

Mariano N. Castex

M.N. 17.658 - M.P. Bs.As. 44.990

Miembro Decano 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)

Experto ante el Tribunal Electoral Nacional

Arroyo 804 (1º) Capital Federal (1007)

Tel/fax: 0541 4393-7342 y 02241-420057

e-mail: marianocastex@bentel.com.ar

EVALUACION PSICOFISICA FORENSE

Incidente de detención domiciliaria Bossié, ppal. Expte. 37/09°n°85000073/2012

Antonio BOSSIE BARBONI

DNI .4.875.962

Al Sr. Presidente del
Tribunal Oral Federal de Rosario 2
S.D.

Mariano N. Castex, médico legista, especialista jerarquizado en psiquiatría y psicología médica, M.N. 17.658, con domicilio real en Arroyo 804, 1º B, Capital Federal (1007), habiendo examinado con autorización del H.T. a su digno cargo, el martes 20 de octubre ppdo, en horas de la mañana, al interno Antonio Bossie Barboni, hallándose este en la UPF 31, viene por la presente a elevar el informe completo sobre el estado de salud oportunamente ordenado. La mencionada evaluación se realizó en presencia del Médico de Planta de la Unidad, Dr. Gustavo Ariel García (MN 120.420) quien facilitó a este profesional abajo firmante, la Historia Clínica (HC) actualizada del detenido. Asimismo fue este evaluado, tanto en la dimensión clínica como en la psicopsiquiátrica, habiéndolo conocido este experto con anterioridad por haberlo examinado en forma privada en mayo de 2011, y en Junta en el Cuerpo Médico Forense en 2012.

Cabe tener presente que el paciente sobre quien se debe realizar la evaluación es persona mayor (76 años), con declaración oficial de invalidez desde antes de su detención - como se dirá- y por ende claramente incluido en las previsiones de la **CONVENCIÓN SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES (OEA 2015)**, cuyo texto ha ingresado ya al sistema interamericano de derechos humanos. Por otra parte, la Defensa del privado de libertad, ha solicitado del profesional consultado, que éste, al evacuar el requerimiento, tenga muy en cuenta la especial situación existencial del detenido, en lo que hace a la evolución histórica de su salud desde el inicio del procedimiento penal que lo ha privado de su libertad y en tanto atañe a la calidad del acceso a la misma a lo largo de ese tiempo, así como un explícito pronunciamiento en cuanto a las perspectivas y riesgos que para la salud global del detenido tenga una persistencia de su encarcelamiento.

En otras palabras, se pregunta *si acaso no es nocivo para la salud global del paciente privado de libertad bajo régimen carcelario, ante la existencia clara de alternativas legales que implicarían un menor grado de sufrimiento (ley nacional 26.472), continuar sometiéndole a la acción de las noxas deletéreas propias de toda acción procesal penal y en el caso "sub examine" altamente dañosas para su estado de enfermedad, como surge de cualquier profesional médico medianamente formado.*

Las constancias aportadas en la historia clínica (HC) obrante en la UF 31, evaluadas integradas en el examen médico legal efectuado, se detallan en el informe elevado a

efectos de fundamentar el pertinente responde, pero previo a ello, por estricto deber de conciencia, considera necesario el profesional abajo firmante formular algunas observaciones previas.

OBSERVACIONES QUE HACEN A LA ETICA DEL PROFESIONAL INFORMANTE

Cabe aclarar de modo previo que este experto, con Curricula Vitae de sobra conocido, ejerce bajo los principios del juramento hipocrático y de una ética cristiana y humanista, militando desde hace ya varias décadas en la defensa de Derechos Humanos en donde se repudia en especial la sustitución de la Justicia por la Venganza. Más aún, ha conocido en dos ocasiones en su vida el encarcelamiento (en 1953 y en 1981/2, ocasión esta última en que sufriera lesiones que lo invalidaron con sentencia firme en un 25% del VTO), coacción penal que se tornó claramente ilegítima como lo demostró su absolución ulterior.

Con este bagaje a cuestas, se da recientemente para él el hecho de haber tomado conocimiento de la reciente instrucción editada por el Poder Ejecutivo Nacional, Ministerio de Justicia de la Nación, Secretaría de Derechos Humanos, que en forma de libelo y bajo el título de "Impunidad gerontológica", ha sido distribuida a fiscales federales y abogados querellantes en causas de lesa humanidad, amén de haber tomado estado público. Ante ello, entiende en base a experiencia profesional que se traduce día a día en hechos reiterados, que la interpretación del contenido de tal libelo conduce a que no pocos colegas médicos y funcionarios, obstruyan al máximo en "determinados" casos -lo cual es claramente violatorio de principios constitucionales- la aplicación de figuras morigeradoras penitenciarias -como lo es la detención domiciliaria- sancionadas precisamente por el propio Gobierno Nacional.

El resultado de ello se traduce en dictámenes híbridos que no exponen al HT todo aquello que debería conocer sobre el estado real de detenidos, ancianos, minusválidos, crónicos y expuestos -cuando se los mantiene en prisión- a situaciones de riesgo grave para salud y vida, a los que se evalúa como si se tratase de ciudadano fuera de prisión, cuando no denegando respuestas acerca de estados institucionales que conoce cualquier ciudadano o conocedor especializado en medicina legal y criminología. Una cosa es la llamada *nesciencia* (desconocimiento de aquello a lo que no se tiene obligación de conocer) y muy otra la *ignorancia* -definida en lógica menor, como el desconocimiento culpable de aquello que se debe conocer por profesión, especialización o función-.

Así, no pocas respuestas reiteran pronunciamientos superficiales de algunos profesionales acerca de las cualidades de los servicios médicos que se brindan intramuros, siendo ya *de público y notorio* que se ha removido y/o, trasladado en los últimos tiempos a no pocos profesionales de la salud, que defendiendo su juramento hipocrático, han brindado información no acorde con lo deseado por algunos integrantes de la Justicia, o se "procuran" pronunciamientos acerca del riesgo para un determinado enfermo en condiciones de libertad y no en cuanto sometidos a regímenes carcelarios, creadores esenciales éstos, de agentes estresores, como lo saben todos aquellos comprometidos con la política carcelaria.

Asimismo, en momentos en que este informe se redacta, toma conocimiento el experto abajo firmante que "nuestra tierra argentina es parte -según ha comunicado en las últimas horas, la agencia oficial Télam- de la primera región en todo el mundo que cuenta con un instrumento internacional vinculante para promover y proteger los derechos humanos de las personas mayores". Ello porque la Asamblea General de la OEA con la firma de la Argentina -país que tuviera la iniciativa primera-, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay, acaba de aprobar la **CONVENCIÓN SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES** ([http://www.telam.com.ar/notas/201506/108871-washington-](http://www.telam.com.ar/notas/201506/108871-washington)

asamblea-general-oca.html], cuyo texto ha ingresado ya al sistema interamericano de derechos humanos.

La lectura de algunas de las normas contenidos en el texto –en especial los arts. 2º (con sus definiciones de “abandono”, “maltrato”, “negligencia” y “persona mayor”; 4º (Deberes Generales que obligan a los estados parte a salvaguardar los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor enunciados en la presente Convención, sin discriminación de ningún tipo (incisos a, b, y c); 5º (que prohíbe la discriminación por edad en la vejez); 6º (Que afirma el Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez); 9º (Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia); 10º (Derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes); 13º (Derecho a la libertad personal, sobre todo “al acceso de la persona mayor privada de libertad a programas especiales y atención integral, incluidos los mecanismos de rehabilitación para su reinserción en la sociedad y, según corresponda, promoviendo medidas alternativas respecto a la privación de libertad.”); 19º (Derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación); 31º (Acceso a la justicia, en especial en lo referente a la actuación judicial, a la que se recomienda ser particularmente expedita en casos en que se encuentre en riesgo la salud o la vida de la persona mayor) y, finalmente el artículo 36 (que abre la puerta al sistema de peticiones individuales o grupales ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos peticiones que contengan denuncias o quejas de violación de alguno de los artículos de la presente Convención por un Estado Parte).

Es con tales reflexiones formuladas, que no pueden ser desoídas por ningún ciudadano, máxime cuando labora como auxiliar de la Justicia, que el abajo firmante pasa a responder a la cuestión acerca de la cual se le pregunta, siempre desde una óptica estrictamente médico y psiquiátrica legal.

ESTADO DE LA CUESTION

Breve síntesis de lugares y tiempo de detención del Sr. Antonio BOSSIE BARBONI

Antecedentes históricos vitales de interés clínico.

Varón geronte septuagenario avanzado, nacido el 2 de enero de 1939, actualmente con 76 años de edad. Casado en segundas nupcias. Tres hijos. Convivencia intrafamiliar satisfactorio. Al interrogatorio clínico responde, ya en 2011, con reiteradas imprecisiones por sufrir fallas amnésicas que se iniciaron –según señaló entonces la esposa- en inicios del 2003, habiéndose efectuado una evaluación neuropsicológica en el Hospital Militar Central, en noviembre de 2003 y otra posterior en noviembre de 2004, las que revelaron *deterioro cognitivo incipiente y en progreso*. Ambos resultados fueron exhibidas en ocasión de efectuarse la Junta en el Cuerpo Médico Forense en 2012, y de las mismas obran referencias precisas producidas por este experto en su informe de 2011, agregadas tanto en las actuaciones judiciales, como a la HC del Legajo de Salud del causante obrante en el SPF. Como se comprueba en el examen actual, las limitaciones se han ido agravando con el correr de los años, así como las tensiones psíquicas y patologías orgánicas concomitantes.

Según relata en la anamnesis o interrogatorio clínico, Bossié Barboni fue detenido en julio 2012 y trasladado a la ciudad de Rosario. Pasó por una etapa de detención domiciliar y estuvo privado de libertad en la ciudad de San Nicolás hasta 2014 en donde debió ser internado e intervenido en el Sanatorio de la UOM debido a patología vascular periférica aguda. La intervención evolucionó en forma compleja debiendo ser reintervenido. En el corriente año es trasladado en junio 26, a la UPF 31.

Examen médico legal.

Paciente afiliado al ICSE 89.048

Certificado de discapacidad, ley 22.431. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 19 de marzo de 2008, renovada el 25.03.2010 con validez hasta el 25.03.2015. Secuelas invalidantes por enfermedad cerebrovascular (Deficiencia 71; Discapacidad 6.41.42.46.68; Minusvalía 2.3 3.3).

Cabe observar que el causante fue procesado penalmente y mantenido en prisión desde el momento de su detención, existiendo esta constancia médica oficial. No se tiene referencia de que, en 2015, la autoridad a cargo de la salud del privado de libertad (el Estado Nacional) hubiera renovado la validez de tal constancia.

Dimensión psicoclínica:

En el momento actual, este experto evalúa al paciente en el orden psicopsiquiátrico y encuentra en este, indicadores que permiten apuntar a un **deterioro cognitivo en notorio progreso con respecto a 2012 y, superior a lo esperable para los parámetros evolutivos por los que transita.** Como consigna de modo adecuado la psiquiatra de la UP, Dra. Fabiana Mejías Fonrouge, en informe fechado en julio de 2015, el psiquismo del causante *fluctúa entre estados con una manifiesta bradipsiquia y otros en donde el discurso impresiona fluente.* Esta variabilidad es característica de los deterioros neuropsico orgánicos.

Así, en la entrevista con el abajo firmante, se advirtió manifiesta disminución en la memoria visual con leve declinación en memoria verbal, moderada disminución en recuerdo serial, con recuperación lentificada, lo que apunta a un moderado deterioro en almacenamiento de la información. Las funciones ejecutivas se encuentran por debajo del límite inferior de la media esperable para la etapa evolutiva por la que transita. Las fluencias, tanto la semántica como la fonológica, se encuentran disminuidas, apreciándose una moderada lentificación del pensamiento, la que se acompaña también de creciente deterioro en atención, hiprosexia imputable a lentificación y dispersión por falla en la inhibición y control de estímulos irrelevantes.

Los últimos estudios de imágenes TAC y RMN de cerebro que datan del año 2009, evidencian claros indicadores de patología degenerativa y deberían haber sido actualizados en el transcurso de la detención del paciente, por parte de quién tienen a cargo el control del estado de salud del sometido a régimen penal velando por la vigencia constitucional de su Derecho a la Salud. Ciertamente que el perito de parte informante de 2012 y los colegas del SPF U 31 actuantes, son por demás elocuentes al respecto.

Dimensión médico clínica:

Se aprecia la presencia en el detenido de signo sintomatología y/o constancias médicas complementarias de HC del SPF (26 junio 2015 a la fecha), que reflejan:

- **PATOLOGIA CARDIO NEURO VASCULAR.**

- Hipertensión arterial de antigua data (medicada y controlada debidamente por especialista en Cardiología). *Empero se ha mantenido desde 2012 la exposición del paciente a agentes estresores dañinos en extremo para esta clase de patologías, las que podrían haberse aminorado de haberse considerado debidamente la existencia de alternativas legales marigeradoras en especial para mayores y/o minusválidos.*

- o Secuela de ACV isquémico en territorio de la arteria cerebelosa póstero inferior (PICA). Hemisferio cerebeloso izquierdo área basal, lesión córtico subcortical secuelar que remonta a 2002. En región supratentorial del encéfalo: foco gliósico en área de corona radiata. Las lesiones remontan a 2002. *En el momento actual esta secuela es vinculable a trastorno cognitivo y del equilibrio que asociado a dificultades ambulatorias en miembros inferiores, le provocan trastornos para moverse exigiendo permanente ayuda de terceros con la pérdida consiguiente de la autonomía. Cabe igual consideración que en puntos previo.*
- o En TAC 04.11.09 y RMC (con gadolinio) 04.02.09 se aprecian: "Signos de leucoaraiosis periventricular - Signos de retracción cortical - Pequeñas imágenes de tipo secuelar vascular microangiopáticas en la sustancia blanca periventricular". *No se ha efectuado nuevo control por imágenes de áreas cerebrales a lo largo de la detención del interno. Los profesionales del SP U 31 han solicitado interconsulta neurológica y estudios de imagen los que no ha sido realizados por razones ajenas al SPF. La urgente necesidad de aproximación al estado cerebral actual justifica también el EcoDoppler de vasos de cuello, los que indican un grado elevado y peligroso de obstrucción de carótidas.*
- o Mononeuritis, múltiple en MMII (con origen posible en aplastamiento vertebral y lumbar + diabetes II) lo que le provoca trastornos para moverse. *Cabe igual consideración que en puntos previos en cuanto a una necesidad actual de control traumatológico y nervioso periférico dadas las dificultades del detenido para la bipedestación.*
- o Estenosis de arterias carótidas (izquierda externa del 50 al 69% y + - 50% en tronco común, ya desde agosto de 2007 Ecodoppler). *Se impone efectuar este control con urgencia a efectos de adoptar alternativas profilácticas en cuanto a una urgente aminoración de la exposición a noxas altamente estresoras para la salud global del enfermo minusválido y mayor. Vale en este punto destacar la absoluta ausencia de estudios en la temática a lo largo de la detención, hasta la llegada del causante a la UF 31. Los estudios realizados a fines del 2014 se focalizaron en la consideración y tratamiento de la urgencia.*
- o Aneurisma aórtico en segmento distal, a nivel de la transición aorta iliaca. En 2002 angioplastia digital con stent de la arteria iliaca primitiva derecha. Idem aórtico a nivel infrarrenal (32 cm de diámetro) y de la arteria iliaca primitiva derecha con calcificaciones parietales (TAC CLS s/ contraste 19.10.06). Estrechamiento en ambas arteria renales (derecha con colocación de stent autoexpansible en 2002). *Cabe igual consideración que en puntos previo. Se está ante un paciente portador de polipatología aneurismática invalidante y de elevado riesgo.*
- o Aneurisma aórtico abdominal tratada por vía endovascular. También aneurisma iliaca derecha complicada con obstrucción arteria aguda que requirió trombectomía de urgencia en 2014.

• **PATOLOGIA METABOLICA.**

- Diabetes II (controlada) metabólicamente pero con deficiencia en el seguimiento podológico (no existe control actual, pese al requerimiento efectuado por los médicos de la UP). *Cabe igual consideración que en puntos previo. Tanto esta patología como la cardiovascular contraindican*

expresamente la exposición de todo paciente a estados de estrés (máxime cursando distrés el paciente). El paciente sub exámine cursaba ya distrés claro en 2011/12.

- **Hipercolesterolemia / Dislipidemia (controlada).** Cabe igual consideración que en puntos previo. *Se reitera lo expresado en punto previo.*
- **Trastornos sensitivos de tipo hipo-anestésico en dedos de pie derecho.** Obra último control de hace 10 días de médico cardiólogo. Dr. Martín Ruiz Sala, MN. 111.187. *Requiere de las interconsultas recomendadas por los profesionales del SPF, pero no concretadas aún.*
- **PATOLOGIA OFTALMOLOGICA.**
 - **Glaucoma** (en tratamiento con gotas - requiere control especializado) y **Cataratas** (*Paciente esperando autorización judicial para operación quirúrgica*).
- **PATOLOGIA TRAUMATOLOGICA COLUMNARIA.**
 - En 2002 fractura aplastamiento de platillo terminal superior y muro anterior de L3 con desplazamiento mínimo de fragmentos. Reducción de ambos neuro forámenes a nivel de L4 / L5. Espóndilo artrosis. *Esta invalidez estaba presente al igual que las otras al momento de ponerse al causante bajo encarcelamiento.*
- **PATOLOGIA PROSTATICA.**
 - **Hiperplasia prostática** (bajo tratamiento farmacológico). *Requiere interconsulta periódica y regular por parte de la especialidad.*
- **PATOLOGIA HERNIARIA.**
 - **Hernia inguinal izquierda** evidenciada en TAC del 2006. *Bajo control clínico.*

MEDICACION ACTUAL.

En el momento actual la medicación es la siguiente: *Glibenclámda 10 mg/día; Metformina 850 mg x 2; Atorvastatina 10 mg / día; Indapamida 1,5 mg / día; Enalapril 10 mg / día; Donepecilo 5 mg / día; Latanoprost (gotas); Timolol + Pilocarpina (gotas); Cilostazol 100 mg / día; Carvedilol 12,5 mg / día; Tamsulosina 0,5 mg / día; Pregabalina 75 mg / día; Diosmina + Hesperidina 1 gr / día y Clonazepam 0,5 mg / día.*

Todas las patologías enumeradas de suso -ratificadas en el examen clínico realizado- requieren de permanente control y riguroso seguimiento clínicos por parte de médico general y especialistas y ello no se brinda en forma regular en el ámbito del SPF como destacan los profesionales a cargo del paciente. El paciente, por su estado y características exige estar en una ambiente de muy bajo nivel en agentes estresores, debidamente contenido afectivamente y con ágil acceso a las interconsultas absolutamente necesarias para su control y tratamiento.

Para los colegas del SPF se trata de un paciente de riesgo severa, con múltiples patologías, las cuales revisten el carácter de severas en cuanto progresivas e invalidantes, asociadas a un deterioro neurocognitivo y que requiere seguimiento regular por cardiología, clínica médica, psiquiatría y otras, desde el mismo momento de su ingreso a la unidad.

No se tiene información sobre los avatares del seguimiento médico de este interno minusválido a partir del momento de su detención y hasta su ingreso a la UPF 31, en junio 26 de 2015. En la UPF 31, el único dato observado al compulsar la HC es el informe de este experto que data de 2011 y fue adjuntado en la peritación en CMF en 2012, así como la referencia a la crisis producida a fines del 2014 y que condujo a una hospitalización extramuros.

El médico informante, Dr. Martín Ruiz Sala, Especialista Cardiólogo, M.N. 111.187, señala el 14 de octubre de 2015, que el paciente ha sido evaluado además por urología (en agosto 2015, no habiéndose reiterado nuevos controles) y oftalmología (se aguarda fecha desde el 23 de septiembre para intervención de cataratas). En el mismo sentido ya en julio del corriente, la Médica Fabiana Mejías Fontrouge había sugerido derivación del enfermo a un centro de mayor complejidad.

El estado general actual del paciente es *regular* y de *riesgo*, bordeando en forma permanente la posibilidad de una descompensación aguda que puede hasta inducir riesgo de vida. Ambula con andador para movilizarse y/o ayuda para trasladarse. Por movilizarse con dificultad, como consecuencia de sus trastornos motores, su higiene es deficiente.

Si bien los controles clínicos actuales de TA no han registrados interurrencias agudas de picos, al menos en el último mes, respondiendo así de modo satisfactorio a la medicación, un reciente riesgo quirúrgico para intervención oftalmológica lo califica de ASA II con ECG de riesgo. Los resultados de laboratorios efectuados en septiembre último evidencian hiperglucemia 152 mg /dl y ligera bilirrubinemia. El 7 de septiembre de 2015, el laboratorio señala una hemoglobina glicosilada ligeramente elevada (9)

En otros términos se encuentra uno ante un enfermo minusválido y mayor, seriamente limitado en su autonomía tanto física como psíquica en riesgo grave de producción de un nuevo ACV y hasta de muerte súbita.

Es importante destacar que el paciente examinado señala en presencia del médico que:

- 55 días después de haber solicitado turno con el neurólogo, este no pudo concretarse, **debido a no haberle llegado la autorización de la justicia;**
- desde la UP N° 31, el 24 de agosto, se solicitó turno para podólogo (tener en cuenta que se trata de paciente diabético);
- concurre al servicio de urología el 15 de septiembre y que debe retornar pero no sabe cuándo ocurrirá ello;
- el 30 de septiembre tenía interconsulta con Neurología y especialista Podólogo especializado en pie diabético pero que **no fue trasladado ya que no había llegado la autorización de la justicia;**
- el 1 de octubre le avisan que debía concurrir para realizarse una tomografía pero tampoco pudo concurrir porque **no se recibió la autorización de la justicia.**
- También hizo referencia a irregular provisión de medicación en algunos rubros.

En la HC obrante en el SPF, consta que el 9 de septiembre de 2015, se solicitó turno para el causante para realizar por IOSE (afiliado 89048), los siguientes estudios: *Angio TAC aorta abdominal* por padecer aneurisma aortoiliaca tratado por vía endovascular; *TAC torácica con contraste* (exploratoria); *Angio TAC de tórax abdomen y pelvis*, debido a aneurisma con tratamiento endovascular. El 5 de octubre de 2015, se reitera pedido para *Podología* por pie diabético y *Neurología* por mono-neuritis múltiple. El 7 de octubre obra en HC la reiteración de los pedidos de imágenes. El paciente tiene turno para el 28 de octubre en el HPC1 EZEIZA, a efectos de realizarse *Ecodoppler* de vasos de cuello.

El examinado cuenta con **certificado de discapacidad, ley 22.431**, extendido por el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 19 de marzo de 2008 y renovada el 25.03.2010 con validez hasta el 25.03.2015 debido a que presenta secuelas invalidantes por enfermedad cerebrovascular (Deficiencia 71; Discapacidad 36.41.42.46.68; Minusvalía 2.3 3.3. Se desconoce si tal certificado al que el interno tiene derecho ha sido renovado, debiendo tenerse en cuenta que fue sometido a la coacción penal y encarcelado bajo régimen de prisión intramuros, constando al perito abajo firmante, que tal certificado oficial fue puesto en conocimiento de los miembros de la Junta Forense del 2012, por el propio perito de la defensa.

Dado el tiempo transcurrido desde entonces y en función de los informes obrantes en la causa, es indudable que desde el momento mismo en que el Estado Nacional a través de la Justicia Federal se hace cargo de la salud del detenido, al haberse optado por proseguir en 2012 y hasta la fecha, con la coacción penal asumida esta como legítima, deberían haberse actualizados estudios y seguimientos especializados para evitar y paliar al máximo los efectos deletéreos que han venido causando en las patologías invalidantes que padece el geronte minusválido tales noxas, evitando de tal modo el avance de las mismas y, a la vez, un grado absolutamente innecesario de sufrimiento adicional. El fruto a la vista se da precisamente en la situación de urgencia de fines de 2014 y la muy pobre acción ulterior, ofreciendo la legislación vigente y altamente humanitaria, alternativas ágiles de implementar. En este sentido hasta observar la reiteración con la que los profesionales del SPF U 31 solicitan estudios esenciales para el paciente a partir de su llegada a la unidad de detención y la ausencia o mora de respuesta judicial ante tales pedidos que se adiciona a las deficiencias por limitación y/o carencia de recursos para los sistemas carcelarios.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

De acuerdo al material médico compulsado, se está ante un geronte septuagenario avanzado (76 años de edad), declarado minusválido oficialmente -antes de su detención-, debido al padecimiento de una severa poli-patología en donde destaca la dimensión cardiovascular y neurológica por ACV espástico vascular a raíz de una crisis severa hipertensiva, metabólico (diabetes II y dislipidemia), secular traumatológica y oftalmológica (glaucoma y cataratas). El mismo, sometido a la acción de las noxas propias de todos sistema procesal penal, ha visto no respetado su derecho constitucional a acceder a un mantenimiento debido de su salud psicofísica protegido por nuestra Carta Magna. El medio penal, ha y continúa actuando sobre él, como enérgico agente agresógeno, bloqueando toda posibilidad de mantener un estado de precaria salud como la que porta.



Así, este geronte, con indiscutible minusvalía -a tenor de los cánones de seguridad social que rigen en nuestra tierra argentina-, está siendo mantenido en un medio carcelario absolutamente carente de la complejidad asistencial requerida para una correcta atención de sus males -por más esfuerzo que pongan los profesionales que en él precariamente lo asisten, y sometido a un régimen penal judicial inflictor de notorio grado de sufrimiento e incertidumbre en cuanto a salud y que pudo haber sido aminorado desde un inicio, de haberse aplicado correctamente las disposiciones legales que prevén prisión domiciliar para aquellos detenidos minusválidos crónicos a los cuales se les veda y/ dificulta en forma constante, el debido acceso a la salud. Todo ello le ha acarreado como consecuencia, un trato inhumano e indigno, no exento de crueldad. Más aún, sobre un estado de salud que se ha ido agravando a lo largo de las últimas semanas, el indiscutible distrés

carcelario, prosigue actuando día a día y hora tras hora, creando la permanente zozobra de saber que de producirse una descompensación inesperada se ingresa en grave riesgo de vida por las kafkianas condiciones que rigen máxime en mayores -aún cuando se nieguen o minimicen- en la vida carcelaria.

En otras palabras, el interno Bossié, al permanecer detenido, es privado innecesariamente -por existir opciones legales alternativas- de un digno y humano acceso a la salud (inciso (a) del artículo 32 de la ley 24660).

En casos como el *sub examine* se tiende a desplazar la responsabilidad de las falencias hacia los profesionales del SPF, solicitándose se informe acerca de si esta institución se encuentra en condiciones de atender en forma eficiente a internos detenidos mayores, en el caso de una descompensación clínica súbita -previsible por cierto, dados sus parámetros etarios y de precaria salud DEBIDAMENTE RESEÑADOS EN LOS INFORME ELEVADOS-, como también en lo que hace a garantizarle EN CUANTO PACIENTE PORTADOR DE POLIPATÍA EN ESPECIAL CARDIO CIRCULATORIA CRONICA -EN ESTADO NO AGUDO- Y CONFORME A PARAMETROS DE SEGURIDAD SOCIAL: INVALIDO TOTAL E IRREVERSIBLE, los controles clínicos y cardiológicos necesarios que le permitan sobrevivir de un modo digno y humano, aún bajo el efecto deletéreo de las noxas carcelarias (factores estresógenos), en una vida intramuros.

Para expertos como el suscripto, con ya sesenta años de ejercicio profesional médico y conocedor a fondo de las condiciones de habitabilidad que ofrecen la cárceles en general y las argentinas en particular, es obvio que la necesidad de una consulta al Servicio supra referido no es en absoluto necesario, ya que como se ha informado más de una vez y hasta las propias autoridades médicas del SPF, este ente no está previsto para funcionar como una institución geriátrica o geronto-psiquiátrica y mucho menos cuando los internados en él padecen POLIPATOLOGÍA DE RIESGO significativo en cuanto conjunto y en concurso con la principal (por lo general cardio neuro circulatoria, neoplásica, inmunodefensiva o de las variadas formas de restricción de la autonomía), en clara vinculación todo ello con el sometimiento al estado estrés en que se encuentran en forma permanente, desde su encarcelamiento.

Lo expuesto supra, hasta tal punto es aceptado unánimemente por autores, catedráticos y ciudadanía en general, que tal opinión se plasma en el texto del modificatorio del art.32 de la ley 24.660, novedosa y profundamente humana legislación que en su artículo 1º, al referirse al régimen de detención domiciliaria para el cumplimiento de la pena impuesta, remite en su inciso a) *"Al interno enfermo cuando la privación de libertad en establecimiento carcelario le impida recuperarse o tratar adecuadamente su dolencia y no correspondiere su alojamiento en un establecimiento hospitalario"*, y a la vez en su inciso c) hace expresa referencia *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.*

Teniendo en cuenta que el interno aquí analizado ha traspasado el umbral etario que autoriza a otorgarle, sin mediar examen médico alguno, el beneficio de la detención domiciliaria, cabe empero añadir a ello, la puesta en consideración del grado de invalidez que le aqueja y el nivel de riesgo que conlleva, el que le permite ser calificado como *"Un interno enfermo en quien la privación de libertad en establecimiento carcelario le impide recuperarse y tratar adecuadamente su dolencia y no correspondiere su alojamiento en un establecimiento hospitalario"* o, si se prefiere, como *"Un interno*

*discapacitado para la privación de la libertad en el establecimiento carcelario es inadecuada por su condición implicándole un trato indigno, inhumano y/o cruel." En este punto, cabe acotar que para calificar en el concepto de *inadecuado*, basta conocer la real, profunda y dolorosa realidad que subyace a la concepción de privación de libertad, máxime cuando el privado es geronte casi octogenario, con invalidez irreversible por patología circulatoria y por ende en estado permanente de "riesgo de vida" en la medida en que lo mantenga sometido -existiendo otras opciones morigeradoras, a un elevado grado de estrés, como lo es toda vida intracarcelaria.*

Es indudable que el paciente ha visto agravarse sus males estando privado de libertad y cabe para cualquier médico con un mínimo de formación clínica, preguntarse acerca de las posibilidades de mejoría en su calidad de vida, de no haber estado sometido en forma más atenuada y humana (por su edad) al *shock producido por la coacción procesal seguido de encarcelamiento*, conjunto estresor innegable.

El riesgo de agravamiento continúa en su incrementación al mantenerse al interno en un medio agresógeno importante, como lo es todo *habitat* carcelario en donde las condiciones higieno dietéticas, ecológicas, sanitarias y de cuidado de la salud, dejan mucho que desear, máxime para detenidos enfermos no agudos y en quienes a raíz de ello pueden sufrir descompensaciones inesperadas -incluso con riesgo de óbito, como ha venido *occurriendo en forma regular en las cárceles argentinas. Los muertos detenidos ancianos presos por delitos de lesa humanidad y bajo coacción penal supera ya el número de 330 !!!*

El riesgo supra referido puede ser atenuado de optarse por la morigeración que ofrece la ley bajo la forma de detención domiciliaria y otras morigeraciones (ley 26.472, art.32 incisos (a) y (c) ya que se está ante un interno mayor, inválido (a tenor de la legislación laboral y de seguridad social), con patología progresiva e irreversible, crónico -por ende no necesitado de internación hospitalaria salvo caso de descompensación aguda siempre presente como riesgo, de mantenerse su exposición a los agentes estresores- y necesitado de tratamiento médico y psico clínico especializado en donde prime sobre todo el evitar exposiciones innecesarias a los factores agresógenos exógenos -procedentes de su circunstancia- ya que los mismos incrementan el estado de distrés en que se encuentra, actuando negativamente sobre su salud integral.

Tales factores agresógenos condujeron precisamente a la progresista legislación argentina que instituyera en defensa de los derechos humanos consagrados por nuestra Carta Magna, las figuras morigeradoras precisadas en la ley supra citada.

A lo expuesto debe agregarse y poniéndolo de resalto, que la permanencia en establecimiento carcelario obstaculiza el acceso, si no a la curación del enfermo *sub examine*, al menos al necesario alivio paliativo a los males que le aquejan, ya que la atención prevista y programada de la salud para pacientes de la índole que evidencia el interno no ha sido prevista para alta complejidad y tampoco es cubierta de modo adecuado, pese a declaraciones teóricas y/o afirmaciones genéricas, ya que el enfoque para la atención intra-carcelaria está dirigida a estratos sociales jóvenes y/o maduros no senescentes y sanos, y no a una atención geronto psiquiátrica como lo es el caso que se analiza. Temática ésta claramente analizada por escuelas criminológicas garantistas inspiradas en nuestro medio por figuras como las del maestro E. R. Zaffaroni y en la cual se ha formado, investigado y enseñado el abajo firmante desde hace más de tres décadas (Departamento de Derecho Penal, UBA).

Lo expuesto permite reiterar una vez más lo negativo que es para la salud global de un interno detenido mayor, la insuficiente atención de la dimensión del psiquismo, máxime en un enfermo que como el *sub examine*, presenta un cuadro psico-neurológico de tipo subcortical claramente evidenciable en el examen efectuado en el CMF, habiendo padecido cuadro de desorientación en 2014, ya que repercute en integración psicosomática sobre la polipatología sobre todo cardiocirculatoria que padece y que "el tratamiento integral en Salud Mental (desde una perspectiva psicofarmacológica asociada a un enfoque psicoterapéutico) en un programa adecuado" no se brinda ciertamente en establecimiento carcelario precisamente porque no se disminuye en lo más mínimo la acción negativa de los agentes agresivos que le son inherentes, por más que se procure mitigarlos.

En tal sentido, en el peritado *sub examine*, puede hablarse por los antecedentes mencionados, de que se trata de un paciente que en el "habitat" de vida normal, sería calificado -según escala de Framingham modificado- con riesgo global elevado mayor a un percentil muy superior al 45%, que en la dimensión de persona bajo proceso y con riesgo de privación libertad, se eleva a una cifra que supera holgadamente el 50%. Ello obliga al reiterado señalamiento de la necesidad de disminuir al máximo los factores estresógenos optándose en cuanto sea posible por medidas alternativas morigeradoras previstas en la legislación, en donde destaca con claridad la ley 26.472 (2009) art 32, inc a, cuyo texto señala que se podrá disponer privación de libertad en detención domiciliaria, cuando la privación en establecimiento carcelario le impida recuperarse o tratar adecuadamente su dolencia y no correspondiere su alojamiento en un establecimiento hospitalario.

Ahora bien, el detenido es persona mayor, con invalidez total e irreversible a la luz de cualquier harem 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 y complejas tramitaciones de los servicios carcelarios. Encuadra por ende en las previsiones del inciso (a) art 32 supra señalado y una negativa infundada o apoyada en respuestas médicas insuficientes y/o desinformante y/o sugerentes, 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, a no ser que se quieran ver brujas o fantasmas.

La puntuación del riesgo o score de Framingham es un algoritmo específico de género para determinar el riesgo en las patologías metabólicas y cardio-circulatorias. Originariamente la puntuación del riesgo de Framingham fue primero desarrollado orientado a la patología coronaria, esto es, en base a los datos obtenidos del estudio del corazón de Framingham, se estimaba el riesgo a 10 años de desarrollar una enfermedad coronaria. Con posterioridad con el fin de evaluar el riesgo de patologías cardio circulatorias en igual lapso de tiempo, se pasó a hablar de score o puntuación de riesgo de Framingham lo que incluye a los accidentes cerebrovasculares, las patologías arteriales periféricas y la insuficiencia cardíaca. Es obvio que el score determina un riesgo de un hombre común expuesto a las noxas que produce una "circunstancia" habitual o normal. No contempla así a personas colocadas en medios o circunstancias no habituales, tales como acaece en los estados de privación de libertad, o a la multiplicidad estresógena que se produce en el sometimiento a toda coerción legal, aún la legítima.

En este punto el score se aumenta en forma marcada y es un imperativo ético que los profesionales que aplican, usan y/o informan acerca del riesgo de un paciente

determinado, colocado en estas circunstancias, informen debidamente de ello a los Tribunales que tienen a su cargo el cuidado y la salud global del acusado, procesado, detenido o condenado, a efectos de impedir que la lícita coerción penal se transforme en ilícita y por ende en una medida claramente anticonstitucional por agresión desmedida al derecho de todo ser humano a mantener por todos los medios disponibles su estado de salud.

En otras palabras, los profesionales forenses y/o peritos, deben evaluar el riesgo colocando al paciente en quien lo evalúan, no dentro de una escala ideal de hombre de calle, si no desde la real visión que brinda el sometimiento a un proceso penal y/o la privación de libertad como un todo -sea intracarcelaria, domiciliar o meramente sometimiento procesal-. No hacerlo así, implicaría una objetable colaboración que en niveles elevados puede alcanzar a legitimar indebidamente un trato indigno, inhumano y cruel hacia un enfermo crónico y con frecuencia altamente invalidado, aún cuando no necesitado de una hospitalización de urgencia, por no estar descompensada en ese momento su enfermedad.

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 Nils 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.*

Teniendo a la vista lo expuesto en párrafos previos, en este punto de las observaciones 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 psiquiátrica 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 metabólico (diabetes, dislipidemia, etc.), patologías cardiorrelatorias 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:

1. alarma de reacción: cuando el cuerpo detecta el estímulo externo;
2. adaptación: cuando el cuerpo toma contramedidas defensivas hacia el agresor;
3. agotamiento: cuando comienzan a agotarse las defensas del cuerpo.

El estrés incluye 'distrés', con consecuencias negativas para el sujeto sometido a estrés, y 'eustrés', con consecuencias positivas para el sujeto estresado. Es decir, hablamos de eustrés cuando la respuesta del sujeto al estrés favorece la adaptación al factor estresante. Por el contrario, si la respuesta del sujeto al estrés no favorece o dificulta la adaptación al factor estresante, hablamos de distrés. Por poner un ejemplo: cuando un depredador nos acerca, si el resultado es que corremos estamos teniendo una respuesta de eustrés (con el resultado positivo de que logramos huir). Si por el contrario nos quedamos inmóviles, presas del terror, estamos teniendo una respuesta de distrés (con el resultado negativo de que somos devorados). En ambos casos ha habido estrés. Se debe tener en cuenta además, que cuando la respuesta estrés se prolonga demasiado tiempo y alcanza la fase de agotamiento, estaremos ante un caso de disués.

El estrés puede contribuir, directa o indirectamente, a la aparición de trastornos generales o específicos del cuerpo y de la mente.

En primer lugar, esta situación hace que el cerebro se ponga en guardia. La reacción del cerebro es preparar el cuerpo para la acción defensiva. El sistema nervioso se centra en el estímulo potencialmente lesivo y las hormonas liberadas, activan los sentidos, aceleran el pulso y la respiración, que se torna superficial y se tensan los músculos. Esta respuesta (a veces denominada *reacción de lucha o huida*) es importante, porque nos ayuda a defendernos contra situaciones amenazantes. La respuesta se programa biológicamente. Todo el mundo reacciona más o menos de la misma forma, tanto si la situación se produce en la casa como en el trabajo.

En la actualidad existe una gran variedad de datos experimentales y clínicos que ponen de manifiesto que el estrés, si su intensidad y duración sobrepasan ciertos límites, puede producir alteraciones considerables en el cerebro. Estas incluyen desde modificaciones más o menos leves y reversibles hasta situaciones en las que puede haber muerte neuronal. Se sabe que el efecto perjudicial que puede producir el estrés sobre nuestro cerebro está directamente relacionado con los niveles de hormonas (glucocorticoides, concretamente) secretados en la respuesta fisiológica del organismo. Aunque la presencia de determinados niveles de estas hormonas es de gran importancia para el adecuado funcionamiento de nuestro cerebro, el exceso de glucocorticoides puede producir toda una serie de alteraciones en distintas estructuras cerebrales, especialmente en el hipocampo, estructura que juega un papel crítico en muchos procesos de aprendizaje y memoria. Mediante distintos trabajos experimentales se ha podido establecer que la exposición continuada a situaciones de estrés (a niveles elevados de las hormonas del estrés) puede producir tres tipos de efectos perjudiciales en el sistema nervioso central, a saber:

1. **Atrofia dendrítica.** Es un proceso de retracción de las prolongaciones dendríticas que se produce en ciertas neuronas. Siempre que termina la situación de estrés, se puede producir una recuperación de la arborización dendrítica. Por lo tanto, puede ser un proceso reversible.
2. **Neurotoxicidad.** Es un proceso que ocurre como consecuencia del mantenimiento sostenido de altos niveles de estrés o GC (durante varios meses), y causa la muerte de neuronas hipocámpales.
3. **Exacerbación de distintas situaciones de daño neuronal.** Este es otro mecanismo importante por el cual, si al mismo tiempo que se produce una agresión neural (apoplejía, anoxia, hipoglucemia, etc.) coexisten altos niveles de GC, se reduce la capacidad de las neuronas para sobrevivir a dicha situación dañina.

Los episodios cortos o infrecuentes de estrés representan poco riesgo. Pero cuando las situaciones estresantes se suceden sin resolución, el cuerpo permanece en un estado constante de alerta, lo cual aumenta la tasa de desgaste fisiológico que conlleva a la fatiga o el daño físico, y la capacidad del cuerpo para recuperarse y defenderse se puede ver seriamente comprometida. Como resultado, aumenta el riesgo de lesión o enfermedad, lo que se da precisamente en aquellos casos, *en donde convergen e interactúan potenciándose mutuamente varias y complejas patologías, azuzadas por un estado de sometimiento permanente o sucesos estresantes que pueden y deberían paliarse desde el nivel de aquellos que tienen obligación de velar por la salud de aquellos que tienen indefensas a su cargo.*

En la actualidad y gracias a los revolucionarios estudios contemporáneos en el área de las psico-neuro-inmuno-endocrino-ciencias, se ha avanzado en la revisión de los principales tipos de estresores que se observan en la aparición de los estados de estrés predominando las siguientes categorías:

1. Situaciones que fuerzan a procesar información rápidamente,
2. estímulos ambientales dañinos,
3. percepciones de amenaza y/o de intimidación,
4. alteración de las funciones fisiológicas (enfermedades, adicciones, etc.),
5. aislamiento y confinamiento,
6. bloqueos en los intereses del sujeto,
7. presión grupal,
8. frustración, en especial, bloqueo de la capacidad de motivación y proyección hacia el futuro,
9. no obtención de objetivos planeados,
10. relaciones sociales complicadas o fallidas,
11. colocación del sujeto en situaciones creadoras de manifiesta inseguridad, abandono y/o miedo,

La enumeración precedente, no excluye empero la posibilidad de realizar diferentes taxonomías sobre los desencadenantes del estrés en función de criterios meramente descriptivos, como lo hicieron Lazarus y Folkman en 1984, para quienes el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno (vivenciado por el individuo como amenazante o desbordante de sus recursos y en consecuencia poniendo en peligro su bienestar). También, si se tiende a clasificarlos por el tipo de cambios que producen en las condiciones de vida, podría hablarse de cuatro tipos de acontecimientos estresantes:

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 continuando 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 expuestas 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 cardiorrespiratoria, 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 cardiorrespiratoria 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

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 respondes 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 agresógenas.

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 descordado 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, las arritmias severas o el 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 praejecución del deterioro de la misma.

El experto no puede "suponer" el estado real vigente en una 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 estrés actúan en forma negativa sobre todas ellas. A lo dicho se puede agregar que el tratamiento procesal, concluzado 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 septuagenaria avanzada, afectado por polipatología compleja, sobre todo cardio-circulatoria severa asociada a deficiencia psiconeurologica de índole vasculo cerebral descripta de suso y engendradora de riesgo aún en régimen de vida en libertad, 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 (prolongación del estado procesal con detención concomitante claramente anticonstitucional, traslados*

intempestivos, reiteración de estudios periciales no del todo justificado 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. *Siguiendo los criterios del abajo firmante -desde la estricta óptica médico legal y respetuosa 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 MUY ELEVADO Y POR ENDE NO APTO PARA ESTAR BAJO RÉGIMEN DE DETENCIÓN EN PRISIÓN, por el peligro grave en que se lo coloca por exposición a noxas estresógenas permanentes. Ello sí 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 pronunciado en causa 43.329 del registro de la secretaría 71 del fuero nacional en lo criminal correccional (Dr. Oscar E. Magistris) a la que adhiere plenamente. Cabe recordar que fue fundado en el fallo precedente que el perito abajo firmante manifestó en informe presentado en 2012, que el evaluado no tenía -desde una visión médico legal y psicopsiquiátrica- capacidad plena para estar en juicio.*
4. *El detenido Bossié 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 psicoafectivo adecuada, 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 información 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 medlando 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*
5. *Cabe acotar expresamente que ningún establecimiento carcelario argentino, está en condiciones de brindar tratamientos de contención y apoyo sobre todo en casos de urgencia 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.*
6. *Siendo el caso sub examine un adulto mayor cursando la octava década de vida (76 años), afectado por una minusvalía que postula una prudente, sabia y adecuada 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
otras destacadas 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).Cfr. Alocución a las Asociaciones
Internacionales de Juristas del Derecho Penal y la Criminología, L' Osservatore Romano,
2014, cfr.III d).*

Es todo cuanto se puede informar.

Buenos Aires, 22 octubre de 2015



Prof. Dr. MARIANO CASTEX
MED. LEG.
M.N. 17858