

DENUNCIA AL ESTADO ARGENTINO POR VIOLACIÓN A LA CONVENCIÓN CONTRA LA TORTURA.

I

PERSONERÍA

La **UNIÓN DEL PERSONAL MILITAR ASOCIACIÓN CIVIL**, con personería Jurídica Nro 0000017/03, conforme se acredita con la copia del Estatuto de la Entidad, que se adjunta como Anexos 1, representada en este acto por FRANCISCO RICARDO VERNA, Argentino, Coronel de la Nación (R), DNI N° 7.801.593 en calidad de Presidente conforme copia del Acta que lo designa y el Acta de fecha suscripta por la Comisión Directiva que autoriza a presentar esta acción; con domicilio real y constituido a estos efectos en la calle Uruguay 654 Piso 9º Of. 907 de la Ciudad Autonoma de Buenos Aires (Zona 115) (Código Postal 1015) (info@upmac.org.ar), con el patrocinio letrado de los Dres. Mario Santiago Sinopoli Tº 30 Fº 195 CPACF y Juan Luis Garcia Solórzano (Tº 50 Fº 390 CPACF); denuncia en de LAS VÍCTIMAS cuyos datos y fechas de fallecimiento obran en la planilla que al final se adjunta, ante esa Comisión y expone:

II

DENUNCIA CONTRA LAS AUTORIDADES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA POR VIOLACIÓN DE LA CONVENCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES.

Denuncio, a la República Argentina - Estado Nacional - Poder Ejecutivo Nacional , con asiento en Balcarce 50 Ciudad Autonoma de Buenos Aires – Republica Argentina, en cuanto con su Política de Estado generó las condiciones de tortura y malos tratos a que sometió al grupo de detenidos por las causas denominadas de lesa humanidad, del que forman parte LAS VÍCTIMAS, a quienes somete a un trato violatorio de los derechos humanos, en el marco de la instrumentación de causas judiciales, incompatible con su obligación de garante del derecho a la vida, a la integridad física y psíquica, el honor y buen nombre y todo derecho a la personalidad de las víctimas.

La conducta del Estado Argentino ha violado lo establecido en la «Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes», en sus arts. 1 (en el cual define el concepto de tortura y otras vejaciones como «todo acto por el cual se inflinja intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que cometió, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean inflingidos por un funcionario público u otra persona en

el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento y aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas»), arts. 2, 4, 10, 12, 13 y 14:

- Artículo 2. «Todo Estado Parte tomará medidas legislativas, administrativas, judiciales o de otra índole, eficaces para impedir los actos de tortura en todo territorio que esté bajo su jurisdicción. En ningún caso podrán invocarse circunstancias excepcionales tales como estado de guerra o amenaza de guerra, inestabilidad política interna o de cualquier otra emergencia pública como justificación de la tortura. No podrá invocarse una orden de un funcionario superior o de una autoridad pública como justificación de la tortura».-

- Artículo 4: «Todo Estado Parte velará por que todos los actos de tortura constituyan delitos conforme a su legislación penal. Lo mismo se aplicará a toda tentativa de cometer tortura y a todo acto de cualquier persona que constituya complicidad o participación en la tortura. Todo Estado Parte castigará esos delitos con penas adecuadas en las que se tenga en cuenta su gravedad».-

- Artículo 10. «Todo Estado Parte velará por que se incluyan una educación y una información completa sobre la prohibición de la tortura en la formación profesional del personal encargado de la aplicación de la ley, sea éste civil, militar, del personal médico, de los funcionarios públicos y otras personas que puedan participar en la custodia, interrogatoria o el tratamiento de cualquier persona sometida a cualquier forma de arresto, detención o prisión. Todo Estado Parte incluirá esta prohibición en las normas o instrucciones que se publiquen en relación con los deberes y funciones de esas personas».-

- Artículo 12: «Todo Estado Parte velará por que, siempre, que haya motivos razonables para creer que dentro de su jurisdicción se ha cometido un acto de tortura, las autoridades competentes procedan a una investigación pronta e imparcial».-

- Artículo 13: «Todo Estado Parte velará por que toda persona que alegue haber sido sometida a tortura en cualquier territorio bajo su jurisdicción tenga derecho a presentar una queja y a que su caso sea pronto o imparcialmente examinado por sus autoridades competentes. Se tomarán medidas para asegurar que quien presente la queja y los testigos estén protegidos contra malos tratos o intimidación como consecuencia de la queja o del testimonio prestado».-

- Artículo 14. «Todo Estado Parte velará por que su legislación garantice a la víctima de un acto de tortura la reparación y el derecho a una indemnización justa y adecuada, incluidos los medios para la rehabilitación lo más completa posible. En caso de muerte de la víctima como resultado de un acto de torturas las personas a su cargo tendrán derecho a indemnización. Nada de lo dispuesto en el presente artículo afectará a cualquier derecho de la víctima o de otra persona a indemnización que pueda existir con arreglo a las leyes nacionales».

Ha de tenerse presente que las normas internacionales forman parte del derecho interno argentino, de conformidad con los artículos 27, 31, 75 inciso 22 y 118 de la Constitución de la Nación Argentina.

III

INEFICACIA DE LOS RECURSOS DE LA JURISDICCIÓN INTERNA/ NO SE HA PRESENTADO LA DENUNCIA A OTROS PROCEDIMIENTOS INTERNACIONALES.

Las personas fallecidas a las que en adelante me referiré como LAS VÍCTIMAS, pertenecían a las Fuerzas Armadas o de Seguridad, o eran civiles vinculados a ellas, o no a ellas sino al gobierno militar que ejerció el poder durante el último período de gobierno de

facto en Argentina, es decir por presuntos actos cometidos hace más de 33 años, pero fundado en la presunción de haber pertenecido a tales fuerzas. Los requerimientos efectuados por los causahabientes de LAS VÍCTIMAS no tienen una respuesta satisfactoria a las necesidades planteadas, ya que los responsables de las violaciones a sus Derechos Humanos, eran los mismos magistrados que las habían efectuado.-

Los Defensores Oficiales de LAS VÍCTIMAS que, en los procesos respectivos, han recurrido decisorios, se encontraban sometidos a la autoridad de un Poder Judicial que, desde la cúpula, decía estar sosteniendo una Política de Estado, con lo cual se vio afectada su independencia e imparcialidad, y la interposición de recursos resultaba inoficiosa e ineficaz. Los Defensores Particulares, de LAS VÍCTIMAS que recurrieron decisorios también encontraron que la interposición de recursos resultaba vana y un dispendio de esfuerzos por el mandato de sujetarse a la Política de Estado.-

Resulta ilusorio pensar que los mismos Tribunales que fueron responsables por los abandonos y tratos crueles, inhumanos y degradantes a los que fueron sometidas LAS VÍCTIMAS, conforme se denuncia en esta presentación, iban a colaborar en las investigaciones al respecto, ya que claramente implicarían la auto investigación y consecuentemente una auto sanción. Por ello tales reclamos resultarían ineficaces-

El suscripto y su representada no ha formalizado con anterioridad denuncia alguna ante organismos internacionales con competencia en materia de derechos humanos. Ni tampoco realizado gestiones por las presuntas víctimas, o en nombre de ellas, para obtener reparación dentro del Estado interesado por las violaciones denunciadas.

Por otra parte, es dificultoso para los familiares de LAS VICTIMAS realizar en forma individual las acciones legales tendientes a determinar los hechos, actos y responsabilidades sobre las razones y causas directas e indirectas de los fallecimientos, y fundamentalmente la obtención de pruebas, ya que se encuentran en diferentes regiones y jurisdicciones de la República Argentina.-

IV

HECHOS QUE SE DENUNCIAN

La planilla anexa revela que entre las personas procesadas y detenidas dentro del marco de la denominada política de Estado argentina sobre lesa humanidad, han fallecido 391 de ellos durante el mandato del matrimonio presidencial integrado por Néstor Carlos KIRCHNER y Cristina Elizabet FERNÁNDEZ, 48 desde la asunción del actual gobierno, cuya presidencia ejerce, por el voto popular, el ingeniero Mauricio MACRI. Como también podrá observarse de los relatos de solo algunos de los casos documentados de LAS VÍCTIMAS, las condiciones en las que pasaron sus últimos momentos fueron claramente como víctimas de tratos crueles inhumanos y degradantes. No resulta fácil recabar la información necesaria para elaborar una lista de víctimas, fallecidos corroborados. Se ha efectuado, no obstante una nómina que incluye a 391, fallecidos totales, de los cuales 48 de ellos lo fueron desde el 10 de diciembre de 2016, por lo tanto acontecieron durante la gestión del actual gobierno.-

El aquí presentante representa a un grupo de personas que fueron ciudadanos del Estado argentino, LAS VÍCTIMAS, cuyos datos de filiación son agregados en la prueba de esta Solicitud de Medidas Cautelares y Petición. Los datos personales de sus familiares, obran en poder del Estado, es decir son plenamente determinables, y es motivo de esta

presentación que el Estado cumpla con su obligación de plasmar el derecho a la verdad, aportando la totalidad de la información pertinente.-

Es evidente, que cuesta hacer una nómina de muertes, el poder contar con la información completa sobre las circunstancias de éstas, y los elementos probatorios que permitan iniciar las pertinentes acciones, a fin de lograr establecer la totalidad de los responsables directos e indirectos de estos fallecimientos, y los hechos completos que acaecieron es de suma dificultad, por ello la lista de fallecidos que se agrega, solo demuestra cantidad de personas, y no las formas en que estos óbitos acaecieron.-

Los datos se requieren para que esa Comisión cuente con una mayor información y así lograr una verdadera comprensión de los aberrantes actos cometidos, y de ese modo establecer la palmaria violación, efectuada en forma reiterada y sistemática, dentro del marco de la denominada política de estado sobre lesa humanidad, a la totalidad de las normas convencionales de protección a los derechos humanos.-

Los datos de identificación de LAS VÍCTIMAS se encuentran en la planilla anexada como prueba. Los restantes datos identificatorios (en poder del Estado argentino) son el objeto del presente reclamo.-

No me extenderé aquí, por ser demasiado público y notorio, los juicios «de lesa humanidad» llevados a cabo en mi país, que tienen un costado oscuro, tenebroso y siniestro. A poco que se mire los hechos narrados, vienen a la memoria los horrorosos sucesos de la sigilosa matanza perpetrada por el Ejército Soviético contra los cuadros prisioneros del Ejército Polaco durante la Segunda Guerra Mundial en el bosque de Katyn. Allí la eliminación fue directa, pero hay otras modalidades, mas arteras, refinadas y discretas, que pasan por otros parámetros. En la Alemania nazi se recluía en clínicas particulares para eliminar discretamente enfermos mentales y defectuosos físicos y ello quedó probado judicialmente. Dejar morir a los enfermos de los hospitales militares, o sin atenderlos, fue casi una regla hasta el siglo XIX, muchísimos años antes que la de creación de la Cruz Roja como consecuencia de la batalla de Solferino, y la intervención de Florence Nightingale, y cupo a un médico francés, el barón de Larrey, del ejército napoleónico, que profesionalizó la asistencia a los heridos del campo de batalla. También, matanzas directas o discretas de hospitalizados-lugar privilegiado para la agresión, cualesquiera fuera la época- hubo siempre. Las hemos visto hasta en nuestra Guerra de la Triple Alianza contra el Paraguay. Los hospitales repletos de heridos indefensos, fueron muchas veces la primera víctima de la venganza implacable.

La tortura, por otra parte, en las innumerables variantes que el ingenio humano le ha prodigado pasa también por diversos estadios. Tradicionalmente hablamos de la tortura judicial abolida, permitida como medio probatorio en el proceso judicial medieval para el Derecho Común, que tan bien estudiaron para Italia el profesor Francesco Calasso y para España conocido magistrado e historiador del Derecho, Francisco Tomás y Valiente. Existió otra extrajudicial, también con fines probatorios, tendiente sobre todo a lograr la confesión, considerada en los regímenes antiguos como la «probatio probatissima» en el proceso penal. Esta otra, ejercida mediante lo que elípticamente la doctrina denominó “apremios ilegales”, tuvo gran difusión sobre todo a través del libro de Alec Mellor, a raíz de un famoso caso ocurrido con motivo de la guerra en Argelia.

Páginas enteras de la historia de la humanidad están colmadas de hechos semejantes. Se alzan tajantes y amenazadoras prohibiciones legales. Y sin embargo, resultan estériles e inoperantes pues todo vuelve a suceder apenas se relajan los controles y se aflojan los resortes.

Pero todo tiene su gradación.

En definitiva, enfermos, hospitales, prisiones y tortura forman un extraño cóctel que, en este caso y objeto de esta presentación, es la resultante de una sórdida historia conveniente y ardidosamente silenciada que vengo a denunciar ante ese Comité.

A) RELACIÓN CRONOLÓGICA Y DETALLADA DE LOS HECHOS Y CIRCUNSTANCIAS DE LAS VIOLACIONES DENUNCIADAS EN CADA CASO PARTICULAR.

Los hechos que se relatarán suscintamente, que culminaron con la muerte de LAS VÍCTIMAS entre 2003 y septiembre de 2016 son el producto final de una maquinación pergeñada en las más altas esferas del Poder Ejecutivo Nacional que, por doce años, ejerció el poder en la República Argentina, hasta el 10 de diciembre de 2015. Y fue ejecutada metódicamente por los agentes del Estado de dicho gobierno existentes en las filas del Poder Judicial de la Nación y del Ministerio Público Fiscal, así como la defensa oficial, con la sola finalidad vengativa de hacer intolerable la vida en detención de los acusados, sumiéndolos en el abandono de un trato aflictivo.

AÑO 2008

Caso Núm. 1:- Mario JAIME – (Falleció el 28/06/2008 a los 59 años de edad).-

El 26 de junio de 2008 Mario JAIME, Comisario (R) de la Policía de la Provincia de Buenos Aires, falleció en su celda del penal de Marcos Paz víctima de un infarto. Su deceso se produjo por falta de medicación crónica que no le fue suministrada, no obstante que la misma había sido aportada al penal por sus familiares tres días antes. El informe médico producido por el Servicio Penitenciario Federal expresa que falleció en el Hospital de la ciudad de Marcos Paz, pero en realidad antes de subir a la ambulancia en que fue transportado, trasladado por algunos internos sobre una mesa, porque no había camilla, un médico comentó que ya nada se podía hacer. Judicialmente no hubo investigación alguna sobre las circunstancias de su muerte y tampoco hay antecedentes que los jueces y fiscales de la causa hayan tomado pronta intervención en resguardo de la salud de LA VÍCTIMA.

Caso Núm. 2:- Carlos BERCELLONE – (Falleció el 04/07/2008).-

Carlos BERCELLONE, El Subcomisario (R) de la Policía de la Provincia de Buenos Aires, entre las 14:30 y 15:30 hs del 04/07/08, sin preaviso alguno salió de su celda y gritó: No sé lo que me pasa, y alcanzó a llegar a su cama. Fue asistido por dos internos que se encontraban en el salón del pabellón, uno de ellos médico. Había sufrido una ruptura de aneurisma de aorta. Avisado el personal del servicio Penitenciario, fue trasladado a la enfermería del módulo, la cual no estaba preparada para atender problemas sanitarios de estas características, el médico del penal tardó más de una hora en presentarse en el lugar y BERCELLONE falleció en la enfermería. Judicialmente no hubo investigación alguna sobre las circunstancias de su muerte y tampoco hay antecedentes que los jueces y fiscales de la causa hayan tomado pronta intervención en resguardo de la salud de LA VÍCTIMA.

Caso Núm.3: Carlos José PAZO – (Falleció el 27/08/2008 a los 68 años de edad).-

El 21 de agosto de 2008, Carlos José PAZO, Capitán de Navío (R) de la Armada Argentina, sufrió un fuerte dolor en la cintura que le afectó la movilidad de sus piernas, entrando en estado de shock. De inmediato fue asistido por otros internos que se encontraban detenidos en el mismo pabellón, quienes reclamaron la presencia del médico de planta. Al arribar, el profesional le prescribió un medicamento por vía oral y un inyectable que le fue suministrados recién una hora y media más tarde. Su estado experimentó una leve mejoría, pero su cuadro no estaba estabilizado. Ante la insistencia de sus compañeros de pabellón, a las 22 hs se hizo presente un médico de planta junto a un enfermero, quienes intentaron cambiarlo a una cama más dura; finalmente, dada la crítica situación, se lo trasladó a la enfermería del penal. En estas circunstancias, algunos compañeros de celda pidieron al médico de planta que el capitán PAZO fuese derivado al Hospital Naval de Buenos Aires. Sin embargo, el traslado no pudo efectivizarse por la falta de enfermeros disponibles, no obstante el profesional interviniente manifestó su deseo de realizarlo ni bien pudiese. Al llegar a la enfermería, PAZO recibió suero y permaneció en este estado hasta las 6 hs. del día siguiente, junto a dos detenidos con serias limitaciones físicas. El viernes 22 fue dado de alta y permaneció en la enfermería hasta el lunes por la tarde, cuando fue llevado de regreso a su celda. Al día siguiente amaneció con fuertes dolores y por la tarde fue atendido por el médico de planta, quien le recetó un calmante y aconsejó una resonancia magnética. Algunos internos del Penal insistieron ante el profesional sobre la conveniencia de realizar una evacuación del paciente al Hospital Naval o a un hospital extramuros.-

La respuesta off the record del profesional fue que no se animaba porque el Juez y el Ministro de Justicia no lo autorizarían. El miércoles por la mañana se lo notó con muy mal semblante y se llamó al médico de planta. Llegó un enfermero quien le tomó nuevamente la presión y un poco más tarde fue trasladado a la enfermería del módulo 4, donde fue medicado. Mientras se informaba a su abogado defensor sobre la situación, fue nuevamente trasladado a su celda y tiempo después presentó dificultades para respirar. Sus compañeros golpearon fuertemente la puerta del Pabellón pidiendo ayuda ya que se daban cuenta que PAZO se moría, mientras les decía a sus compañeros: "Me muero, me muero, saluden a mis hijas; no nos atenderán los médicos". Tiempo después, cuando PAZO agonizaba, apareció un médico. Lo llevaron en una camilla y estuvo unos 15 minutos a la espera de una ambulancia que nunca llegó. Judicialmente no hubo investigación alguna sobre las circunstancias de su muerte y tampoco hay antecedentes que los jueces y fiscales de la causa hayan tomado pronta intervención en resguardo de la salud de LA VÍCTIMA.-

Caso Núm. 4 Juan Carlos CAMBLOR (Falleció el 15/08/2008)

El Dr. Mariano N. Castex, M.N. 17.658 - M.P.Bs.As. 44.990, Miembro de la Academia Nacional de Ciencias Bs.As.Ex Profesor Titular Regular de Medicina Legal(UBA)
Ex Profesor Titular Regular de Psicología Forense (UBA) Profesor Adj.en el Departamento de Derecho Penal(Fac.de Derecho, UBA) Director del Centro de Investigaciones Forenses (Acad.Nac. de Ciencias) en el Informe Neuropsicológico

De: Juan Carlos CAMBLOR -Edad: 80 años de fecha: 23 de noviembre de 2007 Expone:

El paciente concurre acompañado por su hijo. Interrogado, señala percibirse como perdiendo rápidamente la memoria y que sus estados de ánimo son "muy malos" predominando la depresión (abulia, irritabilidad, desgano, falta de motivación e interés en el mundo familiar y social). Se queja además de olvido de nombres y de palabras que quiere

utilizar, y hasta olvida lo que le acaba de suceder mientras que mantiene claros los recuerdos más antiguos. Actualmente se siente muy decaído y desalentado y dice que “rechaza vivir así”, como se experimenta en la actualidad. Tiende a permanecer sentado en su casa, evita salir a caminar y no encuentra actividades para distraerse salvo ver televisión, especialmente cuando hay deportes, pero señala cansarse pronto. Preguntado sobre ello atribuye el todo a la muerte reciente de sus dos hermanos y a las situaciones conflictivas por las que está atravesando. La esposa agrega que ultimamente se olvida de tomar sus medicamentos, por lo que debe ella encargarse de cumplimentar con las indicaciones y tratamientos que se le indican.

Vive con la esposa; tiene dos hijos. Una hija vive en los Estados Unidos. La esposa explica que el paciente “lleva un año sentado” y que sólo supera esa postración cuando sale fuera de Buenos Aires.

En cuanto a antecedentes médicos, se toma conocimiento de ello por la amplia documentación que en carpeta acompaña a la evaluación (cáncer de mama bilateral, infarto del miocardio -se le practicó una angioplastia-, insuficiencia renal importante, hipertrofia prostática y otras patologías etarias menores).

Luego del examen psico clínico, se administró una batería de tests neuropsicológicos para evaluación.

Mediante el examen psicoclínico, complementado por las pruebas neuropsicológicas, se observa lo siguiente:

- Nivel intelectual premórbido de medio a alto, de acuerdo a su nivel educacional y su desempeño en el lenguaje (test de Vocabulario).
- Pérdida importante y progresiva de la autonomía (no logra administrar su medicación y delega totalmente este aspecto en su esposa).
- Incapacidad para establecer rutinas de actividades.
- Tendencia al aislamiento.
- Dispar rendimiento en el Mini Mental State Examination.
- En la escala CDR se ubica en estadio de predemencia (con COR = 0,5).
- En el Test de Stroop muy baja resistencia a la interferencia (15).
- Resultados bajos en los tests de memoria visoespacial y ejecutivos frontales.
- Bajo puntaje en los tests de memoria episódica verbal, señalando dificultades para almacenar y retener material nuevo, no beneficiándose con las ayudas o facilitaciones,
- Altamente sensible a las interferencias.
- La memoria de trabajo también está afectada.
- Alteración en la memoria semántica (faz inicial).
- Dificultades en la atención.
- Se destacan intrusiones en las pruebas de memoria, así como perseveraciones, que adquieren importancia por subrayar la aparición de aspectos de desconexión en su persona.

En conclusión:

Paciente que en la escala CDR se ubica en estadio de predemencia (con COR = 0,5), presentando un deterioro cognitivo centrado en algunos aspectos mnésicos, las habilidades

visoespaciales y las funciones ejecutivas. Logra compensar en algo el déficit a través de un mantenimiento precario de los rendimientos en el pensamiento abstracto y en el manejo del cálculo y su sentido de realidad.

El tipo y la severidad de los déficits presentes denotan una alteración cognitiva que llega a afectar las actividades de la vida diaria del paciente, así como también la presencia de factores emocionales que perturban su desenvolvimiento, dificultándole la movilidad social y personal. Su aislamiento actual evidencia con claridad el trastorno en el área afectiva, de índole depresivo. El examinado es altamente sensible a situaciones tensionales, las que pueden inducir en él estado de descompensación y aceleración del proceso involutivo.

AÑO 2009

Caso Núm. 5:- Víctor David BECERRA ARAOZ – (Falleció el 14/05/2009).-

Víctor David BECERRA ARAOZ, Comisario (R) de la Policía de la Provincia de San Luis, acusado de un delito de lesa humanidad, compareció voluntariamente por sus propios medios, a la Fiscalía Federal de la ciudad de San Luis el día 20 de septiembre del 2006, y quedó detenido en el Complejo 124. Fue obligado a permanecer en los tribunales, por orden judicial, en una sala armada en las oficinas contiguas a la sala de audiencias. Tenía gangrena y sufrió varios accidentes cerebrovasculares (ACV), pese a lo cual los jueces lo obligaron a permanecer allí. El progresivo deterioro de su salud debido a insuficiente atención sanitaria e inadecuada alimentación, motivó que durante el año 2007 sufriera dos traslados de urgencia al Complejo Sanitario de la ciudad de San Luis, ordenados por el Jefe del Servicio Médico de la Unidad Carcelaria, por padecer episodios de descompensación o de coma diabético, puesto que la Penitenciaría no contaba con los elementos materiales o humanos necesarios para brindarle adecuado tratamiento médico. Por tal motivo se solicitó al juez a cargo del proceso la detención domiciliaria, que no fue ponderada ni resuelta por éste. Por vía recursiva la Cámara Nacional de Casación Penal, Sala IV, debido a las graves dolencias físicas probadas que sufría, ordenó su detención domiciliaria. El 20 de octubre del 2008 se inició el juicio oral y público, al cual entró caminando dificultosamente y con ayuda, siendo luego acomodado en la Sala de Debate por personal del Servicio Penitenciario de la Provincia de San Luis.-

LA VÍCTIMA tenía pendiente de resolución un planteo respecto de la incapacidad mental sobreviniente que padecía, la que se resolvió de manera desfavorable por parte del Tribunal Oral y por tal circunstancia se presentó un recurso de casación. Ante ello, la Cámara Nacional de Casación Penal de la Nación, que conoció en el caso, con fecha 13 de marzo de 2009 resolvió de manera desfavorable el pedido de LA VÍCTIMA, basándose en exámenes médicos del año 2008 e ignorando los estudios posteriores y la voluminosa historia clínica donde se registran internaciones durante los meses de noviembre y diciembre de 2008 y de enero, febrero y marzo de 2009, en la Clínica Italia de la ciudad de San Luis como en el Complejo Sanitario de San Luis.-

Al comienzo del juicio su salud se deterioró, ya que padeció anemia y fue transfundido en varias oportunidades, gangrena en ambos pies, tumor prostático, micosis bucofaríngea, hipoacusia, enfermedad renal en grado terminal (debió ser dializado día por medio), problemas de columna y reumatismo deformante en ambas manos, y de una simple diabetes propia de la edad pasó a ser DBT I (Diabético insulino dependiente), además de sufrir reiterados episodios de hipertensión e hipotensión arterial y un deterioro vascular grave en su sistema circulatorio.-

Durante el juicio oral se instaló en una oficina de los tribunales una cama para que permaneciera durante las audiencias. Pocos días después de terminar el juicio oral nuevamente fue internado y se le amputó su pierna izquierda y un dedo del pie derecho; días después le fue amputada la pierna derecha. Todo ello debido a su deterioro vascular, de lo que devino su muerte el 14 de mayo de 2009 en el Complejo Sanitario de San Luis, por insuficiencia cardiorespiratoria - falla multiorgánica prevascular -diabetes e insuficiencia renal.

Estos antecedentes conciben con el padecimiento de una incapacidad mental sobreviniente en razón de sus patologías físicas de base que no le permitían de manera alguna ser sometido a juicio oral y público como se hizo. El Tribunal inaudita parte ordenó una autopsia del cadáver -sin notificar a la defensa de ese hecho-, la que fue realizada por médicos forenses provinciales que ocultaron la obstrucción existente en ambas arterias carótidas y los focos de infartos cerebrovasculares existentes. BECERRA ARÁOZ fue sometido a condiciones crueles y degradantes durante más de dos años, condenándose a un moribundo mientras era sometido al escarnio público. Judicialmente no hubo investigación alguna sobre las circunstancias de su muerte y tampoco hay sanciones contra las autoridades judiciales que entendieron en el caso.-

Caso Núm. 6: Rodolfo Eduardo ALMIRÓN – (Falleció 05/06/2009).-

Rodolfo ALMIRÓN, Subcomisario (R) de la Policía Federal Argentina estaba internado en el Hospital Penitenciario del penal de Ezeiza. Pese a ello no le fue detectado el tumor cerebral que padecía. Un día se cayó desde la cama y golpeó la cabeza contra un banco de metal de su celda. Llevado de urgencia al hospital de la ciudad de Ezeiza descubrieron un tumor y diagnosticaron que su estado era terminal. Informado el juez de la causa Dr. Norberto OYARBIDE de su inminente muerte, éste dispuso tardíamente la libertad de LA VÍCTIMA y retiró a todo el personal de custodia. ALMIRÓN Falleció pocas horas después.- Judicialmente no hubo investigación alguna sobre las circunstancias de su muerte y tampoco hay sanciones contra las autoridades judiciales que entendieron en el caso.-

AÑO 2010

Caso Núm. 7: Mario Albino ZIMMERMANN – (Falleció el 04/03/2010 a los 77 años de edad).-

Mario Albino ZIMMERMANN, Coronel (R) del Ejército Argentino, en 2005 ingresó al Hospital Militar de Campo de Mayo [HMCM] descompensado hemodinámicamente. Ese mismo año fue trasladado al Hospital Militar Central para ser operado de cáncer de colon y posteriormente fue tratado con quimioterapia.- Un año después fue nuevamente internado en el HMCM por descompensación, donde se le realizaron estudios por múltiples estallidos cerebrales. En esas condiciones fue puesto a disposición de la justicia en calidad de internado detenido comunicado. Desde el HMCM fue trasladado al Juzgado de San Martín en varias oportunidades, reingresando luego al mismo nosocomio. Posteriormente fue trasladado del HMCM a la Prisión de Campo de Mayo.

Cabe destacar que sufría incontinencia y que no se movilizaba por sus propios medios.-

Los estudios médicos le fueron practicados cada vez más distanciados y finalmente su tratamiento fue suspendido. Ante la situación planteada, a pedido de la justicia, fue

trasladado para su revisión a los consultorios de la sede de la Morgue Judicial Federal, donde el médico forense dejó constancia de su estado de debilidad y necesidad de contención, imposibilitado de manejarse en forma autónoma. Con posterioridad a ello fue trasladado en avión militar a la provincia de Tucumán, en el 2007, por pedido del Juez Federal, donde fue alojado detenido en una unidad militar. Allí su alimentación -pese a tener recomendada una dieta estricta- se redujo a la ración de comida de tropa. En esa oportunidad fue intervenido quirúrgicamente para colocarle un stent en la Clínica Cardiológica local, donde consta el estado del paciente y la necesidad periódica de control post operatorio.-

En Agosto de 2009 fue autorizada la prisión domiciliaria de ZIMMERMANN, en la provincia de Tucumán. Allí durante seis meses, sólo en dos oportunidades concurrió un enfermero a tomarle la presión.-

El 16 de febrero de 2010 comenzó su juicio oral en Tucumán. Durante el mismo y pese a su precaria condición de salud, fue sometido a un horario inaceptable. Lo retiraban a las 7.00 hs. y lo llevaban de regreso a las 18.00 hs., infligiéndole así innecesarios padecimientos a un enfermo. El día siguiente, 17 de febrero de 2010, a las 02:00 hs. se descompensó, perdió el conocimiento y cayó al suelo. Al despertar se quejaba de fuertes dolores en el estómago. Se solicitó asistencia médica. Concurrió la ambulancia de SIPROSA, cuyo personal le indicó Buscapina (antiespasmódico empleado para dolores abdominales).- A las 06:00 hs se presentó personal policial y penitenciario para trasladarlo al Juzgado. Sin embargo dado su crítico estado ambos se negaron a realizar el traslado, pese a ello a las 10:0 hs se hizo presente nuevamente el personal de traslado con la orden de llevarlo de inmediato al Juzgado. Durante la audiencia fue llamado al estrado a declarar, y permaneció respondiendo gran cantidad de preguntas. Por intermedio de su abogado se solicitó que se le realizaran servicios médicos específicos para las dolencias que entonces manifestaba. El tribunal respondió que la Junta Médica había informado que el Coronel se encontraba apto física y psicológicamente para continuar en el juicio.-

El día 27 de febrero se llamó nuevamente al servicio de emergencias médicas, porque el paciente presentaba un cuadro gastrointestinal, y el 1ro de marzo fue trasladado a ser revisado por un médico neurólogo con quien se había solicitado turno por sus frecuentes apneas. El neurólogo confirmó el crítico estado del paciente solicitando urgentes análisis de sangre que esa misma tarde se le realizaron en el domicilio. El 2 de marzo de 2010 a las 03:00 hs sufrió una grave hemorragia, se presentó la ambulancia de SIPROSA y fue trasladado con urgencia al Sanatorio 9 de julio de la ciudad de Tucumán. En el ingreso consta su condición de paciente con estado febril de varios días (datos aportados por el médico de SIPROSA). Lo diagnosticaron como paciente descompensado y fue internado en Terapia Intensiva. Una vez ingresado, los médicos del Sanatorio informaron al familiar que lo acompañaba que intentarían compensarlo para realizarle los estudios necesarios. Al día siguiente pidieron a su hija que firmara la autorización para realizarle una cirugía, dado que era imposible estabilizarlo y era evidente que estaba sufriendo una hemorragia interna.- El día 4 de marzo 2010 a las 21:30 hs. se produjo su deceso a raíz de un paro cardíaco provocado por múltiples perforaciones de intestino grueso, delgado y colon.-

Es evidente que dos semanas de trato cruel e inhumano deliberado provocaron el agravamiento de sus dolencias.- Judicialmente no hubo investigación alguna sobre las circunstancias de su muerte y tampoco hay sanciones contra las autoridades judiciales que entendieron en el caso.-

Caso Núm. 8: Luis Alberto CATTANEO – (Falleció el 25/05/2010 a los 81 años de edad).-

Luis Alberto CATTANEO, General de Brigada (R) del Ejército Argentino, según denuncia de su hijo, fue detenido a los 77 años de edad, cuando presentaba un deteriorado estado de salud que ostensiblemente requería de cuidados intensivos, permanentes y continuos. No obstante las presentaciones de su defensa le fue denegada, la prisión domiciliaria, con el argumento de que podía fugarse o entorpecer el accionar de la justicia. Al momento de su detención se hallaba efectuando la rehabilitación de una operación a cielo abierto de dos by pass. Contaba con antecedentes de diversas patologías tal como lo registra el informe médico forense del 11 de mayo de 2006, al momento de su examen para trasladarlo a Tucumán. Dicho informe menciona que se trataba de un paciente cardiópata de avanzada edad y poli medicado, resultando imprevisibles las consecuencias de su traslado a Tucumán. Su hijo imputó al Estado Nacional, en las personas del Juzgador, Dr. Raúl Daniel Bejas, los integrantes del ministerio público fiscal, los secretarios actuantes, El Tribunal Federal Oral, los fiscales actuantes por manda, la Cámara Federal de Apelaciones de Tucumán, el Jefe del Estado Mayor General del Ejército, al momento del traslado de su padre, Teniente General Roberto Bendini, el sucesor, Jefe del Estado Mayor General del Ejército, Teniente General Luis Alberto Pozzi, al momento del fallecimiento, al director del Hospital Militar Central al momento del traslado, como autores del delito previsto y penado de dolo eventual, presente por ley, jurisprudencia y doctrina, con las previsiones y agravantes de los artículos 144 bis al quinqué del código Penal. Su hijo, considerando dadas las condiciones del artículo 82 del código ritual, pidió ser tenido como parte. A la fecha no hubo alguna denuncia efectuada demostrando una vez, el compromiso de la justicia con la política de Estado que implica la pena de muerte anticipada.

Caso Núm. 9:- Leonardo Luis NÚÑEZ- (Falleció el 15/08/2010 a los 53 años).-

Leonardo Luis NÚÑEZ, Alcaide del Servicio Penitenciario de la Provincia de Buenos Aires, con 53 años de edad, ingresó a la Unidad Penitenciaria (UP), en perfecto estado de salud. Tras la denuncia del deterioro de su salud que sufría y la falta de medios adecuados para la atención de su dolencia, a requerimiento del Juzgado interviniente se resolvió su traslado al Sanatorio Colegiales, sito en Conde 851 de la Ciudad de Buenos Aires. Tres días después y pese al grave diagnóstico que indicaba que LA VÍCTIMA se veía afectada al menos por dos úlceras gástricas, una de ellas sangrante y con evidente deterioro de su salud, fue nuevamente remitido a la UP, pasando por la enfermería y seguidamente al pabellón denominado “de lesa humanidad”. Alrededor de las 17:00 hs fue trasladado en una ambulancia penitenciaria al Hospital de San Fernando, notoriamente alejado de la Protesta de Hijos y Nietos ante los tribunales de San Rafael-Mendoza, y en su Unidad Penitenciaria, donde al llegar se informó que no había capacidad para alojarlo ni para asistirlo, razón por la cual continuó en la ambulancia dando vueltas hasta las 10:00 hs. del día siguiente, cuando fue internado en el Hospital Privado Modelo Vicente López en el sector de terapia intensiva con un cuadro complicado y respirador artificial, hasta que se produjo su deceso.-

NÚÑEZ permaneció, moribundo en una ambulancia, por el término de diecisiete horas, ante la indiferencia de las autoridades. Judicialmente no hubo investigación alguna sobre las circunstancias de su muerte y tampoco hay sanciones contra las autoridades judiciales que entendieron en el caso.-

Caso Núm. 10:- Roberto Esteban CONSTANTINO - (Falleció el 15/12/2010 a los 81 años de edad).-

Roberto Esteban CONSTANTINO, Comisario (R) de la Policía de la Provincia de La Pampa, el Tribunal Oral Federal de La Pampa ordenó que este hombre de 81 años y con delicado estado de salud, fuera detenido en la U 4 del Servicio Penitenciario Federal. Allí, el 01/12/10, sufrió una fractura de rótula y fue evacuado al Hospital "Lucio Molas" de la ciudad de Santa Rosa, pero ante la imposibilidad de operarlo, fue devuelto al penal. Y de allí a la Clínica POLIMEDIC de la misma ciudad, donde luego de sucesivas postergaciones fue operado aproximadamente a las 22 hs. Finalizada dicha intervención, fue llevado a una habitación común, en donde falleció ese mismo día.-

Incapacitado tanto física como psíquicamente y encontrándose en una cárcel común, fue obligado a asistir al juicio oral y público, pero en razón de su edad y su delicado estado de salud solo pudo asistir a las audiencias de inicio y de sentencia. Todo ello provocó un cruel y progresivo deterioro que terminó con su vida. Judicialmente no hubo investigación alguna sobre las circunstancias de su muerte y tampoco hay sanciones contra las autoridades judiciales que entendieron en el caso.-

AÑO 2011

Caso Núm. 11:- Gregorio Rafael MOLINA – (Falleció el 11/07/2011).-

Gregorio Rafael MOLINA, Suboficial Mayor (R) de la Fuerza Aérea fue operado de cáncer de intestino en el 2009, quedando con un ano "contra natura" desde entonces. Si bien a fines de diciembre de dicho año ya estaba dispuesto su arresto domiciliario, a concretarse el 29 de dicho mes (la esposa viajó la noche anterior de regreso a su casa en Alta Gracia, provincia de Córdoba para esperarlo allí), en lugar de ser trasladado a su domicilio, fue llevado a la U 34 - Campo de Mayo. En el estado en que se encontraba fue trasladado para asistir a un juicio en Mar del Plata en 2010. Posteriormente fue llevado al penal de Campo de Mayo, debiendo concurrir a sesiones de quimioterapia, pero el Servicio Penitenciario Federal no lo llevó con la frecuencia requerida. Después de afrontar un segundo juicio fue llevado a la cárcel de Batán, donde el director del Penal, al ver su estado se negó a recibirlo por lo que LA VÍCTIMA fue obligada a dormir toda la noche en el piso del camión celular que lo trasladó. A la mañana siguiente fue trasladado nuevamente al tribunal porque lo necesitaban para iniciar un nuevo juicio. MOLINA nunca pudo lograr la detención domiciliaria, porque falleció el 11 de julio de 2011. Judicialmente no hubo investigación alguna sobre las circunstancias de su muerte y tampoco hay sanciones contra las autoridades judiciales que entendieron en el caso.-

Caso Núm. 12:- Juan Máxima COPTELEZA – (Falleció el 26/07/2011).-

Juan Máximo COPTELEZA, personal civil de Inteligencia (R), en la década del 90, fue sometido a una intervención quirúrgica del corazón en la cual se le practicaron 4 by pass. Durante su detención no habría recibido medicación alguna relacionada con su afección. El 26 de Julio de 2011, sufrió un paro cardíaco, donde fue atendido por otros internos. Fue trasladado a la Unidad Médica Asistencial del Penal, donde falleció. Su Defensor Oficial, Dr. Santiago FINN, había solicitado ante el Juzgado la detención domiciliaria de LA VÍCTIMA, debido a su afección cardíaca, y hasta el momento de su fallecimiento, no había recibido respuesta. Llamó la atención de los familiares que fueron a reconocer el cuerpo que estaba vestido en perfecto estado, como si no hubiera existido la necesidad de romper su remera, por la urgencia, para efectuar las acciones de intento de reanimación. Judicialmente no hubo investigación alguna sobre las circunstancias de su muerte y tampoco hay sanciones contra las autoridades judiciales que entendieron en el caso.-

Caso Núm. 13:- José Martín MUSSERE – (Falleció el 04/08/2011 a los 62 años de edad).-

José Martín MUSSERE, Comisario (RE) de la Policía de la Provincia de Mendoza, falleció el 4 de agosto de 2011 a las 19:30 horas, como consecuencia de un paro cardiorrespiratorio producto de una cardiopatía grave. Su deceso se produjo estando detenido en una celda para presos comunes en el Pabellón N° 8 de la Penitenciaría de San Rafael, provincia de Mendoza, a pesar de la gravísima afección cardíaca que presentaba. El 14 de marzo de 2007 la Cámara Federal de Apelaciones de Mendoza dispuso concederle el beneficio de la prisión domiciliaria por sus dolencias de coronariopatía severa por oclusión de la arteria coronaria derecha y circunfleja en su segmento distal, estenosis crítica de la obtusa marginal, primer plano diagonal y segmento distal de la descendencia anterior. A ello se sumaba un severo deterioro de la función ventricular izquierda; razón por la cual y en atención a los informes del médico legista, mantenía un severo deterioro de la función sistólica. El médico MALUENDA BOLDRINI afirmó en su testimonio: "...si se deja al paciente en las condiciones actuales de detención debe considerarse al mismo un enfermo terminal". La Cámara Federal, por unanimidad de sus integrantes, resolvió: conceder a LA VÍCTIMA el beneficio de la detención domiciliaria. No obstante los importantes antecedentes médico legales, MUSSERE falleció sin la atención médica adecuada, a tal punto que debió recurrirse a la asistencia privada llamando al Servicio Coordinado de Emergencias, ya que el Servicio Penitenciario no contaba con los medios necesarios para garantizar su vida. Pese al dictamen fiscal y a la resolución de la Cámara de Apelaciones que debía obedecer, el Tribunal interviniente no le morigeró a LA VÍCTIMA las condiciones de detención ni le suministró la debida atención médica. Judicialmente no hubo investigación alguna sobre las circunstancias de su muerte y tampoco hay sanciones contra las autoridades judiciales que entendieron en el caso.-

Caso Núm. 14:- Carlos Alberto Roque TEPEDINO – (Falleció el 12/11/2011 a los 84 años de edad).-

Carlos Alberto Roque TEPEDINO, Coronel (R) del Ejército Argentino, se encontraba en un serio estado depresivo, sin recibir el tratamiento psiquiátrico necesario. Ante visitas de amigos, la mayoría de las veces, se negó a concurrir al salón de visita para recibirlos. Desde su traslado a la UPF II – Marcos Paz, el 19 de abril de 2010, en 15 meses bajó 20 kilos de peso. En ese momento usaba pañales y era atendido por un preso al que la hija de LA VÍCTIMA le alcanzaba lo necesario. Tenía pólipos en la vejiga habiendo sido operado en 3 oportunidades. En la última intervención quirúrgica, en el 2009, le extrajeron tres pólipos malignos, no recibiendo tampoco la atención médica necesaria con respecto a esta afección. Falleció condenado sin sentencia firme. Judicialmente no hubo investigación alguna sobre las circunstancias previas a su muerte y tampoco hubo sanciones contra las autoridades judiciales y penitenciarias que entendieron en el caso.-

AÑO 2012

Caso Núm. 15:- Félix Alejandro ALAIS – (Falleció el 06/08/2012).-

Félix Alejandro ALAIS, Comisario Inspector (R) de la Policía Federal Argentina, se encontraba a disposición de un Juzgado Federal, y alojado en el Complejo Penitenciario

Federal II de Marcos Paz, donde se omitió cumplir las reiteradas órdenes de trasladarlo al hospital policial "Churruca". El médico neurólogo GUILLERMO POVEDANO, el 13 de enero de 2012 había pedido estudios debido a las dificultades que desde hacía tiempo venía experimentando ALAIS en sus miembros inferiores, los que probablemente estaban vinculados con su grave enfermedad de base, diabetes insulino dependiente. Tales estudios, a pesar de haber sido recomendados expresamente al Servicio Penitenciario Federal nunca fueron efectuados dado que el paciente jamás fue trasladado para que los mismos se concretaran. En el mes de abril de 2012 se realizó otra denuncia relacionada con el total abandono por parte del Servicio Penitenciario Federal al incumplir las órdenes del tribunal, ya que jamás fue atendido adecuadamente por el servicio médico del penal por serios problemas respiratorios (enfisema pulmonar) que venía padeciendo. Morigeraba sus afecciones con medicamentos que le proporcionaban otros internos que convivían con él, quienes humanitariamente trataban de paliar la ausencia de asistencia médica. A pesar de que a pedido de su abogado defensor tuvo la visita de un médico forense que le manifestó que necesitaba urgente atención por las distintas afecciones que lo aquejaban, LA VÍCTIMA no fue trasladada a un nosocomio extramuros como fuera solicitado, experimentando fiebres reiteradas, dificultades respiratorias, y serias afecciones pulmonares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), subsistiendo con la medicación y auxilio que le prestaban otros internos.-

Durante su última semana de vida ALAIS efectuó reiterados llamados telefónicos a su abogado, comunicándole el progresivo deterioro en sus funciones respiratorias y de su salud en general, con el agravante de que el médico LEGRAND del Módulo IV le informó que ya había solicitado más de siete veces a su superior el Dr. SOSA, médico Jefe del Penal, para que recibiera la atención adecuada y fuera trasladado a un hospital, sin tener respuesta alguna, lo que una vez más fue informado al Tribunal. El día 5 de agosto fue internado en la enfermería del Penal con una grave descompensación en su nivel de azúcar en sangre y en su presión arterial. Sus familiares que lo visitaron ese domingo observaron que ALAIS se quejaba de fuertes dolores en el pecho, mientras que solo se le había suministrado suero y verificado el azúcar en sangre. A media mañana del lunes 06 de agosto de 2012 fue internado en el hospital de Marcos Paz, donde falleció aproximadamente a las 19 hs.-

En el incidente N° 344 del Juzgado Federal N°1 de Bahía Blanca caratulado "Alais, Félix Alejandro s/Salud, condiciones de detención y pedimentos", que corre por cuerda con la causa N° 05/07, en la que el nombrado se encontraba sometido a proceso, obran detallada y circunstanciadamente todas las peticiones que infructuosamente hizo su Defensa.- Judicialmente no hubo investigación alguna sobre las circunstancias de su muerte y tampoco hay sanciones contra las autoridades judiciales y penitenciarias que entendieron en el caso.-

Caso Núm. 16: Mauricio Carlos PONCET – (Falleció el 01/10/2012 a los 81 años de edad).-

Mauricio Carlos PONCET, Teniente Coronel (R) del Ejército Argentino, se encontraba en arresto domiciliario debido al estado avanzado de su diabetes, cuando en forma intempestiva y pese a las quejas de su abogado Defensor, en diciembre de 2010 el Tribunal a cargo de su causa, presidido por el juez JAIME DÍAZ GRAVIER, ordenó su traslado a un Penal, con fundamento en que no disponía de historia clínica. Inicialmente fue enviado al penal de Bower en la provincia de Córdoba, y finalmente al penal de Marcos Paz, en la provincia de Buenos Aies, al cual ingresó el 22 de diciembre de ese año a la edad de 80 años. Allí, debido a la escasa infraestructura sanitaria, su salud se deterioró y bajó de peso al punto que su delgadez llamaba la atención de los detenidos que se encontraban en el

mismo pabellón. Sufrió varias descompensaciones producto de su diabetes avanzada. En una de ellas, al regresar de la enfermería del penal totalmente demacrado, un grupo de detenidos decidió montar guardia durante la noche en la puerta de su celda en prevención de una nueva indisposición que resultó fatal al no ser atendido con prontitud. Durante su permanencia en el penal de Marcos Paz, su abogado Defensor insistió ante el tribunal por su traslado a su domicilio para un mejor control de su salud, dada su proximidad con el Hospital Militar. Esto no se logró. En septiembre de 2012, algunos detenidos tomaron contacto con el Director de Módulo para que fuera a su celda y comprobara personalmente su estado, advirtiéndole que era probable muriera en cualquier momento. El estado de LA VÍCTIMA causó tal impresión en el Director del Módulo que dispuso su inmediato traslado al Hospital Militar Central, lo que fue realizado el 19 de septiembre de 2012, donde le fue detectado un cáncer de páncreas que terminó con su vida el 1° de octubre de ese año.- Judicialmente no hubo investigación alguna sobre las circunstancias de su muerte y tampoco hay sanciones contra las autoridades judiciales que entendieron en el caso.-

Caso Núm. 17: Manuel Ibérico SAINT JEAN – (Falleció el 05/10/2012 a los 90 años de edad).-

Ibérico Manuel Saint Jean, General de Brigada (R) del Ejército Argentino, fue citado a declarar en una causa en la cual se investigaba la comisión de delito de “lesa humanidad”, fue detenido y ordenada su internación por razones de edad y de salud en su domicilio. Después de cuatro años y medio de detención domiciliaria, pese a la presentación en debida forma de las historias clínicas y certificados de diversos médicos, verificados por los forenses, que daban cuenta de la edad (90 años), de un tratamiento contra el cáncer y una operación reciente por esta enfermedad que le permitía desplazarse únicamente en silla de ruedas, padecer una afección cardíaca con un marcapasos instalado en forma permanente y deterioro mental creciente, la Sala I de la Cámara Federal de La Plata revocó su detención domiciliaria, y ordenó su traslado a una cárcel, desconociendo ocho dictámenes forenses que lo declararon incapaz para estar en juicio. Internado, con silla de ruedas permanente, en el hospital del penal de Ezeiza en el mes de septiembre, 4 ó 5 días después sufrió una crisis cardíaca que motivó su derivación al Hospital Eurnekian de la ciudad de Ezeiza, y de allí, después de trámites realizados por sus familiares fue trasladado al Hospital Militar Central.-

Es necesario tener presente que el Hospital Eurnekian, en el incidente de prisión domiciliaria de otro interno, expresó que no estaba en condiciones de atender emergencias de este tipo, porque cardiología se atendía en consultorios externos. Judicialmente no hubo investigación alguna sobre las circunstancias de su muerte y tampoco hay sanciones contra las autoridades judiciales y penitenciarias que entendieron en el caso.-

AÑO 2013

Caso Núm. 18:- José Alfredo MARTÍNEZ DE HOZ – (Falleció el 16/03/2013 a los 87 años de edad).-

El 20 de mayo del 2010 el juez federal de primera instancia Norberto OYARBIDE dispuso arbitrariamente el traslado del economista Dr. José Alfredo MARTÍNEZ DE HOZ, desde la clínica en la cual estaba internado, al Complejo Penitenciario Federal N° 1 de Ezeiza, a pesar de su delicado estado de salud comprobado por numerosos informes médicos oficiales y privados presentados en el incidente de arresto domiciliario en trámite

ante el mismo Juez, quien ese día dispuso que LA VÍCTIMA fuera retirada de la Clínica privada “Los Arcos”, donde se encontraba internado para ser intervenido quirúrgicamente dentro de las siguientes 48 horas. El servicio médico interno de la Unidad Penitenciaria informó al día siguiente que carecían de las condiciones de infraestructura como para mantener en el nivel adecuado la compleja asistencia que requería un paciente de ese tipo. Ante el traslado del detenido a esa unidad penitenciaria carente de medios para la atención de su salud, solicitó su Defensa a la Sala II de la Cámara de Apelaciones se dictase una medida cautelar en el contexto de un Recurso de Queja por retardo en la decisión del pedido de arresto domiciliario que entonces tramitaba ante ese tribunal. La Cámara dio intervención al Juez de Instrucción a cargo del Juzgado N° 1, Secretaría N° 5, del Dr. Alberto BAÑOS, quien de inmediato solicitó que el médico forense José Luis LUPPI se constituyera en la Unidad Penitenciaria, quien informó el 21 de mayo de 2010 a las 17.00 hs. que A VÍCTIMA no podía estar alojado en esa unidad atento al delicado estado de salud, no contando con personal capacitado para su atención ni suficiente número para darle dedicación permanente que requería en el cuadro en que estaba inmerso. El laboratorio no contaba con material adecuado para realizarle los eventuales análisis que demandaba su condición durante el fin de semana. Por lo demás, se tenía prevista una cirugía para el 26.05.10. Aconsejó su inmediata restitución para que pudiera realizar el tratamiento prequirúrgico adecuado para la intervención. A raíz de ello, el Dr. BAÑOS dispuso la inmediata restitución de MARTÍNEZ DE HOZ y su reinternación en la Clínica “Los Arcos”, lo que se cumplió en horas de la noche el mismo día 21 de mayo.-

En su resolución, el juez BAÑOS invocó cuestiones de extrema urgencia y gravedad institucional, sosteniendo entre otras cuestiones que compartía por convicción propia y contundencia la teoría de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en cuanto a que cuando se observaban groseras acciones u omisiones que de forma manifiesta y clara, en cualquier modo pudiera vulnerar una garantía constitucionalmente protegida, el juez a quien le correspondiese debía remediar de inmediato la situación, aún cuando esta fuera provocada por otro magistrado. En el caso concreto, consideró que la situación de MARTÍNEZ DE HOZ significaba un indebido agravamiento de las condiciones que cumplía de detención, y que más allá de quién decidiese la cuestión de fondo, debían adoptarse sin demora decisiones de morigeración. El notable deterioro de la condición física del amparado más su avanzada edad y la contundencia del informe médico forense producido, le persuadieron de que previo a pasar la denuncia al Juez que creía competente para resolver la cuestión, debía hacer cesar esas condiciones que a su modo de ver agravaban las condiciones del imputado.

Conforme a la historia clínica de LA VÍCTIMA y a los certificados de los médicos que lo atendían obrantes en el mencionado incidente de arresto domiciliario, el paciente no debía ser trasladado del sanatorio hasta tanto finalizase su tratamiento. No hacerlo sería altamente riesgoso para su integridad física, conforme certificó el médico Federico MIGUENS el 19/5/2010.

El traslado forzado de MARTÍNEZ DE HOZ acentuó el riesgo en relación con el delicado estado de su salud, a la vez que configuró una coacción innecesaria. Ese maltrato se llevó a cabo contra la expresa opinión del fiscal, quien instó a la necesidad de cumplir con la ley al dictaminar favorablemente sobre el pedido de prisión domiciliaria. Dicho traslado forzado fue efectuado a pesar de las expresas objeciones de uno de los médicos que lo atendía (Dr. MIGUENS, traumatólogo) que estaba presente en el momento en que se presentó la comisión para su traslado. Traslado realizado luego que el personal a cargo de la comisión del Servicio Penitenciario Federal consultara con el tribunal del juez

OYARBIDE, que ratificó la exigencia de su inmediato traslado. Se pretendió así, encerrarlo en una cárcel pública. En este caso, el profesionalismo de un fiscal y de los médicos que intervinieron en la causa, impidieron los designios del juez OYARBIDE. MARTÍNEZ DE HOZ falleció el 16 de marzo de 2013. Judicialmente no hubo investigación alguna sobre las circunstancias de su muerte y tampoco hay sanciones contra el juez actuante que entendió en el caso.-

Caso Núm. 19:- Jorge Rafael VIDELA - (Falleció el 17/05/2013 a los 88 años de edad).-

Jorge Rafael VIDELA, Teniente General (R) del Ejército Argentino, el 12 de mayo de 2013 se cayó en el baño del penal mientras se duchaba, a partir de ese momento sufrió fuertes dolores en la cadera, columna y el tórax que prácticamente le impedían caminar. El enfermero lo vio el mismo domingo y le suministró analgésicos. Al día siguiente fue obligado a asistir a juicio ORAL pese a los fuertes dolores [su estado está registrado en la filmación de la audiencia]. A su regreso fue revisado por el médico del Penal de Marcos Paz, quien le aumentó la dosis de analgésicos, sin tener en cuenta que era un paciente anticoagulado. Pese a ello siguió sumamente dolorido al punto que el jueves a la noche no se levantó a cenar. La noche del jueves la pasó con diarrea sanguinolenta producida por los analgésicos suministrados a un paciente anticoagulado, y en la mañana del día viernes apareció muerto.- Judicialmente se abrió una investigación de la cual no se conocen resultados respecto de las circunstancias de su muerte y tampoco hay sanciones contra las autoridades judiciales y penitenciarias que entendieron en el mismo.-

Caso Núm. 20:- Eros Amílcar TARELA – (Falleció el 23/07/2013 a los 75 años de edad).-

Eros Amílcar TARELA, Comisario (R) de la Policía de la Provincia de Buenos Aires, se encontraba en prisión domiciliaria y fue trasladado a la Cárcel de Ezeiza en 2011. En agosto la Junta de Reconocimientos Médicos forense determinó que sufría estado avanzado de EPOC, oxígeno dependiente las 24 hs. El Tribunal Oral Federal N°1 de La Plata le negó la prisión domiciliaria pese al dictamen de los médicos. Entre los argumentos jurídicos para tomar tal medida, el juez Carlos ROZANSKI, de reconocidas arbitrariedades en perjuicio de los imputados en causas por delitos “de lesa humanidad”, afirmó que no eran los médicos los que administraban la justicia, sino los jueces y que por ello denegaba el pedido de prisión domiciliaria. Apeló ante la Cámara de Casación y una nueva junta lo examinó en marzo de 2012, estableciendo que su situación era terminal y se había agravado notoriamente desde la anterior revisión, por lo que dicho Tribunal superior, revocando la decisión de ROZANSKI, ordenó la inmediata prisión domiciliaria de TARELA, quien falleció el 23 de julio de 2013. Judicialmente no hubo investigación alguna sobre las circunstancias de su muerte y tampoco hay sanciones contra el juez Rozanski que entendía en el caso. Para mejor ilustración de la personalidad del juez Rozanski, cabe consignar que por acoso laboral y persistente incumplimiento de sus deberes de funcionario judicial se le inició un Jury de enjuiciamiento, que obligó a éste juez a renunciar, para no quedar expuesto a una segura pena de destitución.

AÑO 2014

Caso N° 21:- Antonio Orlando VARGAS – (Falleció el 03/11/2014 a los 74 años de edad).-

Antonio Orlando VARGAS, Mayor de Educación Física (R) del Ejército Argentino sufría EPOC y era oxígeno dependiente. Fue trasladado desde Córdoba donde estaba en prisión domiciliaria al penal de Ezeiza, para asistir por video conferencia a un juicio que tramitaba en Jujuy. Falleció el 3 de noviembre de 2014. Judicialmente no hubo investigación alguna sobre las circunstancias de su muerte y tampoco hay sanciones contra las autoridades judiciales que entendieron en el caso.-

AÑO 2015

Caso Núm. 22:- Aldo Antonio CHIACCHIETA - (Falleció el 25/02/2015 a los 77 años de edad).-

Aldo Antonio CHIACCHIETA, Comisario Médico (R) de la Policía de la Provincia de Buenos Aires, fue alojado en la Unidad Penitenciaria 31. Sufría un severo cuadro depresivo con episodios de pánico, glaucoma, crisis convulsivas, incontinencia urinaria total (requería el uso permanente de pañales) y recambio cada 2 ó 3 horas, EPOC, tabaquismo severo con enfisema, hipertensión, una TAC del cerebro reveló lesiones múltiples de biología muscular (situación gravísima), epilepsia del adulto secundaria. Desde su llegada al pabellón sufrió diariamente, y en horas de la madrugada, severos ataques lo que provocó que compañeros internos lo ayuden a cambiarse, bañarse y recambio de ropa propia y de cama, generando en el pabellón fuerte olor a orín y a excrementos, teniendo su colchón totalmente húmedo. El juez Carlos ROZANSKI dispuso el alojamiento de CHIACCHIETTA en el H.P.C. del Penal 1 de Ezeiza, pero se agravó y fue trasladado al hospital público de Ezeiza, donde fue abandonado hasta su fallecimiento ocurrido el día 25 febrero del 2015.- Judicialmente no hubo investigación alguna sobre las circunstancias de su muerte y tampoco hay sanciones contra el juez Rozanski que entendía en el caso.

Para mejor ilustración de la personalidad del juez Rozanski, cabe consignar que por acoso laboral y persistente incumplimiento de sus deberes de funcionario judicial se le inició un Jury de enjuiciamiento, que obligó a éste juez a renunciar, para no quedar expuesto a una segura pena de destitución.

Caso Núm. 23.- Rolando Andres RODRIGUEZ ARGUMEDO (falleció el 02 /06/2015)

El Dr. Mariano N. Castex -M.N. 17.658 Miembro Decano de la Academia Nacional de Ciencias Bs.As. y otros antecedentes citados ut- supra en la Evaluación Medico Legal de fecha 30 de marzo de 2015 expresó:

ROLANDO ANDRÉS RODRÍGUEZ ARGUMEDO

D.N.I.: 4.833.468

Detenido a disposición del Juzgado Federal en lo C y C de Tucumán

Ref. causa nº

... habiendo evaluado desde la óptica médico legal, a solicitud de la defensa de Rolando Andrés Rodríguez Argumedo -actualmente privado de libertad bajo régimen de prisión domiciliar por estar sometido a un proceso penal-, el riesgo que conlleva para la salud integral del procesado, su actual situación, eleva la siguiente certificación médico legal sobre el mismo, teniendo a la vista la documentación iátrica que se detalla en párrafos siguientes del presente informe...:

Información del causante.

Andrés Rodríguez Argumedo, DNI nº 4.833.468. Edad actual 80 años. Nacido el 29/08/1934. No recuerda año de egreso del Colegio Militar de la Nación como subteniente del arma de Infantería (1954). Pasa a retiro con el grado de Coronel en 1985. Casado a los 36 años de edad. Dos hijas. En proceso penal con detención domiciliar desde el 15 de diciembre de 2014 (Tribunal Federal Penal de Tucumán).

Según constancias a la vista, padece una severa patología cardiocirculatoria, con cuadros sincopales recidivantes, portación de marcapasos, aneurisma aórtico y secuelas de ACV (que se expresan bajo forma de dismnesias, falencias cognitivas y paresia facial), asociado todo ello a colonopatía y gastroduodenopatía ulcerosa, así como a pérdida de la visión por cataratas.

A lo expuesto corresponde agregar la afectación psico reactiva del psiquismo del evaluado, quien a la luz de sus allegados, estaría evidenciando una constelación signo sintomática compatible con un Trastorno Adaptativo mixto de corte ansioso depresivo definitivamente cronificado, y que ha sobrevenido en él, como consecuencia del proceso penal y sus avatares, a los que está siendo sometido, fogueándolo de modo innecesario, pese a hallarse actualmente en situación procesal más favorable por tratarse de enfermo procesado detenido bajo reimen de prisión domiciliar –no agudo- que padece enfermedad que no puede tratarse ni curarse debidamente en un establecimiento carcelario.

Documentación informativa o con valor médico legal tenida a la vista: ...

ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE

Como se adelantara en el párrafo inicial del presente escrito, al examen actual de la documentación compulsada y desde una estricta óptica médico legal, es posible afirmar que se está ante un paciente, octogenario, bajo procesamiento penal y estado de detención domiciliar desde fines del año fenecido, afectado por una polipatología importante centrada en torno a una cardiopatía circulatoria de larga data y presente al momento de su detención, asociada a cuadro secuelar involutivo de tipo vaso cerebrovascular. TA 115 /90 y FC 75. Destaca en este conjunto la proclividad en lo que hace a la producción de cuadros sincopales y por ende con elevado riesgo de muerte súbita.

El paciente se encuentra medicado actualmente, con Memantine 20 mg, Omeprazol 20 mg, Amlodipina , Alprazolam 1 mg, Trimebutina 200 mg y AAS 10 mg y al examen clínico global actual se confirman los diagnósticos supra expuestos, advirtiéndose un notorio incremento del deterioro cognitivo -ya en grado más avanzado- a partir de los fines del año 2014.

Ahora bien, el detenido es persona mayor con invalidez total e irreversible a la luz de cualquier baremo médico de seguridad social y/o laboral, no necesitado de hospitalización de urgencia –de no descompensarse, en cuyo caso se vuelve emergencia- pero sí de un continente psicofísico adecuado, en donde impere el mínimo de estrés posible y de donde pueda ser asistido en casos de urgencia médica o ser llevado a la brevedad a centros de alta complejidad, sin la interpolación de esperas, inconurrencias, o derivaciones burocráticas propias de la atención de los servicios carcelarios. Encuadra por ende tanto en las previsiones del inciso (a) art 32 supra señalado y una negativa infundada o apoyada en desinformación médica insuficiente, al no otorgársele la detención domiciliar, manteniéndolo privado de libertad en establecimiento carcelario, equivale –con el mayor respeto- a brindársele un tratamiento inadecuado para su condición, lo que equivale de seguirse al texto legal citado (inc c), a estarle infligiendo un trato indigno, inhumano y cruel, sea cual fuere el delito por el que estuviere procesado o condenado, y no mediando en casos como éste el riesgo de fuga, a no ser que se quieran ver brujas o fantasmas.

Más aún, el cuadro de de deterioro psico orgánico irreversible y progresivo, evidenciado a nivel de la memoria, induce a cuestionar seriamente su capacidad para estar en juicio.

...

En tal sentido, el mundo occidental civilizado -por lo ordinario- ha procurado en destacada manera disminuir en lo posible el grado de sufrimiento impuesto por la ley, adoptando procedimientos y conductas morigeradoras cuando la propia legislación lo permite. Siguiendo al destacado criminólogo contemporáneo Niels Christie, se trata de atenuar humanamente en todo lo posible y razonablemente el grado de dolor o sufrimiento que es necesario imponer a determinados individuos en cumplimiento de las normativas sociales.

CONSIDERACIONES MEDICO LEGALES COMPLEMENTARIAS

Teniendo a la vista lo expuesto en párrafos previos, en este punto de la evaluación cabe en consecuencia considerar brevemente tanto el concepto de riesgo vigente en la Medicina Interna contemporánea como el de estrés y distrés y tratándose de un procesado sometido a una coerción penal legítima, pero que puede tornarse ilegítima de avanzar sobre el derecho constitucional a la salud -como lo señalan recientes publicaciones académicas argentinas-.

Por razones de claridad expositiva se analizarán brevemente los conceptos de “estrés” y “distrés”, para pasar luego al de “riesgo”.

Reflexiones acerca del estrés. Eustrés y Distrés.

La presencia de distrés en todo enfermo sometido a la coerción penal legítima (noxa deletérea imposible de evitar pero sí de paliar de autorizarlo la ley) obliga a todo profesional involucrado en evaluaciones forenses a tener presente tal disfunción y hacérselo saber al Tribunal competente a efectos de evitar que tal noxa deletérea no se convierta en coerción penal ilegítima, al vedar al sujeto sometido a su acción el acceso al mantenimiento de su precario estado de salud o el agravamiento pertinente ahondando así el estado de distrés. Esto se da muy especialmente en los casos de enfermos afectados por patologías como las que porta el evaluado y que se agravan cuando se presentan en simultaneidad con otras patologías también severas y/o de riesgo, como puede ser en el caso que se analiza, la disfunción psiquiátrico depresivo ansiosa.

El estrés (del inglés stress, ‘tensión’) es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada. La expresión sintomática del estrés se evidencian tanto en el orden psíquico como en el plano orgánico (nerviosismo, temblores, inquietud, aceleración del corazón, elevación del pulso arterial, dilatación de las pupilas, sudoraciones profusas, rubicundez de la piel, erizamiento de los vellos de la piel, etc.). Son responsables de ello las hormonas que se liberan en estos estados sobre todo las catecolaminas (adrenalina y la nor adrenalina), el cortisol y la encefalina

El estrés, descrito por primera vez por Hans Selye en 1950, es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia, a pesar de lo cual hoy en día, en el lenguaje popular, se confunde con una patología (reacción fallida al estrés y conocida como distrés). Esta confusión se debe a que este mecanismo de defensa o eustrés puede acabar, cuando el organismo no logra producir un estado de adaptación, en el llamado distrés o síndrome

general de adaptación, fenómeno anormal que bajo determinadas circunstancias frecuentes en ciertos modos de vida, conduce a problemas graves de salud.

En efecto al pretender enfrentar el estrés, máxime cuando este no actúa una vez si no en forma variada, múltiple y sostenida, el organismo responde activando el sistema psico neuro inmuno endocrino, a través de mecanismos en donde predomina el sistema nervioso autónomo (simpático: vasoconstricción periférica, midriasis, taquicardia, taquipnea, ralentización de la motilidad intestinal, etc.), la liberación de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), de cortisol y encefalina y el aumento en sangre de la cantidad circulante de glucosa, factores de coagulación, aminoácidos libres y factores inmunitarios. Tales mecanismos tienden a aumentar las probabilidades de supervivencia frente a una amenaza a corto plazo y no para que se los mantenga indefinidamente, tal como sucede en algunos casos en donde al producirse el desgaste de reservas o existir patologías pre-existentes que han debilitado al organismo antes del estrés (factores etarios, genéticos, epigenéticos y noxas ambientales) se inducen nuevas patologías o se agravan las pre-existentes (trombosis, ansiedad, depresión, inmunodeficiencia, dolores y contracturas musculares, modificaciones de los ritmos biológicos, trastornos de ansiedad, atención y memoria, síndrome metabólicos (diabetes, dislipidemia, etc.), patologías cardiocirculatorias y respiratorias, digestivas, renales, sexuales, dermatológicas, etc.). Destaca en este rubro la inmunodepresión, ya que la liberación de hormonas de estrés inhiben la maduración de los linfocitos, encargados de la inmunidad específica, como también las mutaciones genéticas que dan origen a las neoplasias o cánceres malignos. Todo ello genera daños en el cuerpo que afectan la calidad de vida de las personas, dañando su salud en forma irreversible.

Un estudio ya clásico de la Universidad de California ha demostrado que un estrés fuerte durante un corto período de tiempo, por ejemplo, la espera previa a la cirugía de un ser querido, es suficiente para destruir varias de las conexiones entre neuronas en zonas específicas del cerebro. En otras palabras, un estrés agudo puede cambiar la anatomía cerebral en pocas horas. El estrés crónico, por su parte, afecta deletéreamente –entre muchas otras acciones negativas- el tamaño de la zona cerebral responsable de la memoria. Al estrés y su dimensión patológica el distrés lo provocan los llamados agentes estresores o factores estresantes, conjunto en donde se aglutinan todos aquéllos estímulos, externos o internos (tanto físico, químico, acústico o somático como sociocultural) que, de manera directa o indirecta, propicie la desestabilización del equilibrio dinámico del organismo (homeostasis).

Selye describió el síndrome general de adaptación como un proceso en tres etapas:

Los estresores únicos: que hacen referencia a cataclismos y cambios drásticos en las condiciones del entorno de vida de las personas y que, habitualmente, afectan a un gran número de ellas.

Los estresores múltiples: que afectan sólo a una persona o a un pequeño grupo de ellas, y se corresponden con cambios significativos y de transcendencia vital para las personas.

Los estresores cotidianos: que se refieren al cúmulo de molestias, imprevistos y alteraciones en las pequeñas rutinas cotidianas.

Los estresores biogénicos: que agrupan aquellos mecanismos físicos y químicos que disparan directamente la respuesta de estrés sin la mediación de los procesos psicológicos.

Estos estresores pueden estar presentes de manera aguda o crónica y, también, pueden ser resultado de la anticipación mental acerca de lo que puede ocurrir en el futuro. En el caso que se evalúa en el presente informe, el peritado, en cuanto imputado penalmente, bajo el efecto negativo de la coerción penal, habiendo padecido y continuar padeciendo patologías severas que han puesto en riesgo su vida, ha estado y continúa estando bajo el efecto de estresores pertenecientes a las cuatro categorías supra expuestos y es teniendo en cuenta a

los mismos en función del derecho constitucional a la salud, que debe evaluarse desde la óptica médico legal el llamado “riesgo de vida” y no meramente en función de parámetros numéricos propios de cada especialidad, que se esfuman en vaguedades tales como “el estado de compensación hemodinámica” que únicamente refiere –aún cuando no se diga- al momento puntual del examen forense, no señalando empero que un enfermo en coma puede estar compensado hemodinámicamente hasta que se descompensa y obita.

Todo lo expuesto hasta aquí ya fue señalado en no pocas exposiciones forenses en donde a través de una presentación en donde con terminología diversa pero siempre dentro del paradigma de Selye, P. Forcada, cardiólogo destacado del Hospital Universitario Austral, expone sobre la carga alostática y la enfermedad cardiovascular. En ella la denominada carga alostática es el equivalente al producto patológico del distrés (síndrome metabólico, disfunción cardiorespiratoria, cardiocirculatoria, etc.) y en su escrito analiza el autor con maestría el cómo llega el estrés a través del sistema nervioso central a producir complicaciones cardíacas (muerte súbita, infartos, hipertensión arterial) o inducir el desencadenamiento del síndrome metabólico que conducirá de modo inexorable al desarrollo y empeoramiento de la aterosclerosis vascular y sus naturales concomitantes. Tal documento pareciera ser desconocido por no pocos colegas forenses informantes cuando al factor riesgo se refieren.

El pronunciamiento sobre RIESGO en materia de salud en medicina forense.

El uso del término riesgo (concepto epidemiológico por excelencia) exige a todo médico legista que lo utiliza, el conocer a fondo el significado del término, entendiéndose en medicina general, como la probabilidad que tiene un individuo de presentar un determinado evento o fenómeno colocado en su situación existencial actual. El evento o fenómeno puede ser la eclosión, agravamiento o complejificación de una patología, o similar, etc. En cuanto a la situación existencial o circunstancia bio socio ambiental esta puede referirse a una vida ideal genérica o a la existencia del paciente ubicado en su circunstancia peculiar y teniendo en cuenta todos aquellos factores agresógenos que están actuando sobre él.

Debe ponerse especial atención cuando el término genérico de riesgo es utilizado con una calificación peculiar como especie (e.g. una patología cardiorespiratoria como EPOC clasificada en grados tipo GOLD, de uso internacional), ya que la evaluación de riesgo de interés forense debe hacerse siempre desde la óptica global integradora que brinda la medicina interna y no la peculiar de cada especialidad, error en el que se incurre con frecuencia lamentable (Cfr. www.med.unne.edu.ar/revista/revista112/EPIDEMIO.HTM). En tal sentido el grado de severidad de una determinada patología no equivale al riesgo en materia forense.

Cuando de la determinación de riesgo para la salud de una persona se trata en materia forense y en relación al destino del peritado afectado en su salud es de importancia saber el porqué del pedido del Tribunal. Por lo general, este pregunta por la situación de un procesado o detenido afectado en su salud y con miras a decidir la imposición o no de una opción morigeradora (por ejemplo: la detención domiciliar o prisión intramuros u otras variantes que ofrezca la ley penal) el responde médico al mismo, deberá hacerse con una doble connotación, i.e. científica y ética.

Lo primero exige una rigurosa consideración de la o las patologías que porta el ser humano acerca del cual se inquiere, lo que implica tener conocimiento de su historial de vida en cuanto salud y/o alteraciones de la misma, estado clínico psicofísico integral actual, grados de alteración en cada patología, limitaciones psicofísicas transitorias o permanentes, parciales o totales y pronósticos fundados, desechándose el uso del famoso “reservado”,

calificativo que nada significa pero que permite a todo galeno salir con elegancia del paso cuando el pronóstico es negativo para el paciente.

Lo segundo, la dimensión ética, obliga a todo iatra a pensar debidamente sobre las reales condiciones vigentes en las opciones que se ofrece a cada magistrado, sobre todo en lo que hace a destino (cárcel intramuro, detención domiciliar, suspensión de juicio, internación hospitalaria extramuro, etc.) y no informar de un modo ambiguo, misterioso con ornato de seudociencia a efectos de desligarse de toda responsabilidad ulterior. Es lamentable pero suelen abundar en los dictámenes forenses, las locuciones sibilínicas (“actualmente compensado”, “normalidad psicojurídica”, “patología no activa”, etc.). Todo médico legista o perito deberá sopesar por ende las posibles implicancias de cada uno de sus respuestas no sea que fundándose en un dictamen de estas características un Tribunal coloque a un enfermo discapacitado y privado de libertad, en un establecimiento carcelario inadecuado por su condición, lo que equivale por cierto a ser coautor por omisión y/u comisión, de un trato indigno, inhumano y cruel en cuanto consultor de uno o más magistrados.

Por lo expuesto al tener que asesorar deberá considerar en primer término el grado de invalidez por patologías activas y/o secuelas que porta el peritado acerca del cual se pregunta y para ello nada mejor que proceder a determinar tal grado conforme los baremos médico legales en uso habitual en el foro. Será entonces que podrá proceder a determinar las exigencias que cada patología requiere para su control clínico integral y tratamiento, así como las posibilidades que según las complejidades requeridas por aquella se ofrecen para todo detenido (Pre pagas, obras sociales, instituciones de salud para crónicos y para agudos, etc.). Satisfecho lo antedicho será el momento de analizar la presencia en los posibles destinos de los factores o noxas agresivas.

Entre las mismas destaca en un notorio primer lugar la privación de la libertad, siguiéndole bien de cerca el alejamiento del grupo familiar y por ende de una positiva contención indispensable para mantener o recuperar la salud, los aislamientos punitivos, los traslados intempestivos, con destino desconocido para el detenido o que implican innecesario sufrimiento, la privación de información con respecto a su salud, la irregularidad, discontinuidad y hasta cese en los controles y tratamientos, algunos de ellos hasta esenciales para recuperar las posibilidades de extensión de vida, la colocación del enfermo en ambientes malsanos, ruidosos y agresivos para las percepciones humanas normales, el mantenimiento del paciente en un estado de inseguridad cuasi permanente, el maltrato y la colocación innecesaria del detenido en situaciones creadoras de miedo, como lo es el abandono profesional o el trato descomedido y superficial de no pocos médicos hacia sus pacientes privados de libertad y peor por cierto cuando sufren una marcada pérdida de su autonomía (secuelas invalidantes severas etarias, sobre todo las neurológicas por ACV o por disnea en EPOC).

En síntesis, se trata de que el profesional informante se responda a la pregunta -e informe en consecuencia- acerca de cuál es el medio más apto para un procesado o detenido acerca del cual se pregunta - dentro de los posibles que marca la ley penal- que permita un tratamiento adecuado a sus dolencias, garantizándole así el retorno a la salud o al menos la no prosecución del deterioro de la misma.

El experto no puede “suponer” el estado real vigente en uno o más instituciones carcelarias, si no que al informar debe “constarle” con cierto grado de prudente información mínima al menos, que el procesado o condenado a prisión enfermo, no será sometido –existiendo otra opción de menor sufrimiento para él, como lo sería una medida morigeratoria y no constatándose presencia de peligro para la sociedad o burla de la ley-, a evitables noxas como lo serían la insuficiencia o el incumplimiento o irregularidad (discontinuidad) en el tratamiento íntegro recomendado, internación en ambientes no recomendables para sus

achaques, inseguridades en traslados necesarios para efectuar estudios y tratamientos intra y extramuros, presencia real de los elementos indispensables para cubrir casos previsibles de descompensación y provisión de los medicamentos prescritos por profesionales idóneos, noxas todas que pueden agravar el estado de riesgo que determinan las patologías del interno. De no constarle ello, está obligado el forense a detallar con precisión las noxas principales que deberán ser evitadas por actuar presumiblemente en contra de la salud de aquél. Sobre todo un forense habituado a tratar con procesados o detenidos debe tener en cuenta, al determinar el estado de riesgo de un enfermo en tales condiciones, la acción deletérea que ello le produce sobre la salud psíquica y física.

Cabe acotar que la patología que afecta al procesado ofrece la característica de ser una enfermedad crónica y de carácter progresivo e irreversible, en donde interactúan potenciándose mutuamente la mente y el soma, siendo absolutamente indiscutible en la medicina contemporánea que los ambientes y tratos que generan stress actúan en forma negativa sobre todas ellas. A lo dicho se puede agregar que el tratamiento procesal, concientizado debidamente por el paciente, puede agravar aún más la evolución de aquélla, aumentando así el distrés (la carga alostática) y aumentando consiguientemente su riesgo de vida.

Por ello una vez más cabe citar aquí al Prof. Dr. Facundo Manes, reconocido neurólogo argentino, rector de la Universidad Favaloro, de notoria fama en el medio científico internacional en donde es Presidente de la Federación Mundial de Investigación en Afasia, demencia y desórdenes cognitivos, quien en un reciente libro titulado Usar el cerebro, expresamente señala en lenguaje llano apto para el mundo no médico, la estrecha y perjudicial relación existente entre los sistemas cardiovascular y metabólico, y la depresión y la ansiedad (cfr. Revista Noticias, 01.03.2014 pp.72 y ss), cuando son acicateadas por noxas indubitables como lo son el miedo, la incertidumbre constante, la manipulación y el sometimiento innecesario –por existir opciones morigeradoras- a situaciones de elevado riesgo.

CONCLUSIONES MEDICO LEGALES

1. Paciente octogenario, afectado por polipatología cardiocirculatoria, que debe mantenerse bajo control clínico y psico clínico permanente, no debiendo ser expuesto a factores agresógenos entre los cuales la legítima coerción penal queda incluida claramente para la mayoría de los autores contemporáneos que han investigado los efectos que conllevan en todo ser humano, el procesamiento penal, la privación de libertad y demás medidas propias a una coerción penal legítima (agravamiento del estado procesal con medidas de índole kafkianas claramente anticonstitucionales, traslados intempestivos y o innecesarios, reiteración de estudios periciales no del todo justificados y otras conductas similares), todas ellas analizadas minuciosamente por los especialistas en la temática..

2. Tales factores agresógenos condujeron precisamente a la progresista legislación argentina que instituyera en defensa de los derechos humanos consagrados por nuestra Carta Magna, la prisión domiciliaria y otras morigeraciones (ley 26472, art.32 incisos (a) y (c)).

3. A las patologías enunciadas en punto previo debe adicionarse en el orden psicopsiquiátrico un trastorno psico orgánico al parecer en clara cronificación, de expresión depresivo involutivo ansiosa, detectable fácilmente en el trato aún superficial del

paciente, siendo recomendable en este caso la mayor contención afectiva posible, ofreciendo el hogar un medio adecuado para ello.

4. Siguiendo los criterios del abajo firmante –desde la estricta óptica médico legal y respetuoso de la función valorativa reservada exclusivamente al magistrado- entiende que es su obligación en conciencia encuadrar al examinado como ENFERMO MINUSVALIDO SEVERO EN ESTADO DE RIESGO ELEVADO Y POR ENDE NO APTO PARA ESTAR BAJO PROCESO, por el riesgo severo para su salud que implica exponerlo a noxas estresógenas permanente. Ello si se sigue lo expuesto por el abajo firmante, militante activo en el campo de los derechos humanos desde largo tiempo- en sus cátedras en la UBA y sobre todo en su obra “Capacidad para estar en Juicio”. Ed. Ad-Hoc, Buenos Aires, 2007, en donde comenta el fallo del Dr. L. A. Schelgel supra citado en punto previo.

5. El detenido es una persona “mayor” con invalidez total e irreversible a la luz de cualquier baremo médico de seguridad social y/o laboral, no necesitado de hospitalización de urgencia –de no descompensarse en cuyo caso se vuelve emergencia- pero sí de un continente psicofísico adecuado, en donde impere el mínimo de estrés posible y de donde pueda ser asistido en casos de urgencia médica o ser llevado a la brevedad a centros de alta complejidad, sin la interpolación de esperas, inconurrencias, o derivaciones burocráticas propias de la atención de los servicios carcelarios. Encuadra por ende en las previsiones del inciso (a) art 32 supra señalado y una negativa infundada o apoyada en desinformación médica insuficiente, al no otorgársele la detención domiciliaria, manteniéndolo privado de libertad en establecimiento carcelario, equivale –con el mayor respeto- a brindársele un tratamiento inadecuado para su condición, lo que equivale de seguirse al texto legal citado (inc c), a estarle infligiendo un trato indigno, inhumano y cruel, sea cual fuere el delito por el que estuviere procesado o condenado, y no mediando en casos como éste el riesgo de fuga, al menos de la óptica médica de una prudente y respetuosa probabilidad, nutrida en el más elemental sentido común

6. Cabe acotar expresamente que ningún establecimiento carcelario argentino, está en condiciones de brindar tratamientos de contención y apoyo rehabilitatorio a minusválidos gerontes con patologías como las que porta el causante y, en especial, se ve obligado a reiterar lo expresado ante autoridades sanitarias y vinculadas a los Derechos Humanos de los detenidos de todo tipo, que ni siquiera el Hospital de la UP I Ezeiza constituye un medio dotado de complejidad suficiente para ello y menos para una actuación de urgencia no trabada por interferencias burocráticas kafkianas.

7. Siendo el caso sub examine un adulto octogenario y afectado por una minusvalía que requiere permanente contención y seguimiento, lo que lo hace especialmente vulnerable, el abajo firmante se permite recomendar la lectura de la reciente alocución del Pontífice Francisco a los representantes de las Asociaciones Internacionales de Juristas del Derecho Penal y la criminología, entre quienes se hallaba el maestro Raúl Zaffaroni, cuya contribución a la reflexión papal se encuentra anexada al documento en la red informática, junto con la otros destacados juristas. Este discurso bajo el lema “cautela in poenam et primatus principii pro homine” pareciera inspirarse en la ley argentina que impulsara la opción morigeradora de la detención domiciliaria (cfr.III d).

Caso Núm. 24 : Manuel Fernando SAINT AMANT (falleció el 22 de marzo de 2016)

EL PERITO DE PARTE POR LA DEFENSA DE MANUEL F. SAINT AMANT, expresa en: ELEVACION DE LA DISIDENCIA al Sr. Presidente del Tribunal Oral en lo Criminal Federal Nº 2 Dr. Omar Digeronimo
Rosario

Mariano N. Castex, perito de parte por la defensa de Manuel F. SAINT AMANT en expediente 37/09, ratificando domicilio y demás datos constituidos en actuados, se presenta a SS, saluda y dice:

Que viene a formular, conforme lo permite el rito, su posición ante el informe pericial producido en el Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional sobre la persona del Sr. Manuel F. Saint Amant, ratificando en primer lugar todo lo informado en las numerosas pericias que han venido realizándose en la persona del nombrado, quien –forzoso es señalarlo- evidenciaba desde el año 1995, época en que no se preveía la iniciación de acciones judiciales contra el imputado, un incipiente deterioro orgánico cerebral detectado primero a través de un estudio de tomografía computada cerebral realizado en el Hospital Militar Central (09.05.95) que indicó: Retracción parenquimatosa cortical bilateral y luego a través de estudios similares de imagen como una retracción parenquimatosa córtico subcortical bilateral HMC 19.10.04, evolucionando luego (HMC 15.06.06) en una: Retracción parenquimatosa cortical bilateral.

Para quienes tienen una mínima formación en psiconeurociencias la secuencia que se reproduce es por demás elocuente:

A.- Estudios de neuroimagen.-

Estudio de tomografía computada cerebral realizado en el Hospital Militar Central (09.05.95) indica: Retracción parenquimatosa cortical bilateral

Estudio de tomografía computada cerebral realizado en el Hospital Militar Central (19.10.04) indica: Retracción parenquimatosa córtico subcortical bilateral

Estudio de tomografía computada cerebral realizado en el Hospital Militar Central (15.06.06) indica: Retracción parenquimatosa cortical bilateral

Estudio de resonancia magnética cerebral sin contraste (por su condición asmática) realizado en el Hospital Militar Central (14.10.07) indica: Cambios involutivos predominantemente corticales, más evidentes en las regiones uncotemporales; discretos fenómenos de leucoaraiosis incipiente; en corona radiata izquierda, señal focal con aspecto de foco por gliosis isquémico. Dilatación de los espacios perivasculares de Virchow Robin en las regiones ganglio-basales. Ensanchamiento de los espacios subaracnoideos y cisternas encefálicas. Espacios interfoliares en fosa posterior prominentes.

Estudio de resonancia magnética cerebral sin contraste (por su condición asmática) realizado en el Hospital Militar Central (10.03.08) indica: Expresión de signos involutivos; áreas de sufrimiento vascular isquémico en sustancia blanca peiventricular y sub cortical; leucoaraiosis incipiente.

B.- Estudios neurocognitivos.-

27.09.04 en HMC. Deterioro cognitivo de grado leve

08-06 Lic. M. S. Tula: Deterioro cognitivo

- Dificultades en capacidad de concentración
- Alteración de capacidad de denominar (afasia nominal)

- Disminución del rendimiento en las fluencias semántica y fonológica
- Disminución en el rendimiento de la memoria de corto plazo auditiva
- Aparición de intrusiones en el recuerdo espontáneo

07.07 Lic. M. S. Tula: Deterioro cognitivo en progresión desde 2006

- Leve desorientación temporal.
- Antecedentes de desorientación geográfica
- Atención sostenida y compleja: alteradas
- Denominación deficitaria
- Afasia nominal
- Falencias en memoria de corto plazo
- Presencia de parafasias
- Alteración de la capacidad de recuperar información de largo plazo auditiva episódica
- Alteración de las actividades instrumentales y avanzadas de la vida diaria
- Cierta lateralización del déficit hacia el hemisferio izquierdo. Las funciones que dependen predominantemente del lóbulo temporal izquierdo son las más afectadas (siguiendo un perfil cortical).
- Indicadores más leves a nivel frontal.

Para mejor el 11.09.2007 un ente de prestigio internacional como lo es el Instituto de Neurociencias de la Fundación Favaloro, produce un diagnóstico para el causante, de: Síndrome depresivo moderado; Deterioro Cognitivo-Conductual moderado.

Luego de ello y hasta la fecha, se han multiplicado informes, muchas veces innecesarios y molestos para el paciente; ciertamente engendrados de estrés psicosomático) que dan cuenta de un progresivo incremento del proceso involutivo hasta alcanzar el estado actual en que se lo ha visto en el Cuerpo Médico Forense en dos ocasiones recientes. Se remite al respecto al informe exhaustivo confeccionado en el CMF de la Justicia Nacional, en 2011

Oportuno es destacar los siguientes:

- Estudio de resonancia magnética cerebral, realizada el 26 de febrero de 2011 por indicación del IOSE en donde se señala que se evidencian signos de retracción cortical y de leucoencefalopatía micro angiopática.
- Estudio evaluativo de funciones cognitivas, realizado el 16 de marzo de 2011, en Universidad Favaloro, Instituto de Neurociencias, Departamento de neuropsicología que concluye en que el causante porta un deterioro cognitivo conductual moderado, adjuntándose el estudio, junto con otros de imagen, al presente informe.
- Estudio de SPECT cerebral, realizado el 10 de mayo de 2001, con resultados que claramente apuntan al diagnóstico del FLENI que se reproduce Infra.
- Certificación del Jefe de Neurología Cognitiva del FLENI quien sostiene que el causante, de 81 años de edad, presenta desde hace 4 años, un deterioro cognitivo compatible con una demencia de tipo Alzheimer (30 de mayo de 2011).
- Informe cardiológico del 23 de junio de 2011, producido por la Dra. Mirta O. Scandone, en donde se sostiene que el causante es portador de una taquicardia paroxística supraventricular. La referida profesional adjunta asimismo a su certificación un resumen de historia clínica en donde se ratifican las patologías orgánicas que evidencia desde 1995 el causante.

En el último de estos estudios, realizado el 28 de mayo, se concluye con un dictamen producido por una tríada de exámenes: psiquiátrico, clínico y neurológico. Los que por cierto merecen un comentario.

En el clínico, el profesional a cargo debió señalar que no contaba con antecedente alguno sobre la persona a examinar y por ende se limitó a informar si clínicamente el peritado estaba o no compensado, obviando profundizar en patologías que a la edad del peritado y con su estado clínico, ciertamente obliga a precauciones en cuanto riesgos que pueden en casos de ser provocados por riesgos innecesarios conducir a situaciones irreversibles. Cabe recordar que todo enfermo puede estar compensado, sin que ello obste a que puede estar enfermo y seriamente, pero no en riesgo inminente de descompensación que implica ingreso brusco en desequilibrio hemodinámico que puede conducir al óbito. El profesional al indicarme que no poseía antecedentes, se sorprendió cuando en forma verbal se le hizo saber –una vez acabado el examen- que se trataba de un enfermo con una larga lista de patologías tales como asma crónica y arritmias cardíacas de larga data, además de haber sufrido un ACV que cursó con patología neurológica invalidante.

En el neurológico, el examen fue fugaz, somero y realizado tras haber intercambiado palabras el perito oficial Dr. Stagnaro con el neurólogo en forma harto imprudente –ya que el diálogo pudo ser oído por quienes estábamos detrás del mamparo- y cuyo contenido no hace a la dimensión pericial que se desarrollaba pero que ciertamente califica a algunos de sus protagonistas, tanto como descalifica la calidad del procedimiento forense.

En el psiquiátrico, el examen se desarrolló ante un paciente claramente deteriorado, opositor, agresivo, en postura observable a diario en pacientes deteriorados por cuadros orgánico cerebrales de origen vascular, depresivos de larga data y con duelos recientes por familiares muy cercanos. Ello molestó indudablemente a algunos de los peritos por otras partes (tres), ingresándose de tal modo a un interrogatorio altamente coercitivo, agresivo, al mejor estilo de los de la GESTAPO, LA STAZI, LA NKVD o –si prefiere- de la OXRANA, en donde se entremezclaba la suavidad con la violencia. Como resultado, se obtuvo un incremento de violencia al que el paciente con sus magros recursos respondió como pudo. Hablar de simulación y teatro como sostuvo el Dr. Stagnaro y su colega es manifestar la más absoluta ignorancia de lo que es la sobresimulación, fenómeno defensivo clásico que se produce a partir de una persona con patología y en este caso psiconeuroorgánica severa. En esta exploración no se trató ni se otorgó importancia al paciente como tal y la real dimensión de sus patologías, tanto somática como neuropsíquica. Lo esencial era procurar una confirmación de que se trataba de una simulación y producir en consecuencia el discurso deseado, sin importar en absoluto el riesgo que induce incluso en personas sanas la coerción penal legítima que se torna ilegítima cuando este riesgo no es evaluado. Sorprende asimismo el dictamen del Dr. Toro Martínez cuando ante el cortejo de conductas que produjo el paciente señala que estas no se condicen con el patrón sintomático signológico característico de un estado demencial avanzado, si no que impresionan como producto de una exageración de probable origen facticio, agregando que por ello no le es posible responder acerca de lo solicitado por el Tribunal. Preguntarle con brutal insistencia y con voz elevada al peritado quién era Hebe, esposa fallecida hace apenas un año, después de 54 años de vida marital, no deja de caer en la más absoluta violencia en la relación médico enfermo. Despreciarlo en voz alta y sin

cuidar el entorno, como simulador, como hizo uno de los peritos, es renegar de la condición de médico.

Olvida por cierto el colega forense que cada enfermo es un mundo individual y propio, cursando la enfermedad que puede y no el dibujo que pueden exigirle patrones teóricos. Responder al pedido del Tribunal no es otra cosa que informar si tiene el examinado o no capacidad para estar en juicio. ¿Se necesita adecuarlo a patrones al Sr. Saint Amant a poco que se tome en cuenta su edad, su situación familiar, el cúmulo de estudios clínicos y complementarios que acumula desde mucho antes de haberse pensado en llevarlo a juicio y que apuntan y sostienen que en el momento actual es un geronte senil absolutamente incapacitado para sentarlo en un banquillo como acusado e invitándolo a defenderse conforme a las disposiciones constitucionales que rigen en la materia?

Es indudable que como lo enseña la triste experiencia cotidiana, el examinado está condenado a seguir sometiéndose a esta suerte de exámenes hasta que se logre la producción del discurso deseado. Esta realidad, para quienes hemos vivido y luchado bajo regímenes de opresión y no gozado de exilios de privilegio tras abandonar a los compañeros de lucha, es innegable y causa dolorosas reminiscencias. Los discursos se manipulan y como señalaba en mi libro *El país del Minotauro prohibido por el Gobierno Militar*, estos seres míticos siempre persisten pero bajo mutables formas.

Como argentino considero que uno debe aspirar a que interrogatorios como el efectuado a Saint Amant no se multipliquen más en actos periciales. Esta suerte de coerción penal que es una peritación –y que es legítima dentro de ciertos límites- se está trasformando en coerción ilegítima y por ende claramente anticonstitucional y violatoria de los derechos que proclamamos a diario sostener.

Esto dicho, en respuesta a lo preguntado por el H. Tribunal y conforme en un todo con el rito respondo:

En función de todo el material con valor médico que he tenido a la vista, la experiencia obtenida en exámenes previos y lo que surge ahora por el último examen al cual lamentablemente debí asistir, ratifico que el Sr. Manuel Fernando Saint Amant, no se encuentra, desde una visión psicopsiquiátrica forense en estado de capacidad plena para estar en juicio a tenor de la moderna definición del concepto que se apoya en la jurisprudencia argentina (fallo del Dr. L. A. Schelgel en causa 43.329 JNCCr, sec 71 Dr. O.E.Magistris) comentado en *Capacidad para estar en Juicio, Ad-Hoc, Bs.As. 2007 pp.65 y ss.*).

Una vez más insisto en que debe valorarse el riesgo real que presenta con sus patologías de sufrir un estado inesperado de descompensación del que será responsable quien afirma que tal riesgo es inexistente o mínimo.

Es todo cuanto puedo señalar al H. Tribunal.

APOSTILLA: El imputado fue conducido por la fuerza pública a la indagatoria ordenada por el Tribunal de Rosario. Al pasar por la Ciudad de San Nicolás sufrió una severa descompensación clínica, concurriendo al centro asistencial en donde debió ser internado. Intervienen el juez federal, la defensora oficial y los servicios médicos. Se concluyó que no estaba en condiciones de prestarse a indagatoria.

Caso Núm. 25:- Raúl Enrique SCHELLER – (Falleció el 11/08/2015 a los 70 años de edad).-

Raúl Enrique SCHELLER, Capitán de Navío (R) de la Armada Argentina, sufrió un progresivo deterioro de su salud a partir de su detención. Padecía una patología cardiocirculatoria severa, con arritmia que obligaba a la anticoagulación. También, afecciones carotídeas (ignorada por los profesionales médicos de la Unidad Penal), metabólica, digestiva y endócrina. Psíquicamente se lo apreciaba bradipsíquico, reiterativo con indicadores de posible compromiso psiconeuro orgánico incipiente. Fue compensado precariamente en un estado de riesgo severo padeciendo patologías graves y bajo la acción sostenida de noxas con un elevado poder agresógeno. Su grave estado terminal, hizo que por excepción fuera trasladado a un hospital extramuros. Falleció el 11 de agosto de 2015.- Judicialmente no hubo investigación alguna sobre las circunstancias de su muerte y tampoco hay sanciones contra las autoridades judiciales que entendieron en el caso.-

Caso Núm. 26:- Omar Antonio FERREYRA– (Falleció el 24/08/2015 a los 65 años de edad).-

Omar Antonio FERREYRA, Suboficial Mayor (R) del Ejército Argentino, fue objeto de una angioplastia en ambas carótidas en el año 2003, y se le indicó que debía realizarse cada 6 (seis) meses un análisis completo de sangre y un ecodoppler de los vasos del cuello. El 7 y el 13 de noviembre de 2013, la médica Cecilia SUSANO ordenó un eco-doppler de los vasos del cuello, pero no fueron realizados. En mayo de 2014, LA VICTIMA comenzó a sentir una gran molestia al tragar cosas sólidas que a veces vomitaba. La primera vez que fue llevado al Hospital Penitenciario Central en Ezeiza esperó ser atendido dentro del vehículo hasta las 17:00 hs y no fue atendido, sin ninguna explicación. Posteriormente durante el mes de junio y julio fue llevado varias veces a dicho lugar, (6 ó 7 como mínimo) sin ser atendido y sin recibir explicaciones. Durante las idas sin atención estuvo durante 12 horas sentado en el camión de traslado, bajo el rigor del sol y sin recibir alimentos.-

En septiembre, once meses después de haberse pedido los estudios y sin haber logrado que se hiciese la endoscopia, el electrocardiograma ni el ecodoppler, ya no podía ingerir ningún tipo de alimento sin vomitar y había rebajado 12 kilos.

El 9 de septiembre de 2014 fue trasladado por orden del Tribunal Oral Federal de Mar del Plata junto a otros dos detenidos más al Penal de General Alvear en jurisdicción del Servicio Penitenciario de la Provincia de Buenos Aires. En ese lugar, dadas las malas condiciones y la nula atención médica ante el requerimiento de su malestar de no poder tragar y vomitar sumada a la falta de comida se agravó su estado de salud. El 22 de septiembre fue remitido nuevamente al Complejo del Servicio penitenciario Federal II Marcos Paz, lugar de origen, con sus compañeros. Donde no recibió tratamiento alguno ni se realizaron los estudios pendientes. En la siguiente oportunidad fue trasladado a Mar del Plata y sin haber sido atendido en Marcos Paz, pese a sus reiterados reclamos, al llegar a Olavarría, fue revisado en la Delegación de la Policía Federal Argentina por la médica forense Alicia MESSINA, de esa Subdelegación, quien ordenó realizar endoscopia, tomografía computada con contraste, análisis de sangre, radiografías, ecodoppler de los vasos del cuello, y otros estudios.- En ese estado no soportó las audiencias y se descompuso, el médico presente en el lugar solicitó su inmediato traslado al Hospital de Olavarría.-

El 24 de septiembre la médica gastroenteróloga Marcela MAYER realizó una endoscopia, detectando un pólipo con sangrado en la base del esófago por lo que

determinaron su internación en Terapia Intensiva ante el riesgo de una hemo-rragia interna. El 27 de septiembre, luego de una segunda endoscopia y biopsia, se determinó la presencia de un tumor de 3 (tres) centímetros que ocupaba el 30% del tubo del Esófago. El 8 de octubre la médica forense MESSINA, informó al Tribunal Oral Federal de Mar Del Plata, que dado el diagnóstico de cáncer de esófago, debía realizarse una consulta con un médico oncólogo cirujano a fin de definir el tratamiento a seguir. Según dictamen del médico oncólogo Roberto CRUZ se solicitó la derivación a un centro de mayor complejidad, hacia el Hospital Militar Central de Buenos Aires.-

A LA VICTIMA se le practicó una operación extrayéndole el tumor y parte del esófago, falleciendo luego de fuertes dolores el 24 de agosto del 2015.- Judicialmente no hubo investigación alguna sobre las circunstancias de su muerte y tampoco hay sanciones contra las autoridades judiciales y penitenciarias que entendieron en el caso.-

AÑO 2016

Caso Núm. 27:- Cayetano José FIORINI- Falleció el 19/09/2016 a los 92 años de edad).-

Cayetano José Fiorini, Coronel (R) del Ejército Argentino, de 86 años, ciego, sin un riñón, aquejado por un cáncer terminal y con plan quirúrgico coronario, murió el lunes 19 de septiembre de 2016, luego de cuatro años de prisión preventiva avalada por tres jueces recusados por falta de imparcialidad. Su abogado Defensor solicitó que se llevara a cabo una junta médica antes del inicio del juicio denominado Megacausa III, que comenzó el 22 de agosto de 2016 en Santiago del Estero contra 12 ex militares y policías y dos ex jueces acusados por presuntos delitos de lesa humanidad. Denunció que su defendido no podía afrontar las tensiones derivadas del proceso al que estaba sometido. La junta médica nunca se realizó y LA VICTIMA, en el posoperatorio de una extracción de riñón y con una operación de corazón pendiente, murió en el Hospital Militar. Dos de los integrantes del Tribunal Oral Federal, jueces María Alicia NOLI y José María PÉREZ VILLALOBO, diez días antes del inicio del juicio, y aun existiendo un fallo de la Sala IV de la Cámara de Casación Penal que, en mayo pasado, había dictaminado lo contrario, intentaron por todos los medios a su alcance que FIORINI fuera a una cárcel común. Judicialmente no hubo investigación alguna sobre las circunstancias de su muerte y tampoco hay sanciones contra las autoridades judiciales y penitenciarias que entendieron en el caso.-

Caso Núm. 28:- Arturo Eduardo LIENDO ROCA, (Falleció el 19/09/2016 a los 80 años de edad).-

Arturo Eduardo LIENDO ROCA, abogado y ex juez de 80 años de edad, llegó a juicio después de haber sido sobreesido en tres oportunidades. Los peritos médicos de parte y los oficiales reconocieron su delicado estado de salud.- Sin embargo, el informe médico forense se "extravió", llamativamente, en el Tribunal Oral Federal de Santiago del Estero y su abogado defensor sólo logró que presenciara las audiencias desde su casa, por teleconferencia. Integraban el tribunal tres jueces subrogantes de reconocida y pública militancia política: Alicia NOLI (de Tucumán, viuda de un secuestrado; anteriormente se había excusado en la causa que se le siguió al ex General Domingo BUSSI), José María PÉREZ VILLALOBO (de Córdoba, supuesto ex miembro del grupo terrorista denominado Ejército Revolucionario del Pueblo) y Juan María RAMOS PADILLA (Capital Federal). Indiscutidos y confesos militantes, no sólo simpatizaban con las causas de los querellantes, sino que es evidente su animadversión contra los imputados. El acusado falleció el 19 de

septiembre de 2016 durante el proceso. Judicialmente no hubo investigación alguna sobre las circunstancias de su muerte y tampoco hay sanciones contra las autoridades judiciales que entendieron en el caso.-

Si tal fue el destino de los muertos, resta preguntarse ¿Qué les espera a todos aquellos que se encuentran actualmente en similar situación? Hay personas detenidas, que siguen sobreviviendo a pesar de la deficiente atención médica y alimentaria que sufren y los múltiples tratos crueles, inhumanos y degradantes a los que son sometidos y que se encuentran en lo que podríamos denominar como un verdadero «PLAN SISTEMÁTICO DE EXTERMINIO DE UN SECTOR DIFERENCIADO DE LA POBLACION».

B) LA ADECUACIÓN DE LOS HECHOS DENUNCIADOS AL CONCEPTO DE TORTURA Y LA MANERA O FORMA EN QUE FUERON VULNERADOS LOS DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS.

[§.1] — EN TORNO AL CONCEPTO DE TORTURA.

Según el Diccionario de la Real Academia Española, en su 22^a edición, la tortura consiste básicamente en el grave dolor físico o psicológico infligido a alguien, con métodos e instrumentos diversos, con el fin de obtener de él una confesión, o como medio de castigo. Es decir que con ese dolor, se intenta quebrar la resistencia y la moral del torturado, despojándolo de su integridad.

El Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Protocolo de Estambul, de Naciones Unidas, define la tortura con las mismas palabras empleadas en el artículo 1º de la CTTPCID, de la ONU de 1984: «Se entenderá por el término "tortura" todo acto por el cual se inflijan intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia».

En el caso de esta denuncia, es evidente que LAS VÍCTIMAS han sido discriminadas, en su calidad de reos «de lesa humanidad» y en tal carácter se han provocado sus padecimientos. Esos actos han sido intencionales, constituyendo un serio ataque a la dignidad humana, ha causado severos sufrimientos físicos y mentales y se han cometido con el fin o propósito de agravar sus condiciones de detención y concretando así una justicia retaliativa o de venganza.

El Código Penal de la República Argentina, establece en su Capítulo I (Delitos contra la Libertad Individual) dispone en su art. 144 ter:

«1. Será reprimido con reclusión o prisión de ocho a veinticinco años e inhabilitación absoluta y perpetua el funcionario público que impusiere a personas, legítima o ilegítimamente privadas de su libertad, cualquier clase de tortura. Es indiferente que la víctima se encuentre jurídicamente a cargo del funcionario, bastando que éste tenga sobre aquélla poder de hecho.

Igual pena se impondrá a particulares que ejecutaren los hechos descritos.

2. Si con motivo u ocasión de la tortura resultare la muerte de la víctima, la pena privativa de libertad será de reclusión o prisión perpetua. Si se causare alguna de las lesiones previstas en el artículo 91, la pena privativa de libertad será de reclusión o prisión de diez a veinticinco años.

3. Por tortura se entenderá no solamente los tormentos físicos, sino también la imposición de sufrimientos psíquicos, cuando éstos tengan gravedad suficiente«».

LAS VÍCTIMAS de esos padecimientos lo han sido durante un prolongado período de tiempo con los fines antes mencionados, agravado ello por la edad y el estado de salud de éstas.

Entre los elementos constitutivos de la tortura está incluido el fin, propósito de maltrato o finalidad. La finalidad de castigar se evidencia en la falta de respuesta a peticiones por derechos, la de intimidar, ante el escarnio del discurso y acciones de funcionarios y organizaciones hacia la persona de LAS VÍCTIMAS o sus familiares.-

Ese Comité contra la Tortura, que supervisa la aplicación de la Convención contra la Tortura, ha expresado que:- «...la carencia de servicios básicos, en especial atención médica apropiada, la incapacidad de las autoridades de garantizar la protección de los reclusos en situaciones de violencia intercarcelaria [...]» y otras graves carencias, además de incumplir las Reglas mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos, agravan la privación de libertad de los reclusos condenados y procesados y la transforman en una pena cruel, inhumana y degradante y, para los últimos, además, una pena anticipada de sentencia. (Naciones Unidas, Informe del Comité contra la Tortura, 25º Período de Sesiones (13 a 24 de noviembre de 2000) / 26º Período de Sesiones (30 de abril a 18 de mayo de 2001), A/56/44, párrafo 95 F). El personal de salud, especialmente los médicos, encargados de la atención médica de personas presas o detenidas tienen el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas (Principio 1).-

Por otra parte, se ha expresado que: «La carencia de servicios básicos, en especial atención médica apropiada, [...] y otras graves carencias, además de incumplir las Reglas mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos, agravan la privación de libertad de los reclusos condenados y procesados y la transforman en una pena cruel, inhumana y degradante y, para los últimos, además, una pena anticipada de sentencia. La provisión de atención médica adecuada es un requisito material mínimo e indispensable que debe ser cumplido por el Estado para garantizar un trato humano a las personas bajo su custodia».-

De modo que existe un régimen jurídico internacional del derecho a la vida y prohibición absoluta de todas las formas de tortura, vinculada al derecho a la integridad personal, cuyos principios están dados por los del «ius cogens», de no suspensión, de interpretación, de progresividad y de restitutio in integrum.-

[§.2] — SOBRE EL LUGAR Y RÉGIMEN DE DETENCIÓN APLICADO A LAS VÍCTIMAS, QUE POSIBILITARON EL TRATO CRUEL, INHUMANO Y DEGRADANTE QUE RECIBIERON.

LAS VÍCTIMAS pertenecían a un grupo de alto riesgo: adultos mayores, algunas de más de 70 años, edad promedio 74 años, con un estado de salud con afecciones en distintos órganos y sistemas, muchas con enfermedad tumoral, secuelas de accidentes cerebrovasculares, diabetes, hipertensión, neuropatías, que requirieron tratamiento específico y continuado, de pronóstico reservado. En su gran mayoría estaban en condición de detenidos bajo el régimen de prisión preventiva, en gran parte de los casos por demás prolongadas, o los menos cumpliendo condenas, alojados en penales y algunos en prisión domiciliaria;- es decir todos estaban bajo tutela del Estado, y por lo tanto bajo control del Poder Judicial.-

La situación de LAS VÍCTIMAS, durante los procesos y su estado de detención, en razón de la edad y el estado de salud los había colocado en situación de bajas defensas inmunológicas. Permanecer internado en una cárcel o penal agregó factores de sumo riesgo a su salud, con peligro cierto de muerte, luego confirmado:-

El lugar de detención asignado en un pabellón con reclusos de diferente condición física, de edad, colocó a LAS VÍCTIMAS en una situación de riesgo de vida, considerando su condición de ser personas adultos mayores, algunas de más de 70 años y hasta de 92 años, enfermas, algunas con dificultades de movilidad, donde no se tuvo en cuenta lo establecido por las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus Resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 1976 (LXII) del 13 de mayo de 1977, con el título Clasificación e Individualización.

¿Había otra forma de tratamiento a LAS VÍCTIMAS? Sí, el régimen de detención domiciliaria que el derecho interno de la República Argentina posibilitaba en el art. 10 del Código Penal de la Nación Argentina (Ley 11.179), y los artículos 1, 32, 33 y 143 de la Ley de Ejecución de la pena privativa de la libertad (Ley 24.660).

El Código Penal de la Nación Argentina (Ley 11.179, actualizado) en el Título II “De las Penas”, dispone:

«Artículo 10 - Podrán, a criterio del juez competente, cumplir la pena de reclusión o prisión en detención domiciliaria: a) El interno enfermo cuando la privación de la libertad en el establecimiento carcelario le impide recuperarse o tratar adecuadamente su dolencia y no correspondiere su alojamiento en un establecimiento hospitalario; b) El interno que padezca una enfermedad incurable en período terminal; c) El interno discapacitado cuando la privación de la libertad en el establecimiento carcelario es inadecuada por su condición implicándole un trato indigno, inhumano o cruel; d) El interno mayor de setenta (70) años; e) La mujer embarazada; f) La madre de un niño menor de cinco (5) años o de una persona con discapacidad a su cargo».- [Artículo sustituido por art. 4º de la Ley Nº 26.472 B.O. 20/01/2009].-

Por su parte, le Ley de ejecución de la pena privativa de la libertad (LEY 24.660) dispone:

Artículo 1º — «La ejecución de la pena privativa de libertad, en todas sus modalidades, tiene por finalidad lograr que el condenado adquiera la capacidad de comprender y respetar la ley procurando su adecuada reinserción social, promoviendo la comprensión y el apoyo de la sociedad. El régimen penitenciario deberá utilizar, de acuerdo con las circunstancias de cada caso, todos los medios de tratamiento interdisciplinario que resulten apropiados para la finalidad enunciada».

Artículo 32. — «El Juez de ejecución, o juez competente, podrá disponer el cumplimiento de la pena impuesta en detención domiciliaria: a) Al interno enfermo cuando la privación de la libertad en el establecimiento carcelario le impida recuperarse o tratar adecuadamente su dolencia y no correspondiere su alojamiento en un establecimiento hospitalario; b) Al interno que padezca una enfermedad incurable en

período terminal; c) Al interno discapacitado cuando la privación de la libertad en el establecimiento carcelario es inadecuada por su condición implicándole un trato indigno, inhumano o cruel; d) Al interno mayor de setenta (70) años; e) A la mujer embarazada; f) A la madre de un niño menor de cinco (5) años o de una persona con discapacidad, a su cargo». [Artículo sustituido por art. 1º de la Ley Nº 26.472 B.O. 20/01/2009].-

Artículo 33. - «La detención domiciliaria debe ser dispuesta por el juez de ejecución o competente. En los supuestos a), b) y c) del artículo 32, la decisión deberá fundarse en informes médico, psicológico y social. El juez, cuando lo estime conveniente, podrá disponer la supervisión de la medida a cargo de un patronato de liberados o de un servicio social calificado, de no existir aquél. En ningún caso, la persona estará a cargo de organismos policiales o de seguridad.... El interno podrá proponer peritos especialistas a su cargo, que estarán facultados para presentar su propio informe. Al implementar la concesión de la prisión domiciliaria se exigirá un dispositivo electrónico de control, el cual sólo podrá ser dispensado por decisión judicial, previo informe de los órganos de control y del equipo interdisciplinario del juzgado de ejecución».- [Artículo sustituido por art. 6º de la Ley Nº 26.813 B.O. 16/01/2013].-

Artículo 143. - «El interno tiene derecho a la salud. Deberá brindársele oportuna asistencia médica integral, no pudiendo ser interferida su accesibilidad a la consulta y a los tratamientos prescriptos. Los estudios diagnósticos, tratamientos y medicamentos indicados, le serán suministrados sin cargo».

Una adecuada interpretación del mencionado art. 22 no admite que la pena de detención domiciliaria sea un sustituto de la de prisión sólo en los casos de muerte segura, cuando el condenado se halle afectado por una enfermedad incurable e irreversible, pues, por vía de principio, trato humano al condenado no es sólo desplazar su cuerpo para que muera en el domicilio, lo que desnaturalizaría el sentido del instituto como alternativa a la prisión. Cuando una enfermedad no permita soportar la privación de libertad sin riesgo para la vida o la salud física o psíquica, o cuando se pruebe que el encierro en un establecimiento sea susceptible de empeorar un delicado estado de salud, se impone la sustitución, pues de lo contrario la pena privativa de libertad se convierte en una pena privativa de salud o corporal, constitucionalmente e internacionalmente prohibida.

La edad y las condiciones físicas de LAS VÍCTIMAS condicionaban seriamente la posibilidad de fuga;- además por tratarse de procesos vinculados a acciones acontecidas hace tres y cuatro décadas atrás, resulta imposible sostener que la libertad de los inculpados hubiera podido perjudicar el desarrollo de los procesos.

Pero en lugar del camino más sencillo y adecuado se eligió el de someter a LAS VÍCTIMAS a encarcelamiento en lugares donde faltaba personal de salud idóneo y suficiente. Era deficiente o ausente el abastecimiento de medicamentos, de insumos y equipo médico. Las salas y hospitales carcelarios padecían deficiencias serias en su infraestructura. Faltaban elementos como mobiliario, camillas, ropa de cama, materiales para la limpieza y otros que son básicos para la prestación de servicios de salud en condiciones mínimamente aceptables. No se había previsto un sistema que determinara que internos que requerían atención médica especializada o procedimientos que no se podían realizar dentro de la cárcel tuvieran los medios para conseguir la atención, así como su transporte en forma oportuna a los centros hospitalarios donde aquellos eran dispensados.

Todos los jueces federales intervinientes en las denominadas causas por delitos de lesa humanidad, tienen pleno conocimiento del estado paupérrimo de las cárceles en el país y no obstante, adoptaron medidas judiciales como si la atención correcta de LAS VÍCTIMAS estuviera garantizada.

Por ello, las normas de derecho argentino que garantizan el derecho a la vida no fueron obedecidas y, por lo tanto, para asegurar su efectividad, la República Argentina debe aplicar las disposiciones previstas para los casos de incumplimiento, es decir, imponer las correspondientes sanciones.

[§.3] SOBRE LA FALTA DE ATENCIÓN MÉDICA DE LAS VÍCTIMAS QUE SIGNIFICÓ UN TRATO DISCRIMINTORIO, CRUEL, INHUMANO Y DEGRADANTE, Y CONTRIBUYÓ A SUS MUERTES.

La gran mayoría de LAS VÍCTIMAS, estaban en condición de detenidos bajo el régimen de prisión preventiva, en gran parte de los casos por demás prolongadas, o los menos cumpliendo condenas, alojados en penales y algunos en prisión domiciliaria;- es decir todos estaban bajo tutela del Estado, y por lo tanto bajo control del Poder Judicial, del Ministerio Público Fiscal y del Ministerio Público de la Defensa, y en la administrativa de los órganos dependientes del Poder Ejecutivo Nacional, como son los Organismos Penitenciarios.

En cuanto a la calidad de los servicios médicos que debe brindarse a los detenidos es sabido que el tratamiento deberá basarse en principios científicos y aplicar las mejores prácticas. Además, que —en toda circunstancia la prestación del servicio de salud deberá respetar los principios de confidencialidad de la información médica; autonomía de los pacientes respecto de su propia salud; y consentimiento informado en la relación médico-paciente.

Las Reglas mínimas para el tratamiento de reclusos, dispuesto por la Organización de las Naciones Unidas, dispone en cuanto a los servicios médicos:

«22. 1) Todo establecimiento penitenciario dispondrá por lo menos de los servicios de un médico calificado que deberá poseer algunos conocimientos psiquiátricos. Los servicios médicos deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación. Deberán comprender un servicio psiquiátrico para el diagnóstico y, si fuere necesario, para el tratamiento de los casos de enfermedades mentales. 2) Se dispondrá el traslado de los enfermos cuyo estado requiera cuidados especiales, a establecimientos penitenciarios especializados o a hospitales civiles. Cuando el establecimiento disponga de servicios internos de hospital, éstos estarán provistos del material, del instrumental y de los productos farmacéuticos necesario para proporcionar a los reclusos enfermos los cuidados y el tratamiento adecuados. Además, el personal deberá poseer suficiente preparación profesional. 3) Todo recluso debe poder utilizar los servicios de un dentista calificado.

23. 1) En los establecimientos para mujeres deben existir instalaciones especiales para el tratamiento de las reclusas embarazadas, de las que acaban de dar a luz y de las convalecientes. Hasta donde sea posible, se tomarán medidas para que el parto se verifique en un hospital civil. Si el niño nace en el establecimiento, no deberá hacerse constar este hecho en su partida de nacimiento. 2) Cuando se permita a las madres reclusas conservar su niño, deberán tomarse disposiciones para organizar una guardería infantil, con personal calificado, donde estarán los niños cuando no se hallen atendidos por sus madres.

24. El médico deberá examinar a cada recluso tan pronto sea posible después de su ingreso y ulteriormente tan a menudo como sea necesario, en particular para determinar la existencia de una enfermedad física o mental, tomar en su caso las medidas necesarias; asegurar el aislamiento de los reclusos sospechosos de sufrir enfermedades infecciosas o contagiosas; señalar las deficiencias físicas y mentales que puedan constituir un obstáculo para la readaptación, y determinar la capacidad física de cada recluso para el trabajo.

25. 1) El médico estará de velar por la salud física y mental de los reclusos. Deberá visitar diariamente a todos los reclusos enfermos, a todos los que se quejen de estar enfermos y a todos aquellos sobre los cuales se llame su atención. 2) El médico presentará un informe al director cada vez que estime que la salud física o mental de un recluso haya sido o pueda ser afectada por la prolongación, o por una modalidad cualquiera de la reclusión.

26. 1) El médico hará inspecciones regulares y asesorará al director respecto a: a) La cantidad, calidad, preparación y distribución de los alimentos; b) La higiene y el aseo de los establecimientos y de los reclusos; c) Las condiciones sanitarias, la calefacción, el alumbrado y la ventilación del establecimiento; d) La calidad y el aseo de las ropas y de la cama de los reclusos; e) La observancia de las reglas relativas a la educación física y deportiva cuando ésta sea organizada por un personal no especializado. 2) El Director deberá tener en cuenta los informes y consejos del médico según se dispone en las reglas 25 (2) y 26, y, en caso de conformidad, tomar inmediatamente las medidas necesarias para que se sigan dichas

recomendaciones. Cuando no esté conforme o la materia no sea de su competencia, transmitirá inmediatamente a la autoridad superior el informe médico y sus propias observaciones».

Los casos enumerados y relatados *supra*, permiten establecer a título conclusivo:

Que los servicios de salud que disponían los Penales en los cuales se encontraban detenidas LAS VÍCTIMAS no contaron con los requisitos mínimos para brindar la atención que requirieron para ser tratados.-

Que la calidad de los servicios brindados a LAS VÍCTIMAS por la falta de acceso a la atención adecuada, de estudios básicos, de diagnóstico oportuno y tratamiento acorde, las llevaron al agravamiento de sus patologías, en algunas de ellas, largo tiempo después de los primeros síntomas.-

Que la situación real de salud de LAS VÍCTIMAS no siempre fue bien diagnosticada y transcurrieron meses y aún más de un año desde que presentaron las primeras molestias. Los efectos de un tumor no diagnosticado en tiempo, solo agregan factores de crecimiento y toxicidad general. Los de una hipertensión no tratada, riesgos de accidente cerebrovascular (ACV) o atención de sus secuelas. Los de una diabetes de complicaciones metabólicas y vasculares. En casos y luego de ser diagnosticados resulta necesario realizar tratamientos sea de quimioterapia, radiaciones, diálisis, rehabilitación, dietas, que implican contar con un servicio médico que asegure continuidad y una buena práctica, sin agregar dolencias a las ya existentes. La obligación de facilitar y brindar la atención adecuada y necesaria es del Estado.-

Las mencionadas «Reglas mínimas para el tratamiento de reclusos», de la ONU, establecen en la Disposición 22.2 que en todo establecimiento penitenciario:- «Se dispondrá el traslado de los enfermos cuyo estado requiera cuidados especiales, a establecimientos penitenciarios especializados o a hospitales civiles. Cuando el establecimiento disponga de servicios internos de hospital, éstos estarán provistos del material, del instrumental y de los productos farmacéuticos necesarios para proporcionar a los reclusos enfermos los cuidados y el tratamiento adecuados. Además, el personal deberá poseer suficiente preparación profesional».-

Ahora bien, eso era factible en el caso de LAS VÍCTIMAS, pues las Fuerzas Armadas y de Seguridad cuentan con centros sanitarios como el Hospital Militar Central, Hospital Naval, Hospital Aeronáutico Central, Hospital Churruca, para atención del personal efectivo o retirado y sus familiares, sostenidos por el aporte obligatorio y regular de quienes serán los beneficiarios, pero la atención en estos nosocomios les fue impedida, de manera arbitraria, por la Resolución N° 85/2013 del 26 de julio de 2013 dictada por el Ministerio de Defensa, durante la presidencia de Cristina Elizabet FERNÁNDEZ de KIRCHNER que restringió el uso de ciertos centros de salud a los reclusos de los llamados juicios de lesa humanidad:

«Artículo 1° — Prohíbese al Jefe del ESTADO MAYOR CONJUNTO DE LAS FUERZAS ARMADAS, al Jefe del ESTADO MAYOR GENERAL DEL EJERCITO, al Jefe del ESTADO MAYOR GENERAL DE LA ARMADA y al Jefe del ESTADO MAYOR GENERAL DE LA FUERZA AEREA la internación y/o asistencia ambulatoria en hospitales militares o unidades de salud dependientes de las FUERZAS ARMADAS, de personas condenadas penalmente o procesadas con privación preventiva de la libertad que tengan o hayan tenido estado militar.

Artículo 2° — La prohibición prevista en el artículo anterior alcanza a la totalidad del personal civil y/o militar de las FUERZAS ARMADAS.

Artículo 3° — Todo requerimiento de carácter judicial de internación y/o asistencia médica, vinculado a la situación de personas condenadas penalmente o procesadas con privación preventiva de la libertad que tengan o hayan tenido estado militar y que sea dirigido a esta jurisdicción, deberá ser comunicado inmediatamente al MINISTERIO DE DEFENSA para su consideración y efectos, bajo apercibimiento de aplicación de sanciones administrativas y/o disciplinarias.

Artículo 4° —Instrúyese al jefe del ESTADO MAYOR CONJUNTO DE LAS FUERZAS ARMADAS, al Jefe del ESTADO MAYOR GENERAL DEL EJERCITO, al Jefe del ESTADO MAYOR GENERAL DE LA ARMADA y al Jefe del ESTADO MAYOR GENERAL DE LA FUERZA AEREA a difundir la presente medida, publicando la misma en los respectivos Boletines Públicos de cada una de las Fuerzas dentro del plazo de los DOS (2) días hábiles de dictada.

Artículo 5° — Comuníquese, publíquese, dése a la DIRECCION NACIONAL del REGISTRO OFICIAL y archívese. — Agustín O. Rossi«».

Durante la vigencia de esta resolución algunas VICTIMAS fallecieron y otras agravaron su estado de salud física o mental a causa del abandono y falta de atención médica.-

Afortunadamente, la Resolución N° 65/2016 del 1° de marzo de 2016, del Ministerio de Defensa, presidencia de Mauricio MACRI derogó tan inícua y siniestra prohibición urdida por el gobierno anterior, con la finalidad de atender las recomendaciones e instrumentos del sistema internacional de protección a los derechos humanos.

«Artículo 1° — Derógase la Resolución del MINISTERIO DE DEFENSA N° 85 de fecha 26 de julio de 2013.

Artículo 2° — Remítase copia certificada de la presente a la Excelentísima CÁMARA FEDERAL DE CASACIÓN PENAL para su conocimiento.

Artículo 3° — Notifíquese personalmente a los señores Jefes del ESTADO MAYOR CONJUNTO DE LAS FUERZAS ARMADAS, de los ESTADOS MAYORES GENERALES DE LAS FUERZAS ARMADAS y a los señores Directores de los Hospitales dependientes del Sistema de Sanidad de las FUERZAS ARMADAS.

Artículo 4° — Comuníquese, publíquese, dése a la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y archívese. — Ing. Agr. JULIO C. MARTÍNEZ, Ministro de Defensa».

Tal derogación constituyó una tardía y parcial reparación a la situación de abandono en que se encontraban los presos pertenecientes a las Fuerzas Armadas, Policiales, de Seguridad y civiles privados de atención médica y psicológica. Esto en la medida en que la jurisdicción territorial en donde son juzgadas o atendidas LAS VÍCTIMAS exista este tipo de hospital o atención médica equivalente.

No obstante, resta cumplir con la obligación del Estado de investigar y sancionar a la totalidad de los partícipes en la sanción de la norma, y obviamente a cuantos perjudicó y en qué forma. La negativa a permitir el acceso a los centros de salud previstos para el personal militar o civil perteneciente a las Fuerzas Armadas, Policiales y de Seguridad conculcaron principios de equidad e igualdad, y configuró un trato discriminatorio y diferencial. A este trato se encontraron sometidas LAS VÍCTIMAS por la citada norma. La aceptación por parte de las autoridades de los Hospitales de las Fuerzas Armadas, Policiales o de Seguridad, de ingresar a LAS VÍCTIMAS, los colocaba frente a la conciencia humanitaria de quien tenía que optar por cumplir la orden de un Juez o acatar la Resolución del Ministerio de Defensa. Comúnmente se cumplía con la orden discriminatoria de no atención porque los responsables de los hospitales veían en riesgo su carrera profesional.-

En síntesis: la falta de la atención necesaria en tiempo y forma a LAS VÍCTIMAS mencionadas las colocó en una situación de riesgo de vida. En los casos aquí presentados, este riesgo no solo se hizo realidad, sino que además fue ampliamente multiplicado.

LAS VÍCTIMAS presentaban una condición de mucha vulnerabilidad: pertenecían a un grupo de alto riesgo, eran adultos mayores, algunos de más de 70 años (edad promedio 74 años), con un estado de salud con afecciones en distintos órganos y sistemas, algunas con enfermedad tumoral, secuelas de accidentes cerebrovasculares, diabetes, hipertensión, neuropatías, que requirieron tratamiento específico y continuado, de pronóstico reservado.

Se encontraban sometidas a la falta de una atención médica acorde a su edad y patologías disponibles en los establecimientos penitenciarios en los cuales estaban detenidas. Si accedieron en alguna oportunidad a la atención médica de su elección a través del sistema de salud pre pago, en las instalaciones de centros de salud fuera de las indicadas, de reconocido prestigio profesional, no pudieron continuar con las posteriores consultas, interconsultas con otras especialidades, estudios solicitados, ni recibieron el tratamiento adecuado de acuerdo a las necesidades específicas de cada una. La reticencia judicial para otorgar permisos para asistencia extramuros, que era una práctica permanente en todos los jueces, esto con miras a mortificar a LAS VÍCTIMAS hacían estéril las consultas profesionales en medios privados idóneos.-

Resulta probado que LAS VÍCTIMAS se vieron sometidas a un régimen de privación de la libertad, de denegación de tratamientos médicos y psicológicos adecuados, de alimentación acorde con la edad y las afectaciones de salud, que se transformaron en la ejecución sumaria por parte del Estado argentino de la pena de muerte.-

Es deber del Estado proporcionar la atención médica adecuada y eficaz a las personas bajo su custodia, y aún mayor en aquellos casos en que las lesiones o la afectación en la salud de los reclusos es producto de la acción directa de las autoridades. Así como también, en aquellos casos de personas privadas de libertad que sufren enfermedades cuya falta de tratamiento puede ocasionar la muerte.-

Resulta indiscutible que la falta de la atención a la salud oportunamente brindada a LAS VÍCTIMAS, viola la obligación de los Estados de proveer atención médica a los privados de libertad y de proporcionar cuidados especiales en situaciones de emergencia o debido cuidado en caso de enfermedad severa o terminal constituyendo un abandono del nivel especial de responsabilidad del Estado y un abandono de su persona con riesgo de vida.

Tal como surge del detalle de acciones, aquiescencias y omisiones perpetradas en vida contra LAS VÍCTIMAS, señaladas en los casos antes enumerados, realizadas por parte de quienes tuvieron a cargo la obligación legal de su cuidado, sobre las condiciones de detención, la atención a su estado de salud, el abandono de persona realizado y el riesgo de vida al que fueron sometidas y desencadenó en su fallecimiento, resulta demostrado que los eventos constituyen violaciones según las garantías y derechos tipificados en las normas convencionales, informes de organismos internacionales y normas internas citadas.-

Surge, naturalmente, como consecuencia, que los derechos a la vida y a la integridad personal se encontraban como obligación del Estado argentino, vinculados a las garantías de libertad y de debido proceso, y que en el caso de LAS VÍCTIMAS este principio no fue garantizado por el Estado argentino, con el trágico resultado que se evidencia en esta presentación.-

[§.4] SOBRE EL RÉGIMEN DE TRASLADO DE LAS VÍCTIMAS DETENIDAS QUE SIGNIFICÓ UN TRATO INHUMANO Y DEGRADANTE.

A LAS VÍCTIMAS no solamente se les denegó la prisión domiciliaria, para la atención de sus dolencias, cuando no había razones que justificaran su encarcelamiento, por su edad y por la imposibilidad de fuga, y también el acceso a la competente atención médica hospitalaria que brindaban las Fuerzas Armadas, Policiales y de Seguridad, sino que además, a ello se sumó el trato cruel y degradante que debieron padecer en los casos en que fueron autorizados los traslados.

Sabido es que, en situaciones de urgencia, la imposibilidad o la demora en el transporte de los internos a centros hospitalarios puede traer como consecuencia la

muerte u otro tipo de daños irreparables. En otras circunstancias, puede ocasionar que éstos pierdan las citas médicas o la continuidad de tratamientos que son importantes para su condición particular de salud.-

A los trámites y papeleo necesario para realizar un traslado a un centro de salud especializado, se agregan las dificultades encontradas al momento de realizar los viajes.

Los casos enumerados y relatados revelan que en el caso de las VÍCTIMAS fueron recurrentes también las deficiencias en los traslados de reclusos a clínicas y hospitales externos con el fin de recibir tratamientos especializados o no disponibles en los centros de privación de libertad, debido, entre otras razones, a la inoperancia de las autoridades judiciales o administrativas que debían autorizar los traslados; a la falta de vehículos y de personal disponible para ejecutarlos (las dificultades para realizar un traslado en casos de urgencias a un centro de salud especializado se vieron dificultadas por la ausencia de móviles disponibles, adecuados y por la distancia a los mismos, constituyendo un riesgo de vida para LAS VÍCTIMAS); a la renuencia arbitraria e injustificada de las autoridades; o simplemente por la lejanía geográfica del respectivo establecimiento penitenciario. A ello debe sumarse que partir del Penal de Marcos Paz, Ezeiza, San Felipe, y otros establecimientos penitenciarios en horas de la madrugada, permanecer viajando por largas horas, aún para recorridos de corta distancia, la falta de alimentación, de condiciones de descanso y acceso a sanitarios, constituyen no solamente meros malos tratos sino un trato cruel e inhumano y degradante, constituyen tortura, sobre manera teniendo presente que, luego de todos los padecimientos sufridos, muchas veces se arribó tarde al turno, y no pudo realizarse, la consulta sobre los síntomas que más afectaban y requerían urgente atención.-

[§.5] — SOBRE EL ROL DE LOS FUNCIONARIOS INTERVINIENTES.

Como salvaguarda contra la tortura y los malos tratos físicos o mentales a los prisioneros, es fundamental que los profesionales de la salud que brinden atención médica a personas bajo custodia del Estado ejerzan sus funciones con la debida autonomía e independencia, libres de cualquier forma de injerencia, coacción o intimidación por parte de otras autoridades. Estas condiciones de independencia y autonomía no sólo deben garantizársele al personal que trabaja en los centros de privación de libertad, sino también a aquellos que en determinadas circunstancias deben prestar atención médica a detenidos y presos en hospitales externos cuando éstos son llevados allí para recibir atención médica.

En los casos que se han reseñado, las personas privadas de libertad que padecían enfermedades graves, crónicas o terminales no debieron haber permanecido en establecimientos carcelarios, excepto que el Estado hubiera contado con unidades adecuadas de atención médica que asegurara brindarles una atención y tratamiento especializado adecuados, que incluyera espacios, equipo y personal calificado (de medicina y enfermería). Asimismo, en tal supuesto, el Estado debió haberles suministrado alimentos adecuados y las dietas establecidas para cada caso respecto de las personas que padecen ese tipo de enfermedades. Los procesos de alimentación deben ser controlados por el personal del sistema penitenciario, de conformidad con la dieta prescrita por el personal médico, y bajo los requerimientos mínimos establecidos para el respectivo suministro. De todos modos era obligación del Estado llevar una historia clínica sobre la situación de salud y tratamiento de toda persona que ingresara en un centro de privación de libertad, ya sea en el propio lugar o en los hospitales o centros de atención donde debieran de recibir el tratamiento.-

La actuación de los funcionarios de los Penales lo fue en muchos casos contraviniendo las normas del Código de Conducta para Funcionarios Encargados de hacer

cumplir la Ley, Asamblea General de las Naciones Unidas, 34º SESIÓN, 34/169, DEL 17/12/1979, Registrada como A/RES/34/169, en cuyo Artículo 6 expresa: “Los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley asegurarán la plena protección de la salud de las personas bajo su custodia y, en particular, tomarán medidas inmediatas para proporcionar atención médica cuando se precise”.-

Ello no era factible de ser cumplido, porque el personal de salud que atendía en los Penales actuaba bajo el control de autoridades y de un Estado que había implementado una política de intimidación generalizada sobre el tipo de trato a otorgar a las personas procesadas o condenadas por los considerados delitos de lesa humanidad.

[§.6] — SOBRE EL PAPEL DEL ESTADO Y LA MAQUINACIÓN DE LAS AUTORIDADES PARA POSIBILITAR EL TRATO DISCRIMINATORIO, CRUEL, INHUMANO Y DEGRADANTE DE LAS VÍCTIMAS MEDIANTE UNA INSTRUCCIÓN DEL MINISTERIO DE JUSTICIA PARA “COLABORAR” CON LOS ABOGADOS QUERELLANTES.

Queda visto, a grandes rasgos, dentro de la brevedad posible a la exposición, que LAS VÍCTIMAS fueron detenidas en establecimientos carcelarios sin la atención médica suficiente para los enfermos de avanzada edad, que por otra parte se les denegaba, desde 2013 al menos, la posibilidad del acceso a una atención especializada por una parte, y los tratos crueles y degradantes padecidos cuando fue posible algún traslado, y por la otra la posibilidad de la detención domiciliaria. Pero para cerrar este círculo viciado, faltaba todavía vedar la última alternativa, es decir: impedir por todos los medios la posibilidad de que los enfermos fueran trasladados a sus domicilios alegando –falsamente- que ello se trataba de una simulación.

Esto último se logró mediante una instrumentación inédita por parte del Estado, y que estaba fundada en la impunidad que por entonces sentían los integrantes del gobierno de Kirchner, lo cual llegaron a plasmar por escrito, quedando evidenciada así su propósito de exterminio de las víctimas.

Me refiero a unas Instrucciones, elaboradas por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, y publicadas con el título *Programa Verdad y Justicia. Impunidad Gerontológica (Aporte para Abogados querellantes en causas de crímenes contra la humanidad)*, las cuales en sus partes mas relevantes sostienen:

«La presente guía, elaborada por el Programa Verdad y Justicia del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, pretende ser una herramienta de utilidad para los abogados y fiscales que intervienen en los procesos judiciales por crímenes contra la humanidad, tratando de dar "batalla" a lo que empieza a constituirse como un verdadero escenario de lo que podría denominarse como impunidad gerontológico.-

A los fines de plantear la incapacidad sobreviniente de los imputados, sus defensas alegan el padecimiento de diferentes patologías físicas que representan un cuadro de gravedad, o sostienen que sus asistidos no pueden continuar en el proceso o participar del debate oral porque presentan un deterioro cognitivo.

En este sentido, asimilan la existencia de patologías crónicas con cuadros agudos de hipertensión, de diabetes y/o descompensaciones que pueden ser resueltas en pocotiempos, dado que existen cuidados y tratamientos específicos que permiten mejorar la calidad de vida. Frente a estas situaciones es necesario evaluar cada caso particular.

Por otro lado, el deterioro cognitivo tampoco es determinante como justificativo para apartar a un imputado de un proceso penal. Si bien en muchos casos, efectivamente, no existe deterioro alguno y se trata de simulaciones, en otros, se registra un deterioro en niveles que no impide a la persona la comprensión del proceso en el que se encuentra imputado.

El incremento en forma exponencial de las peticiones de las defensas para el apartamiento de sus pupilos del proceso judicial, presentando algún cuadro vinculado a su salud psíco-física, teniendo en cuenta que la mayoría de los imputados en causas por crímenes contra la humanidad son personas de avanzada edad, es uno de los mayores obstáculos detectados en el proceso de juzgamiento en los últimos años.

La falta de conocimientos específicos en la materia de los abogados y fiscales, sumado a las imposibilidades de proponer peritos de parte en todas las pericias médicas y psicológicas, hace relevante la posibilidad de contar con información básica que permita la comprensión de un informe médico psicológico.

Sin menoscabo del principio humanitario que debe regir en todo proceso penal de acuerdo a la normativa constitucional y convencional, ante estas peticiones es un desafío de las partes acusadoras garantizar los peritajes médicos y psicológicos de manera de fortalecer el proceso de juzgamiento, evitando su utilización como herramienta de impunidad».-

No deja de sorprender que dicho ministerio, se propusiera auxiliar a las acusaciones particulares, con la asistencia de ingentes fondos, y no a los acusados, defendiéndolos de posibles malos tratos, pero ello se explica por la afinidad ideológica entre los titulares del Ministerio y los letrados acusadores, interesados no solamente en la condena de los acusados por delitos de lesa humanidad, sino también por provocarles los mayores perjuicios posibles, agravando todo lo que se pueda sus condiciones de detención. Cabe recordar, que el titular del ministerio fue el abogado Julio Alak, quien públicamente, con motivo de un sonado caso judicial, ante las cámaras de la TV reconvino y extorsionó con veladas amenazas a los Magistrados, independientes del Poder Ejecutivo, llamados a resolver en la causa

La sola utilización de la palabra «batalla» en los fundamentos redactados por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, revela con expresión tan ajena al lenguaje del foro, la verdadera intencionalidad de la Instrucción: bloquear e impedir por todas las vías que los privados de su libertad pudieran lograr la detención domiciliaria y el alivio de su salud, y que permanecieran confinados como víctimas de tratos inhumanos, para satisfacer así un deseo de venganza política. Cabe recordar que el Gobierno de la Señora FERNÁNDEZ de KIRCHNER, contaba en su elenco, con elementos que habían sido integrantes de organizaciones terroristas declaradas ilegales y combatidas durante las presidencias constitucionales de Juan Domingo PERÓN y su esposa, vicepresidente y sucesora, María Estela MARTÍNEZ de PERÓN, quienes después del golpe militar de 1976 sufrieron cárcel, y con quienes simpatizaban con esos movimientos terroristas, que vieron ahora detenidos a quienes consideran los verdugos de sus aliados o camaradas de aquel tiempo, y por lo mismo llegado el momento propicio para ejecutar un preconcebido plan de venganza mediante la utilización de los resortes facilitados por integrantes de un Poder Judicial adicto.-

Esas instrucciones, urdidas desde la cúpula del Estado, tuvieron su efecto en Fiscales y Magistrados, enrolados con la política dictada por el Poder Ejecutivo, y orquestada desde el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, para impedir internaciones, tratamientos, dietas, curaciones, y obviamente negar prisiones domiciliarias, las que en muchos casos no solo se otorgan habitualmente cuando los procesados están en estados terminales o de coma, y solo para que no engrosen la lista de muertos en cárcel.

[§.6] — CONCLUSIONES.

Reconstruyendo ahora el cuadro total cuyos fragmentos se han presentado es posible comprender por qué razón todos los derechos que asistían a los detenidos se convirtieron en letra muerta.

El detalle de las acciones y omisiones perpetradas contra LAS VÍCTIMAS por quienes tenían a cargo la obligación legal de su cuidado, las condiciones de detención que les fueron impuestas, la atención inadecuada a su estado de salud, el hostigamiento del que no fueron protegidas y al que continúan sometidos sus familiares y allegados ante la falta de investigación sobre la verdad, constituyen evidencia de que los eventos denunciados configuran una modalidad de tortura, trato cruel, inhumano y degradante tipificados en las normas convencionales y normas internas citadas.-

En prieta síntesis, el cuadro esbozado revela una aplicación sistemática de tratos crueles inhumanos y degradantes, con consecuencias graves a la salud, y en los casos aquí denunciados, la muerte. A ello se suma el retardo o denegación por parte de los Tribunales para externar a las víctimas a fin de la realización de diagnósticos, tratamientos o internaciones, la denegación reiterada y sistemática de diagnósticos y tratamientos médicos y psicológicos, suficientes y adecuados; y la denegación de diagnósticos y tratamientos en los hospitales de las Fuerzas Armadas por aplicación de la insólita Resolución N° 85/2013 del Ministerio de Defensa, vigente hasta 2016.

Súmase la falta de alimentación adecuada para las condiciones de salud y enfermedades frecuentes en adultos mayores; los traslados en horarios y formas inadecuadas que constituyen tratos crueles inhumanos y degradantes; debiendo agregarse como agravante que los traslados para diagnósticos y/o tratamientos externos, muchas veces no pudieron ser realizados por llegar fuera del horario establecido, lo que implicó nuevos traslados y la reiteración de los tratos inhumanos en los que se realizaban. Pero la discriminación y crueldad no finalizó en LAS VÍCTIMAS, sino que también se expandió, mediante las presiones, amenazas, intimidaciones y actos de violencia contra las familias y ellos mismos en los casos de concesión de prisión domiciliaria; y a la necesidad de que fueran los familiares de los detenidos quienes proveyeran medicamentos necesarios y alimentos adecuados; en definitiva, como síntesis negativa, la aplicación sistemática por acción u omisión de tratos crueles inhumanos y degradantes.-

Descartan la existencia de la pretendida “impunidad gerontológica” urdida desde el centro del poder de la República como verdaderas directivas establecidas en el libelo Impunidad Gerontológica, del «Programa Verdad y Justicia» del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, el número de fallecidos, su situación médica al momento de sus óbitos, y el pésimo estado sanitario en el que muchos detenidos se encuentran actualmente. Los problemas crónicos y estructurales en la atención de la salud en las cárceles en muchos casos se han profundizado. Las causas determinantes continúan siendo las mismas. La insuficiente dotación de los planteles profesionales, de enfermería y de técnicos y la inadecuada formación profesional y humanística de muchos agentes penitenciarios representan fundamentalmente el núcleo de la cuestión.-

Si a esa instrucción del Ministerio de Justicia destinada a obstruir las posibilidades de los detenidos, sumamos las pruebas que surgen de los expedientes correspondientes a los casos numerados y suscintamente relatados, resulta acreditado, en tal contexto, que los actos cometidos, fueron deliberadamente infligidos en contra de las víctimas y no producto de conductas individuales meramente imprudentes, accidentales o de caso fortuito, sino como parte de un verdadero plan, y por lo mismo sistemático.

El accionar del Estado contra LAS VÍCTIMAS inscribe las conductas dentro del contexto de los delitos imprescriptibles. Es también claro, que si no se obtiene una acción colectiva y que el Estado asuma sus responsabilidades en estas causas en formas individuales pueden considerarse equiparadas a causas prescriptas, constituyendo una nueva violación a los derechos humanos de LAS VÍCTIMAS directas y sus herederos.-

El aquí presentante representa a un grupo de personas que fueron ciudadanos del Estado argentino, LAS VÍCTIMAS, cuyos datos de filiación son agregados en la prueba que se aporta. Los datos personales de sus familiares, obran en poder del Estado, es decir son plenamente determinables, y es motivo de esta presentación que el Estado Argentino cumpla con su obligación de plasmar el derecho a la verdad, aportando la totalidad de la información pertinente.-

Entiendo que esa Comisión debería establecer, con la colaboración del Estado argentino, respecto de los fallecidos dentro de los procesos de lesa humanidad los nombres, apellidos y documento de identidad de los fallecidos, lugares de fallecimiento y edad; la situación de los procesados, condenados con sentencia firme, exonerados; con prisión preventiva, encarcelados cumpliendo condena, en penales o en prisión domiciliaria, con indicación del tiempo que permanecieron en cada estado; las condiciones de salud al ingreso a los establecimientos del servicio penitenciario con la provisión de la correspondiente historia clínica; detalle de las enfermedades sufridas, diagnósticos y tratamientos y su aplicación; condiciones alimentarias y su implementación; acceso a tratamientos y medicación suficiente y adecuada; internaciones o tratamientos externados; trámites judiciales realizados para la obtención de diagnósticos, tratamientos, internaciones; concesión o denegación con indicación de la razón de la misma; mención de causas judiciales que los involucraron, con determinación de magistrados, fiscales y querellantes y testigos de cargo; responsables de los establecimientos del Servicio Penitenciario en los que fueron alojados; responsables del Poder Ejecutivo respecto de las causas y fundamentalmente en la sanción e implementación de las siguientes normas: Decreto Nacional 1020 /2006 – Intervención del Estado como Parte Querellante en Causas relacionadas con violación a los Derechos Humanos: 08-08-2006 – BO, 10-08-2006 Plan Nacional de Acompañamiento y Asistencia Integral a los Querellantes y Testigos Víctimas del Terrorismo de Estado: 1ª. edición, enero de 2008; 2ª edición mayo de 2010.- Resolución N° 85/2013 del Ministerio de Defensa, 26-7-2013.- Programa Verdad y Justicia: Impunidad Gerontológica.

A fin de investigar y sancionar a los responsables directos, será necesario recabar la identidad de procesados no tratados en hospitales de la Fuerzas Armadas por aplicación de la Resolución 85/2013, y las afectaciones a la salud que esto pudo haber provocado a LAS VÍCTIMAS. Y el requerimiento debe extenderse a la determinación de las causas y condiciones de fallecimiento, con informe de autopsia y en su defecto la causa por la que no se practicó. Asimismo la creación de un registro de familiares para poder establecer su calidad de herederos; sus condiciones sociológicas, físicas, psicológicas, para evaluar su calidad de víctimas y las reparaciones correspondientes, establecer filiales en el interior del país a fin de facilitar a los herederos víctimas, los trámites, constituir equipos para apoyos médicos y psicológicos estas personas, posibles víctimas de estrés postraumático derivado de la experiencia de tratos crueles y degradantes sufridos por los procesados y por ellos mismos y cuantas medidas considere recomendar ese Comité.

V. DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA.

Se adjunta la autorización escrita para actuar por parte de «UNIÓN DEL PERSONAL MILITAR ASOCIACIÓN CIVIL», y como prueba documental, que obra en poder de mi representada, habilitándose al Dr. Santiago Mario Sinopoli y/o Dr. Juan Luis Garcia Solórzano y/o quien estos designen a realizar las diligencias que sean necesarias a los fines de esta presentación, -reservando mi representada el derecho de agregar mas

documentación- corroborante de la descripción de los hechos denunciados y de los argumentos expuestos, demostrativos de que los hechos descritos constituyen una violación a los derechos de LAS VÍCTIMAS:

- 1) Documento:- LISTADO DE FALLECIDOS al 10DIC2016.- (pdf).-
- 2) Ministerio de Defensa:- RESOLUCIÓN 85-13 MIN-DEFENSA.-
<http://www.upmac.org.ar/ddhh/resolucion-del-ministerio-de-defensa-nro-852013.htm>
- 3) Publicación del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos:- ACOMPAÑAMIENTO A TESTIGOS Y QUERELLANTES EN EL MARCO DE LOS JUICIOS CONTRA EL TERRORISMO DE ESTADO - MdeJ y DDHH.- (pdf)
- 4) Publicación:- IMÁGENES DE LA CRUELDAD ESTATAL – Informe de la Asociación Civil Abogados por la Justicia y la Concordia._2016-21-NOV-2016.- (pdf)
- 5) PRENSA – TELAM (Agencia estatal de noticias) – “Impunidad gerontológica: advierten sobre las nuevas estrategias de las defensas”. 29MAY2015
http://memoria.telam.com.ar/noticia/impunidad-gerontologica--una-ayuda-a-peritos-forenses_n5355
- 6) PRENSA – Diario Castellanos de la ciudad de Rafaela – “Discriminación y maltrato como política de Estado”. 08ENE2016 <http://www.diariocastellanos.net/noticia/discriminacion-y-maltrato-como-politica-de-estado->
- 7) PRENSA – Diario La Nación – Editorial del 6OCT2016 “Jueces parciales, sentencias nulas”. <http://www.lanacion.com.ar/1944480-jueces-parciales-sentencias-nulas>
- 8) PRENSA – Diario La Nación – Editorial del 27JUN2016 “Desbaratar concursos escandalosos”. <http://www.lanacion.com.ar/1912878-desbaratar-concursos-escandalosos>
- 9) PRENSA – Diario La Nación – Editorial del 03AGO2015 “Les a venganza”.
<http://www.lanacion.com.ar/1815699-lesa-venganza>
- 10) PRENSA – Diario Castellanos de la ciudad de Rafaela – “El Estado sigue pagando a la Venganza” por Dr. Mariano Cástex – 02MAR2016 <http://www.diariocastellanos.net/noticia/el-estado-sigue-pagando-a-la-venganza>
- 11) PRENSA – Diario La Nación – Editorial del 26DIC2012 “La pauta probatoria en los juicios de lesa humanidad”. <http://www.lanacion.com.ar/1540195-la-pauta-probatoria-en-los-delitos-de-lesa-humanidad>
- 12) PRENSA – Diario La Nación – Editorial del 20NOV2014 “Al enemigo, ni justicia... ni derechos humanos”. <http://www.lanacion.com.ar/1745318-al-enemigo-ni-justicia-ni-derechos-humanos>
- 13) PRENSA – Diario La Nación – Editorial del 03OCT2013 “Cuando la justicia se convierte en venganza”. <http://www.lanacion.com.ar/1625363-cuando-la-justicia-se-convierte-en-venganza>
- 14) PRENSA – Diario La Nación – Editorial del 03MAR2014 “Juicios teñidos de graves sospechas”. <http://www.lanacion.com.ar/1668846-juicios-tenidos-de-graves-sospechas>
- 15) PRENSA – Diario La Nación – Editorial del 18OCT2010 “Muertes en prisión”.
<http://www.lanacion.com.ar/1315939-muertes-en-prision>

16) PRENSA – Diario La Nación – Editorial del 30SEP2012 “¿Y los derechos humanos?”. <http://www.lanacion.com.ar/1513089-y-los-derechos-humanos>

17) PRENSA – Diario La Nación – Editorial del 23SEP2011 “La persecución a Jaime Smart”. <http://www.lanacion.com.ar/1408608-la-persecucion-a-jaime-smart>

VI. PETICION

De conformidad a los hechos expuestos, la prueba acompañada y solicitada y la jurisprudencia respaldatoria indicada, a ese Comité,

SOLICITO:-

1. Se tenga por presentada la petición contra el Estado Argentino y se haga lugar a la misma.-

2. Se tenga por establecido el domicilio legal y la dirección electrónica denunciada para allí recibir las notificaciones que correspondan.-

3. Se de curso a la solicitud de trámite urgente ante la necesidad de obtener el reconocimiento de los fallecimientos por parte del Estado, y que los familiares de los mismos puedan iniciar la tramitación para la obtención de la información para gestionar reparaciones y su derecho a la verdad. Así como, ante la inminencia de nuevos fallecimientos o incremento del grave deterioro en la salud de los detenidos, el Estado arbitre las medidas necesarias para su protección.-

4. Se recomiende al Estado argentino, para la constitución de una dependencia por la que se proceda a la obtención y sistematización de toda la información necesaria para que los familiares de LAS VÍCTIMAS, también víctimas ellos, puedan iniciar los reclamos por la violación de los derechos violados.-

5. Se practique una visita a las unidades carcelarias donde se encontraban privados de libertad, no solo LAS VÍCTIMAS, sino más de dos millares de personas vinculados a los denominados delitos de lesa humanidad, la gran mayoría de ellos sin condena.-

6. Se recomiende al Estado argentino la urgente derogación de normas claramente ilegales como el decreto emitido por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, entre otros, el Decreto Nacional 1.020/2006 sobre —querellantes del Estado;- los denominados «Programa de Verdad y Justicia – Impunidad Gerontológica»,y «Acompañamiento a Testigos y Querellantes en el marco de los Juicios contra el Terrorismo de Estado-Estrategias de Intervención» editados en 2008 y 2010, y la desactivación de fondos especiales destinados al efecto.

7. Se recomiende al Estado Argentino la urgente investigación de los hechos denunciados a fin de establecer los responsables, para luego aplicar las condignas sanciones.-

8. Se recomienda a la República Argentina - Estado Nacional - Poder Ejecutivo Nacional, que implemente las necesarias medidas de seguridad a fin de resguardar a los familiares de los aquí representados de las acciones de intimidación que es dable esperar cometan grupos violentos afines a las organizaciones, alentadas públicamente desde el gobierno de la Ex -Presidente FERNÁNDEZ DE KIRCHNER que pretendan por vía del terror, limitar la expresión y defensa de sus derechos y que se mantienen al día de la fecha vigentes con el nuevo gobierno.-

Saludo a ese COMITÉ con alta estima.

BUENOS AIRES, ... de Febrero de 2017.-

FIRMA:...