

**CONSEJO DE DEFENSORES  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

**ANEXO ESPECIAL SOBRE LA UNIDAD CARCELARIA N° 34  
PROTOCOLO INSPECCIÓN DE SALUD PENITENCIARIA 2011-2012**

**Introducción:**

Luego de la elaboración y publicación del informe correspondiente a la ronda de visitas a unidades carcelarias del período 2009/2010 -realizadas en el marco "*Protocolo General de Actuación para el Monitoreo de las Condiciones de Detención en las Unidades Carcelarias de la Provincia de Buenos Aires*"- el Consejo de Defensores realizó varias inspecciones hasta la fecha en la UP 34 de Melchor Romero. La situación en esa Unidad en materia de salud y de alojamiento es de tal gravedad que ha obligado a que el Consejo de Defensores redoble las inspecciones en la UP 34.

El 2 de diciembre de 2010, tras la publicación del primer informe de sobrepoblación, se realizó una inspección sorpresiva de ocho defensores generales y varios defensores oficiales, secretarios de ejecución, funcionarios, empleados y peritos (psiquiatras y psicólogas) de los departamentos judiciales de La Matanza, San Martín, Mar del Plata, Azul, Necochea, Quilmes, La Plata, Morón, Lomas de Zamora, San Nicolás, Dolores, Zarate Campana y Trenque Lauquen.

Dicho informe motivó un hábeas corpus concedido y firme por ante el Juez de Ejecución n° 2 de La Plata el 29 de febrero de 2012. Como dicho pronunciamiento no fue cumplimentado por la Administración, el propio juez se presentó ante la SCJPBA.

En dicho informe, sucintamente, se da cuenta de la trágica situación en materia de salud física y mental de los internos con adicciones y padecimientos mentales allí alojados.

**Hasta la fecha, se realizaron varias inspecciones adicionales a la U34, siendo la última la que realizó el Consejo en 2012 para monitorear las condiciones de salud en el marco del presente Protocolo. Pero, por la especial condición que reviste la UP 34, la temática de salud ya estaba siendo objeto de intenso y permanente escrutinio por parte del Consejo de Defensores.**

**Unidad 34 ¿Instituto Neuropsiquiátrico?**

Según el Servicio Penitenciario de la Provincia de Buenos Aires<sup>1</sup>, la unidad 34 presenta las siguientes características:

- Es un "*instituto neuropsiquiátrico de seguridad*"
- Fue creada "*a partir de la necesidad institucional de brindar un tratamiento especializado a quienes además de estar privados de la libertad padecen enfermedades mentales*"
  
- *Constituye en un centro admisor de patologías psiquiátricas agudas, recibiendo internos provenientes de comisarías, alcaldías y de otras unidades, por orden judicial y/o a través de la Dirección de Régimen Penitenciario*".

- “Los internos alojados son los declarados inimputables, sobreseídos definitivamente por el artículo 34 inciso 1° del Código Penal y procesados en estudio a la espera del dictamen pericial psiquiátrico cuya internación halla dispuesto el Juez competente. Además son alojados internos que el Magistrado del mismo, ordena exámenes con el objeto de constatar o no la existencia de una posible enfermedad mental o ya cumpliendo su sentencia condenatoria presentan descompensación psiquiátrica y son derivados para su tratamiento

- Funciona con el régimen cerrado, con modalidades severas y moderada. Desde el año 2004, se percibió la necesidad de contar con el régimen cerrado estricto, para sumar a la atención un criterio preventivo y asistencial para los cuadros agudos de patologías mentales que incluían la auto agresión y tentativa de suicidio. Con la aplicación de un tratamiento de abordaje múltiple e interdisciplinario.”

Mas allá a la ya de por si cuestionable constitucionalidad de la previsión legal de medidas de seguridad para enfermos mentales en el ámbito del derecho penal, es indudable que atento a su pretendida condición de neuropsiquiátrico y a las condiciones de la población que alberga, el lugar debe brindar una atención y tratamiento especializado en materia de salud mental respetuoso de la dignidad y demás derechos de los enfermos que aloja.

Sin embargo, durante la visita se confirmaron varias apreciaciones, que ya se venían obteniendo en otras inspecciones previas, que nos permiten afirmar que nada de ello se cumple y que los enfermos se encuentran ilegítimamente prisionizados.

Las circunstancias observadas y que fundan la afirmación que antecede son:

## **I.- Deficiencias en la asistencia profesional y debido tratamiento de los enfermos mentales:**

### **1) El Sector de Sanidad:**

Ya a fines del 2010, y en las recientes inspecciones hasta esta última, era evidente que no se cumplía, en ninguno de sus términos con la resolución 101/10 del Ministerio de Justicia:

-No se observó publicada en lugares visibles de la unidad la grilla de servicios actualizada, tal como lo prevé el art. 2. Debemos destacar que al interrogar a los operadores no estaban al tanto sobre la existencia de la grilla. Debido a la ausencia del Jefe del sector no pudimos obtener su explicación sobre el punto.

-No existe el libro de prestaciones de salud al que hace referencia el art. 1. Solo el médico de guardia lleva un cuaderno en el que va anotando las personas que atiende.

-Tampoco se verificaron “protocolos y pautas de actuación que garanticen el trato directo entre los profesionales y las personas privadas de libertad a través de la sistematización de recorridas diarias u otros métodos similares”, tal como se prevé en el art. 3. La médica de servicio diario informó en 2010 que de los cuatro médicos previstos para el servicio diario solo hay uno y que no da abasto para cumplir con la revisión periódica de todos los internos. Que están actuando a demanda. Que la idea es dividirse los pacientes por letra pero que no lo están cumpliendo por la carencia de personal. La omisión de la revisión periódica de los internos tiene consecuencias graves, ya que no puede confiarse en el sistema de “demanda” por el interesado, cuando se trata de personas que no pueden valerse por sí mismas. Pudo verificarse durante la visita que muchos de los

internos presentaban somnolencia, retardo en el habla, y babeo, -suponemos que por efecto de tranquilizantes-, pero resultaba obvio que no podía confiarse en que concurrieran espontáneamente para comunicar problemas de salud en general. Esta necesidad resulta evidente cuando se nos informa del fallecimiento de un interno por tuberculosis multiresistente con fecha 27.10.10 de apellido Argüello Lopez (memoriza uno de los médicos), enfermedad que fue diagnosticada recién en la autopsia. Actualmente se estarían estudiando los contactos próximos para verificar si hubo contagios. Del parte de novedades recibido al ingreso, surge que hay otro interno con tuberculosis aislado en celda propia.

## **2.- El personal profesional:**

### **a) Enfermeros:**

Se constató la presencia de un solo enfermero en toda la unidad para asistir a una población de 367 internos. Se encontraba en la guardia médica y según se nos informó se encarga de preparar la medicación indicada por los psiquiatras y recorre los pabellones suministrándosela a cada interno. A la vista tenía una caja en la que distribuye todas las pastillas, y junto con un fichero por cada interno, se traslada a cada uno de los pabellones, procediendo a moler los comprimidos, que se ingieren con agua. Preguntado sobre el procedimiento a seguir en caso de negativa del paciente, refirió que previa consulta con el psiquiatra se aplicaba un inyectable, y si aún así persistía la resistencia, la situación la resolvía el psiquiatra.

**En 2012, la situación no había cambiado en absoluto: El rol de enfermero es desempeñado por empleados administrativos, como, inclusive, algún “interno” al que se convoca a tal fin.**

### **b) Médicos:**

Se constató la presencia de un médico de guardia y de una sola médica de servicio diario ( cumple funciones de 8 a 14 hs).

Se informó que falta un médico para la guardia de los sábados a la tarde y que ésta es suplida por un médico de la unidad 10 o 45.

No existen registros de las personas que se atienden por servicio diario, informándose que el número es muy variable en función de si se trata de un día de visita o de si los pacientes son llevados o no por el personal penitenciario al sector.

### **c) Psiquiatras:**

En 2010 se dio un hecho muy peculiar: al comenzar la recorrida por el sector de sanidad se tomó contacto con la única psiquiatra presente en el lugar. Mantuvo conversación con las peritos de la defensa y refirió, entre otras cuestiones, que se dividen los pacientes por letra.

Momentos después y luego de comentar que en virtud del movimiento que se había generado por la visita no le estaban trayendo los internos al sector de sanidad, se retiró de la unidad y al menos en las horas subsiguientes de la visita no hubo psiquiatras presentes.

**En 2012 sigue siendo notoria la falta de médicos psiquiatras tratantes en cantidad proporcional al número de pacientes. La carencia es aún mayor para cubrir las guardias.**

### **d).- Otros profesionales:**

Se tomó contacto con dos psicólogas y una asistencia social. Una de las primeras informó que en total son siete y al igual que los psiquiatras se dividen los pacientes por letra. Que no todos los internos necesitan

tratamiento. Que los evalúan al ingreso y luego cada seis meses. Que ella tiene en tratamiento a 16 pacientes.

### **3.- Infraestructura:-**

Se observaron serias deficiencias en materia de espacios, mobiliario y elementos básicos para los profesionales:

- a) Los médicos de servicio diario carecen de consultorio. Atienden en el sector de enfermería y, muchas veces, cuando este está ocupado, evacuan algunas consultas en el pasillo.
- b) El sector de guardia esta conformado por un ambiente con dos camas en desuso y sin colchones, con una mesa de madera precaria entre ellas. El médico permanece sentado en una de las camas -sobre una frazada- mientras realiza anotaciones y trabaja en la mesa que oficia de escritorio. Explica que allí también come y duerme y que no tienen computadora
- c) No se cuenta con aparatología para realizar electrocardiogramas, rayos, ni ningún otro estudio.

### **4.- Funcionalidad:**

Confluyen, además de las deficiencias en materia de personal y de medios para que cumplan su función, dos circunstancias fundamentales que generan que la unidad esté muy lejos de funcionar como un instituto neuropsiquiátrico: a) La Infraestructura edilicia y b) El funcionamiento del sector de sanidad y del resto de la unidad como dos ámbitos separados.-

#### **a) Infraestructura edilicia:**

La unidad 34 no difiere ediliciamente de otras unidades carcelarias que fueron construidas contemporáneamente. (unidades 31 a 35).

El sector de sanidad se encuentra separado de los pabellones de alojamiento y es limitado e inapropiado para el tratamiento de personas con padecimientos psíquicos. Esto se ve reflejado con suma claridad en la atención de las descompensaciones o crisis de los internos.

Contiguo a la oficina donde se encuentra el médico de guardia se halla el sector de internación de sanidad con una capacidad estimada de siete pacientes. Este sector fue concebido como un lugar de internación común y no cuenta con las prevenciones necesarias para la atención debida de descompensaciones:

- El médico de guardia ni otros integrantes de sanidad tienen acceso visual permanente al sector.
- No hay enfermeros destinados al cuidado de los allí internados.
- Hay elementos inapropiados, como por ejemplo vidrios comunes en las ventanas.
- Al ingresar al sector, se observó un estufa encendida -muy próxima a una de las camas- oficiando de calentador. Sobre ella una pava con agua caliente, con el riesgo evidente para pacientes no autoválidos.

Además de las condiciones señaladas, el espacio es insuficiente por lo que el resto de los internos con descompensaciones o crisis son derivados al interior del penal y permanecen encerrados en celdas comunes fuera de todo control y asistencia profesional.

Esta situación se verificó en los siguientes sectores:

- Pabellón 2: hay un sector denominado “de evaluación conductual”. En realidad se trata de celdas comunes ubicadas en la planta superior del pabellón. En ellas los internos permanecen todo el día encerrados por indicación del psiquiatra. En la documentación se observa que el día de la visita había 5

personas en dicha situación.

-Pabellón de Separación del Área de Convivencia (SAC): este sector que tampoco presenta diferencias con sus similares de otras unidades, constituyen en realidad celdas de castigo “buzones”. 5 personas se encontraban en el lugar por indicación psiquiátrica.

-Celdas propias: otros cinco internos permanecían encerrados en sus celdas durante todo el día, en distintos pabellones.

#### **b).- El sector de sanidad y los pabellones. Dos ámbitos diferentes.**

Uno de los aspectos que más llama la atención a la hora de intentar mirar el lugar, aún con la mejor voluntad, como una institución psiquiátrica, es que la vida al interior de los pabellones no difiere en lo mas mínimo a lo que se observa en otras unidades carcelarias. Se trata de personas alojadas en los mismos pabellones y en las mismas celdas, vigiladas por los mismos y escasos guardias penitenciarios. Nada se percibe de una institución psiquiátrica mas que los padecimientos de las personas alojadas. Nunca observamos allí profesionales del área de salud, solo “presos” y “guardias”.

Por otra parte se encuentra el área de sanidad, separado y desconectado. A tal punto que se pudo advertir que es percibido por los propios operadores como un ámbito separado al que son “traídos” aquellos que necesitan atención por esos otros que son “los carceleros” y que deciden el cuando y como. Durante la visita la psiquiatra refirió que no podía creer que la suspendieran el “traslado” de los detenidos desde el interior del penal hacia sanidad y al parecer eso fue lo que motivó que se retirara. Por su parte uno de los médicos refirió –como ya dijimos- que no podía precisar el número de personas que atendía a diario porque dependía de si se los “traían o no”.

Todo esto revela con claridad que los enfermos no están en manos, es decir al cuidado, de profesionales de la salud y que en realidad se encuentran ilegítimamente en la misma situación que otros “presos”, con la única salvedad que muy esporádicamente son entrevistados en el sector de sanidad y se le suministra medicación; cuestión esta última sobre la que también se vienen advirtiendo circunstancias que generan honda preocupación.

#### **5).- Las deficiencias en materia de medicación:**

A lo largo del año 2010 se han informado en repetidas oportunidades la faltante de medicamentos, lo que ha generado un seguimiento de la cuestión.

Las evaluaciones efectuadas al respecto por peritos en psiquiatría y psicología de la Defensa Pública arrojaron el siguiente resultado:

-La Unidad cuenta, a priori, de un vademécum, esto es, una lista de medicamentos que eventualmente se pueden indicar para determinados síntomas y/o patologías, que es ya de por sí limitada en relación al espectro total de medicación existente, y en muchos de los casos perimida, habiendo sido reemplazada en el criterio científico universal por los efectos adversos que producen, por dificultades en cuanto a requerimiento de controles periódicos de laboratorio, por poseer poca especificidad de acción y, en razón de esto último, por alteraciones orgánicas que provocan, muchas veces irreversibles (esto es, aún modificando la indicación, la patología orgánica producida se instala).

-En las Historias Clínicas de los internos no figuran exámenes de laboratorio de control, destinados a evaluar los posibles efectos adversos de los fármacos, ni los dosajes que determinados psicofármacos requieren para ajustar la dosis. Cabe destacar que el hecho de no realizarlos, en estos casos, promueve que la indicación sea “por aproximación”, y medicar “a ciegas” puede implicar que quede fuera del denominado Rango Terapéutico, siendo, en menos, dosis sin efecto; y en más, dosis tóxicas. Los profesionales que fueron consultados sobre el punto informaron que no se realizan. En uno de los casos el médico tratante nos informó que, si bien se realiza la prescripción de los exámenes complementarios, no se efectivizan.

-En relación a la falta de control de laboratorio, uno de los médicos también mencionó, como un acuerdo al que han arribado en conjunto el equipo de psiquiatras de la Unidad, la decisión de NO indicar clozapina, que es un psicofármaco indispensable e irremplazable en casos de resistencia al tratamiento, que no es de primera elección por la posibilidad de general efectos adversos de alto riesgo, por lo cual tiene un monitoreo específico estricto, pero que a su vez suele ser muy efectivo, motivo por el cual no ha sido relevado en los algoritmos de toma de decisión con psicofármacos de última generación.

-Sumado a todo lo anterior, y **esto se reiteró en la última visita del año 2012**, se nos informó que, cíclicamente, ocurren faltantes de medicamentos, lo que provoca en la práctica una modificación de las indicaciones (injustificada científicamente) como modo de cubrir el requerimiento de tratamiento de los internos. Esto implica, por un lado, la interrupción y por ende la falta de respuesta a los tratamientos; el riesgo orgánico por la suspensión brusca, que determina alteraciones físicas por las diferentes características farmacocinéticas y farmacodinámicas (esto es: las características de cada fármaco y las diferentes maneras de reaccionar con el organismo al que ingresan); la aparición de efectos adversos, dado que, en general, los psicofármacos de que se dispone durante las faltantes, son aquellos que del vademécum existente no se indican en primer término; las recaídas de los cuadros (descompensaciones), cuando la falta de medicamentos es total, o cuando no se adecuan las equivalencias de dosis, o por el cambio mismo; por otro lado, la perturbación que promueve en la población de internos, que conocen sus indicaciones, lo que a su vez conlleva a la erosión del vínculo transferencial tan importante respecto del éxito terapéutico (es bien conocida la influencia que tiene la alianza terapéutica para la respuesta a tratamiento).

Ante las faltantes cíclicas de medicamentos, la instrumentación del denominado **“Polo”**, como medida unificadora de las tres unidades de tratamiento dependientes del SPB, tampoco ha subsanado la escasez, según nos informara oportunamente el responsable del área de sanidad, el Dr. Gustavo Leone, en el marco de la visita del **26 de octubre de 2011**.

Como resultado de lo ya expuesto, es ineludible concluir que la realidad efectiva, en cuanto respecta al manejo de los tratamientos psicofarmacológicos de los internos de la Unidad 34, se encuentra francamente menoscabada en su eficiencia, en desmedro de la posible eficacia que podría sustentar el personal a cargo de dichos internos/pacientes, además del inexorable y perentorio riesgo que conlleva para su salud, tanto desde el punto de vista psíquico como físico.

#### **6) Evaluación de los peritos de la defensa en materia de tratamiento.-**

Varias de las circunstancias mencionadas encuentran apoyo en el informe que se agrega como parte integrante del presente, en el que las peritos concluyen que: *“La Unidad no reúne los criterios básicos*

*necesarios para una internación psiquiátrica”.*

#### **7).- Dos casos paradigmáticos:**

Durante la visita del año 2010 se observaron dos situaciones que resultan sumamente ilustrativas de las aseveraciones formuladas:

a) La tentativa de suicidio del interno S. R.:

En las entrevistas realizadas en el sector de sanidad se interrogó a los profesionales sobre la existencia de suicidios o tentativa de suicidios. La psicóloga con la que se tomo contacto informó que los intentos de suicidio son muchos debido a que a la patología mental se suma el encierro penal y la falta de visitas, aclarando que en función de la población de la unidad el número igualmente no es alarmante-

Cuando se interrogó sobre el punto al medico de guardia respondió que una unos momentos antes del ingreso del equipo de visita hubo un intento de suicidio por ahorcamiento del interno S.R.

Se consultó se historia clínica y se advirtieron constancias de varios episodios de autolesiones, sin encontrar en la misma un diagnóstico de los padecimientos mentales del paciente, aparentemente debido a “su falta de colaboración”.-

Se preguntó por su situación y se nos informó que se lo había medicado y derivado al sector de “observación conductual” debido a que en sanidad no había lugar. Finalmente lo ubicamos en uno de los “buzones” del pabellón de separación del área de convivencia sin ningún tipo de asistencia .-

b) La situación del interno C. P.

Durante las recorridas por los pabellones, uno de los grupos organizados a tal efecto constataron que en la celda 214 –cerrada con candado- se encontraba el interno C.P., verificándose la situación que se narra en acta por separado.-

Previo a nuestra visita, otro caso motivó la denuncia penal por parte de la Defensoría General de La Plata. El 17.11.10, a las 12:30 hs se constató en el Sector de Sanidad, **la presencia del interno Jonatan Alejandro Piras Lamas esposado de sus cuatro miembros a la cama, los brazos extendidos por detrás de los hombros con un vendaje en las muñecas y éstas sujetadas con esposas a los barrotes del frente de la cama, y los pies también con un vendaje sobre el cual tenia esposas atadas a los pies de la cama con una cadena.** Estaba acostado sobre un colchón sin sábanas, y cubierto con una frazada, la ropa de cama y el colchón estaban mojados con orín del interno, y debajo de la cama había un charco. Se observaba la presencia de moscas, que por la posición en que estaba el paciente no podía evitar que se posaran sobre su cuerpo.

#### **8.- La reclusión indefinida como única forma de tratamiento.-**

Parte de la inspección se dedicó a estudiar minuciosamente todos los legajos de los internos de un distrito judicial, a forma de muestra del fracaso del tratamiento y su reemplazo por la reclusión indefinida de personas aún sin patología. Surgieron dos casos paradigmáticos: a

a) **Mario Calcagno:** recluso desde hace 16 años (1994) por amenazas calificadas -Causa 1094, Juzgado de Ejecución Penal nro. 1 de San Martín. Desde hace años es el jefe de cocina de la Unidad y a pesar de tener un dictamen favorable para ser trasladado a un Hospital del sistema de salud desde el año 2008, todavía permanece en esta cárcel de máxima seguridad.-

b) **José Lencina Arce:** detenido desde hace 25 años por robo con efracción (1985), Juzgado de Ejecución Penal nro. 2 de San Martín, causa 210/300. Desde ese tiempo cada seis meses se le hacen pedidos para que los médicos tratantes informen si puede cambiarse la propuesta terapéutica y ser trasladado a un Hospital público. Sistemáticamente, dichos informes destacan el avance del interno pero concluyen siempre con el eufemismo “*sin embargo se desaconseja su externación por no haber desaparecido las causales de peligrosidad para sí o para terceros*”.-

Esto demuestra que durante 16 y 25 años, respectivamente, no hubo tratamiento, como tampoco consideración alguna de la proporcionalidad de la medida de seguridad en función de la pena de los ilícitos que la originaron.

### **III. Conclusiones y Observaciones: Ver informe general**