar*. Las fugas ponen en duda la seguridad del sistema y deslegitiman fuertemente su gestión.

A su vez, las fugas ocurridas y la salida de Hortel fueron relacionadas con la “oposición de un núcleo duro” dentro del mismo Servicio Penitenciario Federal, refractario a su gestión.

10 *La Nación*, 26/7/2013. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/1604652-dos-represores-condenados-se-fugaron-y-ordenaron-su-captura>.

Creció la sospecha respecto de la *necesaria connivencia del servicio penitenciario para que las fugas fueran posibles*, sobre todo la de los últimos 13 prisioneros. El propio funcionario sostuvo este punto de vista, quien en el momento de su renuncia señaló:

Esta fuga no se podría haber llevado a cabo sin complicidades internas y sin la logística y el apoyo externo [...] con estos elementos corresponde sospechar la complicidad interna del personal penitenciario [...] porque entendemos que es un trabajo [la construcción del túnel por donde se materializó la fuga] que se realiza con, al menos, dos días de tareas, y que también fueron necesarias herramientas a las que los internos no acceden normalmente. Los celadores no cumplieron su tarea de verificar los lugares de alojamiento, ni los inspectores y jefes supervisaron esa tarea. El personal de requisa tampoco encontró las herramientas utilizadas. En relación con la seguridad externa, los soldados que estaban ubicados en dos puestos ubicados a 50 m debieron haber visto los movimientos y no lo hicieron. Por último, también fallaron los soldados de guardia correspondientes al grupo especial, que debían estar apostados en los techos, y no estaban cumpliendo su tarea. Por todo esto, como Jefe del Sistema Penitenciario Federal, he ordenado el desplazamiento de seis agentes penitenciarios que cumplieron funciones de celadores, cuatro jefes de turno, cuatro inspectores de turno que cumplieron funciones durante el fin de semana, el jefe de requisa, el jefe de módulo, el director de módulo, el director de tratamiento, y el prefecto a cargo del CPF I (Víctor Hortel, “Conferencia de prensa”, 20 de agosto de 2013)¹¹.

Tras su renuncia, Víctor Hortel fue remplazado por quien fuera su antecesor, Alejandro Marambio, también un funcionario civil. Organismos de derechos humanos como, por ejemplo, el Centro de Estudios en Política Criminal y Derechos Humanos (CEPOC) y el Servicio Paz y Justicia (SERPAJ) objetaron tal nombramiento, porque su gestión anterior no había gozado de buenas críticas por parte de los organismos de control y de derechos humanos en general¹². De todas formas, su segunda estadía al mando de esta fuerza de seguridad duró tan solo cinco meses, y los motivos oficiales de su dimisión fueron “motivos personales”. Fue reemplazado por quien fuera el jefe de sus asesores, Emiliano Blanco, que sigue al mando del SPF hasta la actualidad.

2.2 Caracterización del año 2012 y contextualización por referencia a los datos disponibles

Considerando el contexto político antes descripto, en este apartado se retomarán algunos datos acerca de la administración penitenciaria y su funcionamiento a lo largo del año 2012.

En primer lugar, es preciso destacar que, *en cuanto a la cantidad de personas privadas de su libertad, el año 2012 no representa un cambio de tendencia*, ya que desde el año 2007 se produce un incremento en la cantidad de presos y se mantiene en 2012, e incluso continúa en los años siguientes (Gráfico 1).

Por otra parte, según el SNEEP, en 2012 el SPF presenta un porcentaje de subocupación

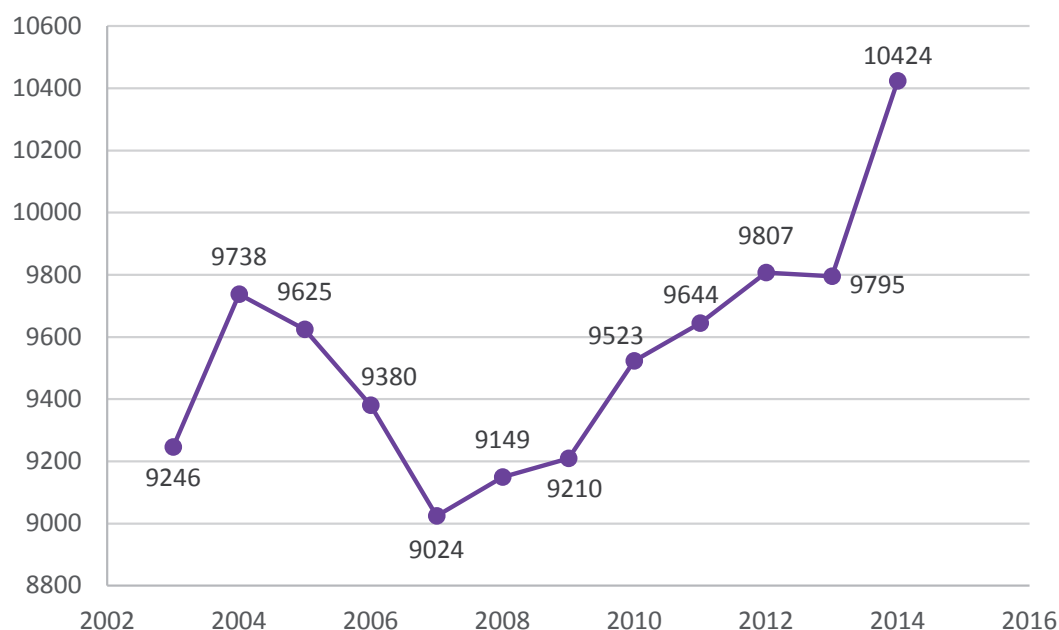
¹¹ Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=PCOD2ghJuTE>.

¹² La Política on line 27/06/08. Disponible en: <http://www.lapoliticaonline.com/nota/2696/>.

del 10%, aunque esta subocupación no se distribuye de modo homogéneo entre los distintos establecimientos penitenciarios.

A continuación, interesará observar los datos del año 2012 y analizarlos en el contexto de una serie temporal más amplia, para dimensionar comparativamente la cantidad de muertes ocurridas. Luego, para caracterizar a la población fallecida (según sexo, edad y situación procesal). Y, por último, se hará referencia al lugar en donde ocurren las muertes.

Gráfico 1. Personas alojadas en establecimientos del SPF, 2003-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos publicados por el SNEEP.

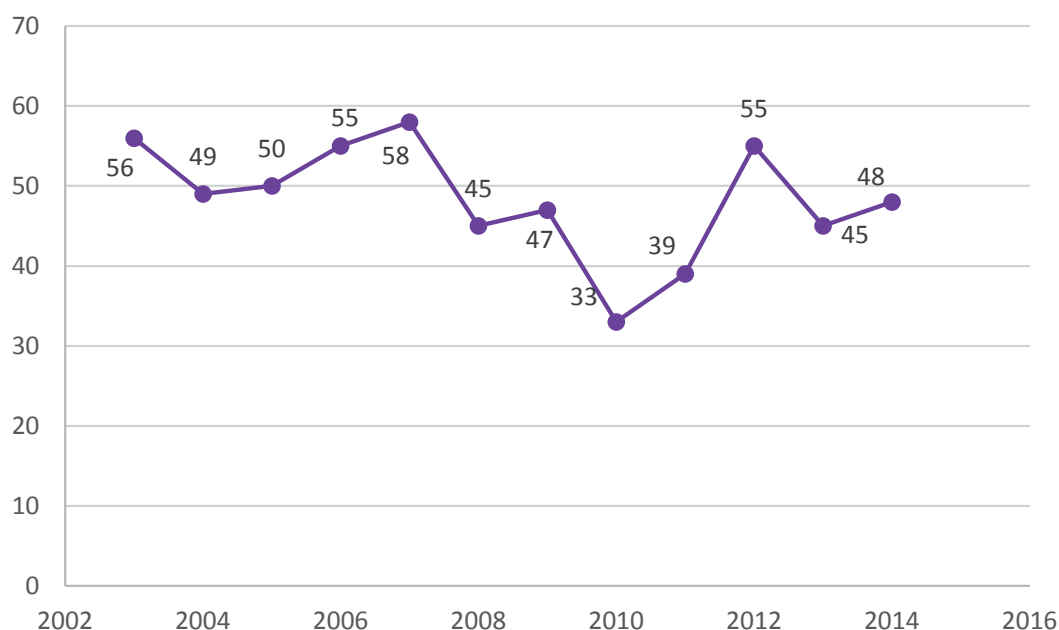
2.2.1 Cantidad de muertes

La Procuración Penitenciaria de la Nación ha considerado que el año 2012 es preocupante por: “el alarmante incremento durante el año 2012 en la producción de muertes totales y, específicamente, de aquellas que resultan consecuencia de causas traumáticas o violentas” (PPN 2012, 182). El “notorio aumento” atribuido al año 2012 surge de la comparación con el número de muertes ocurridas durante los años 2008 a 2010, pues durante ese periodo el número de muertes es inferior a la media histórica. Esta situación se revierte en 2012, cuando el número de muertes registradas se alza por sobre esta marca.

La observación de un período más largo —en este caso, una década, de 2003 a 2013— muestra que ocurren, en promedio, 48,36 fallecimientos por año. Y que en el año 2012 no se registra un número mayor de muertes que las registradas en los años 2003, 2006 y 2007 (Gráfico 2).

Estos guarismos parecerían indicar que *no hay tendencias que se mantengan y que permitan hablar de un cambio sistémico o estructural significativo*. Esto es válido tanto para las cifras del período 2008-2010, que podrían ser leídas con cierto optimismo como signo de un cambio positivo en el funcionamiento del régimen penitenciario, como para las cifras correspondientes al año 2012, cuando se registra un aumento en la cantidad de personas muertas en prisión.

Gráfico 2. Total de muertes anuales de personas alojadas en el SPF, 2003-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos publicados por la Procuración Penitenciaria de la Nación.

Lo mismo podemos afirmar si controlamos el número de muertes en relación con la evolución de la población carcelaria. La tabla 1 muestra que también la tasa de mortalidad de la población encarcelada es fluctuante.

Las fluctuaciones en la cantidad de muertes anuales de personas bajo custodia del régimen penitenciario federal parecen ser el resultado aleatorio de la conjunción de ciertas condiciones, antes que de un cambio sistemático en las prácticas del sistema penal en su conjunto.

Esta afirmación pretende indicar dos cuestiones. En primer lugar, aun las cifras más optimistas recogidas para los últimos años indican que todavía se está en camino de un cambio sistemático de las prácticas del sistema penal. Y las mejoras en los índices de violencia extra-legal siguen siendo el resultado de la coyuntura. En segundo lugar, el estudio, precisamente, de estas condiciones, aunque circunstanciales o coyunturales, pero en todo caso de orden político, debe ser profundizado a los fines de realzar su valor estratégico.

Tabla 1. Evolución de la tasa de mortalidad de la población alojada en SPF, 2003-2014

Año	Población carcelaria SPF	Muertes	Tasa de mortalidad c/1000
2003	9246	56	6,05
2004	9738	49	5,03
2005	9625	50	5,19
2006	9380	55	5,86
2007	9024	58	6,18
2008	9149	45	4,91
2009	9210	47	5,1

Año	Población carcelaria SPF	Muertes	Tasa de mortalidad c/1000
2010	9523	33	3,46
2011	9644	39	4,04
2012	9807	55	5,6
2013	9798	45	4,6
2014	10424	48	4,6

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos publicados por el SNEEP.

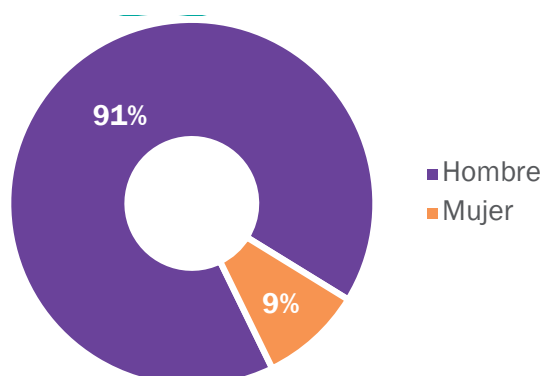
El análisis de la producción de muertes de personas bajo la custodia del SPF durante el año 2012 que aquí se presenta intenta identificar algunas de las condiciones que pueden estar influyendo en este resultado. *Puntualmente, este estudio se centra en la descripción y análisis de ciertos funcionamientos institucionales propios del sistema penal, cuya relevancia para la explicación de las muertes proviene de su vinculación directa o indirecta con la producción de dichas muertes.*

2.2.2 Quiénes mueren bajo la custodia del Servicio Penitenciario Federal

El 91% de las muertes ocurridas en 2012 corresponde a personas de sexo masculino (Gráfico 3). Esta distribución por sexo no presenta variaciones significativas en 2012 respecto de las tendencias que podemos observar desde 2010 (el PPN tiene datos consolidados a partir de 2010).

Asimismo, la distribución por sexo de las muertes guarda relación con la distribución por sexo de la población encarcelada pues, para ese año, el 92% de la población carcelaria corresponde a dicho sexo (SNEEP, 2012).

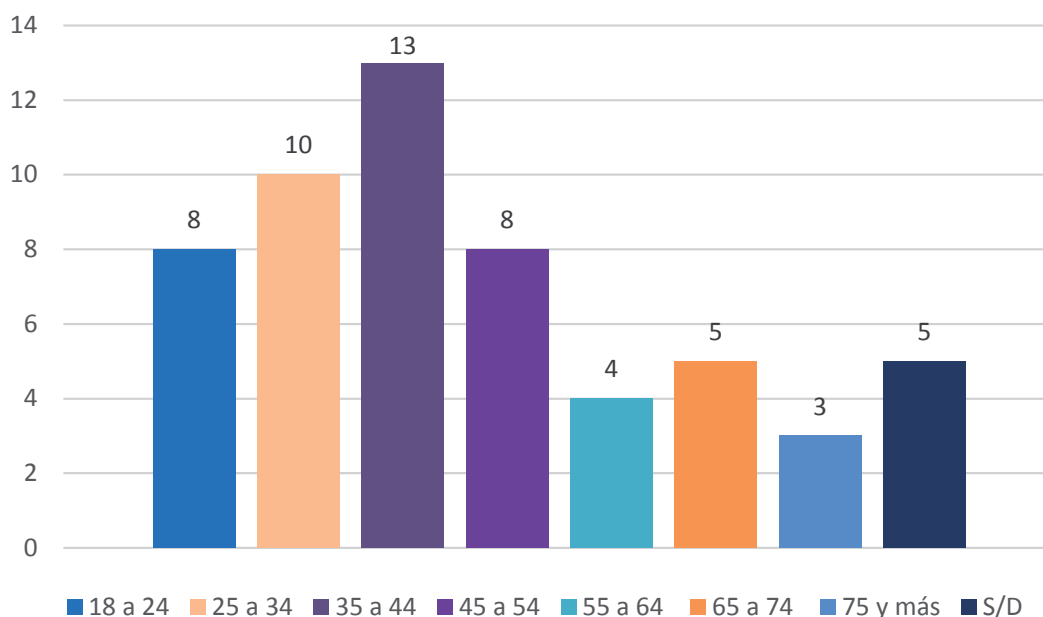
Gráfico 3. Distribución por sexo de los fallecimientos ocurridos en 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos provistos por el Ministerio Público de la Defensa.

La media de edad de las personas fallecidas en 2012 bajo la custodia del SPF es de 39 años, es decir, la mitad de las personas fallecidas tenían 39 años o menos. Además, los datos proveídos por el Ministerio Público de la Defensa muestran que el grupo etario de entre 35 y 44 años registra el mayor número de muertes (Gráfico 4). Esto se relaciona con la composición etaria de la población carcelaria, mayormente joven. Más adelante, en este informe retomamos este dato para vincularlo con los parámetros de salud de la población carcelaria.

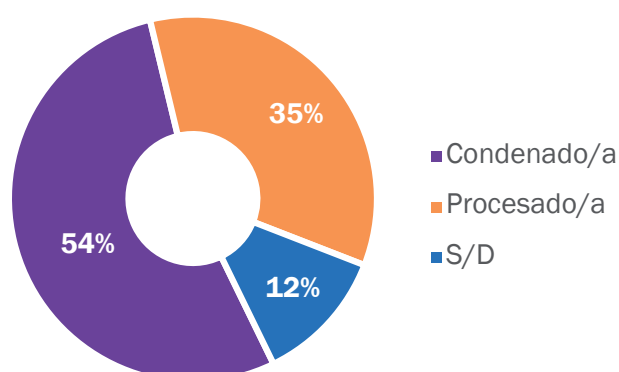
Gráfico 4. Distribución según grupo etario de los fallecimientos durante 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos provistos por el Ministerio Público de la Defensa.

Otro dato a destacar en cuanto a la caracterización de la población fallecida es su situación procesal (Gráfico 5). *El 54% de los fallecidos en 2012 eran personas condenadas* por la justicia federal y nacional. Hay que aclarar, en este punto, que solo el 44% del total de la población alojada en los establecimientos del SPF había sido condenada. Este dato desmiente la percepción de varios actores del sistema penal (incluidos los jueces de ejecución entrevistados para este trabajo) de que las muertes se concentran entre la población procesada.

Gráfico 5. Distribución según situación procesal de los fallecimientos ocurridos en 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos provistos por el Ministerio Público de la Defensa.

2.2.3 La distribución de muertes en el espacio

El espacio carcelario es un espacio heterogéneo. Esta afirmación es válida para el sistema carcelario en general, el Servicio Penitenciario Federal en particular, o bien, dentro de este, si se pone atención en cada uno de los establecimientos que lo componen.

Las heterogeneidades y diferencias se plasman en el diseño arquitectónico, las distribuciones que permite y las que no, las circulaciones que habilita y las que obstruye. Pero, sobre todo, las diferencias se observan en el modo en que se gestiona y se administra los usos del espacio. Quiénes pueden circular o habitar ciertos espacios (y quiénes no), cómo pueden hacerlo (o no) y por qué. Diferencias que también se plasman en el modo en que se gestiona la cohabitación entre los reclusos, y los dispositivos de control que se ponen en funcionamiento, o bien, cuyo funcionamiento se suspende.

Esta heterogeneidad se manifiesta en la distribución de las muertes, fundamentalmente, respecto de los diferentes establecimientos que componen el SPF. Puede observarse que las tasas de mortalidad varían entre los distintos establecimientos penitenciarios. Al observar la columna de la derecha de la Tabla 2, se pueden reconocer cinco grupos:

- Los establecimientos en los que, durante 2012, no se produjeron muertes (las celdas que corresponden a estos establecimientos están en blanco).
- Un grupo de establecimientos muestran una tasa de mortalidad inferior a la tasa de mortalidad para el total de la población alojada en el SPF en 2012 (5,6 cada mil). Entre ellos: el Complejo Penitenciario de la Ciudad de Buenos Aires (Devoto); U. 4, Santa Rosa, La Pampa; y CPF III, General Güemes, Salta (celdas sombreadas en gris claro).
- Establecimientos que presentan una tasa de mortalidad próxima a la de la población general del SPF: CPF I - Ezeiza; CPF II - Marcos Paz; U. 6 - Chubut (celdas sombreadas en gris oscuro). Los dos primeros son dos de los más importantes establecimientos en cuanto a la cantidad de personas alojadas en ellos.
- Establecimientos con una tasa de mortalidad algo superior a la correspondiente a la población general: CPF IV (ex U. 3) - Ezeiza; U. 7 - Chaco; U. 12 - Río Negro. Los tres son establecimientos que pueden considerarse de mediano tamaño por el número de su población.
- U. 21 - Centro Penitenciario de Enfermedades Infecciosas, donde, durante 2012, falleció una de cada dos personas alojadas. Ello revela el funcionamiento de este lugar no como un centro de tratamiento de la salud, sino como contención/alojamiento de cuadros terminales, y, como veremos, del mayor índice de morbilidad que tienen en el encierro las enfermedades infecciosas. Esta interpretación se refuerza al advertir que, según los datos publicados por el SNEEP, en 2012 este establecimiento presenta un porcentaje de subocupación del 69,4% (SNEEP 2012), porque, como se verá más adelante, las tasas de personas afectadas por enfermedades infecciosas en prisión son muy elevadas.

Tabla 2. Cantidad de fallecimiento, población y tasa de mortalidad por establecimiento penitenciario spf, año 2012

Establecimiento	Muertes	Población	Tasa de mortalidad c/1000
COMPLEJO PENITENCIARIO FEDERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES	4	1602	2,49
U.18 CASA DE PREGREGO "DR.JOSE INGENIEROS"	0	7	
U.21 CENTRO PENITENCIARIO DE ENFERMEADES INFECCIOSAS	8	15	533,3

Establecimiento	Muertes	Población	Tasa de mortalidad c/1000
COMPLEJO PENITENCIARIO FEDERAL I – EZEIZA	14	1865	7,5
COMPLEJO PENITENCIARIO FEDERAL II - MARCOS PAZ	11	1404	7,8
COMPLEJO PENITENCIARIO FEDERAL IV -EZEIZA- (EX U.27)	0	14	
COMPLEJO PENITENCIARIO FEDERAL IV -EZEIZA- (EX U.3)	4	383	10,44
COMPLEJO FEDERAL DE JOVENES ADULTOS U.24	0	111	
COMPLEJO FEDERAL DE JOVENES ADULTOS U.26 LANDO	0	29	
COMPLEJO FEDERAL DE JOVENES ADULTOS - U. MALV.ARG.(AREA CRD)	0	28	
COMPLEJO FEDERAL DE JOVENES ADULTOS - MODULO V (UR2)	0	309	
U.19 COLONIA PENAL DE EZEIZA	0	226	
U.31 CENTRO FEDERAL DE DETENCIÓN DE MUJERES	0	163	
U.7 PRISIÓN REGIONAL DEL NORTE (CHACO)	5	387	12,91
U.11 COLONIA PENAL DE PRESIDIO ROQUE SAENZ PEÑA (CHACO)	0	161	
U.6 INSTITUTO DE SEGURIDAD Y RESOCIALIZACIÓN (CHUBUT)	3	468	6,4
U.14 CARCEL DE ESQUEL “SUBALCALDE MUÑOZ (CHUBUT)	0	79	
U.10 CARCEL DE FORMOSA	0	94	
U.8 INST. PENIT. FED “NTRA SRA DEL ROSARIO DE RIO BLANCO Y PAYPAYÁ” (JUJUY)	0	128	
U.22 CARCEL FEDERAL DE JUJUY	0	93	
U.4 COLONIA PENAL DE SANTA ROSA (LA PAMPA)	1	432	2,3
U.13 INST. CORRECCIONAL DE MUJERES “NTRA SRA DEL CARMEN” (LA PAMPA)	0	43	

Establecimiento	Muertes	Población	Tasa de mortalidad c/1000
U.25 INSTITUTO CORRECCIONAL ABIERTO DE GRAL PICO (LA PAMPA)	0	12	
U.30 INSTITUTO DE JÓVENES ADULTOS "DR. J. A. ALFONSÍN"	0	14	
U.17 COLONIA PENAL DE CANDELARIA (MISIONES)	0	204	
U.9 PRISIÓN REGIONAL DEL SUR (NEUQUÉN)	0	182	
U.5 COLONIA PENAL "SUBPREFECTO ROCHA" (RIO NEGRO)	0	260	
U.12 COLONIA PENAL DE VIEDMA (RIO NEGRO)	2	245	8,1
U.16 "SR Y VIRGEN DEL MILAGRO" (SALTA)	0	111	
U.23 CARCEL FEDERAL DE SALTA	0	16	
COMPLEJO PENITENCIARIO FEDERAL III - INSTITUTO FED DE MUJERES (SALTA)	0	187	
COMPLEJO PENITENCIARIO FEDERAL III - INSTITUTO FED DE VARONES (SALTA)	1	288	3,47
U.15 CARCEL DE RIO GALLEGOS (STA CRUZ)	0	89	
U.35 INSTITUTO PENAL FEDERAL "COLONIA PINTO" (SGO DEL ESTERO)	0	131	
U.28 CENTRO DE DETENCIÓN JUDICIAL	3	s/d	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos provistos por el Ministerio Público de la Defensa (para la distribución de muertes) y por el SNEEP (para la distribución de la población penitenciaria).

Esta investigación se sustenta en un trabajo de campo realizado en el Complejo Penitenciario Federal I de Ezeiza, *establecimiento en el que más muertes se registran, con catorce casos registrados*. Respecto de la tasa de mortalidad en este establecimiento, se aproxima al valor establecido para el conjunto de la población alojada en el SPF.

El Complejo I de Ezeiza fue construido entre los años 1998 y 2001, siguiendo un modelo de arquitectura penitenciaria caracterizado por el alojamiento individual-celular, ordenado en cinco unidades residenciales y una unidad residencial de ingreso autónomas, modelo que supone "flexibilidad para optimizar las posibilidades de clasificación y tratamiento de los detenidos"¹³. Tiene una capacidad de 2061 plazas destinadas a una población masculina, y

¹³ Según indica la página web del Servicio Penitenciario Federal: "La iniciativa para la construcción del Complejo Penitenciario Federal I de Ezeiza surgió en 1994, con la decisión de promover un cambio del sistema penitenciario

está catalogado como de máxima seguridad. Dentro del complejo, se encuentra el Hospital Central Penitenciario I con 50 plazas distribuidas en dos plantas. Además funciona el Hospital Psiquiátrico de Varones (Unidad 20)¹⁴.

Las celdas individuales del Complejo Penitenciario I de Ezeiza son de un metro por dos con una cama, un inodoro y un lavatorio, lo que convierte ese pequeño espacio en un lugar para dormir, orinar y defecar. Nuevas investigaciones deberían profundizar el estudio de la relación entre esta diagramación del espacio y la producción de muertes en el encierro. Es posible que las celdas de aislamiento, pero también las celdas individuales –donde los presos son encerrados y no pueden convivir con otros–, produzcan un mayor grado de estrés y depresión, que afectan la salud en general, y además pueden considerarse como entornos más “suicidógenos”.

Ilustración 1. Complejo Penitenciario Federal I, Ezeiza



Fuente: Sitio web oficial del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación/SPF.

2.3 La clasificación de las muertes

Si observamos el tipo de muertes que se producen, podemos realizar otras consideraciones. La PPN utiliza la clasificación de tipos de muerte propuesta en el Procedimiento para la investigación y documentación de fallecimientos en prisión, aprobado por Resolución N°169/PPN/08. Esta clasificación sigue los lineamientos que marcan, en esta materia, los

federal a partir de la edificación de establecimientos contemplados en el Plan Director del Servicio Penitenciario Federal (Decreto 426/95). La licitación pública nacional e internacional para su construcción fue adjudicada al grupo italiano Techint Compañía Técnica Internacional S.A. Comercial e Industrial. El contrato definitivo se firmó el 29 de mayo de 1998 y contempló la construcción del establecimiento en forma completa [...]. La primera fase de la obra finalizó en octubre de 1999, al inaugurarse la Unidad residencial II, el edificio administrativo central, el de mantenimiento y la cocina central. El 1 de febrero de 2000 ingresaron los primeros internos alojados en la única Unidad residencial habilitada. Paulatinamente, se culminaron las obras de las restantes unidades I, III, IV y el de 'Ingreso, Selección y Tránsito', respectivamente. Durante 2001, se activaron el V y VI de máxima seguridad. En tanto que el Hospital Penitenciario Central se inauguró el 19 de julio de 2001." Disponible en: <http://www.spf.gob.ar/www/establecimiento-det/catcms/37/Complejo-Penitenciario-Federal-I>.

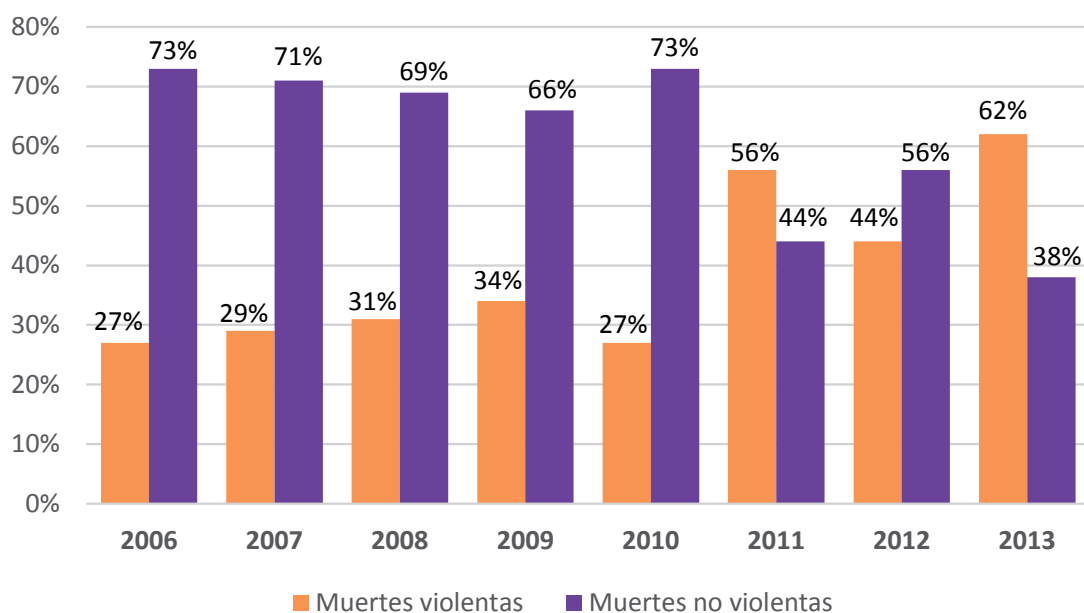
14 La licitación por la construcción de los complejos penitenciarios de Ezeiza y de Marcos Paz estuvieron bajo la mira por irregularidades en el proceso de su adjudicación. Cfr. Diario *Clarín*, 21/01/2000. Disponible en: <http://edant.clarin.com/diario/2000/01/21/o-02203d.htm> y Diario *Página 12*, 22/08/2002. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-9208-2002-08-22.html>.

organismos internacionales (OMS 2010), y consiste en la distinción de dos grandes tipos: “muertes violentas” y “muertes no violentas”. La gran categoría “muertes violentas” incluye las sub-categorías de: suicidio, homicidio, homicidio-violencia institucional, muerte dudosa violenta. Mientras que la categoría “muertes no violentas” reúne las categorías de: accidente, enfermedad, muerte súbita, muerte dudosa no violenta.

Retomando la distinción entre “muertes violentas” y “muertes no violentas” que propone la PPN, se puede señalar que, si bien en 2011 el número de muertes se mantiene aún por debajo de la media señalada para el período, se advierte un cambio cualitativo debido al incremento de la incidencia de las denominadas “muertes violentas” sobre el total de las muertes registradas para ese año¹⁵.

Así, tal como lo muestra el Gráfico 6, *el salto que se da entre 2010 y 2011 no es tan significativo por el total de muertes (pasa de 33 a 39 muertes anuales) como por la mayor proporción de “muertes violentas” (asciende del 27% al 56%)*. Y aunque en 2012 desciende la incidencia de “muertes violentas”, vuelve a aumentar en 2013, cuando parece haber descendido nuevamente el número total de fallecimientos. Tanto en 2012 como en 2013, la proporción de muertes violentas sobre el total de muertes anuales sigue siendo superior a los valores establecidos desde 2006 a 2010. Aunque en 2006 y en 2012 fallecieron 55 personas bajo custodia del régimen penitenciario federal, en 2006 el 27% de esas muertes corresponden a la categoría de “muerte violenta”, mientras que en 2012 esa proporción asciende al 44%. Este incremento de las muertes violentas fue una de las preocupaciones que orientan este trabajo. Y, como se expondrá en el próximo apartado, el análisis de este incremento llevó a revisar la construcción misma de la categoría “muerte violenta”.

Gráfico 6. Incidencia de muertes violentas, 2006-2013



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos publicados por la Procuración Penitenciaria de la Nación.

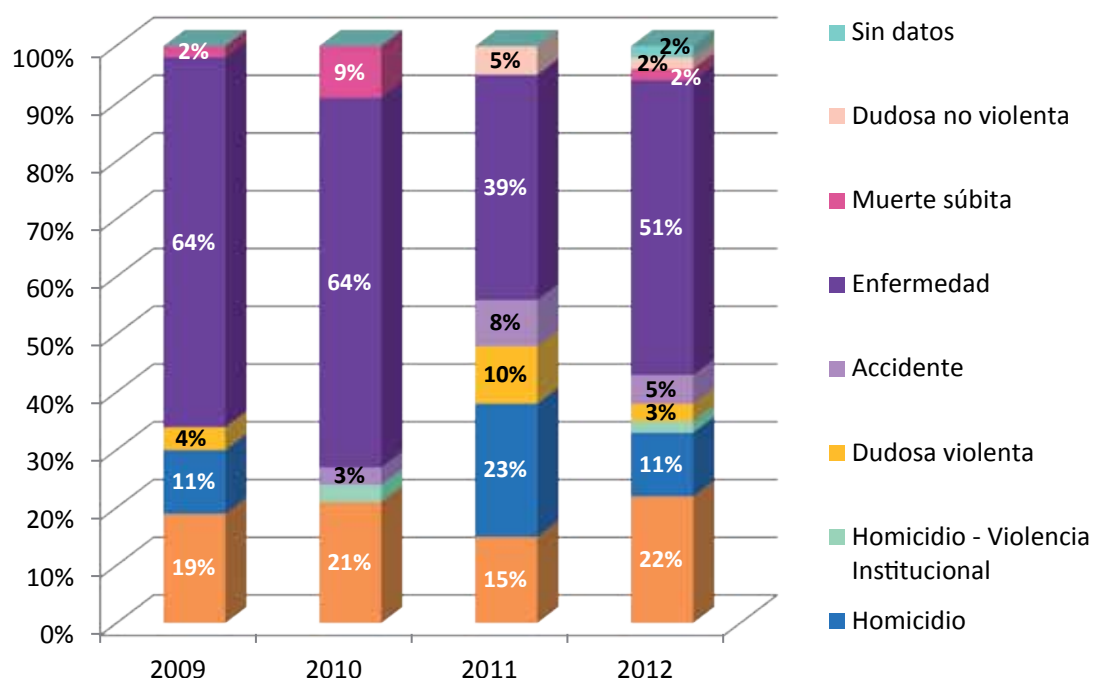
15 Como se verá, partimos de observar el comportamiento de estas dos grandes categorías, retomando la clasificación propuesta por la PPN, pero la necesidad de comprender esta información nos llevará a observar críticamente el modo en que estas se construyen, los supuestos que encierran y los efectos que su uso conlleva, fundamentalmente en lo que constituye el riesgo de invisibilizar prácticas institucionales violentas.

Al revisar la distribución de las muertes según las sub-categorías que propone esta clasificación, se puede realizar otra serie de observaciones (Gráfico 7). En primer lugar, *respecto de la evolución de la categoría “suicidio”, se puede afirmar que entre 2009 y 2012 se mantiene en valores relativamente estables, representando entre el 15% y el 22% de las muertes anuales. El año con menor incidencia porcentual de suicidios es el 2011 (15%), y este año presenta una mayor proporción de muertes violentas (56%).* Esto expresa la alta incidencia que tuvo ese año la categoría “homicidio” (23%).

Es interesante analizar la distribución de tipos de muertes según esta clasificación para los años 2010 y 2012. En 2010, la proporción de suicidios sobre el total de muertes anuales es similar a la de 2012. Sin embargo, las dos categorías que muestran una distribución diferente entre ambos años son las muertes por “enfermedad” y los “homicidios”. En 2010 no se registran homicidios, mientras que, en 2012, estos representan el 11% de las muertes anuales y explican el crecimiento porcentual de las muertes violentas. En 2010, las muertes por enfermedad representan una proporción mayor que en 2012 (64% en 2010 y 51% en 2012). Este dato cobra mayor relevancia si se considera que durante los años 2011 y 2012 baja la proporción de muertes por enfermedad (e incluso, durante 2011, también desciende en números absolutos).

Si se observan comparativamente los años 2011 y 2012, se puede afirmar que en el año 2012 disminuye la proporción de homicidios y crece la de suicidios (se duplican en números absolutos, pasando de 6 a 12 suicidios anuales), lo que representa la proporción de suicidios más alta desde 2003.

Gráfico 7. Distribución de las causas de muerte. 2009-2012



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos publicados por la Procuración Penitenciaria de la Nación.

“Enfermedad” es una de las categorías más significativas dentro de las reconocidas como muertes “no violentas”. Y esto conlleva, desde el punto de vista aquí propuesto, un problema crucial: esta clasificación invisibiliza la relación entre salud y violencia en los espacios de encierro.

De acuerdo con esta categorización, el conjunto de las muertes que se hayan producido como consecuencia de una enfermedad son consideradas muertes “no violentas”. Así, las muertes por enfermedad quedan a priori separadas del atributo “violencia”. Esto ocurre porque *esta partición entre “muertes violentas” y “no violentas” se construye sobre un desplazamiento de sentido, por el cual el atributo de “violenta” se homologa al de “traumática”*. Al definirla en los términos de un concepto a la vez médico y jurídico, se opera una reducción del problema de la violencia que tiende a naturalizar su carácter eminentemente social.

El estudio cualitativo de casos de muertes ocurridas durante 2012 advierte sobre lo problemático de esta construcción cuando se quiere problematizar la producción de muertes en un entramado institucional.

A continuación se relatan dos casos de muertes ocurridas durante el año 2012 tomados de los registros del Programa contra la Violencia Institucional de la Defensoría General de la Nación:

Caso 1

Hombre, argentino, 36 años de edad. Condenado a 6 años de prisión, estaba alojado en el CPF I - Ezeiza. El 22 de julio de 2012, a las 8:20 a.m. fue hallado en su celda tendido en su cama, sin signos vitales. Padecía diabetes y era insulino dependiente, se le había diagnosticado hipertensión arterial y enfermedad convulsiva crónica pulmonar. La causa de muerte, según el certificado de defunción: “Congestión, edema de pulmón y cardiopatía hipertrófica”.

Prisión domiciliaria en trámite, pero no le hicieron la pericia médica necesaria, hay requerimiento de ello por parte de la Defensoría, que le pide al juez de ejecución que “arbitre los medios” para concretar la pericia en cuestión.

Se inicia una causa penal por la muerte. Finalmente, es archivada.

Caso 2

Hombre, 26 años de edad. Condenado. Estaba alojado en el CPF II - Marcos Paz. Muere el 10 de febrero de 2012, en el Hospital Zonal de Marcos Paz.

Causa de muerte según el certificado de defunción: “inmediata o final: Paro cardio-respiratorio no traumático. Mediata o básica insuficiencia respiratoria aguda”.

Estaba internado desde el 6 de febrero. En 2009, ya tiene problemas de salud y es atendido extramuros 3 veces por semana en Merlo (PBA) –diálisis por insuficiencia renal crónica–.

En la serie de documentos, no hay certificaciones por parte del SPF de que realmente se está cumpliendo con el tratamiento. No se sabe la edad exacta. Hay un oficio del Ministerio Público de la Defensa en el que se pide atención médica y traslado a la unidad 8, porque hace tres años que no ve a su familia. Tardaron 1 mes y 7 días en trasladarlo extra muros porque tenía las manos dormidas y una reacción alérgica en el pie, y el diagnóstico intramuros indicaba que necesitaba tratamiento extra muros. Por otro lado, tenía problemas renales, era tratado en un hospital de Marcos Paz y luego en Merlo. El SPF quiere trasladarlo a Marcos Paz y él se niega porque señala que encontró en Merlo mejores resultados. Interviene en su favor el defensor oficial Rubén Alderete Lobo.

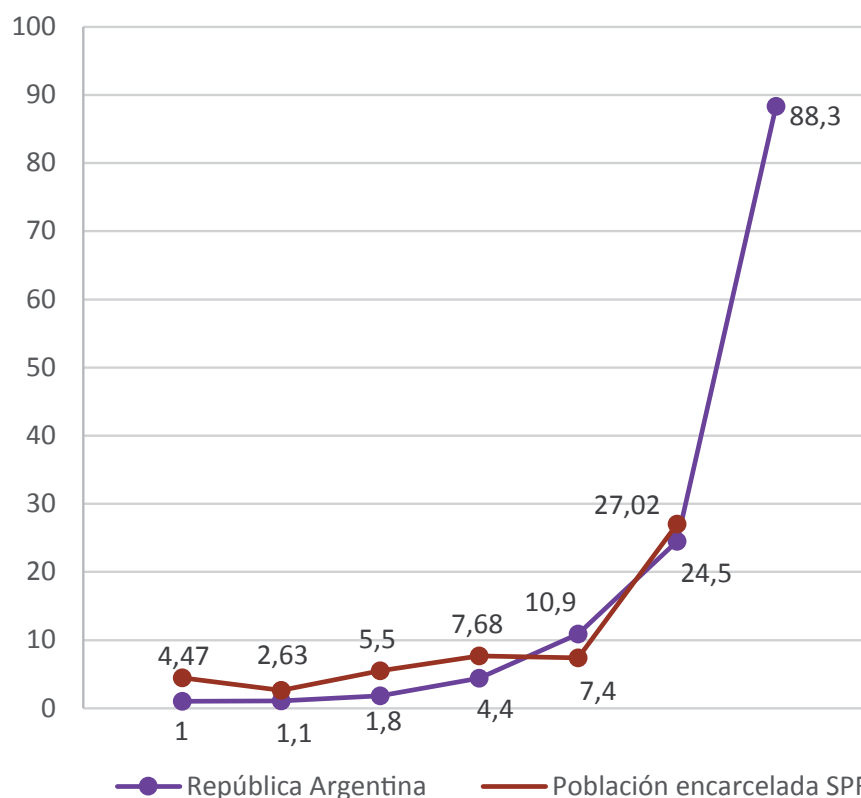
El análisis de los casos citados permite subrayar la obstaculización del acceso a la salud como una de las dimensiones de la violencia del sistema penal. Así, la relación entre atención

de la salud y producción de muertes en contextos de encierro resulta una cuestión sobre la que es necesario indagar.

Mientras que la inclusión de las muertes por enfermedad dentro de las “no violentas” supone de naturalización de procesos mórbidos o patológicos, los datos muestran que la distribución de los indicadores de salud y enfermedad no tiene nada de “natural”. Antes bien, responden a la construcción social de ciertas condiciones de vida y de acceso a posibilidades de cuidado: condiciones de hábitat, abrigo, alimentación, atención oportuna, posibilidades recreativas, entre otras.

La tasa de mortalidad según el rango etario muestra importantes diferencias, si se comparan los valores de la población general con los de la población encerrada en el SPF (Gráfico 8). *En el año 2012, la tasa de mortalidad para la población argentina en el rango comprendido entre los 18 a los 34 años es igual a 1 por mil, mientras que para la población presa en el SPF es de 3,2 por mil. Es decir que la probabilidad de encontrar la muerte para un joven comprendido entre esas edades es tres veces mayor en contextos de encierro carcelario.*

Gráfico 8. Tasa de mortalidad específica por grupos de edad, ambos sexos. Población general de la República Argentina y población carcelaria del SPF^{16, 17}



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos provistos por el Ministerio Público de la Defensa y publicados por el Ministerio de Salud de la República Argentina.

16 Los datos de mortalidad para la población general se extrajeron del informe Estadísticas vitales. Información básica Año 2012. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Buenos Aires, República Argentina, diciembre de 2013. Disponible en: <http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario12.pdf>.

17 Las tasas de mortalidad para la población penitenciaria se construyeron a partir de datos propios sobre la distribución etaria de los fallecimientos durante 2012, y también tomando como referencia la distribución etaria de la población penitenciaria del SPF, según datos publicados por el SNEEP (2012).

Estas observaciones llevan a *considerar el impacto de ciertas prácticas institucionales sobre la salud de las personas encerradas como una dimensión de la violencia*.

Y si bien al categorizar las muertes se retomaron las categorías propuestas por la PPN (fundamentalmente, para que los datos puedan compararse), se considera necesario realizar dos salvedades. La primera de ellas es *no trabajar con las metacategorías “violenta” y “no violenta”*. La segunda es *atribuirle al adjetivo de “traumático” su justo alcance*. A pesar de que se retoma tal atributo en la clasificación, no se pierde de vista que son consideraciones médico-legales las que construyen esta categoría. En este sentido, su uso debe estar sujeto a tener presente que el atributo “traumática” no reemplace al de violencia. Precisamente, la “violencia” no es algo que se desprende naturalmente de los hechos. Antes bien, se deriva de un modo particular de problematizar los procesos y prácticas institucionales. Es decir, resulta del trabajo de visibilizar críticamente ciertas prácticas institucionales.

Los “suicidios” y las “enfermedades” son las principales causas de las muertes registradas en el año 2012. Y las prácticas del sistema penal que inciden en este tipo de muertes se pueden (y, desde nuestra perspectiva, se deben) problematizar como violentas.

Llegados a este punto resulta interesante destacar que *las muertes* no son producidas solamente por el Servicio Penitenciario Federal, sino que son *una responsabilidad estatal que tiene como último eslabón executor al SPF*. Por eso resulta fundamental analizar en conjunto las distintas variables que hacen posibles las muertes en situación de encierro. Se coincide, en este punto, con Ramiro Gual cuando afirma que:

[...] la producción de muertes violentas de personas detenidas bajo la custodia del régimen penitenciario federal es el efecto de conjunto de una serie de prácticas estatales que las favorecen, permiten y perpetúan. Este fenómeno ocurre en el marco de un encierro institucional signado por un régimen de privaciones y carencias, atravesado por una lógica premial, y gestionado a partir de la violencia institucional como recurso primordial (Gual 2013, 4).

Por esta razón, se discutirán algunas cuestiones acerca de la atención salud para dar cuenta de uno de los factores que hacen posibles las muertes en la cárcel.

2.3.1 Muertes por enfermedad y falta de atención médica

La revisión de los indicadores en salud muestra que, en contextos de encierro, los índices de morbilidad de distintas enfermedades son más elevados que respecto de la población general, y esto debe ser atribuido a las condiciones de encierro y de atención de la salud. Así lo muestran, por ejemplo, los datos estimados a partir de un sondeo de la población alojada en el SPF en 2011, realizado conjuntamente por los Ministerios Nacionales de Justicia y Salud. Como resultado de este estudio, se lanzó el “Plan Estratégico de Salud Integral en el Servicio Penitenciario Federal 2012-2015”. En las fundamentaciones se presentan una serie de datos, entre los que se estima que *el 4% de la población carcelaria federal vive con el virus del sida, lo que representa una tasa del 29,6 por mil. Este índice es 9 veces mayor que en la población general (donde es del 4 por mil). Respecto de la tasa de prevalencia de tuberculosis (TBC), se observa que esa proporción es de 0,25 por mil para la población general y 3,9 por mil para la población del SPF, es decir, 16 veces más para las personas privadas de su libertad* (Ministerio de Justicia, Ministerio de Salud. Resolución conjunta 10/2013 77/2013, del 23/01/2013).

Los indicadores de salud pueden considerarse indicadores de las condiciones de encierro. Sobre todo en relación con los índices de morbilidad de enfermedades que resultan evitables en condiciones mínimas de salubridad y con niveles relativamente bajos de cuidado y atención. Pero, además, entendemos que la salud constituye un punto crucial a analizar por otros motivos.

En efecto, a partir de dimensionar el problema del tratamiento de la salud en contextos de encierro, se van construyendo nuevas formas de abordaje que implican una cierta apertura del espacio carcelario, que supone atravesarlo por lógicas de intervención que no son estricta y tradicionalmente lógicas penitenciarias. Ejemplo de ello es el convenio marco de cooperación y asistencia “Justicia con Salud, Salud para Incluir”, que se firmó el 29 de julio de 2008. Este convenio entre los Ministerios de Justicia y Derechos Humanos y Salud de la Nación, que incluye como garante a la Comisión Nacional Coordinadora de Políticas Públicas en materia de Prevención y Control de Tráfico Ilícito de Estupefacientes de la Delincuencia Organizada Transnacional y la Corrupción, tuvo como fin implementar “las políticas sanitarias en el ámbito de los establecimientos penitenciarios del Servicio Penitenciario Federal así como referenciar a las personas que egresen en libertad con los centros sanitarios para continuar su tratamiento”.

En línea con lo anterior, otro programa que rompe con las lógicas tradicionales del SPF es el Programa de Salud en Contextos de Encierro, que se consolidó en julio de 2012, y que depende de la Dirección de Medicina Comunitaria, Subsecretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación. Cabe destacar que este programa explicita, en su informe de 2013, que determinadas normativas atentan contra la distribución de medicamentos entre los detenidos. Se cita la Ley de Ejecución de la Pena privativa de Libertad, que rige la vida en prisión, y que sanciona como falta grave “el tener medicamentos no autorizados, estupefacientes, alcohol, sustancias tóxicas”. En el informe, también se sostiene que:

[...] el Reglamento disciplinario que sanciona las prácticas de sexo no autorizado o el intento de realizarlas, constituyen obstáculos para el desarrollo de acciones de prevención en tanto:

- obstruyen la posibilidad de los detenidos de consultar o comentar sobre situaciones de riesgo a las que se ven expuestos bajo pena de ser sancionados penal y administrativamente, y afectar el trámite de su causa y su situación al interior del penal en relación con el acceso a servicios educativos, laborales, visitas, entre otros.
- dificultan la adopción de prácticas institucionales relacionadas con la reducción de riesgos y daños por parte de la Administración Penitenciaria, en la consideración de que el desarrollo de tales actividades constituye una violación de los preceptos legales que debe atender (Ministerio de Salud de la Nación 2013,16).

El mismo informe menciona que:

Las reglamentaciones que rigen el acceso al beneficio de la visita conyugal requieren de condiciones especiales (pareja estable, conducta buena y tiempo de detención superior a 6 meses) y presentación de documentación cuya obtención por las parejas de los detenidos/as, presenta un elevado grado de dificultad. La escasez de espacio físico adecuado para destinar a los encuentros de visita conyugal en los penales colabora con el escaso acceso de la población penal a este tipo de encuentros. Esta situación incrementa los encuentros sexuales con las visitas en espacios y momentos no autorizados, en condiciones de precariedad y clandestinidad. Por ello es de primordial importancia poner fin a la negación de lo que realmente está ocurriendo,

en cuanto a prácticas de riesgo dentro de las prisiones. Ello posibilitará facilitar a la gente involucrada en este ámbito la información, educación y recursos necesarios para evitar la infección. La cárcel reúne en un mismo espacio de convivencia y negociación a actores diferenciados por sus situaciones, intereses y necesidades, todos ellos parte de la problemática del VIH-sida tanto por sus probabilidades de infectarse o enfermar de sida como por sus posibilidades de aportar a la respuesta efectiva a la epidemia (Ministerio de Salud de la Nación 2013, 16).

Se puede ver cómo *la normativa opera como un impedimento formal que produce que se vulnere el derecho a la salud y también a la intimidad*. Ambas cuestiones no deben examinarse en forma separada, sino que se conjugan en detrimento de un concepto de salud entendido en un sentido amplio. Así, la prevención se vuelve una tarea muy difícil y la asistencia de la salud en general se torna deficitaria.

En relación con lo mencionado, es prioritario observar estas vulneraciones puesto que, como se ha señalado, clasificar una muerte como “no violenta” debido a que se produce como consecuencia de una enfermedad oculta, en muchos casos, la violencia que está detrás de una atención y prevención precaria de la salud.

Es en estos mecanismos más sutiles de la administración penitenciaria, y de todos aquellos que los autorizan y legitiman –incluidos los propios reglamentos internos que, en nombre de la seguridad, pueden cercenar derechos–, donde resulta necesario indagar para pensar algunas de las variables que inciden en la muerte de personas encarceladas.

Con una estrecha relación con el tratamiento de la salud, es importante detenerse en la administración de medicamentos. Al analizar el discurso de los profesionales médicos entrevistados para esta investigación, se deduce que los medicamentos, en general, y en especial de los psicofármacos, funcionan como una mercancía muy preciada en el espacio intramuros. Desde la perspectiva de los médicos clínicos, se afirma que las personas presas padecen más enfermedades psiquiátricas o psicológicas que las del medio libre. En este punto, no se cuenta con datos objetivos para cotejar estas afirmaciones, sin embargo, interesa retomar la mirada de los profesionales al respecto porque se funda en la demanda de medicamentos que tiene la población carcelaria, y de la cual ellos son receptores.

Una profesional con más de 30 años de servicio como médica clínica indicaba que: “la mayoría de las consultas son para pedir medicamentos, fundamentalmente psicofármacos”. Cuando se le consultó respecto de cuáles eran las enfermedades más comunes producto del encierro, destacó las patologías psicológicas y, en el caso de la población de mujeres de Ezeiza, problemas vesiculares. *Sostuvo que tenía muchos más casos de mujeres jóvenes aquejadas por problemas vesiculares que las que atendía en el medio libre. Y agregó que esto se debe al consumo excesivo de medicamentos, sobre todo de calmantes y de psicofármacos*. Asimismo, esbozó una explicación posible al respecto: “mientras que alguien en libertad va al médico y pide un calmante por un dolor y el médico puede o no dárselo, y si se lo da, después la persona tal vez en su casa se siente mejor y no lo toma, en la cárcel más que un pedido, es una exigencia y el interno se toma el medicamento seguro”. Respecto de los psicofármacos, afirmó que, a su criterio, “los psiquiatras medican mucho, demasiado”.

Vinculado con los usos de la medicación, una psiquiatra, funcionaria del SPF, nos comentaba la gravedad, a su criterio, de medicar con clonazepam, puesto que “no debería ser utilizado en la población penal, ya que se usa como ‘moneda de cambio’ y es la más adictiva

de diazepinas”. Desde su mirada, es preferible el uso de otras drogas, como el diazepam, bromazepam o el alprazolam. Asimismo, enfatizó que esta opinión es compartida por la mayoría de sus colegas, aunque prefieren evitar conflictos y trabajo, sin intentar siquiera convencer al paciente respecto de los beneficios de cambiar de droga y de ir abandonando el clonazepam de forma paulatina, en los casos que fuera posible. “Si les doy el clonazepam, la sesión dura 5 minutos y el interno se va contento; si lo trato de convencer de otra cosa, seguro estoy como una hora... o más...”. También relató una experiencia en su trabajo en la cárcel de Devoto que valora de forma positiva: “no medicamos por algunos años con clonazepam y, luego de un tiempo, los propios internos dejaron de pedirlo. Porque muchas veces, vienen a la consulta directamente a pedir clonazepam”. Además indicó que, en una oportunidad, fue amenazada por dos presas para la entrega de un blíster de esta droga.

Así como la medicación excesiva transforma al remedio en enfermedad, también están los casos inversos, en los que la medicación es escamoteada, o no administrada de forma correcta, o bien, negada. Se muestra, a continuación, un caso de muerte del año 2012 en el que interesa detenerse, puesto que transluce una atención de la salud deficitaria, frente a un cuadro que requería de atención inmediata, evaluación y seguimiento.

Caso 3

Hombre de 29 años de edad. Alojado en el Complejo Penitenciario Federal II de Marcos Paz, en el Pabellón 6. Muere el 27/05/12, según el servicio penitenciario, en la enfermería del módulo. Su muerte es caratulada como dudosa no traumática, paro cardiorespiratorio y edema pulmonar. Era asmático, esto está documentado en todas las visitas (más de diez) al hospital. Se descompone varias veces a lo largo de la noche en la que muere, el SPF dice que lo atienden y que muere en enfermería. Un compañero de pabellón dice que se desvaneció y convulsionó, que no podía respirar, afirma que falleció en el pasillo del área de residencia donde se hallaba alojado. Los compañeros de celda relatan que el enfermero tardó en llegar 50 minutos, le aplicó una inyección y lo mandó a la celda, sus compañeros dicen que dejó de convulsionar, pero que aparentaba estar bastante mal y que lo llevaron entre los compañeros hasta la celda, puesto que no podía caminar por sí mismo. El celador autorizó a que se quedara con los compañeros. Vuelven a llamar al celador y vuelve a convulsionar y tarda una hora más en llegar el enfermero y el médico de turno. Para el servicio médico, todo se llevo a cabo según los protocolos que amerita la patología. Cabe señalar que en la autopsia encontraron cocaína, lo que pudo haber empeorado las condiciones de salud del prisionero.

2.3.2 Suicidios

Las tasas de suicidio para la población carcelaria son elevadas en relación con las que se registran para la población en general de la República Argentina. En el año 2012, se registraron 3342 suicidios en la República Argentina, lo que representa una tasa del 8,3 cada 100.000 habitantes. Mientras que si se considera la población encarcelada en el SPF y los suicidios ocurridos durante el 2012 en condiciones de encierro en dicha población, puede proyectarse una tasa equivalente a 122 cada 100.000. *Es decir, la tasa de suicidio para la población encarcelada es quince veces más alta que para la población general de nuestro país.*

Sin embargo, es preciso aclarar que esta categoría puede estar *sobre registrada*. Bajo esta categoría se tiende a reunir una sumatoria de casos a los cuales no se les puede atribuir con certeza otra causa conocida o, en principio, muertes traumáticas a las que no es posible atribuirles la responsabilidad de “un tercero”. En este punto, se refuerzan el discurso judicial y el de la administración penitenciaria. La noción jurídica de responsabilidad habilita un uso institucional de esta categoría que, antes que permitir conocer las causas de muerte, contribuye a ocultarlas.

A partir de esta dificultad, la Procuración Penitenciaria de la Nación elabora una clasificación propia que sistematiza las “modalidades de muerte”, que incluye las siguientes categorías:

- Ahorcamiento
- Herida de arma blanca
- Contexto de incendio
- Caída de altura
- Violencia institucional
- HIV/Sida
- Otra enfermedad
- Muerte súbita
- Dudosa traumática
- Dudosa no traumática

Clasificar una muerte como homicidio-suicidio-accidente depende, fundamentalmente, de poder atribuir o no una responsabilidad sobre la muerte, y si esta recae sobre la persona fallecida o un tercero. Y esta atribución, en la mayoría de los casos, no puede realizarse de manera categórica e indubitable.

La lectura de los datos permite afirmar que el comportamiento de las categorías de “suicidio” y “ahorcamiento” se vincula con los principales cambios que afectan la producción de muertes en contextos de encierro bajo supervisión del régimen penitenciario federal en el año 2012. Por ejemplo, *se puede concluir que el aumento en números absolutos de muertes registrado para el año 2012 se explica, casi enteramente, por el aumento de muertes por ahorcamiento.*

Sin embargo, estas categorías encierran dificultades que limitan su potencial heurístico. El suicidio se atribuye siempre que no se pueda determinar un autor distinto de la persona fallecida; pero no siempre se llega a etiquetar un caso bajo esta categoría con iguales niveles de investigación. Quiere decir que *el número de suicidios debido a la falta de investigación posterior puede ocultar un crecimiento de los homicidios. Y, de este modo, ocultar las responsabilidades individuales e institucionales al respecto.*

La modalidad “ahorcamiento” realza la visibilidad de una forma de muerte traumática, pero pierde poder explicativo si se asume que reúne muertes autoinfligidas y homicidios.

De este modo, en relación con la clasificación de las muertes, hemos destacado dos categorías: la de “suicidio” (puede ocultar hechos de violencia como homicidios no investigados, o bien responsabilidades institucionales que la categoría oculta), y la de “muertes por enfermedad”, que naturaliza la violencia que implica una precaria atención de la salud. Hemos subrayado los problemas que conlleva la habitual diferenciación entre muertes “violentas” y “no violentas”, asentada en la equiparación de las nociones de violencia y traumatismo, y en la naturalización de la salud-enfermedad.

Lo que se expuso hasta aquí nos advierte que se torna necesario pensar en la salud como algo que excede un equilibrio meramente biológico. Pilar Calveiro afirma que, en los lugares de encierro, la vida se reduce a lo estrictamente biológico, de ese modo se deshumaniza a las personas (Calveiro 2012). Este reduccionismo constituye una de las dimensiones de la violencia ejercida en el espacio carcelario.

La atención de la salud mental en el espacio carcelario constituye un conjunto de prácticas que nos permite analizar aspectos particulares de la dinámica de la atención de la salud y su imbricación en mecanismos de gobierno del espacio carcelario. El análisis de este campo particular de prácticas nos permitiría complejizar nuestra mirada para repensar la difícil cesura entre “violencia” y “no violencia”.

3. SALUD MENTAL Y ESPACIO CARCELARIO

A partir de lo analizado en el capítulo anterior, entendemos que una cuestión central a estudiar respecto del funcionamiento del espacio penitenciario es la administración de la salud, entendida de manera integral. Es decir, se incluye el aspecto biológico, pero se lo trasciende. Dentro de este gran tema que es la gestión de la salud en los lugares de encierro, la atención de la “salud mental” tiene una particular relevancia. Por ello, uno de los objetivos de nuestro trabajo fue indagar el modo en el que se estructura el espacio carcelario a partir del análisis de este campo específico de prácticas ligadas a la salud mental en el SPF. En este capítulo, exponemos este aspecto del análisis realizado.

Es importante señalar que la población de personas con padecimientos de salud mental dentro de las cárceles federales es un colectivo sobrevulnerado en relación con la violación de sus derechos, fundamentalmente el derecho a la salud, a la vez que es el grupo en el que más muertes ocurrieron, según la PPN, en la última década. La Procuración Penitenciaria de la Nación, en su *Informe Anual del año 2012*, señala:

La histórica Unidad N°20 del SPF, ubicada dentro de los terrenos del Hospital José T. Borda, pero bajo dependencia funcional exclusiva del Servicio Penitenciario Federal, figura en los registros disponibles como una de las cárceles con mayor cantidad de muertes en la última década. Actualizando la información, la Unidad N° 20 SPF, junto con su anexo ubicado en el Módulo VI del CPF I de Ezeiza y el Servicio Psiquiátrico para Varones (SPPV) que la reemplazó desde su desafectación en el segundo semestre de 2011, reúne diez muertes para el período 2009-2012. [...] la escasa población bajo su custodia arroja una de las más elevadas tasas de muertes por cantidad de detenidos del régimen penitenciario federal (PPN 2012, 192).

Entonces, a partir de entender que este es un punto central para dilucidar la producción de muertes en la cárcel durante el año 2012, presentamos un recorrido crítico por los principales dispositivos de salud mental. En primer lugar, trazamos un recorrido de corte histórico describiendo el devenir de las unidades 20 y 27; y analizamos, brevemente, el último cambio legislativo: la nueva ley de salud mental, que afectó y puso de relieve las condiciones de atención de la salud mental en el ámbito carcelario. En segundo lugar, examinamos los programas de salud mental PRISMA (Programa Interministerial de Salud Mental Argentino) y PROTIN (Programa de Tratamiento Interdisciplinario Individualizado e Integral), porque se ocupan de la salud mental específicamente. Si bien hay otros programas de atención y tratamiento: Programa de prevención de suicidios (PPS); Asistencia Grupal de las Adicciones (AGA), Programa marco de Prevención de Suicidios (PPS), Programa para Agresores Sexuales (CAS), Centro de Rehabilitación de Drogadependientes (CRD), entendemos que los primeros

son centrales para desentrañar las lógicas imperantes de la atención de la salud dentro del Servicio Penitenciario Federal. Por último, detallamos el funcionamiento de los dos dispositivos de salud mental, lo que nos permite analizar las prácticas de los distintos actores, y las tensiones que estructuran la atención de la salud mental en el espacio carcelario.

3.1. La nueva ley de salud mental y un cambio de paradigma

En 2010, se promulgó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, como un intento de unificar las distintas leyes y prácticas provinciales orientadas al cuidado y el tratamiento de personas con padecimientos mentales. A la vez, la ley ajusta la legislación nacional a los estándares internacionales en materia de derechos humanos incorporando los principios de legalidad, inclusión, no discriminación y ciudadanía de las personas con padecimientos mentales. La aprobación de la ley significa, para muchos organismos, la materialización de un proceso de movilización y participación por la reivindicación de derechos.

Respecto de esta nueva ley de salud mental, diversos análisis realizados, tanto desde el campo de la salud mental como del derecho y de las ciencias sociales, coinciden en señalar que su sanción implicó un salto cualitativo, dado que considera a las personas que tienen padecimientos mentales como sujetos de derecho, y se aleja del paradigma de la “peligrosidad” presente en la legislación anterior. La ley de salud mental intenta unificar distintas leyes y prácticas provinciales orientadas a la atención de personas con padecimientos mentales (Lombraña y Pepe, 2013; Castro y García, 2013).

Algunos de los avances que se destacan en materia de derechos humanos son los criterios para la internación, el consentimiento informado por parte del paciente respecto de su tratamiento y la necesidad de conformar equipos interdisciplinarios para el abordaje conjunto de las problemáticas de los pacientes. Además, la enfermedad mental ya no se considera un estado estático inmutable, es decir, como un cuadro irreversible, sino como un estado que puede ser transitorio y reversible. Por último, y en este nuevo marco, las internaciones judiciales dejan de existir, ya que pasan a depender de la decisión del equipo de salud; la internación debe ser considerada la última medida y, dado que se considera a la salud mental como parte de la salud en general, esta debe ser atendida en los hospitales generales. Si existe “riesgo cierto o inminente para sí o para terceros”, la internación debe ser comunicada al juez a cargo, quien decide autorizarla o denegarla. Las externaciones están a cargo del equipo de salud interdisciplinario y ya no dependen del juez, como sucedía con la Ley de Internación y Egreso de Establecimientos de Salud Mental, N° 22.914, la que se derogó partir de la nueva ley vigente.

En efecto, el art. 23 de la ley 26.657 indica:

El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.[El subrayado es nuestro].

En el ámbito carcelario, la ley tuvo un fuerte impacto porque dio lugar a la creación de un dispositivo interministerial y permitió discutir, con un marco legal, prácticas que venían siendo denunciadas desde distintos organismos.

3.1.1 “Viejos” dispositivos de atención de la salud mental: U. 20 y U. 27

El Servicio Psiquiátrico para Varones del SPF se creó en el año 1880. En sus comienzos, se trataba de un pabellón que funcionaba como dependencia del Hospital Neuropsiquiátrico José T. Borda, y así se mantuvo hasta 1968, cuando el edificio, las instalaciones y los bienes muebles fueron transferidos a la órbita del Servicio Penitenciario Federal. Desde 1979, se incorpora la transferencia de un nuevo pabellón (el pabellón “Servicio Trece”), y se conforma la Unidad 20 “Servicio Psiquiátrico Central de Varones”. La U. 20 y la U. 27 –Servicio Psiquiátrico de Mujeres–, funcionaron, entonces, en el Hospital Borda y en el Hospital Moyano, respectivamente.

Se trataba de establecimientos específicos del SPF ubicados dentro de los mencionados nosocomios, que funcionaban como espacios de encierro dentro del encierro. Es decir, se trataba de cárceles instaladas dentro de hospitales psiquiátricos y que, como el resto de las prisiones de nuestro país, estaban muy cuestionadas respecto de las condiciones de vida, los criterios de medicación y tratamiento de las personas allí alojadas. Solo que, en este caso, al tratarse de personas declaradas inimputables, su palabra, su voz, se encuentra más silenciada y “devaluada” que la del resto de las personas presas¹⁸.

Aunque estos espacios estaban pensados para alojar a las personas declaradas inimputables por el art. 34 del Código Penal, la población efectivamente dispuesta en estas unidades no se ceñía a este criterio. Así lo señala el Registro Nacional de casos de tortura y/o malos tratos (PPN – Comisión Provincial por la Memoria [CPM] - Grupo de Estudios sobre Sistema Penal y Derechos Humanos [GESPyDH]) en su *Informe anual 2012*:

En lo que respecta a los tipos de población que alojaban, cabe mencionar que en la previsión original debían alojarse en la U.20 sólo las personas afectadas por enfermedades mentales cuyo encierro de naturaleza carcelaria hubiera sido dispuesto por la Justicia Penal. Sin embargo, consta en los diferentes registros históricos que un alto porcentaje de la población estaba constituida por detenidos cuyo alojamiento había sido dispuesto para que realizaran tratamiento por adicción a las drogas, en los casos de articulación delito-drogodependencia y delito-tráfico de estupefacientes. Del mismo modo, se encerraban personas con afecciones mentales que no habían cometido delito alguno, y que sin embargo eran remitidas a la Unidad 20 por la Justicia Civil en el marco de un registro de peligrosidad [PPN-CPM-GESPyDH 2013, 387].

18 Solo a modo de ejemplo, indicamos el siguiente párrafo extraído de un informe del CELS en el año 2006: “En la Unidad Psiquiátrica Penal Nº 20 de la Ciudad de Buenos Aires en junio de 2004 los investigadores observaron a hombres encerrados en celdas minúsculas y oscuras. Estas celdas medían metro y medio por dos metros cuadrados y no tenían una fuente de luz natural ni ventilación. Hacía tanto calor que las personas detenidas estaban cubiertas en sudor. No había inodoros y las personas tenían que orinar y defecar en pequeñas ollas sobre el piso. Las celdas estaban sucias e infestadas con cucarachas. El único contacto con el mundo exterior era a través de una pequeña mirilla en la puerta. También en la Unidad Psiquiátrica Penal Nº 27 de la Ciudad de Buenos Aires los investigadores constataron el uso abusivo de las celdas de aislamiento” (Consultado: 15/04/15 http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf).

En la misma línea, profesionales que entrevistamos señalaron:

[...] en la U. 20 el 90% de los pacientes estaba en ese lugar por mala conducta [...]. Nos traían a cualquiera, y como el SPF es como un hotel que funciona con plazas, si vos mandas a uno de vuelta y no hay lugar donde regresarlo, se tiene que quedar hasta que puedas alojarlo en alguna unidad, imagináte que aunque no hubiera ningún criterio para dejarlo en las unidades, debía quedarse, eso funcionaba como castigo en sí mismo.

Hubo un hecho que se supone impulsó el cierre de ambas unidades: el 31 de mayo de 2011, se produjo un incendio en el que dos personas presas resultaron muertas y dos funcionarios penitenciarios fueron heridos, pero no de gravedad. Los fallecidos fueron identificados como Darío Díaz Ríos y Nahuel Leandro Muñoz. Algunas versiones indicaron que el incendio había sido intencional.

A raíz del incendio, la Procuración Penitenciaria de la Nación informó a la Cámara de Diputados de la Nación que, desde fines de 2010 a mediados de 2011, habían fallecido seis detenidos en la Unidad 20 del SPF, tres de ellos durante la última semana de mayo de 2011. Del mismo modo, indicó la falta de implementación de la nueva Ley de Salud Mental, que hasta entonces no había sido reglamentada (cfr. CELS 2013). La Procuración también señaló que existía “una aplicación irracional, desmedida y excesiva del encierro” en la Unidad 20. En la misma línea, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) publicó un comunicado en el que se caracterizó a las unidades 20 y 27 como “los espacios de reclusión en los que se producen vulneraciones de derechos con mayor frecuencia”.

Dos meses después del hecho, las unidades fueron cerradas y las personas allí presas fueron relocalizadas en instalaciones de los Complejos I y IV de Ezeiza, al igual que el personal penitenciario y civil afectado al tratamiento de la salud¹⁹. En este contexto, la nueva Ley de Salud Mental prestó el marco jurídico y el discurso racionalizado a la reorganización del Servicio Psiquiátrico para Varones.

3.2 Los dispositivos de atención en el nuevo contexto

En 2011, se producen cambios importantes en el funcionamiento del Servicio Psiquiátrico para Varones del SPF. La creación de un programa interministerial y la necesidad política de enunciar un ajuste del tratamiento en salud mental a los lineamientos básicos de la nueva ley de salud mental conducen a un reordenamiento de este servicio, que queda pautado en el Protocolo de Procedimiento y Organización del Servicio Psiquiátrico para Varones (SPPV), dispuesto por la Resolución 1374/2011 de la Dirección Nacional del SPF, publicada en el Boletín Público Normativo N° 467 del 24 de julio de 2012.

Dicha normativa establece que el Servicio de Psiquiatría para Varones estará a cargo de un profesional de la salud mental, médico psiquiatra, con el cargo de “director asociado del SPPV”, dependiente de la Jefatura del CPF I- Ezeiza, establecimiento en que se emplazan sus dispositivos de atención.

19 Según nuestros entrevistados, los motivos del cierre de las unidades 20 y 27 responden a distintas interpretaciones, expresan diversos modos de entender los hechos y se le imputan distintas intencionalidades políticas dependiendo de si la mirada parte de funcionarios y profesionales del SPF, o bien se trata de la mirada de los profesionales civiles que componen al PRISMA.

El SPPV está compuesto por:

- Sector emergencias psiquiátricas
- Internación PRISMA (ala norte HPC I)
- Internación PROTIN (Ex módulo residencial IV): Área de Observación Continua (A.O.C) y Pabellón (E, F, G, H)
- Asistencia Ambulatoria (CPF I): Atención individual y grupal y Programas de tratamiento (AGA, PPS, CAS, CRD)

Cabe aclarar que, aunque el trabajo de campo realizado también comprendió observaciones en los dispositivos de atención orientados a población femenina, nos centraremos fundamentalmente en el Servicio Psiquiátrico para Varones. El SPPV es cuantitativamente más significativo (en relación con la proporción de población masculina que encierra el SPF), por lo que lo priorizamos en este primer abordaje. Aun así, consideramos necesario proseguir estudios que permitan profundizar el corte por sexo para analizar las prácticas de atención de la salud en la población carcelaria y su vinculación con la producción de muerte en el encierro. Las observaciones realizadas permiten aseverar, en coincidencia con lo que distintos organismos de derechos humanos vienen denunciando, que la población femenina se encuentra sobrevulnerada en el encierro, sobre todo respecto del derecho al acceso a la atención de la salud mental.

3.2.1 PRISMA (Programa Interministerial de Salud Mental Argentino)

Como se indicó, PRISMA son las siglas que identifican al Programa Interministerial de Salud Mental Argentino, implementado el 27 de julio de 2011 “con el fin de tratar las problemáticas de las personas alojadas en los establecimientos psiquiátricos del Servicio Penitenciario Federal (SPF)”. El PRISMA, iniciativa conjunta del Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, se inscribe en el marco de la reforma del sistema de salud argentino iniciada a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, en diciembre de 2010.

Las autoridades de aplicación del PRISMA son la Subsecretaría de Gestión Penitenciaria y la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, según las resoluciones conjuntas 1075 y 1128/2011, publicadas en el Boletín Oficial. Allí se indica que el Lic. Yago Di Nella, por el Ministerio de Salud, será el encargado de la coordinación del Programa y que el Dr. Pablo Cohan, por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, estará a cargo de la articulación entre ambas carteras. Como programa interministerial, se considera primordial que su funcionamiento sea coordinado y supervisado de modo tal que ambos ministerios actúen de manera conjunta. Además, la innovación que esta experiencia supone demanda un trabajo permanente de articulación que, como veremos, no ha sido un objetivo logrado a lo largo del tiempo.

El Programa Interministerial de Salud Mental Argentino declara tener como objetivo el tratamiento de mujeres y hombres con algún tipo de trastorno mental alojados en establecimientos del Servicio Penitenciario Federal, y dar una respuesta desde la salud a la situación por la que deben atravesar las personas declaradas inimputables que están a disposición de la justicia.

A partir de su creación, como inicio de su implementación, este Programa se aboca a la reevaluación de los pacientes internados en las ex unidades 20 y 27 del SPF, situadas en los Hospitales Moyano y Borda, respectivamente. En la fundamentación del PRISMA se indica que:

El Dispositivo de Evaluación estará destinado tanto a internos con problemáticas de salud mental que requieran una evaluación acorde, como a nuevos ingresantes con características similares, para determinar la admisibilidad al Programa y la gestión de la derivación a alguno de sus dispositivos efectores. *El inicio de su accionar consistirá en las reevaluaciones de los pacientes alojados en las unidades 20 y 27 a partir del comienzo de ejecución del presente Programa.* [MJyDH y MS, Resolución Conjunta 1075/2011 y 1028/2011. El subrayado es nuestro].

Desde un comienzo, se tiene como foco a las unidades 20 y 27. Entendemos que esto se debe, en parte, a que son los lugares donde supuestamente se albergaba a las personas afectadas por el art. 34 del Código Penal, pero también porque había un objetivo de auditar, en cierta forma, las condiciones en que se encontraban las personas allí encarceladas. En declaraciones al diario *La Nación*, Jéssica Muniello, coordinadora del Programa señaló: “La situación en el Borda era terrible. Nos llevó mucho tiempo reordenar todo eso” (*La Nación*, 30 de septiembre de 2014).

Luego del cierre de las unidades 20 y 27 del SPF, el Programa comenzó a funcionar en el CPF I de Ezeiza, para el caso de los pacientes varones, y en el CPF IV de Ezeiza para el caso de las mujeres.

En su fundamentación se mencionan las tres instancias que conforman el dispositivo: Evaluación, Tratamiento, Egreso. Cada una de ellas se define del siguiente modo:

Evaluación: a cargo de equipos interdisciplinarios que derivan a los dispositivos de tratamiento.

Tratamiento: para agudos, el Hospital Central de Ezeiza. Para severos, casas diseñadas y construidas específicamente para atender las necesidades de estas personas, y para las declaradas inimputables, casas por fuera del Sistema Penitenciario Federal.

Egreso: cuenta con casas de medio camino, atención integral ambulatoria y domiciliaria, en las cuales el Estado continuará atendiendo los derechos de estos ciudadanos. Esta fase parece ser la más descuidada (MJyDH y MS, Resolución Conjunta 1075/2011 y 1028/2011).

Los detenidos alojados en el Programa pueden ingresar por dos vías: por orden judicial (en general, a partir de un informe del Cuerpo Médico Forense), o derivados desde otra institución carcelaria.

Para la admisión al PRISMA se hace una evaluación de 72 horas. Allí se determina *si el paciente tiene criterio para ser ingresado*. Es decir, si padece de un problema de salud mental. También los admitimos si notamos que hay mucho sufrimiento psíquico. Si la evaluación determina que no hay criterio para alojarlo en el Programa, hacemos una derivación responsable. Por ejemplo, sugerimos que se lo cambie de pabellón si es lo que reclama el interno. [Jessica Muniello, *La Nación*, 30 de septiembre de 2014. El subrayado es nuestro].

De acuerdo con lo que el Programa estipula, deben ser *ingresados*:

- I- Los pacientes con *Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios* (CIE 10 F-23).
- II- Los pacientes con *elevado riesgo de suicidio*, incluyendo Episodios Depresivos

Graves (CIE 10 F-31 y F-32). Este riesgo debe ser claramente especificado por el equipo de evaluación. Debe describirse con detalle las medidas apropiadas tomadas para impedir este acto, el diagnóstico y el tratamiento realizado en el establecimiento de origen.

III- Pacientes con Cuadros de *Excitación Psicomotriz*. En todos los casos se deberá explicitar el diagnóstico, el motivo, el riesgo de auto o heteroagresión, y el tratamiento suministrado en la Unidad de origen.

IV- Pacientes con *Esquizofrenia* (CIE 10 F-20) y/o Trastorno de Ideas Delirantes Persistentes (CIE 10 F-22).

V- Pacientes con *Retraso Mental Moderado* (CIE 10 F-71), *Grave* (CIE 10 F-72) y/o *Profundo* (CIE 10 F-73).

VI- Pacientes con *Trastornos Mentales Severos* (F20, F21, F22, F24, F25, F28, F29, F31, F32.3, F33, F42).

La misma norma estipula los criterios de *no admisión*, especificando que no deben ser ingresadas:

I- Las personas con *el solo diagnóstico de ideación suicida o ideación de muerte*, siempre que no presenten planes o tentativas de suicidio. En caso de duda se deberá aplicar una batería diagnóstica que evalúe potencial simulación.

II- Personas con *Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas* (F19), para las cuales el SPF tiene previstos otros dispositivos.

III- Personas con *Trastornos de la Personalidad y del comportamiento del adulto* (F60, F62).

IV- Personas con *Retraso Mental Leve* (F70).

V- Todas aquellas personas en situaciones en los cuales los diagnósticos no sean los contemplados en los criterios de admisión.

Como puede observarse, los criterios de admisión y de no admisión se ciñen al nomenclador CIE 10, "Clasificación internacional de enfermedades". Se trata de un sistema de clasificación y codificación de enfermedades y causas de muerte publicado inicialmente por la OMS en 1992, y que se utiliza sobre todo para fines estadísticos. Se divide en diferentes categorías de enfermedades relacionadas entre sí, y cada una de ellas tiene asociado un código que la identifica de manera unívoca. En este caso, el código de identificación de la letra "F" refiere a los trastornos mentales y del comportamiento. Además, el Ministerio de Salud de la Nación utiliza esta clasificación para la confección de sus estadísticas y la PPN la usa de base para la clasificación de muertes en contextos de encierro.

La clasificación de un paciente dentro de los parámetros del CIE 10 requiere de una evaluación y no siempre se encuentran los suficientes consensos como para determinar una situación dada.

En abril de 2015, momento en que este equipo de investigación visitó el Programa, se encontraban alojados 64 hombres, capacidad máxima para esta población, y 6 mujeres, y quedaban en este caso 10 plazas libres. En el caso de los varones, los funcionarios del Programa admitieron que, aun existiendo criterio de admisión, se han rechazado ingresos por falta de cupo.

El servicio para varones funciona en el ala norte del Hospital Penitenciario Central (HPC). Las instalaciones fueron edificadas específicamente para este fin, y se inauguraron en 2011,

cuando comenzó a funcionar el Programa. Las celdas son, en su mayoría, individuales (cuarenta y cinco plazas), y cuenta cada una con su baño. Estas celdas son semejantes a las celdas de máxima seguridad (incluso varias de ellas cuentan con videocámaras que posibilitan la observación permanente); el resto de los alojamientos son compartidos.

PRISMA goza de instalaciones que no se encuentran sobrepobladas y que permiten condiciones de vida mucho mejores que las de la mayoría de los pabellones del resto del SPF, de hecho, las habitaciones son más grandes que las de los demás programas (alrededor de 4x4 metros). No obstante, resulta un tanto desalentador describir la situación en la que el Programa se desarrollaba al momento de las visitas efectuadas. Esto surge de la confrontación de nuestra experiencia en el campo con los relatos de los entrevistados respecto de los comienzos del funcionamiento del Programa. Esa confrontación de dos experiencias pone de relieve un significativo proceso de deterioro edilicio. Por supuesto, tenemos en cuenta que desde el 2011 hasta 2015 transcurrieron cuatro años, sin embargo, consideramos que no es solo el paso del tiempo lo que explica el deterioro en las condiciones edilicias, como tampoco explica el abandono y la falta de mantenimiento en general.

En nuestra recorrida, advertimos falta de limpieza, una literal invasión de cucarachas en el área de la cocina –que es un espacio compartido–, y un marcado deterioro edilicio señalado incluso por los profesionales que allí se desempeñan y documentado por los miembros de la Defensoría General de la Nación en el informe labrado en ocasión de la visita. Al respecto, una de las profesionales que trabajan en el Programa nos comentó: “ya estoy acostumbrada a llevarme cucarachas en la cartera”. Entendemos que este deterioro es signo de un declive más profundo que el meramente habitacional.

Respecto de la cantidad de profesionales que allí se desempeñan, las autoridades del Programa indicaron que en total son 60. Durante el día, funcionan los talleres de artesanías, huerta, musicoterapia, circo, cine, fotografía y otros; así como también los consultorios. Durante la noche, siempre hay un psicólogo, un psiquiatra y un enfermero de guardia. Accedimos al libro de guardia en el que estaba registrado que pueden responder a 10 solicitudes de entrevista cada noche por parte del mismo paciente. Las encargadas de llevar adelante el Programa nos relataron que PRISMA, por la cantidad de profesionales y la voluntad que tienen, estaría en condiciones de ampliar los límites incorporando otras patologías, pero, para ello, necesitan otro espacio de atención. Nos explicaron, además, que los profesionales que se desempeñan en PRISMA tienen supervisión psicoanalítica externa.

Por último, a partir de nuestras observaciones podemos afirmar que los pacientes que deambulaban se veían bien alimentados, higienizados, tranquilos y no parecían medicados en exceso. Estuvimos presentes en el momento en que la empresa de *catering* trajo la comida y parecía de buena calidad, variada, con un plato principal y un postre, aunque no muy abundante. Nos marcaron que habían pedido una ingesta de más calorías, sobre todo por la condición carcelaria en la que, según una de las psicólogas, se necesitan más gratificaciones, y los hidratos cumplen esa función.

También, pudimos acceder a todos los espacios que componen el Programa: talleres, habitaciones, espacios en común, huerta, sala de monitoreo de las cámaras de seguridad, sin ningún tipo de restricción, aunque sí con el acompañamiento permanente de un guardia de seguridad.

Según lo referido por los entrevistados, el funcionamiento del Programa trajo aparejado algunos conflictos con funcionarios del SPF (algo en lo que nos detendremos en el próximo

apartado). Pero, además, la propia implementación del Programa y la articulación de los ministerios involucrados revistieron algunas transformaciones sobre la marcha que, en opinión de algunos de nuestros entrevistados, fueron en detrimento del funcionamiento de este dispositivo:

En un primer momento, trabajaron los dos ministerios juntos, y después los del Ministerio de Justicia empezaron a formularle cosas al que coordinaba, que era el director de salud mental (que depende del Ministerio de Salud). Empezaron a hacer como acuerdos que se iban a evaluar a los 180 días de implementación del Programa, a fines de enero. Cuando asume la presidenta de la Nación su segundo mandato, ahí cambia el director de salud mental y es designada María Matilde Massa, venía de la rama de Kolina, es psicóloga, pero no tiene idea del tema carcelario, el abordaje de este tema y la importancia que tiene. ¡Imagínate la importancia que le dio a PRISMA!... [profesional del SPF, entrevistada para esta investigación].

Al respecto, el *Registro nacional de casos de tortura y/o malos tratos* señala:

A 3 años de su implementación podemos decir que poco ha quedado de aquella declaración de principios y buenas intenciones. El primer y central cambio es que dejó de ser un Programa Interministerial en las tres etapas que lo componen (evaluación, tratamiento e inclusión social). El Ministerio de Justicia, cuyos profesionales poseen mayor experiencia histórica en el trabajo con el SPF, se quedó a cargo de la evaluación y el tratamiento que se desarrolla en las unidades penales, en tanto la participación del Ministerio de Salud se restringió a la etapa de inclusión social, actualmente reducida a una mínima expresión. [...] Tal como evidenciamos en el Informe Anual 2012 del RNCT, el carácter inter ministerial del programa duró apenas 6 meses [PPN-CPM-GESPyDH, 2014, 385].

A partir de la existencia de PRISMA, este se reformuló en el Programa de Tratamiento Multidisciplinario (PROTIM) para dar espacio a los detenidos con padecimientos mentales que no reunían los requisitos para ser ingresados al PRISMA.

3.2.2 PROTIN (Programa de Tratamiento Interdisciplinario Individualizado e Integral)

La sigla PROTIN corresponde al Programa de Tratamiento Interdisciplinario Individualizado e Integral. También este programa fue implementado en el marco de la nueva Ley de Salud Mental. Se creó a partir del reordenamiento del Servicio Psiquiátrico para Varones (SPPV) del SPF, dispuesto por la Dirección Nacional del SPF mediante la Resolución 1374/2011, publicada en el Boletín Público Normativo N° 467 del 24 de julio de 2012, suscripta por el entonces director del SPF, Víctor Hortel. Funciona en el Módulo VI del Complejo Penitenciario de Ezeiza.

La creación de PROTIN también responde a la necesidad de reconvertir las unidades 20 y 27 del SPF. Surge a partir de la refuncionalización y el ordenamiento de los programas y dispositivos que componen el SPPV, como el Programa de Tratamiento Multidisciplinario (PROTIM), que funcionaba desde 2007 orientado a la atención de personas privadas de su libertad con adicciones, y es concebido como complementario al PRISMA.

[...] se dispuso de los recursos existentes, tales como el Programa de Tratamiento Multidisciplinario (PROTIM) dependiente del Servicio Psiquiátrico para Varones (SPV), para reformular, ampliar y modificar los criterios de admisión, efectuando un

análisis exhaustivo caso por caso, aplicando el tratamiento correspondiente para cada situación clínica y, generando un procedimiento que favorezca un egreso con las mejores condiciones y estabilidad posible.

Que asimismo, y en miras a brindar a los pacientes un tratamiento adecuado ésta Administración Penitenciaria elaboró un “Protocolo de Procedimiento y Organización del Servicio Psiquiátrico para Varones” y un “Programa de Tratamiento Interdisciplinario, Individualizado e Integral (PROTIN)”, como otra propuesta integradora y articulada con los procedimientos del PRISMA, propendiendo de este modo a realizar un esfuerzo unívoco respecto de la salud mental de las personas alojadas bajo la órbita de la Institución.

Que los presentes Instrumentos persiguen una integración en la realidad institucional con el mencionado Programa, como otra herramienta más dispuesta en materia de prevención, promoción, asistencia y restablecimiento de la salud.

Que razones de oportunidad, conveniencia y sobre todo urgencia dado que éstas, exigen un adecuado abordaje a las situaciones antes descriptas. [Res. 1374/2011, Dirección Nacional del SPF].

La complementariedad respecto de PRISMA, como veremos, radica fundamentalmente en alcanzar la población que queda excluida de este programa. Así se enuncia en los considerandos de la Resolución que da paso a PROTIN:

Que advirtiendo la complejidad de la cuestión, existen situaciones que no se encuentran contempladas en los criterios de admisión del PRISMA, más aún cuando los pacientes son personas que conviven en contexto de encierro, muchas de las cuales son abordadas por otros Programas de Tratamiento que actualmente se implementan en los Establecimientos Penitenciarios. [Res. 1374/2011, Dirección Nacional del SPF].

Esto se advierte también en el *Protocolo de Procedimiento y Organización del Servicio Psiquiátrico para Varones* (SPPV), aprobado por la misma norma, el cual establece que en los casos de personas que se encuentren alojadas en cualquiera de las unidades del SPF, si se presenta alguna problemática de salud mental, se seguirán una serie de pasos. En primer lugar, se realizará la *contención* multidisciplinaria en el servicio de asistencia médica de la unidad en que se encuentre alojada la persona, donde se solicitará la intervención del Equipo de Admisión del PRISMA. Luego, en esa misma unidad de origen, se realizará la *evaluación* para el ingreso al PRISMA. A partir de esta evaluación, se abren distintas vías:

- Si el paciente presentara los criterios de admisión para el PRISMA, sería ingresado en este dispositivo (ala norte del HCP I, CPF I).
- Si se determina que la persona presenta patología psiquiátrica –sin criterio de admisión en el PRISMA– y se encontrase en situación de descompensación, será derivado al Sector de Urgencias Psiquiátricas (HPC I, CPF I). En caso de compensación, y con un diagnóstico que amerite la continuidad del tratamiento en su unidad de origen, regresará allí con las correspondientes indicaciones. Puede ocurrir que se considere necesaria su admisión en un dispositivo de tratamiento especial, por lo que se solicitará evaluación por el programa pertinente (PROTIN, PPS, AGA, CRD, CAS).

Como se desprende de este *Protocolo*, PROTIN es un programa federal que funciona en el CPF I, recibe presos de otros establecimientos penales del SPF, incluso del interior del país. Los ingresos se dan una vez que se ha descartado la pertinencia de la intervención del

PRISMA. Entonces, el equipo de profesionales del Sector de Urgencias Psiquiátricas evalúa la derivación a otro programa solicitando la evaluación por parte del PRISMA.

También en PROTIN los criterios de ingreso siguen la nomenclatura del CIE 10: trastornos de personalidad y de comportamiento del adulto (F60-62); retraso mental leve (F 70); trastornos psicoorgánicos. Nos explicaron que en los tres casos, el paciente se debe encontrar en estado de descompensación. Respecto de los criterios señalados, la normativa indica:

Cualquiera de estos cuadros en situación de descompensación, con los que no se pueda generar un vínculo terapéutico confiable, con inestabilidad emocional y conductual, hostilidad y tendencia a actuaciones impulsivas, reactivas a situaciones de frustración que desencadenen episodios de irritabilidad y proclividad a las actuaciones violentas. [Res. 1374/2011, Dirección Nacional del SPF].

Esta definición normativa, según nos relatan los entrevistados, reordena la intervención del programa:

[...] nos da la especificidad que necesitábamos y define el perfil, sobre todo en relación con los criterios de admisión: trastornos de la personalidad, trastornos psicóticos y débiles mentales leves. [Funcionario SPF profesional de la salud, entrevista realizada para esta investigación].

Sin embargo, los entrevistados manifiestan que también ingresan personas por problemas de convivencia y pérdidas familiares. El relato de los profesionales muestra que la “descompensación” está fuertemente asociada a conductas que representan un riesgo en relación con la producción de “desorden”. Esto nos lleva a pensar el vínculo entre este dispositivo de atención y las prácticas orientadas al mantenimiento del orden en el espacio carcelario, cuestión a la que nos referimos en el próximo apartado.

El PROTIN se compone de tres dispositivos: el Dispositivo de Evaluación PROTIN (DEP); el Dispositivo de Tratamiento PROTIN (DTP); y el Dispositivo de Inclusión Comunitaria PROTIN (DIC). Cuando el Sector de Urgencias Psiquiátricas le da intervención, el DEP inicia el proceso de admisión. Las entrevistas de admisión a los detenidos se hacen en el módulo de residencia, si la persona se encuentra alojada en Ezeiza; y si es un preso que viene derivado de otras unidades penitenciarias, se realiza cuando ingresa. Una vez decidida su admisión, es alojado en el Área de Observación Continua (A.O.C), dando paso a la intervención del DTP, que aplica evaluaciones y estudios complementarios, e indica el tratamiento adecuado. Luego de esto, se procede a alojar al paciente en el pabellón que corresponda de acuerdo con el tratamiento indicado (E, F, G o H). El DTP es un equipo conformado por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, plantel docente y de seguridad.

PROTIN depende enteramente del Servicio Penitenciario Federal, sus profesionales y el cuerpo de seguridad son miembros del SPF. Dentro del equipo, hay dos psiquiatras, más el jefe del PROTIN (jefe del cuerpo de profesionales). Además trabajan en el Programa dos terapeutas, un médico y un trabajador social, una coordinadora y tres psicólogos (al momento de hacer las entrevistas, uno de los psicólogos se encontraba fracturado, con licencia médica, y era remplazado por el director). En total son 12 profesionales del servicio penitenciario que rotan por turnos. No hay guardia psicológica, a la noche solo queda el médico de guardia

del HPC. Pero los fines de semana hacen guardias pasivas (quedan a disposición “por si de la 28 –tribunales– hay alguna derivación y tienen que hacerle una entrevista de admisión”).

Según pudimos reconstruir a partir de las entrevistas, el equipo de PROTIN es el mismo que trabajaba en la U. 20, y están desde 2007. Los funcionarios entrevistados valoran positivamente el carácter de los vínculos entre los profesionales con los funcionarios encargados de la seguridad y con el SPF en general, vínculos que se generan desde el Programa. Las autoridades del Programa indican que esa “buena onda no se da en otros lugares”. Se enfatizó que son “un equipo” y que se conocen desde hace muchos años, es más, al hablar del “grupo humano”, un integrante se emocionó con lo que mencionaba.

A diferencia del PRISMA, los funcionarios penitenciarios que se ocupan de la seguridad no están destinados a este Programa de manera exclusiva. Pero tienen formación específica, porque hicieron un curso cuando se creó PROTIN que duró un año, este curso fue dictado por la directora del Programa.

Entre el personal no penitenciario, se encuentran los educadores de primaria y secundaria (para el momento de la entrevista, cursan la escuela primaria 15 detenidos; la escuela secundaria, 10 detenidos; y 3 cursan estudios universitarios).

La capacidad de alojamiento del PROTIN es de 45 plazas y, en el momento de nuestra observación en mayo de 2015, los funcionarios entrevistados nos informaron que se hallaban alojadas 35 personas. Los alojados en el Programa se dividen en dos pabellones. Uno de los criterios que refieren los profesionales respecto de esta diferenciación es el corte entre los que hace más tiempo que están y trabajan y los “incorporados hace menos tiempo”, que no todos trabajan.

El pabellón H, donde se encuentran alojados los presos que hace más tiempo que están y trabajan, tiene capacidad para 11 detenidos. Son celdas individuales que dan a un espacio de uso común, cuenta con un patio interno cerrado de estrechas dimensiones. Las celdas están una al lado de la otra, son de 1 x 2 m, con un inodoro y una mesa rebatible, no tienen ventanas y las puertas solo tienen una mirilla, y son totalmente ciegas. Cuando preguntamos por las escasas dimensiones y la falta de luz de las celdas individuales, nos explicaron que esas celdas antes se usaban para aislamiento. En la puerta de cada celda, hay un papel que dice el nombre y la actividad que realizan (trabajo), el penitenciario nos informó que esos carteles los hicieron los internos. En el espacio común, hay una inscripción que dice: “Libertad... Libertad es lo máspreciado”, escrita con tiza.

En los pabellones F y G (“para los más nuevos en el programa”) tiene capacidad para 15 detenidos, hay 11 al momento de la visita. Este pabellón replica la forma del anterior, solo que el patio es más oscuro y, por ende, el lugar común. Tienen TV, ventilador, heladera, un anafe, lavamanos, ducha y baños.

Nos llamó la atención que, cuando visitamos este pabellón, entraron con nosotros casi la misma cantidad de penitenciarios que la que había de presos alojados. Notamos que el personal del SPF no estaba distendido, sino un poco alertado. Algunos de los alojados se acercaron para quejarse de la situación en la que se encontraban, lo que obligó a los miembros de la Defensoría General de la Nación que integrábamos el equipo a entrar en las celdas para que los detenidos pudieran explicar lo que necesitaban, porque algunas de las incomodidades que referían estaban relacionadas con los agentes del servicio.

Respecto del espacio físico, la Procuración Penitenciaria de la Nación recomendó al SPF,

el 5 febrero de 2014, que repare y reacondicione las instalaciones deficientes de todos los pabellones y celdas del Anexo de Servicio Psiquiátrico para Varones.

La Procuración Penitenciaria de la Nación recomendó al jefe del CPF I de Ezeiza:

[...] que arbitre las medidas necesarias para que se reparen y reacondicionen las instalaciones defectuosas –instalaciones eléctricas, pérdidas de agua, vidrios, pintura– de todos los sectores de alojamiento del Anexo del Servicio Psiquiátrico para Varones. Asimismo recomendó la instalación de inodoros de uso común en los pabellones que no los poseen, se destine un sector específico para cocinar al interior de cada uno de los alojamientos y se instalen artefactos de ventilación artificial dada las altas temperaturas que en la actualidad se presentan [Recomendación N°816/PPN/2014].

Con relación a las actividades y tareas que comprende el “tratamiento”, el diseño del Programa establece lo siguiente:

También de acuerdo a criterios terapéuticos se seleccionará la aplicación de los recursos terapéuticos en forma personalizada. Dichos recursos terapéuticos son:

- Actividades psicoterapéuticas individuales.
- Terapia de grupo.
- Actividades de terapia ocupacional.
- Propuestas de educación no formal.
- Talleres de actualidad.
- Talleres de convivencia.
- Talleres de resolución de conflictos. Departamento de Comunicación
- Taller de música.
- Taller de dibujo.
- Cine-debate.
- Taller de huerta orgánica y granja.
- Espacio de trabajo sobre pre-egreso y la construcción de un proyecto extramuros en el caso de salidas al medio libre o en la unidad de alojamiento de origen, o la que correspondiere de acuerdo a su situación legal, en caso de programarse el alta. Lo que se efectivizará a través del dispositivo de inclusión (D.I.C.).

Estas actividades se encuentran detalladas en los programas respectivos a cargo de los distintos coordinadores y profesionales. Además de los mencionados, pueden desarrollarse actividades de acuerdo al interés y necesidades de los pacientes. Una vez alcanzados los objetivos específicos para cada paciente, los cuales en forma general apuntan a lograr un rendimiento apropiado en su ámbito de vida habitual se programará el alta, trabajando en forma conjunta con el dispositivo de inclusión comunitaria (D.I.C.) que se reunirá a tales fines. [Res. 1374/2011, Dirección Nacional del SPF].

En las entrevistas nos explicaron que el tratamiento consiste en terapia individual, una vez por semana como mínimo. Tienen talleres de convivencia (es la más frecuente de la actividades y, a diferencia de PRISMA, no participan penitenciaros encargados de la seguridad en esta actividad), de música, actividades cognitivas. Otra de las actividades que realizan son por el ENCOPE (Ente Cooperador Penitenciario), hacen bolsas y broches, por lo que reciben peculio.

También destacaron la labor que hacen en la huerta, que está a cargo de Pablo, un penitenciario que se ocupa personalmente (trae cosas en su camioneta, consigue los plantines del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria –INTA–). Pablo, según la psicóloga, tiene “un don natural para trabajar”, y por eso le insisten para que estudie terapia ocupacional. Conocimos la huerta en la que cultivan acelga, perejil, orégano, y otras legumbres, y tienen gallinas. Pablo señala, sobre la huerta, que para muchos detenidos es su primer contacto con el trabajo. Y agrega “para mí el trabajo es muy importante, fundamental para la organización del tiempo, cuidado del dinero, etc.”. Describe a los presos como “gente que viene de generaciones sin trabajo, que pueden gastarse \$900 en una camiseta y no pasarle plata a la familia, que tiene que aprender a administrar”.

La psicóloga entrevistada afirmó que “el servicio fue muy golpeado por el tema de los suicidios. Hay cosas que las podemos prevenir y otras que no”. Contó que tratan de indagar si hay indicadores de suicidios, explicó que muchos presos tienen manejos psicopáticos, y que “si se detecta que hay más que una ideación suicida, hay que sacarlo, o al HPC o a PRISMA, no se pueden quedar, esto es si se identifica riesgo cierto inminente”.

La psicóloga sostiene que “los internos, por distintas situaciones, provocan a los celadores”, también que, al trabajar en PROTIN, los celadores incorporan “cosas que toman de PROTIN y hablan mucho con los internos”, según ella, esto hace que bajen los niveles de conflictividad dentro de PROTIN.

Una vez ingresado, se suspende la progresividad de la pena durante la estadía en el Programa, tanto los funcionarios que trabajan con hombres como los que trabajan con mujeres consideran que se trata de un resabio de la normativa de la U. 20. De hecho, cuando hicimos las visitas, había reuniones para tratar el tema de la progresividad, nos explicaron que la solución sería que solamente el programa PRISMA sea considerado psiquiátrico.

3.3 Las tensiones que estructuran el campo de atención de la salud mental en el espacio carcelario

El análisis del funcionamiento de los dos dispositivos de salud mental nos permite abordar las lógicas de las prácticas de los distintos actores y las tensiones que estructuran el espacio carcelario en tanto que campo de relaciones.

Hemos podido reconocer *tres lógicas diferentes* que, alternativamente, se cruzan, oponen y refuerzan. En primer lugar, la que podríamos llamar la “lógica penitenciaria”, que constituyen las prácticas tradicionales del espacio carcelario. En segundo lugar, la “lógica exógena de atención de la salud”, o que, como veremos, también podríamos llamar “anti peligrosista”, que es la de las prácticas de profesionales del PRISMA. Por último, la “lógica tutelar”, en el sentido de que toma a su cargo el cuidado de las personas privadas de su libertad, y es la que ordena las prácticas de los defensores. Hay tres puntos problemáticos que nos permiten diferenciarlas: el problema de las admisiones; la cuestión de la seguridad; y los enunciados de peligrosidad.

3.3.1 El problema de las admisiones

Una cuestión recurrente en las entrevistas realizadas, tanto a los operadores judiciales como a los penitenciarios profesionales de la salud, es cierta *impugnación del PRISMA, en relación con el carácter restrictivo de esta intervención*. En efecto, en general lo primero

que señalan es que se trata de un dispositivo con criterios de admisión muy estrictos, en el que, como señalan los entrevistados, “no entra prácticamente nadie”. *Aunque por distintos motivos, esto se configura como un problema tanto para los operadores judiciales, fundamentalmente los defensores, como para los agentes del servicio penitenciario.* La observación de esta cuestión nos permite empezar a delinear esas diferentes lógicas, a partir de las cuales la atención de la salud mental se configura como un campo en disputa.

Como sostuvimos antes, el PRISMA se caracteriza por ser una intervención que no es estrictamente penitenciaria, sino que se configura como una intervención que conlleva cierta “apertura” (aunque limitada, restringida) del espacio carcelario, por la que se incorporan actores que se plantean objetivos y problemas que no son los tradicionalmente presentes en el espacio carcelario. Los criterios de ingreso se basan, exclusivamente, en la consideración de una sintomatología médico-psiquiátrica sistematizada en una serie de cuadros clínicos estandarizados en los nomencladores internacionales (Clasificación Internacional de Enfermedades- CIE 10- y el Diagnostic and Statistical Manual of **Mental Disorders**- DSM IV-). Las evaluaciones de admisión, al parecer, no consideran otro tipo de factores, más allá de los síntomas y signos descubiertos en la conducta individual de los pacientes.

Esto se convierte en un problema inmediato para la intervención de los defensores. Hemos llamado *lógica tutelar* a la que ordena sus prácticas, para poner de relieve el hecho de que los defensores orientan sus prácticas hacia la búsqueda de los medios que garanticen el ejercicio de los derechos de sus defendidos y abogar para darles las mejores condiciones de vida posible. En ese sentido, muchos de ellos tienen como horizonte último garantizar la vida de los presos cuya defensa ejercen. Los defensores reconocen, en su intervención, consecuencias directas en la posibilidad de vida y muerte de las personas cuyos derechos custodian. Y, en cierto modo, la cárcel es un espacio que, de manera permanente, atenta contra la vida de su población cautiva, por las condiciones de vida, alimentación, el propio encierro, falta de atención de la salud, violencia intramuros, falta de vínculos con el exterior y la propia familia, etc. Ante ese escenario, cuando un defendido amenaza con quitarse la vida, con atentar contra su salud, o bien manifiesta estar extremadamente estresado o desesperado, los defensores ven en el PRISMA un lugar donde se puede contener a su defendido.

Los defensores reconocen en PRISMA un lugar mucho más “adecuado” y “seguro” que otros dispositivos o que los propios pabellones para el tratamiento de la salud mental de sus defendidos; pero, por otra parte, consideran que los criterios de admisión son sumamente restrictivos, lo que torna al Programa, según ellos, ineficiente para resolver los problemas que detectan, por ejemplo, cuando uno de sus defendidos manifiesta tener la intención de quitarse la vida. Uno de los defensores entrevistados nos relató:

No entrás nunca...Yo hablé muchas veces con la chica que estaba a cargo, que se formó junto a Marambio [...], pero es una piba que...vos ves como se maneja. Y la verdad que el PRISMA, sin ser un entendido, tiene cupos específicos, están buenos, vos ves evoluciones pero... *Ahora no entra nadie, esa es la discusión* [...]. Es muy rígido..., acá viene una persona con una situación psicomotriz tremenda que no es PRISMA, pero está con una situación de golpearse la cabeza contra la pared y es *muy finita para nosotros...*, y ellos capaz que te dicen que esto no es PRISMA... Por ejemplo, no era PRISMA una persona que te llamaba y te reclamaba ser trasladado a un hospital fuera de la cárcel, tenía un ano contra natura, por lesiones autoinflingidas, se clavaba un gancho... Era una persona de 31 años y parecía de 60 [...],

pero claro, un día me llama y me dice “llevame al juzgado, porque si no, me voy a tragar...” –entonces el tipo se tragaba elementos para ser llevado a un hospital–. Estaba condenado a 40 años y, para mí, él veía en el hospital la única manera de escaparse, entonces él quería estar internado en un hospital. Ahora falleció el chico... y nunca fue admitido por PRISMA. Entonces decís: si no son PRISMA estos, ¿quiénes son?... Quizás se trata de algo mucho más técnico y específico... de una patología, PRISMA a veces no admitía a esta gente... [defensor oficial, en entrevista para esta investigación. El subrayado es nuestro].

El problema es que el programa no manifiesta ser un espacio de contención, sino de atención de cuadros específicos de salud mental. El rechazo es inminente y la sensación de los defensores es que, desde un ámbito que se supone superador de cualquier otro dispositivo del SPF, se les da la espalda a “sus” defendidos. La desazón es inmediata y, aunque nunca de manera abierta criticaron al programa, queda flotando la duda respecto de su “utilidad”. Como señalábamos antes, la definición de los ingresos se basa en una sintomatología médico-clínica que no toma en consideración las condiciones institucionales del encierro y sus efectos sobre la conducta de las personas afectadas.

La tensión se configura de otra manera en relación con el discurso penitenciario. *El problema penitenciario por excelencia se define como el mantenimiento del orden dentro del espacio carcelario* (Mouzo 2010).

¿Cómo fue la convivencia con el servicio penitenciario?, en esta primera etapa las fricciones ya se veían, con PRISMA...

El servicio penitenciario nunca terminó de digerirlo, porque no le daban solución. Lo que necesitaba era: “tengo un detenido conflictivo y PRISMA dice no reúne las características que el programa recibe, yo te doy el remito, pero ahí...” [Agente SPF, en entrevista para esta investigación].

*

No se recibe a nadie por cuestiones de seguridad, la seguridad solo acompaña el tratamiento. [Jéssica Muniello, coordinadora PRISMA, en entrevista para esta investigación].

El “detenido conflictivo” es aquel cuya conducta altera el orden, lo amenaza. Frente a este problema, el campo de la salud mental, y la batería de conceptos que pone en juego respecto de la categorización de las conductas de las personas encerradas, constituye un recurso estratégico en relación con el mantenimiento del orden en el encierro. Sostenemos que, en gran parte, la experiencia del PROTIN se puede pensar desde este punto de vista: como la encarnadura de una asociación o afinidad entre la psiquiatría y el problema penitenciario del orden. Esto se advierte en las entrevistas de los propios funcionarios del SPPV cuando señalan, por ejemplo, que el “PROTIN es para internas con problemas de conductas”, e incluso que este Programa:

[...] trabaja con todos los trastornos antisociales de la personalidad, que no pueden estar en otras unidades... Toda la gente que tiene que no llega a PRISMA, pero te genera problemas... [Agente SPF, en entrevista para esta investigación].

Así, el encierro dentro del encierro funciona como una herramienta para la regulación del conflicto. Algunos testimonios sugieren también que la regulación del conflicto y la psiquiatría

no se vinculan solo a partir de la práctica de encierro, sino también, y de una manera más extendida, a partir de la práctica de medicación²⁰. Sostenemos la importancia de profundizar en el tema con una investigación que indague este aspecto.

La irrupción del PRISMA, en tanto lógica exógena respecto de la tradicional estructuración del espacio de encierro, comienza a producir cierta diferenciación entre atención de la salud y “tratamiento penitenciario”. Y, de esa manera, contribuye a disociar el binomio seguridad - tratamiento.

3.3.2 La cuestión de la seguridad

La intervención de PRISMA comienza a plantear un discurso que apunta a disociar seguridad y tratamiento. Y, de este modo, erosiona la tradicional imbricación entre la psiquiatría y el derecho penal, donde uno y otro se entran en la producción de seguridad (seguridad para la sociedad, seguridad “para sí”, la seguridad del propio personal penitenciario y médico...).

La lógica de las prácticas de PRISMA, por el contrario, refuerza la diferencia entre el “tratamiento de la salud mental” y el “tratamiento penitenciario”. Mientras el tratamiento de la salud mental persigue objetivos netamente médicos para restituir o trabajar sobre el estado de salud de un paciente/usuario del servicio de salud, para garantizar una mejor calidad de vida y reducir su padecimiento; el tratamiento carcelario se relaciona con un conjunto de técnicas orientadas a intervenir la conducta de la persona presa en relación con el problema de la cohabitación en el encierro—la convivencia—, o bien, para “prepararla” para su salida en libertad y posterior reinserción social²¹. Es, fundamentalmente, el primero de estos aspectos, el problema de la convivencia, el que se relaciona estrechamente con la cuestión del mantenimiento del orden y la seguridad.

A partir de ese desacople, la atención de la salud se piensa en un carril diferente del de la seguridad. El tratamiento es, para PRISMA, exclusivamente atención de la salud. La “lógica

20 “¿[No hay en ningún pabellón] alguien que no se medique? No, si vos tenés 7 internas en un pabellón, 1 de las 7 se medica. Acá hay muchísima medicación, y psiquiátrica, mucha medicación, y yo a veces les digo a los psiquiatras por qué median tanto -y qué quiere que haga, doctora- si es necesario, yo no le voy a discutir al psiquiatra, es decir, la decisión es del psiquiatra, la evaluación la hace el psiquiatra, él sabe lo que da, lo que no da, es decir, yo en eso no me meto, yo dejo a los especialistas que trabajen como tienen que trabajar. Yo a veces digo, chicos, tanta medicación, miren que aumentamos... es un problema... bueno, está bien, porque yo controlo la farmacia también, la medicación que hay que comprar, yo tengo que firmar todo lo que se tiene que comprar, porque la medicación psiquiátrica la compramos, porque el plan Remediar no me da medicación psiquiátrica y droguería central tampoco me da medicación psiquiátrica. La medicación psiquiátrica sale del penal, del complejo, y mucha medicación clínica también, te digo, porque a veces a las internas se le indica una medicación que no está, por ejemplo, la de otorrino, que generalmente indica esos geles para la nariz, o que tiene un problema dérmico específico y la dermatóloga le indica una pomada que no la tenemos. Entonces se la compramos.” [Jefa médica CPF IV, en entrevista para esta investigación].

21 De allí que el trabajo, el cuidado de la salud, acceder a un tratamiento psicológico o psiquiátrico, estudiar, y tener una conducta disciplinada hayan sido construidos, a lo largo del tiempo, como elementos fundamentales del tratamiento penitenciario. Por otra parte, no debe perderse de vista que, de acuerdo con la Ley de Ejecución Penal 24.660, sancionada en el año 1996, este conjunto de actividades no solo son parte de la resocialización, sino que, al mismo tiempo, dan prueba de ella. Es por ello que trabajar, comportarse como espera el SPF, acceder a tratamientos de salud, talleres educativos, etc., son indicadores que pueden favorecer la denominada progresividad del régimen, es decir, el acceso a la libertad condicional, a salidas transitorias, etc. Existen discusiones interesantes respecto de este punto, en el sentido de que si el tratamiento es lo que permite la progresividad, en cierto modo el tratamiento termina siendo compulsivo en la medida en que las personas presas lo detectan como la vía de acceso a ciertos derechos que son percibidos como “beneficios”. Desde ya, este punto es aún más controvertido cuando implica al tratamiento de la salud mental.

de la seguridad” se identifica como algo ajeno a la propia práctica, con lo que hay que lidiar solo en tanto factor contextual, por el hecho de que la práctica de atención de la salud se desarrolla en un establecimiento penal de máxima seguridad. Pero este aspecto de la práctica de atención de la salud (el encierro) no se concibe como elemento estructurante.

Hacemos trabajo conjunto con el SPF, para combinar dos lógicas tan diferentes como son la de la *seguridad* y la del *tratamiento* de salud mental. Nosotros consideramos que los presos sólo deben estar privados de su libertad ambulatoria, pero no de ningún otro derecho [Jessica Muniello, *La Nación*, 30 de septiembre de 2014. El subrayado es nuestro].

Esta declaración nos permite introducir algunas observaciones respecto de lo que se define como “seguridad” y como “tratamiento”, y acerca de la relación entre estas cuestiones. En primer lugar, el discurso de PRISMA manifiesta una cadena asociativa por la que la lógica de la seguridad supone la privación de derechos, y se contrapone a la salud como derecho.

Por otra parte, esa disociación entre seguridad y tratamiento de la salud se apoya en la tradicional partición civil - penitenciario. Una y otra se refuerzan mutuamente.

¿Y cómo manejan el tema de la seguridad?

Ese fue el conflicto y eso fue lo que detonó, yo creo eso. La gente de seguridad empezó a sentir que estos [los profesionales del PRISMA] tenían el poder, acá siempre es un conflicto entre la seguridad y el tratamiento. Donde el servicio penitenciario ganó la seguridad, donde pone el foco, entonces al ingresar los de PRISMA, al ser civiles, empezaron a decirles NO a todo: “Nosotros queremos, nosotros queremos manejar la seguridad así...”, uno de los primeros conflictos fue con una psicóloga que atendía en su consultorio, cerraba la puerta, el de seguridad no tenía acceso, no veía.... Antes se atendía con la puerta abierta, con el de guardia ahí nomás, y eso cambió... [Abogada SPF, en entrevista para esta investigación].

Aunque, en sentido estricto, los agentes penitenciarios también son civiles, pues pertenecen a una fuerza de seguridad y no a una fuerza armada, la contraposición responde a una herencia histórica de procesos de militarización que caracterizaron el devenir del servicio penitenciario en nuestro país²².

Esta contraposición se activa de manera particular en el marco de la puesta en funcionamiento del PRISMA, una experiencia inédita en la que personal civil –no perteneciente al servicio– se hace cargo, al menos en términos de atención de la salud, de un espacio

22 La definición de un servicio penitenciario como una fuerza de seguridad no es algo universal, en muchas latitudes, estos se definen, antes bien, como cuerpos especializados en un servicio de custodia que no se solapa con las fuerzas de seguridad. En nuestro país, el Servicio Penitenciario Federal constituye una fuerza de seguridad desde el año 1973, cuando, durante el gobierno de facto de Lanusse, se reformaron todas las leyes orgánicas de las fuerzas –servicio penitenciario, prefectura y gendarmería– con el objetivo de subordinarlas a las Fuerzas Armadas. A partir de la creación del Ministerio de Seguridad de la Nación, en el año 2010, comienza una diferenciación del SPF respecto de las fuerzas de seguridad. Esta diferenciación queda sugerida por el hecho de que las fuerzas de seguridad nacionales –PFA, Gendarmería Nacional y Prefectura Naval Argentina– pasan a depender del Ministerio de Seguridad, mientras que el SPF queda en la órbita del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

específico dentro de la cárcel. Y, a partir de esta oposición, la seguridad queda del lado de lo penitenciario, y la salud, del de lo civil.

En efecto, no debe perderse de vista el carácter eminentemente exógeno de esta intervención. En un intento por abrir, aunque sea en parte, los muros de la cárcel, los profesionales del PRISMA tienen la iniciativa de no responder a la lógica de lo carcelario, sino de responder a la lógica de la atención de la salud mental. En declaraciones al diario *Página/12*, funcionarios del programa indicaron: “El carácter civil de la intervención de PRISMA apunta a producir transformaciones de la lógica disciplinar, punitiva y verticalista que define a la prisión” (*Página/12*, 20 de octubre de 2014).

En este punto, vale aclarar una cuestión organizacional que es relevante. Los médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, etc., del SPF no solo trabajan en el servicio penitenciario, sino que “son” funcionarios penitenciarios, es decir, forman parte de un escalafón específico —el profesional— y ascienden de acuerdo a los distintos rangos que existen para los oficiales. Por su parte, como ya señalamos, los profesionales del PRISMA son trabajadores de los Ministerios de Salud y de Justicia. Esto marca diferencias no solo en relación con el ámbito de dependencia de cada grupo, sino también diferencias salariales y de normativas que rigen su desempeño laboral, además de haber sido modelados por distintas prácticas, o bien las de la cárcel y del tratamiento penitenciario, o bien las del hospital y del tratamiento de la salud. Aunque, en muchos casos, los profesionales del SPF también trabajan extra-muros, de algún modo aprenden a escindirse y a trabajar con modalidades distintas en cada espacio. Un médico, que trabaja hace ya 20 años dentro y fuera del SPF, nos señaló: “Acá [en referencia a la cárcel] se trabaja de otro modo. La población es otra y conviene relacionarse bien con la gente de seguridad porque en definitiva es la que te cuida” (médico SPF, en entrevista con las investigadoras).

En cierta forma, los profesionales del SPF históricamente se han subordinado al personal de seguridad (Mouzo 2011). Es más, aun siendo todos oficiales, los cargos más elevados de conducción de las prisiones son ocupados por los penitenciarios del escalafón de seguridad, que es un espacio vedado para los profesionales.

Por otro lado, la propia genealogía del programa PRISMA dejó mucho resquemor entre los profesionales del SPF. El traslado de las unidades 20 y 27, y la consecuente creación del Programa, desplazó de sus funciones a los profesionales penitenciarios, que quedaron desafectados para ser, más tarde, reubicados a partir de la reconfiguración del SPPV y la creación del PROTIN. Los profesionales del SPF señalan que tuvieron que cargar con las acusaciones de mal funcionamiento de las unidades del Borda y del Moyano, y que ese mal funcionamiento no se debía a sus malas prácticas profesionales, sino a que dichos espacios se fueron transformando paulatinamente en espacios de contención de todos los cuadros conflictivos dentro del resto de las unidades del sistema federal. Asimismo, los relatos no solo se refieren a la irrupción del PRISMA en el espacio carcelario, sino, y sobre todo, a la visibilidad que tiene este Programa, que se da a conocer a partir de la participación de sus responsables en conferencias, congresos, jornadas y entrevistas en medios de comunicación. Todas intervenciones en las que las referencias sobre el pasado de la atención de la salud en las cárceles construyen un pasado terrible, de malos tratos y malas prácticas que ellos, se supone, vienen a subsanar.

Los relatos que pudimos obtener de miembros del PRISMA respecto de la interacción con el personal penitenciario, en este caso, de seguridad, destacan que hay mucha fricción y

situaciones violentas. A modo de ejemplo, nos contaron un episodio en el que un guardia le había roto la nariz a un detenido cuando intentaba sacarlo de su celda. Para los profesionales del Programa, esto es inadmisibles, pero, a la vez, difícil de regular dado que la seguridad está a cargo del SPF. En este punto, hay que recordar que el Programa funciona dentro de una cárcel de máxima seguridad. No obstante, los miembros del Programa toman algunas medidas, por ejemplo, procuran que en las requisas siempre esté presente un profesional de PRISMA. En esta línea, los entrevistados expresaron que si bien algunos de los penitenciarios que habían estado afectados a la seguridad en el Programa habían atravesado un proceso de “transformación”, con otros esto no ocurrió.

Otro dato a tener en cuenta es que los penitenciarios no rotan. Un guardia de seguridad del SPF nos expresó: “hay muchos que están hace tiempo, yo acá aprendí a pensar distinto”. Este “pensar distinto” puede ser conceptualizado como un aspecto positivo, sin embargo, en una charla informal, el mismo guardia nos aseguró que en PRISMA había muchos problemas con la seguridad, porque no había un buen manejo. De hecho, comparó el funcionamiento de PRISMA con el de PROTIN. Resaltó las dificultades para gestionar la seguridad en el primero, y lo bien que esto se llevaba a cabo en el segundo. Una visión totalmente contrapuesta a la de los profesionales de PRISMA, así como también de múltiples organismos de derechos humanos.

Las diferencias en la gestión de la seguridad conllevan diferencias en las relaciones que se establecen con los pacientes y en los modos de habitar los espacios. En PRISMA, pudimos ver a los detenidos circulando por los pasillos e interactuando con los profesionales y con los agentes del SPF, su estado y actitud nos parecieron diferentes a los de los internos de PROTIN. En este segundo Programa, vimos algunos detenidos trabajando en la huerta, pero el uso del espacio es diferente.

La seguridad es la seguridad que provee el servicio penitenciario, y es seguridad para el sistema; así es decodificada por los profesionales de PRISMA. La seguridad que ofrece y procura el servicio penitenciario no es necesariamente seguridad para el paciente, sino, incluso, al contrario. Por ello, uno de los entrevistados, al hablar de PROTIN, señaló que la mejor definición es la que dan los mismos presos: “nos meten ahí para que nos matemos entre nosotros”.

La perspectiva de los funcionarios penitenciarios es opuesta. En PROTIN, señalan, “no pasa nada”, en términos de seguridad, lo que significa que no se producen situaciones conflictivas “porque hay un buen manejo del pabellón”. Mientras que en PRISMA hay muchos conflictos, justamente, porque se carece de ese tipo de manejo. Se enfatiza en que en el PROTIN no hay tantos problemas de convivencia: “La requisa prácticamente aquí no entra”; “no hay despelotes”.

Seguridad y tratamiento entran en tensión, también en relación con el problema de la “privacidad”. Encontrarse en una entrevista a solas con un paciente es visto por el servicio penitenciario como una práctica que pone en riesgo la seguridad de los pacientes y de los profesionales, pero sobre todo la seguridad del espacio carcelario como totalidad. Es que estos islotes de privacidad dentro de la cárcel marcan la autonomía de nuevos actores que buscan no subsumir el tratamiento de la salud a la lógica de la seguridad.

3.3.3 Enunciado de “peligrosidad”

Desde que la psiquiatría irrumpió en la escena penal a fines del siglo XVIII (Foucault, 2000), hay un acoplamiento del discurso psiquiátrico y el derecho penal, que se da a partir de una

producción discursiva novedosa: la pericia. Se trata de un discurso con propiedades específicas que indica, de manera científica, la peligrosidad de un sujeto. Por ello, es un discurso de saber y poder, un discurso que decide sobre la libertad y, en el límite, sobre la vida y la muerte de un sujeto. Foucault nos advierte sobre la importancia de la relación entre verdad y justicia: en el punto en que se encuentran la institución judicial y el saber médico (y, en general, el saber científico), en el cruce de esos registros se enuncian discursos que tienen estatus de verdad.

El matrimonio entre la psiquiatría y el derecho penal ha funcionado sin mayores inconvenientes hasta nuestros días: el derecho penal demanda constantemente ese saber respecto de la previsibilidad de la conducta humana. La pregunta que se le pide a la ciencia que responda es acerca del grado de peligrosidad de un sujeto. Saber si es peligroso y, fundamentalmente, saber si va a volver a delinquir. En definitiva, saber si se lo puede/debe dejar en libertad sin generar un riesgo para la sociedad. En este sentido, el conjunto de saberes que vienen a dar respuesta excede a la psiquiatría y, hacia el siglo XIX, el positivismo criminológico buscó colmar esta demanda a partir de un conjunto de saberes que incluía a la psiquiatría, pero también a la psicología, a la antropología, a la biología e, incluso, a la sociología (Lombroso (1902); Ferri (1907); Ingenieros (1916))²³. Y aunque desde hace ya tiempo el positivismo criminológico perdió su hegemonía, la articulación entre el derecho penal y el discurso científico mediante la pericia sigue en plena vigencia.

Si nos detenemos en este vínculo entre derecho penal y psiquiatría, es para poner la atención en el concepto de *peligrosidad*. Todo el dispositivo de la defensa social sobre el que se basa el sistema penal y, dentro de este, la cárcel, se erige alrededor de este concepto. El sujeto peligroso, ya sea para sí o para terceros, es el nutriente por excelencia del sistema carcelario. Ya sea que se trate de un sujeto o de una población, sobre la noción de peligrosidad se articulan el conjunto de prácticas que conforman el sistema penal en su conjunto. Y la defensa social, como su nombre lo indica, coloca a la sociedad como bien mayor a proteger de los peligros que —se supone— la acechan y que, en este caso, se conjuran con el encierro.

En el marco de esta investigación, reflexionar sobre los conceptos de peligrosidad y de defensa social nos ayuda a dilucidar la matriz profunda de los conflictos entre los distintos actores.

En primer lugar, la ley 24.660 de ejecución de la pena se basa en la *progresividad* del régimen. Es decir, es un modo específico de mensurar el grado de re-adaptabilidad de una persona al mundo exterior. Aquí hay dos conceptos que se complementan: resocialización y peligrosidad. En el fondo, el grado de resocialización es la contracara de la peligrosidad. Cuanto más resocializado/resocializable se piense a un sujeto, menos peligroso se lo considera, y viceversa.

Ahora bien, los pacientes que se encuentran en PRISMA y en PROTIN, estén o no declarados como inimputables, ven interrumpida la progresividad del régimen²⁴. Sin embargo, la

23 Lombroso y Ferri son los dos máximos exponentes del positivismo criminológico italiano y, aunque con diferencias, marcaron un modo de pensar al sujeto delincuente que influyó decididamente en los intelectuales argentinos más relevantes de la época. El hombre delincuente de Lombroso fue publicado en 1876 y abrió el campo de estudios antropomórficos sobre el sujeto criminal. Ferri contemporáneo de Lombroso se dio a la tarea de hacer de la criminología una sociología criminal, de allí el nombre de una de sus más famosas obras publicada en 1887. En el caso de nuestro país, la importancia de esta matriz de pensamiento radica en su capacidad de pensar los problemas de fines del siglo XIX y comienzos del XX, principalmente la llamada “cuestión social” en términos “científicos” y, en consecuencia, aparentemente alejados de lo político.

24 “La situación de las personas privadas de su libertad en instituciones psiquiátrico-penales reviste una grave-

cuestión de la peligrosidad y la posibilidad de la resocialización para evitar la reincidencia se mantienen al menos en términos discursivos, ya que en los informes de los profesionales del Programa se les pide que digan algo al respecto.

En el caso de PRISMA, esta expectativa entra en colisión con la perspectiva asumida por los profesionales de la salud que llevan adelante el Programa:

“Nosotros no hablamos de reinserción, ya que no es que se los vuelve a insertar. Lo que hacemos es buscar que se los incluya, por eso nos referimos a inclusión. No es una cuestión menor, cada palabra tiene una connotación distinta”, afirma Jorge Biafore, asistente social e integrante del equipo multidisciplinario que trabaja allí junto a las psicólogas Lidia Calvillo, Iara Bianchi y Sandra Merlo y el médico psiquiatra y coordinador del dispositivo de evaluación, Germán Alberio. [*Infonews*, 15 de julio de 2012].

Por otra parte, y de un modo más rotundo, una de nuestras entrevistadas, psicóloga de PRISMA indicaba: “No laburamos desde la moralidad”. “No curamos a nadie”. Al tiempo que señalaba que uno de los tantos objetivos del Programa era cambiar la manera en que se redactaban y se armaban los informes para el poder judicial. “No queremos rotular. En PRISMA hablamos de procesos terapéuticos, de explorar una posibilidad”. La entrevistada identifica que hay un problema con la noción de “tratamiento”. Diferencia cómo se concibe el tratamiento pensando en la progresividad, y cómo se piensa el tratamiento vinculado con la salud mental.

En este punto, nos fue de gran ayuda, para comprender la perspectiva desde la cual es pensado el PRISMA, analizar un ensayo que dos miembros del equipo, Fernando Bertolozzi y Pablo Vitalich, escribieron a partir de la expresión de un miembro del equipo, que caracterizó a los pacientes así: “tampoco son tan pobrecitos”. En el mencionado *paper*, indican que PRISMA es una “alternativa a la lógica de la peligrosidad” que busca romper con “la complicidad entre una política asistencialista y la lógica de la peligrosidad” (Bertolozzi y Vitalich 2013,7). Mucho más cerca del psicoanálisis que de la psiquiatría, el planteo conlleva una profunda reflexión sobre sus prácticas y sobre el modo en que conciben al sujeto sobre el que intervienen. No es el paradigma médico el que los constituye, sino el psicoanálisis como ciencia independiente, con su propio objeto y lógicas de intervención.

Nos permitimos citar una parte del trabajo que nos parece condensa el núcleo de lo que queremos mostrar:

[...] pensamos que, en el campo de la salud mental, el ejercicio por antonomasia del poder está en darse la habilitación para decir la verdad sobre alguien, para establecer y determinar la serie de las cualidades morales y afectivas que definen la identidad y la esencia de la que alguien está hecho. Y a la luz de este conglomerado afectivo conceptual no tardaremos en descubrir al psicópata detrás de la oveja. Y

dad particular y muestra formas adicionales de violencia y exclusión. Algunas disposiciones son un fiel reflejo de ello, ya que vulneran el principio constitucional de igualdad y no discriminación y la normativa legal vigente en materia de salud mental. En primer término, el Decreto 369/99 establece la exclusión de las personas con padecimientos mentales del régimen de progresividad de la pena, tras suspender las calificaciones de conducta y de concepto de la persona alojada en un establecimiento penitenciario especializado de carácter psiquiátrico. En consecuencia, impide que este grupo acceda al régimen de progresividad que busca limitar la permanencia en establecimientos cerrados. En segundo lugar, impone a este colectivo de personas la restricción ilegítima del derecho a recibir visitas íntimas por encontrarse en establecimientos psiquiátrico-penales” (CELS 2013, 419).

consiguientemente, no tardaremos en llenar hojas y hojas de informes con lenguaje técnico (y esto ya es bastante benevolente) donde diremos que alguien es “manipulador” y vaya uno a saber cuántas cosas más. En este sentido, observamos que de la función de ayudar y brindar atención hemos, casi inadvertidamente, empezado a condenarlos y llenarlos de epítetos sobre lo que ellos serían verdaderamente. Difícilmente la lógica del juicio, el ejercicio de enjuiciar, que subyace tanto al creer que son pobrecitos como que son peligrosos, no conduzca a otra cosa más que a un dictamen y a una condena. Por eso, este ejercicio de hacer el compendio moral de alguien sería totalmente inocuo si no fuera acompañada de la potestad social de decidir sobre el destino de estos individuos. [Bertolozzi y Vitalich 2013, 15].

Como vemos, aquí el diálogo entre el derecho penal y el discurso médico-psiquiátrico se interrumpe. El Programa no responde sobre quién es la persona, ni cómo se comporta, no se hacen evaluaciones morales y, mucho menos, predicciones respecto de la conducta humana; los autores solo dan cuenta de “las líneas singulares que determinan el sufrimiento de alguien que padece”. Hay una “sustitución de la lógica del juicio (víctima-peligroso) por una lógica del sufrimiento singular” (Bertolozzi y Vitalich 2013). Además, señalan que los términos “paciente” y, aún más, “interno” no son adecuados para referir la condición de las personas secuestradas en el sistema carcelario. Los profesionales del PRISMA nunca indican en sus informes grados de resocialización, ni de peligrosidad, ni ningún otro dato asimilable a tales conceptos. Indican que no pueden prever la conducta humana.

En un interesante diálogo que pudimos observar entre defensores y miembros del equipo de salud de PRISMA, se podía advertir que respecto del deseo de los defensores de contar con el Programa para ubicar allí a los defendidos más complicados por sus condiciones de detención, la gente del equipo de salud dejó en claro que si no hay criterio de admisión, entonces no se admite a la persona. Pero también se discutieron otros puntos de discrepancia sobre el modo en que se espera que los miembros de PRISMA elaboren los informes de las personas que allí se encuentran internadas. Mientras que el discurso jurídico espera, en última instancia, que un informe médico o médico psiquiátrico exprese el grado de resocialización o bien la “peligrosidad” de un detenido, desde el equipo de salud se sostiene que “no se trabajan cuestiones como ser que no vuelvan a robar, o cometer delitos. El objetivo es mejorar el padecimiento de pacientes psiquiátricos”. PRISMA, según su coordinadora, Jéssica Muniello, es un Programa que pretende “erradicar el concepto punitivo que pretende enseñar mediante el castigo y el miedo”.

Nos interesa este último punto, puesto que el programa PRISMA tiene estrictos criterios de admisión vinculados exclusivamente con parámetros relacionados con la salud mental, es por ello que su población se compone de cualquier persona presa —además de los afectados por el art. 34 del Código Penal— que cumpla con los criterios ya detallados²⁵.

Ahora bien, respecto de los afectados por el art. 34 del Código Penal, es interesante recordar que su encierro se justifica como una medida de seguridad, en este caso, de carácter

25 En las fundamentaciones del lanzamiento del PRISMA se contempla: “Los casos comprendidos por las personas con declaración de inimputabilidad (Art. 34 Código Penal) se tratarán en forma diferenciada, en un dispositivo que se creará para estos efectos (Dispositivo Residencial para Personas con Declaración de Inimputabilidad)”. A partir de las entrevistas y observaciones realizadas, se desprende que este dispositivo, hasta el momento, no ha llegado a funcionar tal y como la letra del Programa lo estipula.

curativo. En sentido estricto, no se trata de condenados ni de procesados, no están sujetos a la progresividad del régimen y su libertad depende de que la mirada médica y la judicial coincidan en que ya no es un sujeto peligroso para sí ni para terceros. La coordinadora del PRISMA señalaba en una entrevista:

[...] no hay progresividad de la pena. En algunos casos los padecimientos mentales resultan un castigo más grande que la cárcel misma. La declaración de inimputabilidad de un preso, sumada a una medida de peligrosidad, resulta, en los hechos, peor que una condena a cadena perpetua. “Levantar una medida de peligrosidad es casi imposible. Ningún juez quiere firmar. En algunos casos, nosotros hemos estado dispuestos a hacerlo”, explica la coordinadora del programa. [Página/12, 20 de octubre de 2014].

Aunque se trata de un concepto resistido y repelido por la nueva ley de salud mental, el concepto de *peligrosidad* se filtra nuevamente, y compone el viejo binomio locura-peligro²⁶. Más aún, como ya fue mencionado, en estos casos, la externación del paciente no depende exclusivamente del dispositivo de salud.

En este sentido, queremos adelantar que, justamente, esta mirada –como la de PRISMA– respecto del tratamiento de la salud mental es la que, de algún modo, colisiona con la noción de “tratamiento penitenciario” y con ciertas demandas tanto de la administración de justicia en general como de la administración penitenciaria en particular. La polisemia de la palabra “tratamiento” se presta a confusiones que, aunque suene contradictorio, ayudan a iluminar algunos aspectos de la áspera relación entre el tratamiento de la salud mental y el encierro carcelario o, dicho de otro modo, la relación entre psiquiatría y derecho penal.

En definitiva, el campo de la salud mental está siendo un terreno de disputas. Entran en tensión distintas lógicas. En primer lugar, en relación con los dispositivos de intervención:

- Intervención interministerial (PRISMA) asociada con la nueva ley de salud mental. Pone el foco en el padecimiento psiquiátrico.
- PROTIN: intervención del servicio penitenciario, tiene una lógica psiquiátrico-criminológica.

El funcionamiento de PRISMA supone un enfoque médico-psicoanalítico que, en el ámbito penitenciario, se presenta como algo exógeno. Lo que se define como objeto de su intervención es un hombre que padece un sufrimiento debido a su constitución psíquica. La intervención no toma en consideración singularidades o diferencias (al menos, no apunta a objetivarlas) entre estos pacientes atendidos en el contexto de encierro penitenciario y otros pacientes extramuros.

El funcionamiento de PROTIN constituye un pliegue del funcionamiento del SPF, “da solución” respecto de ciertos comportamientos que resultan conflictivos y problemáticos para el mantenimiento del orden dentro del espacio carcelario. En relación con PROTIN y la utilización de categorías psiquiátricas para la individuación y “tratamiento” de comportamientos problemáticos, hay que pensar los usos de la medicalización. Los mismos profesionales señalan que, ante los mismos padecimientos, los niveles de medicalización son más elevados en el

26 Nos podemos remontar a los alienistas, luego al positivismo criminológico italiano y argentino para dar cuenta de la emergencia de esta articulación entre locura-crimen- peligro (Foucault (2000), Lombroso (1902), Ferri (1907), Ingenieros (1916))

espacio carcelario que extramuros, aun cuando la medicación psiquiátrica no es provista por el Ministerio de salud (Plan REMEDIAR), sino que debe ser comprada y financiada por el SPF.

La salud mental es una categoría fundamental para describir el modo en que se piensa y problematiza la conducta humana en el espacio carcelario. Advertimos que el modo en que se concibe la conducta humana y se pretende intervenir sobre ella no es homogéneo.

La identificación de un problema asociado a la salud mental de los detenidos y la consecuente intervención suele estar asociada a la suspensión de la progresividad prevista en el régimen correccional. Por lo que se reactualiza el problema clásico de la pena indeterminada, queda suspendida la posibilidad de acceder a “beneficios” (libertad condicional) y medidas morigeradas de encierro (salidas transitorias, por ejemplo).

El análisis de la categoría de salud mental y de las intervenciones mencionadas se complejiza al considerar el rol de la Defensoría General de la Nación. El trabajo de los defensores oficiales es una de las piezas fundamentales del control judicial de la ejecución de la pena. Los defensores buscan formas de condicionar el accionar de la administración penitenciaria con el objetivo de mejorar las condiciones de encierro de sus defendidos y garantizar los derechos previstos legalmente. Desde esta perspectiva, su intervención no se plantea como ruptura respecto de la lógica penitenciaria, sino que la acción está orientada a apropiarse de los mecanismos reconocidos dentro del sistema penal en general y el penitenciario en particular. Entonces, respecto de la salud mental y los dispositivos previstos para su abordaje, es posible afirmar:

Para los defensores, la inclusión de sus defendidos en un dispositivo como PRISMA puede representar, al mismo tiempo, una restitución de derecho (derecho a la salud, y a un tratamiento adecuado), y una morigeración de la pena.

Pero para ello, requieren que el dispositivo (PRISMA, en este caso) se pliegue a la lógica criminológica: para que el discurso sobre el paciente resulte operativo, es decir, tenga consecuencias en las condiciones de encierro y, fundamentalmente, pueda esgrimirse como argumento para la obtención de la libertad, debe poder ser traducido en los términos del lenguaje criminológico de la “peligrosidad”.

De estas tensiones analizadas surge un desafío a dejar planteado: es deseable traspasar el espacio carcelario con lógicas de otras esferas, que la exterioridad penetre la cárcel; pero habrá que pensar lenguajes que permitan la traducción de sentidos hacia la lógica correccional-penitenciaria, al menos mientras sea esta la que organiza centralmente la ejecución de la pena.

4. SISTEMA PENAL: CÁRCEL, JUSTICIA Y VIOLENCIA

Generalmente, cuando se problematiza el encierro carcelario, se cuestiona de inmediato la intervención penitenciaria. Sin lugar a dudas, las prácticas de los agentes penitenciarios, por acción u omisión, están asociadas a la producción de múltiples situaciones de violencia: degradación de las condiciones de vida, trato indigno, uso ilegítimo de la fuerza, solo para mencionar algunas de ellas.

Sin embargo, es preciso señalar que la producción de violencia en el encierro no es exclusivamente penitenciaria. *Es preciso repensar la violencia como un producto del funcionamiento del sistema penal en su conjunto.* Desde esta perspectiva, las agencias judiciales no son ajenas a los procesos de reproducción social de la violencia carcelaria. Entonces, es preciso *reflexionar acerca del modo en que las lógicas de las prácticas judiciales comprenden el ejercicio de la violencia y su reproducción, aun cuando su función y legitimación se postula en términos de garantías de los derechos de las personas privadas de su libertad.*

En este último capítulo, volcamos algunas reflexiones en torno a esta cuestión, focalizando en dos aspectos o dimensiones de la práctica judicial en su vinculación con el ejercicio de la violencia ilegítima. En primer lugar, en relación con la función específica del control judicial de la ejecución de la pena. También nos referiremos a diversos organismos de control, independientes del Poder Judicial. Y, en segundo lugar, nos detenemos en otros dos dispositivos del funcionamiento judicial que se vinculan con la producción de violencia en la cárcel: la judicialización de las muertes producidas en contextos de encierro y el disciplinamiento de los jueces de ejecución.

4.1 Control judicial de la ejecución de la pena

La ley 24.660, Ley de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad, sancionada en el año 1996, significó un avance importante en materia de control judicial de la ejecución de la pena, en tanto vino a modificar el llamado “régimen penitenciario” puesto en vigencia por el Decreto/Ley 412 de 1958.

Esta ley reúne una serie de principios que pautan la ejecución de la pena privativa de la libertad. Es preciso señalar que, además de aplicarse a la ejecución de las condenas, se aplica también a las personas detenidas en prisión preventiva –al menos, en todos aquellos puntos que no se contrapongan con el principio constitucional de presunción de inocencia–.

Entre las cuestiones que introduce esta ley, hay que destacar, en primer lugar, el esfuerzo por dar un marco y un contenido al *principio de legalidad de la ejecución de la pena*.

En segundo lugar, la *sistematización del carácter progresivo del “tratamiento penitenciario”*. A este respecto, esta ley de ejecución fue cuestionada desde distintos sectores. El texto

de la ley pone en evidencia cierta permanencia de la perspectiva del positivismo criminológico, que se encarna en las llamadas nociones “re”: resocialización, rehabilitación, reinserción social, piedra basal del régimen de progresividad que la ley postula.

Como afirma Zaffaroni:

[...] se debe redefinir el concepto de ideologías re: resocialización, repersonalización, reinclusión, reeducación, debido a que de continuar interpretando al mismo en el sentido positivista serán empresas imposibles. Es un absurdo que se tenga que privar a una persona de su libertad en una institución total para enseñarle a vivir en libertad. No se puede enseñar a nadar sin agua, ni tampoco aprender a jugar al fútbol en un ascensor [...] el objetivo inmediato que tendríamos que obtener es una reducción de la prisionización, una radical reducción de la prisionización, no soñar con ir más lejos y tratar de cambiar la sociedad porque eso desde nuestra posición no lo vamos a hacer, la dinámica social es otra [Zaffaroni 2012].

Ahora bien, más allá de las críticas teóricas e ideológicas a la noción de progresividad de la ejecución de la pena privativa de la libertad, en la práctica, en el paso concreto de los presos por la prisión, mientras esta ley esté en vigencia, ellos necesitan avanzar en este régimen para acceder a sus “beneficios”. En este punto, es importante señalar de nuevo lo expuesto en el capítulo anterior: del conjunto de la población penal, aquellos que se encuentran sujetos a medidas de seguridad de tipo curativas quedan por fuera de la progresividad, por ello, su inclusión en el régimen de progresividad es algo que se demanda desde múltiples sectores. Por ejemplo, los profesionales de los programas PRISMA y PROTIN consideran una desventaja que la población a su cargo no esté incluida en este régimen porque los excluye de derechos. El acceso a estos últimos se encuentra sujeto a la voluntad directa del juez a cargo, quien puede o no apoyarse en los informes médicos para tomar sus decisiones.

En tercer lugar, y en este aspecto nos centraremos, esta ley de ejecución introduce *la judicialización del contralor del cumplimiento de estos principios*, enunciados en ella. En efecto, en la ley de ejecución penal se indica:

ARTÍCULO 3º— La ejecución de la pena privativa de libertad, en todas sus modalidades, estará sometida al permanente control judicial. El juez de ejecución o juez competente garantizará el cumplimiento de las normas constitucionales, los tratados internacionales ratificados por la República Argentina y los derechos de los condenados no afectados por la condena o por la ley.

ARTÍCULO 4º— Será de competencia judicial durante la ejecución de la pena:

- a) Resolver las cuestiones que se susciten cuando se considere vulnerado alguno de los derechos del condenado;
- b) Autorizar todo egreso del condenado del ámbito de la administración penitenciaria.

Es decir, que el encierro carcelario se constituye en objeto del control judicial, así se trate de condenados o de procesados (prisión preventiva). Por esta razón, la ley se refiere a las funciones del juez de ejecución penal, que interviene en garantía de los derechos de los condenados, y a las del “juez competente”, en referencia al juez que interviene en relación con los procesados.

¿Qué es lo que debe controlar la justicia? El cumplimiento de todos los lineamientos básicos que esta normativa establece para esta forma de castigo: que la privación de la libertad no resienta el ejercicio de otros derechos que son conservados plenamente pese a la situación de detención, el cumplimiento del “tratamiento”, la correcta aplicación de

las normas de ejecución (sin discriminación por sexo, edad, religión...), progresividad del régimen y medidas disciplinarias.

¿Cuáles son las agencias del sistema judicial que intervienen? El principal actor judicial previsto en la ley es el juez de ejecución penal –para las personas privadas de libertad con condena firme–, o el juez competente en el caso de las procesadas. El SPF le da intervención al juez siempre que haya que decidir sobre las “salidas”, transitoria, condicional, libertad asistida, u otras de las previstas en la ley 24.660.

Ahora bien, todas las cuestiones referidas a la evaluación del “interno”, la definición del “tratamiento individualizado”, la evaluación de la conducta y el concepto corresponden, en primera instancia, a la órbita de la administración penitenciaria. Solo se da intervención al juez cuando puede haber un derecho vulnerado, por lo que, en la mayoría de los casos, debe mediar la presentación de un “recurso” por parte del “interno”. Por esta razón, cobra relevancia la figura de los defensores y, sobre todo, la de los defensores oficiales.

Entendemos que la posibilidad de intervenir en los procesos de producción de muerte en el espacio carcelario requiere, fundamentalmente, revertir situaciones asociadas a estas muertes, como la deficitaria atención de la salud, las condiciones de habitabilidad, las torturas y malos tratos. Es preciso observar y comprender el modo en que las instancias judiciales actúan frente a estas situaciones. Por ello, nos proponemos, en este capítulo, reflexionar sobre la función judicial de contralor de la ejecución de la pena, sobre sus condiciones de desarrollo, alcances y limitaciones.

Apuntamos a sistematizar los principales rasgos que caracterizan a la lógica que organiza las prácticas judiciales del contralor de la ejecución de la pena privativa de libertad. Para ello, analizamos las entrevistas en profundidad que mantuvimos con los jueces de ejecución penal y con funcionarios de la DGN, considerándolos actores claves en esta trama. En lo que sigue, nos centramos en la intervención de los jueces en relación con el control de la ejecución penal.

4.1.1 La escasez de los recursos

A partir de la sanción de la ley 24.660, se han creado cinco juzgados de ejecución Penal en la Capital Federal. Sin embargo, en la actualidad solo se encuentran funcionando tres de ellos de manera completa: el Juzgado Nacional de Ejecución Penal N° 1, a cargo del Dr. José Pérez Arias; el Juzgado Nacional de Ejecución Penal N° 4, a cargo del Dr. Marcelo Peluzzi; y el Juzgado Nacional de Ejecución Penal N° 3, a cargo del Dr. Axel López.

Los Juzgados N° 2 y N° 5 durante años permanecieron sin ser integrados ni habilitados; recién el 27 de octubre de 2015 el Consejo de la Magistratura tomó juramento a la Dra. María Jimena Monsalve para desempeñarse en el Juzgado Nacional de Ejecución Penal N° 5, y a la Dra. Vilma Isabel Bisceglia para hacerse cargo del Juzgado Nacional de Ejecución Penal N° 2.

A pesar de ello, frente a la ausencia de inmuebles para el funcionamiento de dichos juzgados, actualmente ambas magistradas se hallan colaborando con las tareas de los restantes juzgados nacionales de ejecución penal²⁷. Así, mientras que la Dra. Monsalve interviene en las causas del Juzgado N° 3 respecto del control de las suspensiones de juicio a prueba,

27 Así lo dispuso la Cámara Federal de Casación Penal mediante la Resolución 581/16, de fecha 24 de agosto de 2016, teniendo en cuenta la situación crítica que atraviesa el fuero de ejecución penal y que no se han otorgado las condiciones para la puesta en funcionamiento de los JEP N° 2 y 5, según se lee en sus considerandos.

ejecución de penas en suspenso, o penas sustituidas por tareas, causas con personas que venían excarceladas en términos de libertad condicional y aquellas liberadas por el propio Juzgado de Ejecución N° 3 (por libertad condicional o asistida); la Dra. Bisceglia interviene en las causas del Juzgado N° 4, solo respecto del control de los procesos suspendidos a prueba²⁸.

La distancia física que existe entre los jueces y los lugares de encierro se suma como una circunstancia difícil de sortear. En el caso de los jueces nacionales de ejecución penal, sus despachos se encuentran en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mientras que los presos –cuya ejecución de la pena deben controlar– se encuentran alojados en cárceles federales distribuidas en todo el país (las distancias pueden llegar a contarse en miles de kilómetros). Los jueces indican que pueden visitar las cárceles de las provincias, como mucho, una vez por año. Además imposibilita que se encuentren con situaciones cotidianas dentro de la cárcel, dado que la gestión de los pasajes y los permisos que deben solicitarse suelen poner sobre aviso a los directores de estas unidades penitenciarias, que conocen de antemano la llegada de los jueces, con lo que cualquier factor sorpresa para ver las condiciones de alojamiento reales de las personas presas se ve dificultado.

La escasez de recursos se enuncia como una permanente situación de “desborde”, tareas y responsabilidades que sobrepasan la capacidad de acción efectiva de los juzgados de ejecución. Este discurso de la escasez y el desborde tiene una referencia material insoslayable, máxime si tenemos en cuenta la cantidad de presos a cargo de cada juzgado.

Sin embargo, es preciso señalar que la escasez se ve reforzada por cierta tendencia personalista que realza la figura del juez (de ejecución), en lugar de concebir a los juzgados de ejecución como dispositivos que podrían ser refuncionalizados y reorganizados de otras maneras. Además, esta centralidad genera *la ilusión de que con más jueces se resolverían los problemas y deficiencias del control judicial de la ejecución de la pena, obturando la posibilidad de reflexionar sobre las limitaciones estructurales de los modos de control que se han puesto en funcionamiento*. Ciertamente, se requiere de la realización de investigaciones empíricas que permitan revisar esta prenoción –tácita o explícitamente asumida por los funcionarios– del sistema judicial y profundizar el conocimiento sobre el funcionamiento de la ejecución penal.

Estimamos que conocer los aspectos más relevantes de la realidad sobre la que se quiere intervenir resulta necesario para todos los actores, con el fin de definir las metas y evaluar los efectos de sus propias prácticas. Las entrevistas realizadas nos llevan a asumir la falta de información como otra de las aristas de este contexto de escasez.

Solo a modo de ejemplo, podríamos señalar que durante las entrevistas se registró la percepción de los jueces sobre la situación de 2012 y el aumento de las muertes, sobre todo por suicidios. Los jueces de ejecución esbozaron la hipótesis de que la mayor proporción de muertes se da en la población que se encuentra procesada. Como hemos mostrado en el capítulo “Contextualización y descripción del período estudiado”, la relación de las muertes y la situación procesal es, precisamente, la inversa. En el Gráfico 5 de este informe se muestra que, en 2012, el 54% de los muertos eran condenados.

Ponemos de relieve que es preciso trabajar en la sistematización de la información disponible, cosa que requiere coordinar el trabajo de las distintas instancias relevantes de la

28 La diferencia entre el volumen de trabajo asumido por una y otra magistrada tiene que ver con el personal que presta funciones en cada juzgado, toda vez que en el JEP N° 2 existen trabas administrativas respecto del nombramiento de algunos empleados y por ello su planta no está completa.

ejecución de la pena y del funcionamiento de los mecanismos de control, no solo para no duplicar esfuerzos en la producción de información, sino también para combinar y complementar la producción de los distintos organismos, los que enfocan distintas aristas del problema, para construir datos confiables.

4.1.2 Los márgenes de acción

Ahora bien, ¿qué es lo que puede hacer un juez de ejecución respecto de irregularidades detectadas en la administración penitenciaria en relación con los derechos de las personas cuya privación de libertad debe controlar? En este punto clave, nuestros entrevistados manifestaron que no tienen ningún poder sancionatorio sobre el SPF, cuestión que se condice con los lineamientos de la ley 24.660. A lo sumo, pueden dirigirse al jefe del SPF haciendo una denuncia, pedido o sugerencia. “No tenemos capacidad sancionatoria, excepto iniciar una acción penal que luego va a otro tribunal”.

En efecto, la ley 24.660 no establece mecanismos por los cuales los controles judiciales tengan un inmediato impacto en las prácticas penitenciarias. La ley prevé que las autoridades judiciales puedan ejercer observación y vigilancia sobre las prácticas penitenciarias, reeditando la ilusión iluminista que deslumbrara a Bentham: que la sola mirada baste para reformar las prácticas. Subyace una concepción de la judicialización como un medio para “trasparentar” la cárcel. Ver, ese es el mandato de los jueces, esa mirada debe tener el efecto de garantizar el ejercicio pleno de los derechos no cercenados por la imposición formal de la pena. Sin embargo, nada se explicita acerca de los mecanismos que aseguren la mediación entre esa vigilancia judicial y la efectiva modificación de las prácticas carcelarias.

A partir del relato de uno de los jueces de ejecución, podemos reconstruir una situación, cuyo análisis nos permite comenzar a caracterizar el objeto y los medios de este control que, en definitiva, no es otra cosa que la puja por interrumpir o afectar el ejercicio del poder penitenciario.

Dos personas presas manifiestan tener una convivencia conflictiva con el personal del SPF, y le piden al juez de ejecución ser cambiados de pabellón. Mediante la intervención del juez, se cumple con este pedido. Pero son transferidos a un pabellón sin condiciones mínimas de habitabilidad, donde los obligan a convivir con otros presos. Estos otros manifiestan que los funcionarios del servicio les han permitido tener facas para agredir a los denunciantes, aunque la agresión no llegó a producirse, porque resultaron “ser conocidos”, es decir, que casualmente existía entre ellos un vínculo de confianza y camaradería.

Ante esta situación, el juez, junto con el defensor, se presentan en el establecimiento penitenciario en cuestión, toman fotografías del lugar y de los detenidos, para dejar constancia que, hasta el momento, no habían sufrido ningún tipo de agresión física. Se envían informes a los tribunales de los otros presos del pabellón informando la situación.

No obstante, a pesar de las medidas tomadas, no se les pudo garantizar la seguridad física a los detenidos, porque fueron agredidos al día siguiente por el personal de requisa.

Entendemos por *poder penitenciario* al conjunto de los mecanismos de control y sometimiento que se ponen en juego con la ejecución de la pena privativa de libertad. Esta forma de ejercicio del poder se identifica con el rol de los funcionarios penitenciarios y sus estrategias para mantener el orden carcelario.

El control judicial de la ejecución de la pena es la puesta en marcha de mecanismos jurídicos que permitan intervenir en el funcionamiento de ese poder penitenciario, fundamentalmente en los puntos en que supone una sobrevulneración de derechos para las personas privadas de su libertad. Los límites de este control no radican solo en la imposibilidad de imponer sanciones. El relato reconstruido muestra, de manera más general, *el estrecho margen para condicionar a las prácticas penitenciarias.* Ese margen se ve reducido por la distancia que separa lo jurídico de la cárcel como espacio de poder. Distancia física, como ya mencionamos, pero también simbólica. *La “justicia” no está en la cárcel. Para que los presos puedan “acceder” a ella, deben “saltar”, por decirlo de algún modo, por sobre los funcionarios penitenciarios. Por ello, recurrir a la justicia es un desafío al poder penitenciario. Y, en tanto tal, tiene como consecuencia el desencadenamiento de situaciones orientadas a restituir el sometimiento, lo que profundiza la situación de vulnerabilidad que dio lugar al pedido de ayuda a la justicia.*

La pregunta que subyace aquí es cómo se ejerce el poder en el espacio carcelario. La administración penitenciaria, en este caso, gobierna a partir del disciplinamiento y la violencia directa sobre los cuerpos de los condenados, y también regulando/habilitando la violencia entre los presos (en la situación descrita, con un intento fallido de tercerizar la represión en manos de los propios presos). Asimismo, se puede pensar que funciona como una forma de disciplinamiento para los propios jueces, porque les hacen saber que no pueden, en el límite, asegurar la vida de las personas a su cargo, aunque se presenten en las unidades carcelarias. Ese ejercicio del poder tiene como uno de sus resortes o puntos de apoyo la producción y el reforzamiento de esa distancia que separa a la cárcel de los dispositivos de control. Jueces y defensores están “afuera”, literalmente, pero también porque quedan excluidos de la posibilidad de definir la situación de las personas privadas de la libertad. Esta realidad forma parte de la estructura del sistema, más allá de la frecuencia de las visitas y del gran empeño que puedan poner en sus tareas jueces, defensores u otros agentes de las áreas de monitoreo de los espacios carcelarios que funcionan en el ámbito de la Defensoría General de la Nación.

Dado que los jueces de ejecución no pueden sancionar al personal del SPF, se abre una serie de interrogantes en torno a qué es lo que efectivamente pueden hacer y cómo lo hacen, cuáles son sus estrategias de intervención y que tácticas ponen en marcha para condicionar el ejercicio del poder penitenciario, que se despliega como un sobre-poder en el marco de la ejecución de la pena privativa de libertad.

Las posibilidades reales de intervención que tienen los jueces de ejecución de la pena son básicamente por:

- la posibilidad de requerir información al SPF sobre la situación de un preso;
- la posibilidad de los jueces de dejar sin efecto las sanciones disciplinarias que pueden afectar a los presos; y
- la posibilidad de decidir sobre las salidas transitorias, sobre la libertad condicional, libertad asistida y otros institutos previstos en la ley de ejecución penal.

Queda claro que el poder de los jueces sobre los sujetos encarcelados esta subsumido a las decisiones del servicio penitenciario.

4.1.3 Tácticas y estrategias

A partir del análisis de los expedientes de seguimiento de fallecimientos elaborados por el Programa contra la Violencia Institucional de la DGN²⁹, realizamos un abordaje preliminar que apunta a identificar y describir las tácticas y estrategias de los actores judiciales. Esbozamos el resultado de este estudio, que es exploratorio y que podría ser profundizado a partir de nuevas indagaciones.

Hemos detectado distintas formas en las que los jueces de ejecución interpelan a la autoridad penitenciaria. Y en esto radica el ajustado, pero posible, margen de maniobra que los jueces poseen –y no siempre utilizan– en relación con el control del ejercicio del poder penitenciario.

Graficaremos este punto con la descripción de algunos expedientes que documentan la trayectoria institucional de algunos defendidos por la defensa pública (casos que culminaron con la muerte de la persona) y que, según creemos, funcionaron como “casos testigo”. Los casos referidos se reseñan al final de este apartado. Antes de avanzar, es importante destacar que la reconstrucción de los casos a partir del material disponible es sumamente dificultosa, y esto no responde a fallas de un organismo en particular, sino a la dispersión que existe en las distintas esferas del poder judicial, y del sistema penal en su conjunto, para unificar y comprender las trayectorias de los detenidos. Por ello, más que sacar conclusiones, se esbozan algunas preguntas en torno al material con el que se trabajó.

Observamos que los traslados, la decisión de realizarlos o no, constituye uno de los mecanismos para ejercer el poder penitenciario, y es, desde el punto de vista de las personas privadas de su libertad, un mecanismo que puede o bien acrecentar, o bien morigerar sensiblemente, su situación de vulnerabilidad. En este sentido, el traslado funciona como ejercicio de un sobre-poder penitenciario.

El poder penitenciario puede utilizar el traslado como complemento de la sanción disciplinaria aplicada a los presos. Hay varios casos que indican que el traslado es un recurso del poder penitenciario que consiste en sustraer al preso de la red de contención que le proporciona el vínculo con el entorno familiar y los defensores. Así, por ejemplo, una de las muertes traumáticas ocurridas durante 2012 fue precedida por el traslado del detenido a la U. 7, ubicada en Resistencia, Chaco. Se interpuso un recurso de apelación, al que no se hizo lugar. A partir del caso mencionado, interesa preguntarse por qué el juez de ejecución no hace lugar al pedido de nulidad de la sanción. Más allá de los argumentos técnicos, darle la oportunidad al defensor de explayarse respecto de lo que consideraba un avasallamiento al derecho de defensa del detenido parece pertinente por parte de jueces que deben velar por los derechos de los presos y vigilar a la administración penitenciaria. Sobre todo considerando que, en este caso, además del aislamiento, se produjo una baja de la calificación en conducta, y que el traslado a Chaco también parece ser un producto informal de la sanción. Aun cuando el traslado depende de decisiones administrativas del SPF, los jueces de ejecución tienen la obligación de controlar los

29 Estos expedientes incluyen, en general, copias de los legajos de ejecución de los condenados o de las causas penales donde se hallaban imputados los procesados fallecidos en prisión, y, además, copias de las causas penales iniciadas a partir de la muerte del detenido/a (en los casos en los que se haya iniciado una investigación judicial).

lugares donde son alojados los detenidos a su cargo. Por otra parte, independientemente de que el detenido mereciera o no la sanción, la baja de la calificación y el traslado aparecen como una doble sanción que, asumiendo que exceden el marco legal, constituyen una violación a los derechos, sobre los cuales no se observa ningún tipo de control efectivo (Caso 6).

Por otra parte, negar el traslado equivale, en muchos casos, a mantener una situación de riesgo de vida para el propio preso, sosteniendo situaciones de extrema vulnerabilidad. Un caso del año 2012 es paradigmático en este sentido: el preso alojado en la U. 6 de Rawson, Chubut, solicitó su traslado por considerar que su vida corría peligro, por haber denunciado a funcionarios del SPF (había presentado un hábeas corpus que fue rechazado). Ciertamente es que el juez de ejecución penal “aconsejó” el traslado, pero nunca se realiza. Dos semanas después, se produce la muerte por ahorcamiento (Caso 4), ¿Qué consecuencias tiene el “consejo” de un juez de ejecución sobre las prácticas de la administración penitenciaria? ¿Qué otras acciones están al alcance del juez de ejecución? ¿Cuáles son los grados de exigibilidad por parte de los jueces de ejecución penal sobre estas situaciones? Entendemos que la práctica jurídica explota al máximo las inflexiones del lenguaje. Diferencias de vocablos, que en otras prácticas sociales no son significativas, adquieren, en el campo de la práctica jurídica, una relevancia insoslayable: un cambio en el énfasis de la enunciación puede implicar un cambio en los efectos, porque ese énfasis puede ser decodificado como signo de la intención del magistrado de llevar hasta sus últimas consecuencias sus márgenes de acción.

El control judicial resulta más precario respecto de las condiciones y atención de la salud. En general, es el propio SPF, su cuerpo de profesionales, el que administra el diagnóstico y tratamiento, tal como lo expusimos en el capítulo anterior y, sobre todo, la excepción que representa PRISMA en esta lógica. Los jueces no cuentan con un equipo médico pericial propio que se mueva en el espacio carcelario, sea como control de las decisiones del SPF al respecto (por ejemplo, en relación con las decisiones sobre la necesidad o no de realizar un tratamiento extramuros), o para confrontar la calidad y pertinencia de la atención ofrecida en cada caso.

Un caso paradigmático en el que el derecho a la salud aparece vulnerado es el de un hombre de 30 años que muere por ahorcamiento, supuestamente fue un suicidio. La lectura del expediente permite advertir la reiteración de pedidos de atención médica por parte de su defensor oficial y las dudas sobre si fue atendido en algún momento. El juez, frente a este escenario, pidió con urgencia la atención del detenido. Pero, aun detectando inconsistencias en las actas de atención de la salud del detenido, lo único que indica es que “a los efectos de que inicie las actuaciones administrativas del caso a fin de dilucidar las responsabilidades que correspondan, hágase saber de tal circunstancia al Sr. Procurador Penitenciario Federal” (Caso 7).

Es sobre todo en la atención de la salud donde se observa la vacuidad del ejercicio del control. Podemos describir un modo general de procedimiento: a partir de un pedido del defensor (la mayoría de las veces, insistente), el juez indica al SPF que arbitre los medios para que se sigan los tratamientos médicos requeridos por el estado de salud del preso. Hay constancia de que el SPF recepciona el pedido, pero no queda registro de que formalmente el SPF rinda cuentas del cumplimiento de esta indicación. Solo en un caso pudimos observar un informe del SPF en este sentido, y se trataba de un informe que se origina en un pedido de investigación a raíz del fallecimiento de un preso, y no de un seguimiento de su estado de salud. Cabe destacar que, incluso en este caso, la información remitida por el SPF está lejos de documentar el efectivo cumplimiento del tratamiento médico (se trataba de un preso que sufría una insuficiencia renal crónica, el SPF informó sobre los traslados realizados

extramuros para que haga un tratamiento, pero los documentos no muestran regularidad de las salidas) (Caso 2)³⁰.

En muchos casos, la pregunta sobre las condiciones de detención solo se habilita luego del fallecimiento de la persona privada de la libertad. *Es la muerte, o su riesgo inminente, la que muestra una trama de vulneraciones a los derechos esenciales que no había sido alertada por ningún mecanismo.* Ocurre, por ejemplo, que las alarmas se encienden con motivo de la internación y posterior intervención quirúrgica de un detenido. Y, cuando esto ocurre, la intervención judicial sí centra su atención en el cuidado de la salud, pero no indaga respecto de si existieron otros factores que llevaron a este desenlace. Se trata de la preocupación por “hacer vivir” al preso, sin preguntarse por qué se llegó a una internación de urgencia. En uno de los casos registrados, incluso cuando no era concluyente que el defendido haya tenido “un cuerpo extraño en su abdomen”, como lo mencionó la versión médico-penitenciaria, no se investigó en profundidad. No hay indagaciones respecto del dato recogido por la PPN en relación con presuntos apremios por parte del SPF y que podrían explicar el estado de salud del detenido (Caso 5).

La distancia física entre los jueces y la cárcel hace que el contacto de los jueces con la realidad del espacio carcelario esté mediado por el requerimiento de los defensores y, en última instancia, la demanda de los propios presos, lo que exige una exposición por parte de ellos que no siempre están en condiciones de afrontar. *La posibilidad de acceder la justicia no se distribuye equitativamente, influyen la contención de redes familiares, solidaridades interpersonales dentro del penal, la posibilidad de mantener vínculo fluido con los defensores.* Todos estos recursos materiales y simbólicos, generalmente, se concentran en el Área Metropolitana de Buenos Aires, no solo porque la mayoría de los presos provienen de esta región, sino porque allí se concentran las posibilidades de acceso al sistema judicial.

Caso 4

Hombre, 39 años de edad. Condenado a 23 años de prisión. A cargo del juez Marcelo Peluzzi.

En enero de 2011, se había opuesto a ser trasladado a la U. 6 de Rawson, Chubut. Su defensor, Alderete Lobo, interviene en este sentido.

Habiendo sido trasladado, inicia una huelga de hambre: exige su “urgente traslado”, alegando peligro de muerte, temor por su integridad física en represalia por las denuncias por él realizadas. Había presentado un hábeas corpus ante el Juzgado Federal de de Rawson, que fue rechazado.

El 22 de diciembre de 2011 el juez de ejecución penal, Marcelo Peluzzi, “aconseja” el traslado.

La muerte se produce el 5 de enero de 2012. Presunto suicidio.

30 Este caso se describe en el capítulo 2 de este informe.

Caso 5

Hombre, 27 años de edad. Condenado a prisión perpetua. A cargo del Juzgado de Ejecución del juez Peluzzi. Alojado en la U. 7 de Chaco. Muere el 23 de julio de 2012, en el Hospital Perrando de Resistencia.

Causa de la muerte según certificado de defunción: shock séptico e hipovolémico, por peritonitis generalizada como consecuencia de fistula intestinal alto débito y úlcera gástrica.

Estaba internado desde el 25 de junio y fue intervenido quirúrgicamente dos veces. La primera vez, en dicha fecha por la ingesta de un cuerpo extraño (aunque no queda claro que este haya existido). Fue dado de alta el día posterior a esta primera intervención, tal como figura en el informe médico. La segunda vez, fue intervenido el 4 de julio. Esta segunda intervención, se supone, se da como resultado de haberse quitado los drenajes y no seguir el tratamiento indicado en la primera operación.

Un informe de la PPN del 29 de junio indica que a partir de datos del interrogatorio médico, indica el preso que el día 25 de junio había recibido apremios por parte del personal de requisas del SPF.

En la serie de documentos y en ningún informe de los defensores se menciona la cuestión de los apremios.

Hay participación activa por parte del defensor para que se lo tenga al tanto y al día respecto del estado de salud de su defendido. Y un pedido de su familia de trasladarlo a Buenos Aires, lo que no fue efectuado, entendemos que esto puede deberse a la situación crítica de salud en que se encontraba.

En los días posteriores, los partes médicos hablan de la no colaboración del paciente y situaciones en las que rechaza el tratamiento, se dice que se dio intervención al equipo de salud mental.

Caso 6

Hombre, 29 años de edad. Condenado. A cargo del Juzgado de Ejecución del juez Peluzzi. Alojado en la U. 7 de Chaco. Muere el 8 de mayo de 2012, en el Hospital Perrando de Resistencia, no queda claro, en los documentos, la hora del traslado hacia el hospital.

Causa de la muerte según certificado de defunción: paro cardio-respiratorio post-traumático. Shock hipovolémico. Hemotórax masivo. Herida de arma.

En los documentos figura que no se hizo lugar al pedido del defensor de la nulidad de una sanción impartida por el SPF en el Complejo Penitenciario Federal I, en abril de 2011, por la que debía pasar 14 días en una celda de alojamiento individual, con la consecuente baja de la nota de conducta por mantener una discusión y golpearse con otro preso en el patio. Según el detenido, había actuado en legítima defensa. Sin embargo, el juez se apoya en la decisión administrativa del director de la unidad carcelaria y no hace lugar al petitorio.

El detenido apela la decisión en febrero de 2012, ya alojado en Chaco, lugar al que fue trasladado luego de la sanción. Su defensor aduce que la baja en la conducta no debería ir de la mano con la sanción disciplinaria.

Se encontraba en Chaco, si bien sus familiares residen la provincia de Buenos Aires. Además, figura un pedido para verse con su hermano que también se encuentra detenido y no lo veía desde el año 2009.

El 8 de mayo se produce un “incidente” con otro detenido, resultó herido y luego muere en el Hospital Perrando.

Se dio intervención a Fiscalía de Investigación nº 4 de Resistencia, Chaco.

Caso 7

Hombre, 30 años de edad. Condenado. Fallece en el HPC del Complejo Penitenciario Federal I, el día 23 de octubre de 2012.

Causa de la muerte, según certificado de defunción: Asfixia mecánica por compresión extrínseca de cuello.

Se trata de un presunto suicidio por ahorcamiento.

En los documentos, consta que hizo una huelga de hambre porque no lo llevaron al odontólogo, en el transcurso de la huelga sufrió un desmayo por el que se hizo un corte en la cabeza y, al momento de contactarse con su defensor, no había recibido ningún tipo de atención médica. La defensa pide su tratamiento extra muros.

Ante esta situación, el juez pide, con carácter de “muy urgente”, se arbitren los medios para que el preso sea examinado por un especialista.

Estaba próximo a su libertad condicional. Había un pedido de impugnación, con fecha 13 de septiembre de 2012, por parte del defensor oficial, de unas calificaciones consideradas arbitrarias, y que impedían hacer efectivas las salidas transitorias, pero no hubo respuesta de la recepción de esos sumarios.

Por otra parte, el SPF tampoco informó adecuadamente de la muerte.

Hay un acta que dice que el 22/10 se negó a ser atendido por un neurólogo. Hay otra que documenta que, ese mismo día, se negó a ser atendido por un odontólogo. Sin embargo, al juez le llega una de ellas el 22, y la otra, con fecha del 23. En las actas, solo consta firma de personal del SPF (jefe de turno y agente actuante). No figura la firma de los médicos y tampoco la negativa del preso a ser atendido.

Los compañeros presos dicen que, cuando lo encontraron “colgado”, aún estaba con vida, le aplican prácticas de respiración (uno de ellos es paramédico), hasta que llega el enfermero del SPF, lo trasladan al HCP, donde el médico de guardia que lo recibe constata su fallecimiento en la ambulancia.

Se tardó una semana en informarle al juez el deceso del detenido. Se inició una causa por su muerte, el padre es el querellante.

4.1.4 Balance y perspectivas

A partir del análisis de los expedientes, puede advertirse que la rutinización de las intervenciones judiciales se produce por la necesidad de gestionar la sobrecarga burocrática, antes que como producto de la sistematización de procedimientos tendientes a revertir situaciones de vulneración de derechos en el encierro.

Los mecanismos burocráticos que supone la ejecución de la pena privativa de libertad —y que no solo involucran a la institución carcelaria— configuran una máquina de dilatar, trabar, condicionar el ejercicio de los derechos de las personas privadas de su libertad, lo que produce que los presos eviten hacer demandas, generando las condiciones para la “aceptación” por parte de ellos de concesiones y renunciaciones no implicadas formalmente en la definición de la privación de la libertad como forma de castigo. Esta maquinaria está al servicio del gobierno del espacio carcelario.

Entonces, la institución carcelaria y la burocracia del sistema judicial en su conjunto son responsables de hacer las vidas de los detenidos mucho más ingratas, cuestión que significa bastante en contextos de encierro. Dilatar procesos, enredarse en las tramas formales de la burocracia es un factor central de desánimo, impotencia y de sensación de total abandono que los presos sienten. En ese sentido, el aumento de los suicidios puede ser leído como un indicador del recrudescimiento y del deterioro de las condiciones de detención y de la vulneración de derechos de los privados de su libertad y, como contracara, un relajamiento o falta de acción de los controles judiciales necesarios.

En la misma línea, la PPN, en su *Informe Anual* del año 2013 indica que:

[...] en muchos casos los jueces a cargo de las personas detenidas —ya sea bajo prisión preventiva o con condena penal— no se pronuncian acerca de las solicitudes que les efectúan, dejando a criterio de la autoridad penitenciaria el cumplimiento de lo petitionado por el detenido (así en solicitudes de traslados, permanencias, acceso a trabajo, entre otros). Tampoco cumplen en visitar los establecimientos penitenciarios para verificar las condiciones de detención, en la mayoría de los casos. En particular, por cuanto atañe al fuero nacional de ejecución penal, hay una situación de saturación que impide hacer efectivo el principio de judicialización de la ejecución de la pena privativa de libertad. Hoy día el fuero de ejecución se encuentra integrado por solo dos jueces, a cargo de tres juzgados rotando subrogancias entre ellos para cubrir la totalidad de la actividad. Los dos Juzgados creados por Ley 26.070 no han sido habilitados (a ocho años de su creación). Los dos jueces en ejercicio deben controlar la ejecución de la pena del 70% de los condenados alojados en las unidades del SPF. El gabinete interdisciplinario, auxiliar de los jueces de ejecución (Ley 24.121) jamás fue creado. Dichas falencias vulneran los derechos de las personas privadas de su libertad, al retrasar el acceso a los institutos de progresividad de la pena (salidas transitorias, libertad condicional, etc.), al dejar esferas trascendentales del régimen carcelario (como las sanciones administrativas, los traslados y el acceso a los DESC) carentes del debido control jurisdiccional [PPN 2013, 25].

En cierto modo, y retomando las responsabilidades sobre la ejecución de la pena, si bien el lugar de los jueces se justifica en términos de proteger y velar por los derechos de los detenidos, muchas veces, como ya se señaló, forman parte del entramado institucional y burocrático que, más que brindar protección, brinda justificación a prácticas que violan

derechos, ya sea subordinándose al poder penitenciario, desatendiendo pedidos de los defensores, u operando tibiamente “sugiriendo” o “no oponiéndose” a los pedidos y dilatando procesos que, con posiciones más enérgicas y confrontativas, incluso articuladas con otros organismos, podrían resolverse con mayor celeridad y efectividad.

No obstante, existen algunas iniciativas mencionadas por los jueces de ejecución que podrían colaborar para mejorar el desempeño de su trabajo. Por ejemplo, proponen que haya defensores encargados de evaluar las sanciones. Indicaron que se puso en funcionamiento algo de ese procedimiento³¹, y que, a partir de entonces, han disminuido las sanciones formales, al menos. También tienen un proyecto que contempla jueces regionales de ejecución para paliar, de ese modo, el problema de la distancia. Y, que a partir de ello, la ejecución no se transforme en lo que definieron como “una ejecución a control remoto”.

En relación con la atención de la salud, carecen de un equipo interdisciplinario que, por ejemplo, pueda evaluar el estado de salud de un preso. Ante la falta de recursos, remiten las actas por lesiones a los defensores. Asimismo, afirman que, por una acordada de la Corte Suprema, el cuerpo médico forense no va a la cárcel. Entonces, en un caso de lesiones, hay que trasladar al preso y, otra vez, existe una decisión que dilata el procedimiento e incluso puede ser perjudicial para el detenido, dependiendo de su estado de salud. La efectiva creación del mentado equipo interdisciplinario podría paliar esta situación.

4.2 Organismos estatales externos de control

La mayor parte de los reclamos a favor de las personas privadas de libertad en el ámbito del Servicio Penitenciario Federal, sea de modo directo ante las autoridades penitenciarias o, fundamentalmente, ejerciendo su representación ante los jueces, está a cargo de la institución de defensa pública, el Ministerio Público de la Defensa (que ejerce la defensa de un elevadísimo porcentaje de los privados de libertad en cárceles federales). Dentro de esta institución se han creado, además, áreas temáticas destinadas a monitorear el respeto de los derechos humanos de los detenidos.

A su vez, la otra cara del Ministerio Público, esto es, el Ministerio Público Fiscal, ha creado también un área específica encargada de velar por los derechos fundamentales de los privados de libertad sometidos a situaciones de violencia.

Finalmente, existe una Procuración Penitenciaria de la Nación, *ombudsman* penitenciario creado por ley y que se inserta institucionalmente en el ámbito del Congreso Nacional, con una participación también protagónica en el resguardo de los derechos humanos de los detenidos en establecimientos federales.

31 En efecto, a partir del dictado de la resolución DGN N° 380/13 suscripta por la Defensora General de la Nación, y la implementación de un Programa Piloto instaurado entre el MPD y el SPF, se ha ido extendiendo la práctica de notificar al defensor oficial interviniente y/o a la Defensoría General de la Nación cada vez que se haya iniciado un parte de sanción en una unidad penitenciaria federal. Así, se notifica, a su vez, la fecha de realización de la audiencia de intimación y descargo prevista en el artículo 40 del Decreto 18/97 (Reglamento de Disciplina para los Internos). Para la participación en dichas audiencias en las unidades penitenciarias de Capital Federal y el Gran Buenos Aires (Devoto, Ezeiza y Marcos Paz) la Defensoría General de la Nación ha creado un área de “Sanciones”, conformada por letrados que, por delegación de los defensores oficiales, participan en ellas. En los procedimientos sancionatorios en las cárceles del interior del país, la intervención en las audiencias está a cargo de defensorías o unidades de letrados de la respectiva jurisdicción.

Haremos aquí una breve referencia a tales organismos, que hemos llamado “externos” porque no dependen del Poder Judicial ni de ningún otro poder del Estado. Nos concentraremos solo en los organismos de control estatales, sin referencia a otros que cumplen funciones análogas, como pueden ser las organizaciones no gubernamentales.

4.2.1 Ministerio Público de la Defensa. Defensoría General de la Nación

El Ministerio Público de la Defensa (MPD) es un órgano extrapoder, con autonomía funcional y autarquía financiera (art. 120 de la Constitución Nacional), y con una organización jerárquica que encabeza el Defensor/a General de la Nación. La organización de las dependencias que lo integran se encuentra adecuada a la estructura de la justicia nacional y federal del país³².

Según el artículo 1 de su ley orgánica N° 27.149: “el Ministerio Público de la Defensa es una institución de defensa y protección de derechos humanos que garantiza el acceso a la justicia y la asistencia jurídica integral, en casos individuales y colectivos, de acuerdo a los principios, funciones y previsiones establecidas en la presente ley. Promueve toda medida tendiente a la protección y defensa de los derechos fundamentales de las personas, en especial de quienes se encuentren en situación de vulnerabilidad”.

A su vez, en el artículo 42, referido a los deberes y atribuciones de los Defensores Públicos Oficiales, se establece que entre sus funciones estará: “Realizar visitas y tomar medidas para asegurar la vigencia de los derechos y garantías de los asistidos o defendidos alojados en establecimientos de detención, de internación o que impliquen cualquier forma de privación de la libertad” (inciso “j”).

Dentro de la Defensoría General de la Nación (DGN), órgano de gobierno del MPD, funcionan una serie de programas y comisiones especializados temáticamente. Uno de ellos es el Programa contra la Violencia Institucional, creado el 8 de agosto de 2013, por resolución N° 928/13 de la Defensora General de la Nación: “con el objeto de coordinar y dirigir todas las acciones de la Defensoría General de la Nación tendientes a la prevención eficaz y al enjuiciamiento de los responsables de estas prácticas. Dentro de su órbita funciona la ‘Unidad de registro, sistematización y seguimiento de hechos de tortura y otras formas de Violencia Institucional’”.

Asimismo, dentro de la DGN funciona, desde el año 1998, por Resolución N° 158/98, la Comisión de Cárceles:

[...] cuya finalidad es asegurar un control intensivo sobre los establecimientos de detención verificando las condiciones generales de alojamiento, trato y tratamiento de los/as privados/as de libertad. Entre los principales objetivos de la Comisión se encuentran:

Evaluar las condiciones de alojamiento de los establecimientos penitenciarios federales y otras dependencias de fuerzas de seguridad;

Promover el cumplimiento de estándares mínimos de detención establecidos internacionalmente;

32 Cfr. <http://www.mpd.gov.ar/>, fecha de consulta: 7 de septiembre de 2015.

Interponer todo recurso o medida necesarios para hacerlos efectivos;
Brindar a las personas privadas de su libertad un servicio de consulta y comunicación con instituciones y Defensorías Oficiales acerca de problemáticas típicas de sus procesos judiciales y condiciones de detención;
Apoyar a las Defensorías Oficiales en los casos de reclamos individuales que no hayan prosperado.

El Ministerio Público de la Defensa agrupa a los defensores oficiales de la justicia nacional y federal del país. El rol de los defensores es esencial, porque la mayoría de la población detenida cuenta con defensores oficiales. Su rol es velar por los derechos de sus defendidos, mantenerlos informados y peticionar ante los jueces de ejecución, así como también ante las autoridades del SPF. Son el canal fundamental de comunicación que los presos tienen para informarse respecto de cómo van sus causas y, en el caso de los condenados, cómo se desarrolla la ejecución de la pena. Ante el colapso de la justicia de ejecución, los defensores –aunque no únicamente– han desarrollado una serie de estrategias que les permiten avanzar con los pedidos de sus defendidos cuando no son atendidos con la celeridad requerida por los jueces de ejecución, o cuando una situación se detecta como apremiante y urgente. Una de estas estrategias es la interposición de acciones de *hábeas corpus*.

A diferencia de una denuncia, un *hábeas corpus* no tiene como finalidad investigar un delito, sino que tiene como objetivo actuar cuando las condiciones de detención se ven agravadas, por ejemplo, hacinamiento, falta de atención de la salud, abusos, violencia, etcétera: “La denuncia penal no soluciona la situación de la persona privada de libertad, sino que solo investigará el delito. En cambio el *hábeas corpus*, si el juez de instrucción o federal no lo rechaza *in limine*, ordenará que esas condiciones que agravaban su detención sean mejoradas” (García Yomha y Caamaño Iglesias Paiz 2006, 53).

Como se desprende de la cita, los *hábeas corpus* no son interpuestos ante los jueces de ejecución, sino ante los de instrucción o correccionales en la Capital Federal, o ante los juzgados federales en el interior del país. En general, se los rechaza porque se considera que los reclamos respecto de las condiciones de encierro deben canalizarse vía los juzgados de ejecución o el juez que tenga a disposición el detenido. De todas formas, sucede que aun siendo rechazado, debe remitirse una copia al juzgado de ejecución, lo cual visibiliza que hubo un reclamo no atendido ya sea por el SPF o bien por la misma justicia de ejecución.

Uno de los motivos habituales de interposición de *hábeas corpus* son las condiciones de hacinamiento. Ahora bien, los conflictos respecto de los lugares y las plazas disponibles no se solucionan con estas medidas, se puede afirmar que, en determinados casos, se logran resolver ciertas situaciones con el riesgo de empeorar otras.

A modo de ejemplo, uno de los entrevistados relataba que, como consecuencia de la presentación de un *hábeas corpus*, hubo una disposición de la Corte que ordenaba que no se hiciera pernoctar a los detenidos en la U. 28 (Unidad de Detenciones Judiciales ubicada en el subsuelo del Palacio de Justicia). En consecuencia, se los derivaba a Marcos Paz, Ezeiza o Devoto, es decir, a la unidad que “fuese receptiva”. A partir de entonces, en estos lugares se produjeron hasta 40 ingresos semanales, lo que colapsó la capacidad de alojamiento. Según el entrevistado, desde la perspectiva del SPF, se presenta una situación en la que se les exige que se les dé alojamiento a cierta cantidad de detenidos, incluso cuando materialmente no existe capacidad para ello. Así, nos señalaba, a partir de estas prácticas, surgen situaciones

extremadamente irregulares que van desde alojar gente en los patios y gimnasios, hasta habilitar un sistema de prebendas en el que los presos con mayor poder económico compran, literalmente, su alojamiento.

Asimismo, en la opinión de un defensor:

Nunca estuve a favor de la construcción de otras cárceles, pero hoy por hoy vos tenés una línea de política criminal que te está denegando excarcelaciones sistemáticamente, el servicio penitenciario es responsable de este problema, pero no es el único. Los defensores muchas veces nos contentamos con denunciar el problema y no caminar, yo creo que es muy importante que los defensores conozcan la situación en la que están alojados sus asistidos... [defensor oficial, en entrevista para esta investigación].

Por otra parte, se menciona una iniciativa conjunta de algunos organismos y actores involucrados para paliar la situación de vulneración de derechos en las cárceles del SPF. En el año 2012, se sancionó el “Protocolo para la implementación del Resguardo de Personas en Situación de Especial Vulnerabilidad”, firmado por la Defensoría General de la Nación, la Procuración Penitenciaria Nacional y el Servicio Penitenciario Federal. En efecto, el informe del CELS de 2013 indica:

De acuerdo con los datos que surgen de la Unidad de Registro, Sistematización y Seguimiento de Hechos de Tortura y otras Formas de Violencia Institucional, de la Defensoría General de la Nación (DGN), la mayor cantidad de abusos de autoridad y malos tratos se registran durante las requisas o cuando el detenido es sometido a un régimen de aislamiento, y sólo la mitad de estos hechos son denunciados judicialmente. En este sentido, durante 2012 se trabajó en relación con las situaciones de Resguardo de Integridad Física, en las que se aísla a los detenidos que deben ser protegidos. En el marco de una mesa de trabajo organizada con el acuerdo de la DGN, la PPN y el SPF, se acordó un protocolo de actuación para resguardar a los detenidos en especial situación de vulnerabilidad. Uno de los avances más importantes que introduce el protocolo es la implementación de distintas vías para lograr el resguardo de la integridad de una persona, evitando someterla a situaciones de aislamiento que configuren trato inhumano. De esta manera, se establecieron diferentes mecanismos que se aplicarán según el peligro que determine la situación. Además, establece controles sobre el procedimiento de resguardo, que realizarán organismos públicos (como la PPN y la DGN) y organizaciones no gubernamentales [CELS 2013, 290].

Asimismo, en septiembre de 2012, la PPN, el fiscal federal de Neuquén y la defensora federal oficial de esa ciudad presentaron un hábeas corpus colectivo por la situación de la Unidad 9. El hábeas corpus fue presentado ante el Juzgado Federal Nº 2 de Neuquén. El juez comprobó los hechos denunciados (el trato inhumano o degradante que padecen los detenidos bajo sanción disciplinaria o en Resguardo de Integridad Física –RIF–; el alto nivel de violencia, en particular, del personal de requisa) y otras situaciones que igualmente comprendían la vulneración de derechos de los detenidos: comida de mala calidad y muy escasa; casi nulo acceso al aire libre y actividades recreativas, y deficiente atención de la salud. Como consecuencia, el director nacional del SPF, Víctor Hortel, removió al jefe de la unidad, prefecto Carlos Rodríguez.

Referenciamos estas experiencias porque consideramos que protocolizar procedimientos de intervención es una de las líneas de acción que podrían mejorar la eficacia del control judicial de la ejecución de la pena. Al mismo tiempo, ello permite involucrar a distintas agencias en compromisos conjuntos, lo que resulta una forma viable de aunar esfuerzos y dar coherencia, sistematicidad y agilidad a las respuestas que merecen los reclamos de las personas privadas de su libertad.

4.2.2 Ministerio Público Fiscal. Procuraduría de Violencia Institucional

La Procuraduría de Violencia Institucional (PROCUVIN) fue creada en marzo de 2013, por la Procuradora General de la Nación (Resolución PGN 455/13). Su objetivo institucional es dar curso a las acciones penales y orientar las investigaciones relativas a delitos vinculados con la violencia institucional que tienen como víctimas, principalmente, a las personas en estado de vulnerabilidad.

Entre las funciones de su titular se encuentran:

*...intervenir como fiscal principal o coadyuvante en los casos que versen sobre hechos de la competencia de la Procuraduría, en todas las instancias; recibir denuncias y, cuando el caso lo requiera, disponer y realizar las medidas necesarias para determinar los extremos de los artículos 174 y ccs. CPPN. En caso de considerarlo pertinente podrá remitir estas denuncias al/a la fiscal que corresponda; disponer la realización de investigaciones preliminares respecto de hechos que importen la violación de derechos humanos con el fin de requerir la instrucción del sumario (artículos 181 y ccs. CPPN); asistir a las fiscalías y brindar la colaboración necesaria para la correcta *investigación de los hechos que configuren constitutivos de violencia institucional; disponer la realización de inspecciones en todos aquellos establecimientos en los cuales permanezcan personas privadas de su libertad a fin de controlar las condiciones de encierro, e instar acciones de protección y resguardo de su integridad; disponer las acciones interinstitucionales necesarias para la prevención, la investigación y el juzgamiento de los casos que configuren violaciones a los derechos humanos y/o delitos relacionados con la violencia institucional, con organismos públicos y organizaciones civiles vinculadas a la temática.* [Web oficial del Ministerio Público Fiscal. El subrayado es nuestro]³³.*

Dentro de las áreas que componen a la PROCUVIN, hay una específica denominada “Violencia en instituciones de encierro”. Institucionalmente, se informa: “El área fue creada a través de la resolución PGN 455/13 que dio origen a la PROCUVIN, con el objeto abordar desde el Ministerio Público Fiscal la realidad de torturas, malos tratos y condiciones inhumanas de vida a las que se ven sometidas las personas que se encuentran alojadas en lugares de encierro”.

4.2.3. Procuración Penitenciaria de la Nación

La Procuración Penitenciaria Nacional (PPN), según la ley 25.875, depende del Poder Legislativo y funciona como un órgano de control del SPF. No tiene capacidad sancionatoria, pero sí la posibilidad de denunciar, visibilizar e informar sobre el accionar de la fuerza. La

33 Extraído de <http://www.mpf.gob.ar/procuvn/>, fecha de consulta: 7 de septiembre de 2015.

fortaleza de este organismo radica en la sistematicidad para recopilar información pertinente respecto de las condiciones de vida de las personas detenidas. Complementa la información recibida por la administración penitenciaria con la que solicitan las distintas dependencias judiciales solicitan y la PPN les hace llegar. Además, cuenta con dispositivos que les habilitan un contacto personalizado con la población encarcelada, más allá de visitar asiduamente los lugares de encierro.

El rol de la PPN es fundamental dado que sus informes anuales brindan datos relevantes para graficar el funcionamiento de las cárceles federales de nuestro país. En ese sentido, y como ya fue señalado, la información de esta investigación fue cotejada con la que procede de dicho organismo, así como también tomamos, aunque con ciertas salvedades, las categorías que utilizan para clasificar las muertes en el encierro³⁴.

En relación con el control de la ejecución de la pena, su capacidad para iniciar denuncias o, como mencionamos, visibilizar algunos hechos, constituye un elemento de presión tanto para el SPF como para las distintas instancias judiciales. En este caso, a pesar de no poseer ningún poder sancionatorio, la denuncia, la recopilación y sistematización de datos funcionan como controles necesarios para mejorar las condiciones en las que actualmente se cumple la pena privativa de la libertad en las cárceles federales de nuestro país.

4.3 Justicia y violencia

Al comenzar este capítulo, señalábamos la importancia de observar el funcionamiento del conjunto del sistema penal respecto de la producción de violencia. La cárcel, como espacio de poder que funciona produciendo la sobrevulneración de la población encerrada, emerge a partir de una pluralidad de prácticas institucionales que no se agotan en aquellas que corresponden a los funcionarios penitenciarios.

La observación y análisis de los mecanismos que constituyen el control judicial de la ejecución penal nos llevan a pensar que las deficiencias y limitaciones encontradas no son circunstanciales, sino, antes bien, síntomas de un funcionamiento sistemático. Es decir, la producción de dicha sobrevulneración y, en última instancia, de muerte, no depende exclusivamente de los mecanismos propios del poder penitenciario (su prácticas de represión directa, la administración de cierto “dejar hacer” en relación con la violencia entre los mismos presos, el control médico-psiquiátrico de las conductas, la sobremedicalización, entre algunas de sus prácticas): *necesita, además, de ese débil control judicial, burocratizado, cuyo efecto es, más que la restitución de derechos vulnerados, una legitimación precaria de la pena privativa de libertad. Es necesario potenciar los aspectos verdaderamente eficaces de este control y generar nuevas dinámicas de control.*

Además de las debilidades de los mecanismos de control de la ejecución de la pena privativa de libertad, hay otros dispositivos por los que las agencias judiciales participan de la producción de violencia en el sistema penal. Nos interesa detenernos en dos de ellos. En primer lugar, en lo que respecta a la judicialización de las muertes. Y, para terminar, nos referimos a lo que podríamos llamar el disciplinamiento de los jueces.

34 Acerca de la categorización de las muertes, véase el capítulo 2 de este informe.

4.3.1 La judicialización de las muertes

La lógica que sigue la judicialización de las causas por muerte muestra la poca predisposición para visibilizar las situaciones de vulneración de derechos.

En primer lugar, es preciso señalar que no todas las muertes que se producen en las cárceles federales llegan a ser judicializadas. Según los datos aportados por la DGN, solo 14 de las muertes ocurridas durante el año 2012 fueron judicializadas. Podemos poner en relación este dato con los producidos por la PROCUVIN (2015). Este organismo halló que, para el año 2012, hay 31 causas judiciales por muerte en contextos de encierro. Esto significa que alrededor de la mitad de las causas en curso durante 2012 corresponden a la investigación de muertes ocurridas ese año. De esas 14 causas, varias de ellas se encuentran archivadas. Es muy baja la proporción de esas causas cuyas investigaciones conducen al procesamiento de un imputado, y menos aún las que llegan a una condena.

Si bien algunas de estas causas tienen a la DGN, o a PROCUVIN, o a los propios defensores, o a la propia PPN como denunciante, en general, no contar con familiares o demandantes que presionen para averiguar cómo fue posible la muerte de alguien, da por descontado la no investigación del caso, más aún si no se puede establecer rápidamente la intervención de un tercero, es decir, que se esté ante un supuesto caso de homicidio.

En la misma línea, interesa señalar qué sucede cuando acontece un supuesto suicidio. Se trata de una muerte violenta y traumática, pero que, en general, como ya se ha mencionado, no necesariamente genera algún tipo de averiguación o de investigación judicial al respecto. Esta es una dificultad vinculada con el Código Penal argentino, que busca responsabilidades individuales y no institucionales.

La búsqueda de la responsabilidad individual como motor de la judicialización de las muertes obtura la posibilidad de problematizar las muertes en contextos de encierro como parte de una responsabilidad institucionalmente compartida por el conjunto del sistema penal³⁵. Justamente, los suicidios pueden ser un exponente de responsabilidad institucional que, al estar presentados como un acto voluntario de un sujeto, no se tienen en cuenta los factores que pudieron influir en la toma de una decisión de esta índole. Se puede hablar de suicidios inducidos, no para hablar necesariamente de muertes ocasionadas por la vileza o intencionalidad de ciertas personas, sino para objetivar situaciones en las que es esa maquinaria burocrática de privación y desaliento la que conduce al suicidio.

En efecto, en la trama en la que muchos de los suicidios ocurren hay inducciones, situaciones penosas, infinitas trabas burocráticas, torturas y malos tratos que pueden predisponer a una persona a tomar este tipo de decisión. No atender a sus demandas de acceso a la salud, separarlos de sus familiares como consecuencia de traslados a lugares lejanos, frustrar los avances en la progresividad del régimen con sanciones de dudosa legitimidad, encerrarlos

35 Según un informe de la OMS, las causas de suicidios incluyen una multiplicidad de factores tanto individuales como ambientales: “[...] factores socioculturales, condiciones psiquiátricas, biología, genética y estrés social”. Asimismo, también se afirma que las condiciones edilicias pueden incidir en este tipo de muertes. De esta manera, la OMS enfatiza el hecho de que una acción humana por lo común atribuida exclusivamente a una decisión individual, no puede ser comprendida sin la remisión a una serie de factores relativos a las condiciones institucionales (OMS, 2007). Solo si se toma en consideración esto, se puede comprender la amplia diferencia en las tasas de suicidio de las poblaciones encarceladas en comparación con los datos disponibles para la población general.

en celdas de aislamiento como castigo, no dejarlos acceder a medicamentos recetados, son algunos de los mecanismos que institucionalmente se pueden poner en juego para desalentar los deseos de seguir viviendo de los sujetos encarcelados.

4.3.2 El disciplinamiento de los jueces

Es necesario poner de relieve el caso del juez Axel López, dado que el camino del *jury* de enjuiciamiento al que fue sometido permeó, en gran parte, el clima de las entrevistas realizadas, acrecentando las sensaciones de impotencia y debilidad, pero, fundamentalmente, abonando la idea del cuestionamiento permanente desde otros campos: el político, el de los medios masivos de comunicación y el de la opinión pública en general.

En noviembre de 2014, el juez de ejecución penal Axel López fue enviado a juicio por mal desempeño de sus funciones, por haber concedido la libertad condicional a Juan Ernesto Cabeza (que, vale mencionar, hacía cuatro años contaba con salidas transitorias), condenado a 24 años de prisión por cuatro violaciones. Durante su libertad condicional, en la provincia de Chaco, se lo acusó de haber matado a Tatiana Kolodziej, de 33 años, en un intento de violación. Para otorgarle la libertad condicional, el juez se había basado en los informes del SPF sobre el detenido.

Varios factores se conjugaron para que la situación tomara la relevancia y el impacto mediático que finalmente tuvo. En primer lugar, la actuación de asociaciones civiles como las Madres del Dolor y la Usina de Justicia, que le cuestionaban a López su fallo. En segundo lugar, un contexto político en el que, desde el poder ejecutivo y de parte del oficialismo (además de otros actores del espectro político), se cuestionaba fuertemente el accionar de la justicia, retomando nociones como la de la “puerta giratoria” para graficar una supuesta situación en la que los delincuentes no encuentran castigo. En tercer lugar, una opinión pública sumida en una “demagogia punitiva” que la vuelve poco proclive a mirar los conflictos sociales del lado de los derechos de las personas que han cometido delitos (Mouzo 2012). Por último, los medios masivos de comunicación que, apoyándose en el dolor y los testimonios de las víctimas, enjuician y condenan mediáticamente, lo que los convierte en actores de gran relevancia para el rumbo de la política penal (Calzado 2015).

La conjugación de estos factores se tradujo en una cruzada contra el “garantismo” y el “abolicionismo”, categorías propias de la criminología que, traducidas al sentido común, parecerían decir algo así como “liberar presos sin ningún tipo de control ni de responsabilidad”³⁶. De hecho, las declaraciones mediáticas respecto de este caso –de las agrupaciones civiles y de los medios masivos de comunicación– con escasas excepciones, fueron muy reduccionistas, configurando un escenario en el que respetar los derechos de los presos, se supone, va en detrimento del respeto por los derechos de las víctimas y de la sociedad en su conjunto.

Más allá del resultado del juicio, su impacto fue interpretado como un modo de disciplinamiento para los jueces de ejecución. En este sentido, sostienen que esto no hace más que generar una suerte de círculo vicioso en el que las liberaciones de los presos van a ser más resistidas, el encarcelamiento va a tender a aumentar y la labor de los jueces de ejecución estará aún más entorpecida. Aunque el *jury* absolvió a López, el proceso y sus resonancias públicas siguen produciendo su efecto, como afirmó Eugenio Raúl Zaffaroni, defensor de López en su alegato final: “el daño está hecho”.

36 Aunque el garantismo y el abolicionismo son corrientes dentro de la criminología que en muchos puntos se oponen, desde el sentido común se asumen de forma indiferenciada.

5. CONCLUSIONES

Esta investigación se inicia como consecuencia de una serie de inquietudes de la Defensoría General de la Nación a propósito de la producción de muertes en contexto de encierro bajo la custodia del Servicio Penitenciario Federal, y con un interés particular en el año 2012.

La revisión de los datos disponibles para un período más amplio (2003-2014) nos permitió advertir que durante el año 2012 no se registra un número mayor de muertes que las registradas en los años 2003, 2006 y 2007. Y que las fluctuaciones anuales del número de muertes para ese período no parecen relacionarse con cambios estructurales en los modos de gestión del espacio carcelario.

Podemos afirmar que *la relevancia que tiene el año 2012 no se deriva tanto de una consideración cuantitativa respecto de la producción de muertes, sino, más bien, de sus consecuencias políticas.*

El año 2012 corresponde íntegramente a la gestión de Víctor Hortel, la que se extendió desde abril de 2011 hasta agosto de 2013. Hemos puesto de relieve que el año 2012 se caracterizó por una singular exposición política y mediática de la administración penitenciaria. Y esta exposición significó la impugnación sistemática de una gestión civil que discursiva y públicamente se identifica a sí misma como la materialización de principios asociados al “minimalismo penal”. Se trata de una gestión que asume una posición muy debilitada, en primer lugar, por las resistencias del SPF a cualquier intervención que suponga una alteración del status quo en el espacio carcelario. En segundo lugar, porque se quedó a mitad de camino entre dos posturas: por un lado, las impugnaciones mediáticas reactivan un imaginario punitivista que deslegitima cualquier intervención que no reivindique y refuerce la vinculación entre cárcel y sufrimiento como castigo; y, por otro lado, porque al no sostener procesos que constituyan un cambio estructural de las prácticas penitenciarias, tampoco se gana el apoyo decisivo de los organismos de derechos humanos.

La visibilidad que adquiere esta gestión de corte “progresista” le da una relevancia simbólica y política muy importante, lo que, en cierta forma, explica el interés de la Defensoría General de la Nación y otros organismos de derechos humanos en comprender el sentido de estas muertes. Entendemos que el aporte de la presente investigación consiste en *poner de relieve la compleja trama de prácticas y relaciones comprometidas en la producción de muerte en el espacio carcelario, evitando la naturalización de procesos de carácter eminentemente social.*

En este sentido, se ha enfatizado la necesidad de revisar la utilización de las categorías “muertes violentas” y “muertes no violentas”. En efecto, la división que plantean estas categorías se construye sobre un desplazamiento de sentido, por el cual el atributo de “violenta” se homologa a “traumática”, naturalizando y reduciendo su sentido. Para desandar esta dicotomía, se hizo foco en dos subcategorías: la de “suicidio” (comprendida entre las

muerres violentas) y la de “muerte por enfermedad” (comprendida entre las muertes no violentas). Pretendimos poner de relieve que la primera, “suicidio”, puede ocultar hechos de violencia, como homicidios no investigados o responsabilidades institucionales que dicha categorización oculta o invisibiliza; y que la segunda, “muerte por enfermedad”, naturaliza la violencia que una precaria atención de la salud implica.

En efecto, los indicadores de salud de la población encarcelada nos llevan a reconocer *el impacto de ciertas prácticas institucionales sobre la salud de las personas encerradas como una dimensión de la violencia del sistema penal*. Y la pregunta por las condiciones de atención de la salud nos lleva, invariablemente, al problema de la atención de la salud mental, porque los entrevistados señalan, entre las afecciones más recurrentes, aquellas vinculadas con el sufrimiento psíquico (depresiones, ansiedades); o bien porque la distribución de muertes en el espacio carcelario muestra índices elevados de suicidios, presentando una tasa de suicidio para la población encarcelada quince veces más alta que para la población general de nuestro país³⁷.

La atención de la salud mental se constituye como un campo de disputas que se estructura a partir de distintas lógicas de intervención que entran en tensión. El PRISMA, en tanto lógica exógena que irrumpe en el espacio carcelario, se muestra como un interesante punto de comparación para otras lógicas que lo atraviesan y estructuran. Los criterios pragmáticos que se vierten acerca de la “utilidad” del PRISMA evocan esas diferentes finalidades y sentidos atribuidos a las prácticas institucionales de los distintos actores.

Puntualmente, desde el lugar de los defensores oficiales, se demanda al PRISMA que resuelva una multiplicidad de situaciones problemáticas que tienen con sus defendidos y que, según ellos, no tienen otros medios para canalizar. Desde un defendido que dice que se va a suicidar, hasta uno que se autolesiona, o se encuentra amenazado, o bajo una crisis nerviosa, o con problemas de adicciones, entre otros. Para los defensores, el bien mayor a defender es la vida de su asistido y, por algún motivo, *se acuñó una mirada que depositó en PRISMA la expectativa de un reaseguro de la vida para una población sobrevulnerada. Sin embargo, desde el Programa, los estrictos criterios de admisión recortan el conjunto de situaciones problemáticas a ciertas patologías relacionadas con la salud mental*, lo que funciona como límite de los anhelos de los distintos actores.

Por otra parte, la tensión entre el PRISMA y el servicio penitenciario radica en la percepción de que el Programa no resuelve lo que para la gestión del servicio constituye un problema: PRISMA no es, no sirve como una herramienta para contener a “un detenido conflictivo”.

PROTIN, en cambio, es un servicio propiamente penitenciario. Es un dispositivo que funciona justamente para “dar respuesta” a esa problemática, trabaja con “toda la gente que no llega a PRISMA, pero te genera problemas”. Así, el cuerpo médico y el cuerpo de seguridad

37 Según el informe del Ministerio de Salud de la Nación “Mortalidad por suicidio en Argentina: 1997-2012”, en el año 2012 en nuestro país la tasa de suicidio fue de 8 cada 100.000 habitantes. Como hemos señalado, durante ese mismo año se suicidaron 12 de las 9807 personas encerradas en el SPF, dato que proyectado equivaldría a una tasa de 122,36, esto es, una casa quince veces mayor. FUENTES: para la población general de nuestro país se usaron datos del Ministerio de Salud de la Nación (http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2014-12-18_mortalidad-por-suicidio-en-argentina-1997-2012.pdf); para la población privada se ponen en relación los datos producidos en este informe con la información sobre población penitenciaria presentada por el SNEEP, Informe 2012.

funcionan en tándem, este es uno de los aspectos fundamentales de la lógica penitenciaria a la que se pliega el PROTIN, encarnando el acople entre tratamiento penitenciario y tratamiento de la salud que tradicionalmente supone el régimen correccional.

Por el contrario, PRISMA se instituye como un dispositivo no penitenciario. Más precisamente, como un programa de atención de la salud mental “civil”. Y su funcionamiento supone el desacople entre tratamiento de la salud y tratamiento penitenciario. Este desacople se expresa en la ruptura con el enunciado de peligrosidad, quiebre que se propone desde este Programa.

Así, la presencia de esta intervención supone una disrupción en el espacio carcelario. Su presencia desestabiliza uno de los mecanismos fundamentales por los que el servicio penitenciario legitima sus prácticas: un saber médico-psiquiátrico-criminológico, un saber profesional que supuestamente viabiliza la corrección.

Si estamos en lo cierto con estas observaciones, cobran otro relieve las tensiones advertidas en relación con el PRISMA. Estamos convencidos de que atravesar el espacio carcelario con prácticas que suponen lógicas que le son ajenas es algo positivo. Consideramos que este debe ser el camino para lograr cambios estructurales en la ejecución de la pena privativa de la libertad. Sin embargo, hay que cuidar de los efectos desestabilizantes que esto pueda tener en el funcionamiento penitenciario, y sus consecuencias. Fundamentalmente, porque “la incomodidad” de los funcionarios penitenciarios tiene efectos sobre la ejecución de la pena que no son controlados, tal vez ni siquiera controlables, por las autoridades responsables de la administración penitenciaria, y que se traducen de manera más o menos directa en las condiciones de vida de los detenidos. Los relatos de algunos de los funcionarios entrevistados llaman la atención sobre ese doble aspecto de la administración penitenciaria: gobernar la cárcel no es solo gobernar una población de encarcelados, es también gobernar al conjunto de los trabajadores penitenciarios. Esa “incomodidad”, malestar penitenciario, en general tiene que ver con la identificación de intervenciones que pueden constituir un menoscabo del sobre poder penitenciario en el espacio carcelario.

Esto no quiere decir que no haya que profundizar la política de apertura del espacio carcelario; sino que *es preciso trabajar al mismo tiempo en la redefinición de la racionalidad penitenciaria*. Es decir, contribuir a la constitución de un saber específicamente penitenciario, pero que no se despliegue ya como saber sobre el detenido. La especificidad de un saber penitenciario en un espacio carcelario de nuevo orden, permeado por lógicas de intervención extracarcelarias, podría consistir en encauzar y articular las energías que múltiples agencias pueden volcar en este espacio. Hay que construir un saber que legitime y racionalice su intervención, y lograr que esta racionalidad ya no sea la del esquema psiquiátrico-criminológico.

Asimismo, como ya lo señalamos, mientras sea la lógica correccional-penitenciaria la que organiza la ejecución de la pena, es decir, *mientras los enunciados de peligrosidad tengan efectos prácticos sobre las condiciones de encierro, será necesario pensar lenguajes que permitan el intercambio de sentidos entre lo jurídico y las nuevas lógicas que, con esfuerzo, vayan traspasando las fronteras del espacio carcelario para habitarlo, discutirlo o reordenarlo*. Esto es indispensable para progresar en la restitución de derechos de las personas encarceladas, porque sus condiciones de vida y, en última instancia, también la posibilidad de su muerte dependen de que las distintas agencias que actúan en la cárcel puedan entrar en diálogo.

A lo largo del trabajo hemos propuesto *pensar la producción de muertes en contexto de encierro no solo como producto de decisiones directas de la administración penitenciaria,*

sino como producto del conjunto de prácticas que constituyen el funcionamiento del sistema penal. Las muertes no se explican solo por referencia a las prácticas penitenciarias inmediatamente vinculadas a la gestión del espacio carcelario: es preciso observar, en otro nivel, *el vínculo entre administración de la justicia y la producción de violencia penal.*

Si bien la *ley 24.660*, Ley de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad, supone un avance significativo porque establece el control judicial de la ejecución de la pena; *no ha significado, en los hechos, la instauración de dispositivos que logren un control efectivo sobre la ejecución penal.* Esta investigación solo alcanza a esbozar el complejo conjunto de motivos que existe para explicar lo anterior, pero que creemos posible indagarlo a partir de futuros trabajos.

En primer lugar, ese control judicial se muestra, en la práctica, como un control muy limitado, porque la función de control no está asociada a una capacidad sancionatoria. La ejecución de la pena supone un control jurídico que no cuenta con la herramienta jurídica por excelencia: el poder de sanción.

El control judicial de la ejecución de la pena se da como control debilitado. Esa debilidad se traduce en una escasez generalizada. Falta de recursos humanos y materiales generan una sobrecarga de trabajo que imprime, en la acción judicial, una lógica que va en detrimento del objetivo de lograr un control efectivo de la ejecución penal. Se produce una *rutinización de la práctica judicial que conlleva una burocratización orientada sobre todo a gestionar circuitos de intercambio que se perciben “desbordados”.*

En la práctica de los jueces, esto se observa en intervenciones que solo apuntan a descargar la responsabilidad institucional inmediata de la justicia *tout court*, pero que no se proyectan integralmente en la situación de vulneración de derechos que produce el encierro. Muchas veces, la misma burocracia configura una máquina de dilatar, trabar, condicionar el ejercicio de los derechos de las personas privadas de su libertad, produciendo condiciones para la “aceptación” por parte de ellas, quienes hacen concesiones y renunciaciones no implicadas formalmente en la definición de la privación de la libertad como forma de castigo. Las denegaciones de traslados, la falta de énfasis en el pedido de una revisión médica, entre otras circunstancias, suelen resultar letales para el preso. En este sentido, consideramos necesario destacar que la falta de recursos esconde una debilidad más profunda, de carácter estructural. Por ello, el simple aumento de los recursos no sería una solución, si se perpetúa la intervención de mecanismos jurídicos abstractos que ponen en funcionamiento una burocracia que, la más de las veces, se articula en espirales de sobrevulneración de derechos de los detenidos.

Por parte de los defensores, la escasez los lleva a poner en práctica una racionalización de los recursos que obliga a calcular la ratio esfuerzo/efectividad de cada intervención, para focalizar los recursos y maximizar los resultados. La posibilidad de superar esta limitación ha estado asociada a *la capacidad de la DGN de generar acciones conjuntas con otros organismos de control, que permiten tener visibilidad y fuerza política para producir algunos cambios.*

Estas acciones y su gran potencial nos señalan la importancia práctica que puede tener la producción de información acerca de la ejecución penal, en la medida en que esta información se constituye en un insumo para la acción. La producción de información confiable conlleva *la necesidad de generar datos de manera dialogada entre las distintas agencias asociadas al control de la ejecución de la pena privativa de la libertad.*

Finalmente, hemos destacado otras dos importantes limitaciones que hacen que el control judicial de la ejecución de la pena no sea, en sí mismo, suficiente para lograr un efectivo control

sobre las prácticas penitenciarias. En primer lugar, la lógica judicial no es proclive a visibilizar el carácter sistemático de la producción de muertes. El análisis de la judicialización de muertes así lo ha demostrado: se focaliza en la identificación de responsabilidad de un tercero en el hecho, que inmediatamente se vincula con la muerte; si esta responsabilidad no se puede determinar, la causa se archiva sin problematizar las condiciones institucionales que pudieron dar lugar al hecho. En segundo lugar, hemos destacado, a partir de algunas consideraciones realizadas en torno al *jury* de enjuiciamiento del juez de ejecución Axel López, que existen instancias políticas que funcionan o tienen un efecto de disciplinamiento de los jueces.

Por estos motivos, podemos concluir que *un efectivo control del poder penitenciario en lo que respecta a la ejecución de la pena privativa de la libertad no puede ser función exclusiva de una justicia de ejecución*. Antes bien, la justicia de ejecución debería alzarse organizando y potenciando la intervención de otros organismos con potestad y capacidad para la restitución de derechos específicos (en salud, educación), pero también orientando la intervención de otros organismos específicos con capacidad de denuncia (como la DGN o la PPN) o, incluso, con capacidad de investigación y acción penal (como la PROCUVIN). Un efectivo control de la ejecución de la pena supone la intervención coordinada de una multiplicidad de actores que produzca un cambio en la forma en que se estructura el espacio carcelario. Y, para ello, es central reactivar también el control político del SPF.

A partir del trabajo realizado, se sugieren algunas líneas de investigación para profundizar el conocimiento sobre la ejecución de la pena privativa de la libertad:

- *Género y salud*. Aunque el trabajo de campo realizado también comprendió observaciones en los dispositivos de atención para la población femenina, nos centramos, fundamentalmente, en el Servicio Psiquiátrico para Varones, pero consideramos necesario proseguir estudios que permiten profundizar el corte por género para analizar las prácticas de atención de la salud en la población carcelaria y su vinculación con la producción de muertes en el encierro. Las observaciones realizadas permiten aseverar, en coincidencia con lo que distintos organismos de derechos humanos vienen denunciando, que la población femenina se encuentra sobrevulnerada en el encierro, sobre todo en lo que respecta al derecho al acceso a la atención en la salud mental.
- *PRISMA*: profundizar el conocimiento sobre esta lógica de intervención para generar las condiciones de un diálogo que permita rehabilitar el vínculo entre la DGN y este dispositivo de atención.
- *Atención de la salud y mantenimiento del orden*: la medicamentación como práctica de control. El encierro dentro del encierro funciona, así, como herramienta para la regulación del conflicto. Algunos testimonios sugieren que la regulación del conflicto y la psiquiatría no se vinculan solo a partir de la práctica de encierro, sino también, y de una manera más extendida, a partir de la práctica de medicamentación. Sostenemos la importancia de profundizar una investigación que indague en este aspecto.

ANEXO METODOLÓGICO

Introducción

La estrategia metodológica de la presente investigación estuvo orientada a maximizar la utilidad de la información disponible y las posibilidades de acceso al campo.

Pueden diferenciarse tres momentos de la investigación (que no son cronológicamente consecutivos) en virtud de los recursos utilizados y los objetivos planteados:

- Contextualización: fue la producción y análisis de datos acerca de las muertes ocurridas en contexto de encierro bajo la custodia del Servicio Penitenciario Federal. También el análisis de datos de fuentes secundarias.
- Análisis cualitativo de casos: se basó en el análisis de documentos institucionales provistos por la DGN.
- Trabajo de campo: consistió en la realización de entrevistas, visitas y observaciones participantes en el CPF Ezeiza I y IV.

En este Anexo, se presentan algunas precisiones respecto de la estrategia metodológica adoptada.

1. Contextualización

Se tomó como referencia el año 2012, y se procedió a su contextualización en términos cualitativos y cuantitativos.

Se consideraron los datos contruidos a partir del registro de muertes que lleva el Programa contra la Violencia Institucional de la DGN. Y estos datos se pusieron en relación con los contruidos y publicitados por otras agencias como la Procuración Penitenciaria de la Nación (PPN) y la Procuraduría de Violencia Institucional (PROCUVIN). Asimismo, se realizó una revisión de las notas publicadas en la prensa gráfica nacional durante el año 2012.

A continuación, se realizan algunas especificaciones respecto del trabajo de registro de muertes y la construcción de datos propios.

Registro de las muertes. Construcción de una base de datos

Se trabajó sobre el registro de la Unidad de registro de hechos de torturas y otras formas de violencia institucional // Programa contra la Violencia Institucional de la DGN confeccionado en Excel. Sobre esta base, se realizaron modificaciones para aumentar su utilidad. Entre las modificaciones, se destaca la incorporación de una serie de variables que se consideran potencialmente relevantes, así como también la revisión de los sistemas de categorización

de otras variables. Asimismo, se trabajó en el desarrollo de criterios de carga, lo cual quedó plasmado en la elaboración del documento “Libro de códigos”, que reúne tales criterios para asegurar que la tarea de carga de datos sea realizada con uniformidad. A partir de ello, se cargaron los datos disponibles para los casos ocurridos durante el año 2012. La información recogida nos permitió dimensionar, a grandes rasgos, el fenómeno de las muertes ocurridas a lo largo del ese año.

Libro de códigos

Se definieron variables y los sistemas de categorías utilizados. Siempre con el objetivo de uniformar la carga de datos, se explicitaron también algunos criterios de cargas.

Este trabajo permite, a futuro, continuar con la mejora de la sistematización de los datos disponibles.

Nombre de la variable	Definición	Sistema de categorías
N° interno	(No modificamos la base original)	
N° de caso	Enumera los casos registrados. Se corresponde con la variable “N° Nicolás” de la base original	
Nombre	Apellido y nombre de la persona fallecida	
Sexo	Sexo de la persona fallecida	Hombre
		Mujer
		Trans
Edad	Edad de la persona fallecida al momento de la muerte	
Nacionalidad	Nacionalidad de la persona fallecida	
Situación procesal	Situación procesal de la persona fallecida	Procesado/a
		Condenado/a
Control judicial - juez	Corresponde el nombre del juez a cargo del control judicial de las condiciones de encierro (juez de ejecución penal para las personas condenadas, juez de instrucción para procesados, o juez de tribunal)	Cargar los nombres propios en mayúsculas y con el formato “APELLIDO, NOMBRE”
Control Judicial - Secretario	Secretario	Cargar los nombres propios en mayúsculas y con el formato “APELLIDO, NOMBRE”
Fiscal	Fiscal	Cargar los nombres propios en mayúsculas y con el formato “APELLIDO, NOMBRE”
Lugar de fallecimiento	Detallado según carga en base original. Recodificado en las variables que siguen	

Nombre de la variable	Definición	Sistema de categorías
Unidad	Unidad del SPF en que estaba alojada la persona fallecida al momento de la muerte	COMPLEJO PENITENCIARIO FEDERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
		U. 18 CASA DE PREEGRESO "DR. JOSÉ INGENIEROS"
		U. 21 CENTRO PENITENCIARIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
		COMPLEJO PENITENCIARIO ALI - EZEIZA
		COMPLEJO PENITENCIARIO FEDERAL II - MARCOS PAZ
		COMPLEJO PENITENCIARIO FEDERAL IV - EZEIZA- (EX U. 27)
		COMPLEJO PENITENCIARIO FEDERAL IV - EZEIZA- (EX U. 3)
		COMPLEJO FEDERAL DE JÓVENES ADULTOS U. 24
		COMPLEJO FEDERAL DE JÓVENES ADULTOS U. 26 LANDO
		COMPLEJO FEDERAL DE JÓVENES ADULTOS - U. MALV. ARG.(ÁREA CRD)
		COMPLEJO FEDERAL DE JÓVENES ADULTOS - MÓDULO V (UR2)
		U. 19 COLONIA PENAL DE EZEIZA
		U. 31 CENTRO FEDERAL DE DETENCIÓN DE MUJERES
		U. 7 PRISIÓN REGIONAL DEL NORTE (CHACO)
		U. 11 COLONIA PENAL DE PRESIDIO ROQUE SÁENZ PEÑA (CHACO)
		U. 6 INSTITUTO DE SEGURIDAD Y RESOCIALIZACIÓN (CHUBUT)
		U. 14 CÁRCEL DE ESQUEL "SUBALCALDE MUÑOZ (CHUBUT)
		U. 10 CÁRCEL DE FORMOSA
		U. 8 INST. PENIT. FED "NTRA SRA DEL ROSARIO DE RÍO BLANCO Y PAYPAYÁ" (JUJUY)
		U. 22 CÁRCEL FEDERAL DE JUJUY
		U. 4 COLONIA PENAL DE SANTA ROSA (LA PAMPA)
		U. 28 CENTRO DE DETENCION JUDICIAL
		U. 13 INST. CORRECCIONAL DE MUJERES "NTRA. SRA. DEL CARMEN" (LA PAMPA)
		U. 25 INSTITUTO CORRECCIONAL ABIERTO DE GRAL. PICO (LA PAMPA)
		U. 30 INSTITUTO DE JÓVENES ADULTOS "DR. J. A. ALFONSÍN"
		U. 17 COLONIA PENAL DE CANDELARIA (MISIONES)

Nombre de la variable	Definición	Sistema de categorías	
		U. 9 PRISIÓN REGIONAL DEL SUR (NEUQUÉN)	
		U. 5 COLONIA PENAL "SUBPREFECTO ROCHA" (RÍO NEGRO)	
		U. 12 COLONIA PENAL DE VIEDMA (RÍO NEGRO)	
		U. 16 "SR. Y VIRGEN DEL MILAGRO" (SALTA)	
		U. 23 CÁRCEL FEDERAL DE SALTA	
		COMPLEJO PENITENCIARIO FEDERAL III - INSTITUTO FED. DE MUJERES (SALTA)	
		COMPLEJO PENITENCIARIO FEDERAL III - INSTITUTO FED. DE VARONES (SALTA)	
		U. 15 CÁRCEL DE RÍO GALLEGOS (STA. CRUZ)	
		U. 35 INSTITUTO PENAL FEDERAL "COLONIA PINTO" (SGO. DEL ESTERO)	
Lugar	Lugar en que ocurre la muerte	Intramuros	
		Extramuros	Se considera también el momento del traslado
Espacio	Espacio físico en que ocurre la muerte o es encontrado el cuerpo	Celda de aislamiento	
		Celda individual	
		Pabellón colectivo	
		Sector baños-duchas	
		Enfermería-hospital	Refiere dentro de la Unidad penal o presidio
		Hospital extramuros	
		Traslado	Cuando fallece "camino al hospital" o similares
		Otro	
Otro espacio	Especificar cuál cuando en "Espacio" se consigna "otro"		
Fecha de fallecimiento		Mes/día/año	
Mes	Mes en que ocurre el fallecimiento		
Año	Año en que ocurre el fallecimiento		
Hora	Hora en que se produce el deceso según certificado de defunción	00:00 a 23:59	
Defensor informante/Modo de conocimiento del hecho	Mantenemos la variable de la base original según registro de la DGN		
Causa de la muerte descrip.	Base original		
Causa certificada	Causa de la muerte según consta en certificado de defunción		

Nombre de la variable	Definición	Sistema de categorías
Causa de muerte	Circunstancia que lleva a la muerte	Suicidio
		Homicidio
		Homicidio-violencia institucional
		Accidente
		Enfermedad
		Muerte súbita
		Dudosa traumática
		Dudosa no traumática
Modalidad de muerte	Modo en que se provoca la muerte	Ahorcamiento
		Herida de arma blanca
		Contexto de incendio
		Caída de altura
		Violencia institucional
		Tal como está construida esta clasificación, esta categoría sigue remitiendo a situaciones en que la responsabilidad de la muerte puede ser adjudicada a personas con pertenencia institucional
		HIV/Sida
		Otra enfermedad
		Muerte súbita
		Dudosa traumática
		Dudosa no traumática
Documentación	Enumeración de los documentos disponibles en relación al caso	
Causa penal por muerte	A partir de la muerte se inicia una causa para juzgar el hecho o averiguar causa de muerte	SI
		NO
		Sin dato
Datos de la causa por muerte	Incluir datos del juzgado y la secretaría intervinientes	
Estado de la causa por muerte	Estado del proceso judicial iniciado a partir de la muerte	Abierta en instrucción
		Abierta elevada a juicio oral
		Cerrada con condena
		Cerrada con absolución
		Archivada
Juez instrucción causa por muerte	Nombre del juez que entiende en la causa abierta por averiguación de las causales de muerte	Cargar los nombres propios en mayúsculas y con el formato "APELLIDO, NOMBRE"
Sec. causa por muerte	Datos del secretario que lleva la causa abierta por averiguación de las causales de muerte	Cargar los nombres propios en mayúsculas y con el formato "APELLIDO, NOMBRE"
Querella	Se presenta parte querellante	SI
		NO
Funcionario SPF que informa la muerte	Nombre del funcionario del SPF (jefe de turno) que informa la muerte	Cargar los nombres propios en mayúsculas y con el formato "APELLIDO, NOMBRE"

Nombre de la variable	Definición	Sistema de categorías
Quién cargó los datos en la presente planilla		
Otros datos		
Observaciones		

Notas sobre la variable “causa de muerte”

Para esta variable se tomó un sistema de categorías que distingue:

- Suicidio
- Homicidio
- Homicidio-violencia institucional
- Accidente
- Enfermedad
- Muerte súbita
- Dudosa traumática
- Dudosa no traumática
- Sin datos

La mencionada es la clasificación de “causas de muerte” propuesta por la Procuración Penitenciaria de la Nación en el Procedimiento para la Investigación y Documentación de Fallecimientos en Prisión, aprobado por Resolución N°169/PPN/08. Pero no se consideró la introducción de las supercategorías “muertes violentas” (que incluye las categorías de suicidio, homicidio, homicidio-violencia institucional, dudosa violenta) y la de “muertes no violentas” (que incluye las categorías de accidente, enfermedad, muerte súbita, dudosa no violenta).

Desde la perspectiva de esta investigación, se considera que en la construcción de estas supercategorías subyace la homologación del atributo de “violenta” al de “traumática”, como derivado de la definición de traumatismo en la tradición médico-clínica. Así, las muertes por enfermedad quedan, a priori, separadas del atributo “violencia”. Mientras que, por nuestra parte, consideramos que la obstaculización del acceso a la salud es una de las dimensiones a analizar respecto de la violencia institucional y su vinculación con la producción de muertes en contextos de encierro algo a indagar. Se mantuvo el atributo de “traumáticas”, pero atendiendo a que este no reemplace al de violencia.

Notas sobre la variable “modalidad de la muerte”

Se retomó parcialmente la clasificación propuesta por la PPN (Ver Informe anual 2012).

- Ahorcamiento
- Herida de arma blanca
- Contexto de incendio
- Caída de altura
- Violencia institucional

- HIV/Sida
- Otra enfermedad
- Muerte súbita
- Dudosa traumática
- Dudosa no traumática

Pero, como conclusión de esta investigación, se advierte sobre la necesidad de revisar la categoría de “violencia institucional”. Se sigue trabajando con esta categoría porque es utilizada por otros organismos y permite compararla. Su utilización supone la intervención directa del personal de la institución en la producción de la muerte (homicidios). No obstante, se recomienda revisar críticamente esta categoría, ya que los “malos tratos”, golpes, torturas, y otras formas de la violencia homicida no son la única forma en la que la violencia institucional se vincula con la producción de muerte en los espacios de encierro.

Estas consideraciones a propósito de los sistemas de categorías para la clasificación de las muertes fueron hechas a partir del análisis cualitativo de casos que se describe a continuación.

2. Análisis cualitativo de casos

La investigación comprende el análisis del corpus documental provisto por la DGN. El análisis preliminar de estos documentos contribuyó tanto a redefinir las categorías de clasificación de las muertes como a identificar entrevistados cruciales y definir la guía de pautas para la realización de entrevistas.

Este corpus estuvo compuesto por dos tipos de documentos:

Por un lado, comprendió una serie de expedientes internos de la DGN que documentan los informes de los defensores sobre estas muertes. Estos expedientes, generalmente, contienen: copia de la notificación de la muerte por parte del SPF, certificado de defunción y las actuaciones relevantes realizadas por la Defensoría, presuntamente vinculadas a la causa de muerte.

Por otro lado, el corpus documental comprendió copias de las causas judiciales iniciadas para averiguar las causales de muerte.

Algunas observaciones a partir del análisis preliminar de los documentos:

- Ha sido posible identificar que la atención de la salud se presenta como un nudo problemático.
- En los casos en los que se informan presuntos suicidios suele registrarse la intervención previa del defensor insistiendo en la solicitud de atención de la salud, sea específicamente de salud mental, como respecto de la necesidad de seguir tratamientos asociados a enfermedades crónicas.
- Se observa cierta unidireccionalidad en la comunicación entre la autoridad judicial y la administración penitenciaria. Por ejemplo: no hay documentos que certifiquen que la autoridad penitenciaria está cumpliendo con regularidad el tratamiento, solo hay notificaciones aisladas de la concurrencia del interno al Hospital extramuros. La voz del SPF comprometiéndose o dando cuenta del cumplimiento del mandato del juez está ausente en este corpus documental. ¿Cuáles son las herramientas de exigibilidad con las que cuenta el juez? ¿Existen procedimientos de rendición de cuentas por parte de la autoridad de la administración penitenciaria?

- Como la atención de la salud está a cargo de funcionarios del propio SPF, es susceptible de quedar condicionada por la lógica de castigos y recompensas que regula el espacio carcelario. ¿Es posible que la atención/desatención de la salud se convierta en moneda de cambio dentro del espacio carcelario? ¿Cómo se relaciona la prestación de servicios de salud con la función de mantenimiento del orden? O antes bien, ¿la atención de la salud se configura como la prestación de un servicio o como un mecanismo de disciplinamiento? ¿Cómo actúan en relación con la atención de la salud los mecanismos de control de ejecución de la pena?

3. Definición de Las dimensiones de análisis

A partir de la revisión de los datos disponibles y el estudio cualitativo de los casos, se definieron tres líneas de análisis a profundizar a partir del trabajo de campo.

- Atención de la salud y orden carcelario

Se focalizó en la atención de la salud mental para analizar el modo en que los distintos dispositivos de atención se relacionan con las lógicas de reproducción del orden en el espacio carcelario. Identificamos tensiones y conflictos de intereses entre los distintos actores.

- Alcances y límites del control judicial de la pena

Descripción y análisis de los dispositivos de control de la ejecución penal. Observación de las distintas lógicas de intervención de las agencias de control. Especial atención a la Justicia de Ejecución penal, sus alcances y limitaciones.

- La judicialización de las muertes en contexto de encierro

Análisis del tratamiento judicial que reciben las muertes para profundizar algunas consideraciones acerca del vínculo entre justicia y violencia, entre funcionamiento del sistema judicial y la reproducción de la violencia carcelaria.

4. Trabajo de campo

Se realizaron entrevistas en profundidad, entrevistas a informantes clave y observaciones directas. Los contactos y la entrada al campo fueron facilitados por la DGN.

La serie de entrevistas tomadas abarcaron las distintas posiciones dentro del Sistema Penal y en relación con el espacio carcelario específicamente. La pauta de entrevista que se diseñó fue lo suficientemente abierta como para tener en cuenta la particularidad del rol que cada entrevistado tiene en relación con el campo de la política penal y la gestión del espacio carcelario. Vale señalar al respecto que se entrevistaron jueces de ejecución, fiscales, defensores oficiales, personal del escalafón cuerpo general del SPF (oficiales y suboficiales), médicos, psiquiatras, psicólogos del escalafón profesional del SPF, y referentes de organizaciones de la sociedad civil vinculadas a familiares de personas detenidas.

Fueron entrevistados:

- Presidenta de la Asociación Civil de Familiares de Detenidos en Cárceles Federales
- Agentes del SPF
- Personal de SPF a cargo del CRD varones
- Personal de SPF a cargo del CRD mujeres
- Personal profesional del SPF, abogada

- Personal profesional del SPF, médico
- Personal profesional del SPF, psicóloga a cargo de PROTIN
- Personal del SPF que trabajaba en PROTIN
- Profesionales de la educación en el PROTIN
- Personal del SPF con internos a cargo bajo el PPS
- Detenidos bajo el programa PPS
- Detenidos a cargo del PPS
- Personal profesional del SPF, médico servicio de salud del Complejo IV
- Juez de Ejecución Penal, Juzgado n°4
- Juez de Ejecución Penal, Juzgado n°1
- Defensor Público Oficial ante Cámara y Juzg. Fed. de 1ra. Inst. de La Plata. Ex defensor público oficial ante los Juzgados Federales de Primera Instancia, Defensoría N° 2, de Lomas de Zamora, BuenosAires.
- Psicóloga del Cuerpo de Peritos y Consultores Técnicos de la DGN

Se realizaron dos visitas al Complejo Penitenciario Federal I, el 27 de mayo y 29 de abril de 2015, y una visita al Complejo Penitenciario Federal IV en julio de 2015. Todas estas visitas se realizaron con profesionales de la DGN.

Estas visitas fueron ocasión para las siguientes prácticas de observación:

- Observación del Área PROTIN, CPF I Ezeiza y recorrida por pabellones.
- Observación del Área CRD, CPF I Ezeiza.
- Observación del Área del PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO, Módulo 3, Pabellón 3, CPF I Ezeiza.
- Observación de la reunión entre Coordinación PRISMA y equipo de defensores de la DGN, CPF I Ezeiza.
- Observación del Área PRISMA, CPF I Ezeiza.
- Observación del Área PRISMA, CPF IV Ezeiza.
- Observación Módulo Médico, CPF IV Ezeiza.
- Observación Área PROTIN, CPF IV Ezeiza.
- Observación del Área CDR, CPF IV Ezeiza.

El procesamiento y análisis de los registros de observación y las entrevistas se realizaron con la asistencia de ATLAS.Ti, uno de los software QAD más utilizados, que reúne una serie de herramientas de asistencia para el análisis cualitativo de grandes corpus textuales.

BIBLIOGRAFÍA

Bertollozi, Fernando Matteo y Pablo Vitalich. 2013. “Tampoco son tan pobrecitos” Alternativas ético-políticas frente a la hegemonía del modelo asistencialista-peligrosista. *Revista Derecho Penal*, 5(II), 7–22.

Calveiro, Pilar. 2012. *Violencias de Estado la guerra antiterrorista y la guerra contra el crimen como medios de control global*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Calzado, Mercedes. 2015. *Inseguros. El rol de los medios y la respuesta política frente a la violencia. De Blumberg a hoy*. Buenos Aires: Aguilar.

Castro, Martina y María Eugenia García. 2013. “Cárcel y Salud 2003-2008. VII Jornadas de Jóvenes Investigadores”. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Consultado: 23 de mayo de 2015. <http://www.aacademica.com/000-076/292>.

Comité contra la Tortura (CCT). 2012. *Informe Anual 2012. El sistema de la crueldad VII*. La Plata: CCT.

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). 2012. *Derechos Humanos en la Argentina: Informe 2012*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Centro de Estudios en Política Criminal y Derechos Humanos (CEPOC). 2013. “Frente a la fuga, la renuncia de Hortel y el regreso de Marambio”. Buenos Aires, 21 de agosto de 2013. Comunicado de prensa. Consultado: 8 de julio de 2015. <http://cepoc-cepoc.blogspot.com.ar/2013/08/frente-la-fuga-la-renuncia-de-hortel-y.html>.

Dirección Nacional de Política Criminal (DNPC). 2012. *Una gestión penitenciaria integral*. Buenos Aires: DNPC.

Foucault, Michel. 2000. *Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Gual, Ramiro. 2013. “Control social y prisión- muerte. Prácticas estatales legales e ilegales para la gestión de la prisión federal argentina”. Ponencia presentada en las X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Consultado: 2 de junio de 2015. <http://www.aacademica.com/000-038/647>.

Lombrana, Andrea N. y María Belén Pepe. 2013. “Salud mental y cárcel: dispositivos de ‘cuidado’ en contextos penitenciarios a partir de la Nueva Ley de Salud Mental”. Ponencia presentada en las VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Sección de Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Consultado: 8 de julio de 2015. <http://www.aacademica.com/000-063/201>.

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (MJDH) y Ministerio de Salud de la Nación (MS). 2013. “Plan Estratégico de Salud Integral en el Servicio Penitenciario Federal 2012-2015”. Resolución Conjunta 10/2013 y 77/2013, Buenos Aires, 23 de enero de 2013. Consultado: 10 de julio de 2015. <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/205000-209999/207948/norma.htm>.

Mouzo, Karina. 2011. "Servicio Penitenciario Federal. Un estudio sobre los modos de objetivación y de subjetivación de los funcionarios penitenciarios en la Argentina actual", Tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires.

-----2012. "Inseguridad y populismo penal". *Urvio. Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana* N° 11, pp- 43-51. Consultado: 5 de octubre de 2014. <http://www.flacsoandes.org/urvio/img/RFLACSO-04-U11-Mouzo.pdf>

Ministerio de Salud (MS). Presidencia de la Nación. 2013. *Estadísticas vitales. Información básica Año 2012*. Consultado: 3 de octubre de 2015. <http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario12.pdf>.

-----2013. *VIH-Sida en contextos de encierro. Respuesta preventivo-asistencial de la Dirección de Sida y ETS*. Consultado: 15 de septiembre de 2015. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000328cnt-2014-01_vih-contextos-encierro.pdf.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2010. "Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud" (CIE). Consultado: 28 de mayo de 2015. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>.

Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio. Departamento de salud mental y abuso de sustancias. 2007. "Prevención del suicidio en cárceles y prisiones", Ginebra. Consultado: 3 de agosto de 2015. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons_updated_spanish.pdf.

Procuración Penitenciaria de la Nación (PPN). 2012. *Informe Anual 2011*. Buenos Aires: PPN.

-----2013. *Informe Anual 2012*. Buenos Aires: PPN.

Procuración Penitenciaria de la Nación (PPN), Comisión por la Memoria (CPM) y Grupo de estudio sobre sistema penal y derechos humanos (GESPyDH). 2013. *Registro Nacional de casos de tortura y/o malos tratos, Informe Anual 2012*. Buenos Aires: Procuración Penitenciaria de la Nación.

-----2014. *Registro Nacional de casos de tortura y/o malos tratos, Informe Anual 2013*. Buenos Aires: Procuración Penitenciaria de la Nación.

Procuraduría de Violencia Institucional (PROCUVIN). 2015. *Fallecimientos en contextos de encierro. Análisis de muertes en cárceles del Servicio Penitenciario Federal (2010-2014)*. Buenos Aires: Ministerio Público Fiscal. Procuración General de la Nación. Consultado: 30 de septiembre de 2015. <http://www.mpf.gob.ar/procuvin/files/2015/09/Informe-sobre-muertes-en-contexto-de-encierro-2010-2014-Fina.pdf>.

Sistema Nacional sobre Estadísticas de Ejecución Penitenciaria (SNEEP). Informe Anual 2012. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Consultado: 3 de marzo de 2015. <http://www.jus.gob.ar/media/1125935/Informe%20SNEEP%20SPF%202012.pdf>

Sistema Nacional sobre Estadísticas de Ejecución Penitenciaria (SNEEP). Informe Anual 2013. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Consultado: 3 de marzo de 2015. <http://www.jus.gob.ar/media/2736753/Informe%20SNEEP%20SPF%202013.pdf>

Yomha, Diego y Cristina Caamaño Iglesias Paiz. 2006. *Manual práctico para defenderse de la cárcel*. Buenos Aires: INECIP.

Zaffaroni, Eugenio R. 2012. "Discurso de apertura". III Jornadas de Ejecución Penal 11 y 12 de octubre, Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires. Consultado: 3 de mayo de 2015. <http://www.derecho.uba.ar/derechoaldia/notas/iii-jornadas-de-ejecucion-penal/+4593>.

