



REPÚBLICA ARGENTINA
VERSIÓN TAQUIGRÁFICA
CÁMARA DE SENADORES DE LA NACIÓN

REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE JUSTICIA Y ASUNTOS PENALES

Salón Azul
2 de junio de 2005

Presidencia del señor senador Agúndez

—En Buenos Aires, en el salón Azul del H. Senado de la Nación, a las 14 y 50 del martes 2 de junio de 2005:

Sr. Ruiz Paz (Moderador). — Buenas tardes. Iniciamos esta jornada que organiza la Comisión de Justicia y Asuntos Penales del Honorable Senado de la Nación y la Fundación de Estudios para la Justicia; y cuenta con el auspicio de ONU SIDA.

Para iniciar este acto hará uso de la palabra el doctor Agúndez.

Sr. Agúndez. — En mi carácter de presidente de la Comisión de Justicia y Asuntos Penales y en nombre del diputado Norberto Damiani, presidente de la Comisión de Legislación Penal de la Cámara de Diputados, les damos la bienvenida a esta Jornada sobre las condiciones requeridas por la ley de ejecución penal para disponer la detención domiciliaria de las personas privadas de la libertad: a propósito del VIH/SIDA y otras enfermedades, de acuerdo con el artículo 33 de la ley 24.660.

Con motivo de la especialidad que nos convoca y en nuestro carácter de legislador queremos hacer los aportes necesarios que nos corresponda, que se suma a una preocupación vigente y darle curso a una norma que obligue a reformular esta delicada situación.

¿Qué hacer con el grave y lacerante problema que implica estar enfermo con el virus del SIDA y además estar limitado en toda la amplitud del concepto por encontrarse privado de libertad?

El conflicto no es nuevo pero se agrava día a día en este último tiempo. De manera que hoy se necesita salir del discurso y pasar a la acción.

Creo que como sociedad en general, y como legisladores en especial, debemos iniciar el camino que nos lleve a una justa solución.

Siempre se nos ha criticado que cuando hacemos reformas al Código Penal o a las leyes complementarias, a veces, no se consulta al derecho penal. Este es un ejemplo más de que estas críticas no eran ciertas y no correspondían.

Cuando se hacen jornadas, para cada tema que se propone tanto en la Comisión de la Cámara de Diputados como en la del Senado, se consulta a las personas especializadas en la materia. Hemos formulado consultas al Poder Ejecutivo de la Nación porque cuando se necesitan fondos, a veces, fracasan las leyes por falta de partidas presupuestarias adecuadas a los fines que la ley requiere.

Por eso estamos orgullosos de recibirlos a ustedes. Vamos a escuchar todas aquellas perspectivas que tienen sobre este artículo y sobre este tema que es difícil para la sociedad argentina y fundamentalmente para la sociedad carcelaria.

Muchísimas gracias. Se da por inaugurada esta jornada con la palabra de quienes me acompañan. (*Aplausos*)

Moderador. — Tiene la palabra el doctor Zessler, en representación de ONU SIDA.

Sr. Zessler. — Estimado presidente de la Comisión de Justicia y Asuntos Penales, doctor Agúndez; estimado presidente de FUNDEJUS, doctor Ruiz Paz; senadores y senadoras; diputadas y diputados; señoras y señores: realmente es para mí un placer participar en este importante evento.

El programa de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA -ONU SIDA- en colaboración con organizaciones gubernamentales de nivel nacional, provincial, junto con la organización civil e integrantes de la Justicia nacional ha decidido impulsar la realización de actividades de prevención y mejoramiento de la asistencia de VIH/SIDA dirigidas a personas adultas privadas de la libertad.

En 2004 hemos llevado a cabo un proyecto en 12 unidades penitenciarias que albergan el 60 por ciento de los detenidos a disposición de los servicios penitenciarios federales de la provincia de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba. Este proyecto constituyó a nivel nacional una nueva experiencia de colaboración entre organismos del Estado y privados.

Actualmente consideramos que esta experiencia va a ser renovada con un comité interministerial y con la participación de otros actores a fin de sostener ese tipo de actividad en las cárceles federales del país.

Asimismo, esta experiencia motivó un común acuerdo sobre la necesidad de revisar y reformular el contenido del artículo 33 y su decreto reglamentario. Evaluarlo desde una perspectiva que permita considerar las patologías de evolución crónica que pueden afectar a las personas privadas de libertad, incluyendo en las mismas al VIH/SIDA.

Se define al VIH/SIDA como una patología incurable pero tratable. La noción de terminalidad citada en la ley para el caso de esta enfermedad es de difícil formulación debido a la variabilidad de términos relacionados con cada situación en particular.

La evolución de la enfermedad puede verse afectada por el estado de encierro carcelario. Espero que esta jornada que se va a realizar en un ámbito multisectorial sea el paso inicial para la consideración de la modificación del decreto reglamentario a fin de obtener el beneficio en lo atinente al bienestar de las personas afectadas que están privadas de la libertad y que viven con VIH/SIDA en la Argentina. Muchísimas gracias. (*Aplausos*)

Moderador. — En primer lugar, tengo que agradecer a los dueños de casa, en la persona del doctor Agúndez —quien me acompaña—, y a los señores senadores y diputados que nos honran con su presencia. También agradezco muchísimo al doctor Zessler y a su organización ONU SIDA, quien nos

acompaña y solventa este evento. Y, por último, deseo agradecer a la totalidad de las personas que se encuentran presentes en esta reunión.

Tal como dijeron el doctor Zessler y el senador Agúndez, estamos reunidos con el objeto de analizar la necesidad de la reforma del artículo 33 para adecuarnos a las pautas constitucionales que establecen que nuestras cárceles serán sanas y limpias. Se trata ésta de una problemática que afecta no sólo a los afectados con el virus del SIDA sino a todas aquellas personas privadas de su libertad que padecen cualquier otro tipo de enfermedad.

Desde la Fundación quiero destacar que quien motorizó esta jornada es el doctor Martín Vázquez Acuña, quien nos acompaña, y no quiero dejar de resaltar su actividad, puesto que él ha sido el verdadero motor -desde el lado de la Fundación- para llevar adelante esta reunión.

En el programa que se encuentra en la carpeta que se les ha entregado podrán ver que vamos a tratar de analizar los distintos temas en diferentes paneles para que, como dijo el senador Agúndez, haya un verdadero conocimiento de ellos, para que exista un ida y vuelta entre las instituciones y la gente y para que los legisladores puedan tener en cuenta la mayor cantidad de elementos sobre esta realidad.

Dentro de esa carpeta en la que está el programa también encontrarán una pequeña ficha; les pido por favor que la llenen para que les hagamos llegar el certificado.

Desde ya, muchísimas gracias a todos por su presencia. (*Aplausos.*)

— *Son las 15.02.*

— *A las 15.05 ocupan sus lugares los participantes del primer panel y dice el*

Moderador.— Ahora vamos a iniciar el primer panel, en el cual se analizarán cuestiones de política criminal.

He tenido el gusto de estar acompañado por el doctor Agúndez, que se ha retirado pero en algunos minutos volverá para dar su opinión, y de compartir la mesa con la senadora Diana Conti y los diputados nacionales Rosario Romero y Norberto Damiani.

En esta mesa vamos a escuchar la opinión de legisladores y también del subsecretario de Política Criminal, el doctor Alejandro Slokar.

La temática será la siguiente: en primer lugar harán uso de la palabra los conferencistas y después cada uno de ustedes tendrá la posibilidad de hacernos llegar sus preguntas por escrito para que nosotros se las hagamos a las personas que deseen que responda.

Inicia su disertación la doctora Diana Conti.

Sra. Conti.— Buenas tardes. Gracias por haber considerado mi presencia en este panel.

El ámbito carcelario, más allá del mal estado, la deficiente infraestructura de las instituciones penitenciarias de nuestro país y su constante interacción violenta, ya de por sí es inadecuado para alojar a ciertas personas vulnerables.

En algunos casos se han establecido instituciones penitenciarias especiales, como sucede con los niños y niñas o los dementes. En otros casos, directamente se considera que debe procederse al alojamiento en un ámbito extracarcelario correspondiendo la prisión domiciliaria.

En consecuencia, la prisión domiciliaria es la posibilidad de cumplir la sanción penal fuera del ámbito carcelario, como alguien lo ha llamado: "del espacio sin ley".

Este instituto responde a una serie de valores y normas de jerarquía constitucional y estándares internacionales que desarrollaré a continuación.

Sus fundamentos jurídicos.

El principal valor que pretende resguardar la prisión domiciliaria es la preservación de la salud, la integridad física de la persona internada. Este derecho debe ser entendido con amplitud de la definición de la Observación 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano sino que entraña libertades y derechos.

Entre las libertades figura el derecho a controlar la salud y el cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genética, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales.

En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

El derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

Esto va a determinar que el Estado no sólo tenga deberes negativos sino que también deba realizar una serie de conductas a favor de las personas.

Este derecho se encuentra reconocido expresamente en las normas internacionales de derechos humanos: en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el 5° de la Convención Americana de Derechos Humanos, el 11 de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre y el 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos. En nuestra Constitución, hasta la del año 1953—60, no se lo había incluido como disposición expresa, cosa que sí se logró con la Reforma constitucional de 1994.

El derecho a la salud es general. Nadie debe ser privado del acceso a la salud; por ende, las

personas institucionalizadas en establecimientos penitenciarios deben gozar del derecho a la salud. Esto significa que el Estado, por intermedio de los servicios penitenciarios respectivos, tiene la obligación y la responsabilidad de dar adecuada custodia a quienes están cumpliendo condena o prisión preventiva, la que se manifiesta también en el respeto a sus vidas, salud e integridad física y moral.

En esta línea de ideas, resulta ilegítimo que el Estado, al aplicar una pena que en principio sea sólo privativa de la libertad, vulnere otros derechos como la salud, más cuando el mismo Estado es el que impide por medio del encierro el acceso a los servicios de salud.

Recientemente, la Corte Suprema ha considerado que el Tribunal Interamericano señaló que quien sea detenido tiene derecho a vivir en condiciones de detención compatibles con su dignidad personal, que el Estado debe garantizarle el derecho a la vida y a la integridad personal y que es el Estado el que se encuentra en una posición especial de garante, toda vez que las autoridades penitenciarias ejercen un fuerte control o dominio sobre las personas que se encuentran sujetas a su custodia.

De este modo, se produce una relación e interacción especial de sujeción entre la persona privada de la libertad y el Estado, caracterizada por la particular intensidad con que éste puede regular sus derechos y obligaciones y por las circunstancias propias del encierro, en donde al recluso se le impide satisfacer por cuenta propia una serie de necesidades básicas que son esenciales para el desarrollo de una vida digna..

La privación de la libertad al título que fuese, tiene un efecto aflictivo y deteriorante para toda persona institucionalizada. En cierta medida es imposible eliminar o ser inherente a su situación, pero que de ningún modo puede tolerarse que se agrave indebidamente. Las cárceles en sí mismas, por sus condiciones materiales higiénicas y de salubridad, no deben agravar el mal inherente a la pena. Y las autoridades ejecutarlas en forma que aumenten ese mal.

Esta situación, esta posición, conlleva a que el Estado deba tener una política de salud para las personas privadas de su libertad que garantice condiciones similares a las de extramuros.

Convengamos, sin embargo, que el ámbito carcelario para el tratamiento de ciertas enfermedades y dolencias o para el alojamiento de algunas personas vulnerables: ancianos, mujeres embarazadas o discapacitados, no es adecuado por sí mismo; independientemente de las mejoras que puedan realizarse. Es por ello que es justificable aplicar medidas coercitivas, de menor intensidad sobre el individuo sacrificando los fines de la pena, en el caso de que consideremos que sean aceptables y razonables para garantizar el derecho de jerarquía constitucional a la salud.

También se ha considerado que la prisión domiciliaria iguala la afectación al derecho a la vida y evita cierta modalidad de tortura asumiendo una definición estrecha del concepto de salud para evitar superposiciones.

Muy vinculado con la prohibición de torturar se encuentra el deber de trato humanitario que también se ve garantizado por el instituto de la prisión domiciliaria. Este derecho se encuentra reconocido, expresamente, en normas internacionales de derechos humanos. Se recurre a este valor para comprender las situaciones en las que a la persona privada de la libertad se le debe asegurar una muerte digna fuera del espacio carcelario. Evidentemente, la salud de un enfermo terminal no va a mejorar en el ámbito extra carcelario, pero se ha considerado que es deseable que las personas no agonicen ni mueran en una institución penitenciaria.

También se recurre a este argumento jurídico cuando para procurar la prisión domiciliaria de las personas discapacitadas que por sus capacidades disminuidas la privación de la libertad le significa un trato indigno, incluso una tortura.

Puede argumentarse que otros supuestos de los que resultaría aplicable el instituto es para las embarazadas y las madres de niños pequeños. Eso se debe a que la sanción no debe trascender al individuo responsable penalmente —principio de intrascendencia penal— y se considera que la privación de la libertad afecta sensiblemente al feto más allá del valor jurídico que le asignemos a este.

Además, las normas internacionales protegen a las embarazadas, a las mujeres en época de lactancia, también entran en juego las normas internacionales que protegen a los niños. Por otro lado, el contacto con la madre en los primeros años de vida resulta fundamental para el desarrollo de la niñez. Por eso mismo, se procura mantener unidos a madre y niño existiendo dos opciones legislativas; la primera es la privación de la libertad de la madre y el niño, la más frecuente en los órdenes jurídicos latinoamericanos. La otra opción es disponer la prisión domiciliaria de la madre. Evidentemente, la primera opción implica la privación de la libertad a un niño sometiéndolo a las consecuencias lesivas de un proceso de institucionalización sólo para garantizarle su contacto con la madre. Consideramos que para estos supuestos existen medidas menos restrictivas de la libertad para el niño como la prisión domiciliaria, garantizando tanto el cumplimiento de la pena como el contacto madre hijo.

La reciente interpretación de la Corte Suprema considera que el ámbito penitenciario, aparte de las reglas constitucionales que acabamos de mencionar, se encuentra regido por estándares internacionales fijados por las normas de las Naciones Unidas.

Vamos a considerar que esta doctrina judicial es aplicable no sólo respecto de las reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos sino también respecto de las reglas mínimas de las Naciones Unidas sobre las medidas no privativas de libertad llamadas Reglas de Tokio. Debe

considerarse que la prisión domiciliaria está convenida en las medidas no privativas de libertad y tiene como fin reducir la aplicación de las penas privativas de la libertad, racionalizar la justicia penal, respetar los derechos humanos, realizar las exigencias de justicia social y de rehabilitación del condenado.

Estas medidas deben ser aplicadas igualitariamente y estar determinadas previamente por ley. Deben quedar sometidas al control judicial para garantizar que se cumplan sus fines y que no se afecten los derechos del beneficiario.

El plazo de duración debe estar determinado previamente al aplicarse. Para la adopción de estas medidas debe considerarse las necesidades de rehabilitación del delincuente, la protección de la sociedad y los intereses de la víctima, quien será consultada cuando corresponda. Se le debe asegurar al beneficiario de la medida el conocimiento de las condiciones que rigen su aplicación, incluido obligaciones y derechos. Analizadas las normas constitucionales y estos estándares internacionales se concluye que la prisión domiciliaria debe estar regulada para ser aplicada a las personas enfermas terminales o no, a los ancianos, a las embarazadas, a los discapacitados y a las madres de niños pequeños en aras de reguardar el derecho a la salud, a la vida, la protección contra la tortura, el trato humanitario al condenado, la intranscendencia de la pena y la tutela especial de niños y embarazadas.

Esta medida debe ser dispuesta por ley, por el principio de legalidad y aplicada y controlada por un juez. Su implementación debe ser igualitaria, garantizando que el beneficiario conozca la regulación y las restricciones que va a sufrir y permitiéndole, en los casos que corresponda, la participación a la víctima.

Veremos cómo ha sido regulada en el ámbito nacional la prisión domiciliaria y verifiquemos si tiene hoy adecuación a las normas constitucionales y a los estándares internacionales.

La prisión domiciliaria en el ámbito federal se encuentra reconocida en los artículos 32 a 34 de la ley 24660; y este instituto se encuentra también regulado en diferentes normas del Código Penal y del Código Procesal Penal de la Nación. En la provincia de Buenos Aires la ley 12256 regula también una prisión domiciliaria para mayores de 70 años valetudinarios y discapacitados que no pueden valerse por sí mismos, así como para quienes padezcan una enfermedad incurable en período terminal.

En relación con el término de enfermedad, el cuerpo médico forense de la Justicia federal entiende que se refiere al conjunto de síntomas y signos que tiene una determinada evolución y que procede de una causa de origen no siempre conocido.

Respecto al concepto de enfermedad incurable, la Organización Mundial de la Salud entiende que es aquella que adopta un curso de irreversibilidad y alerta sobre la seria dificultad de establecer cuándo se produce el ingreso de una enfermedad a una etapa terminal. Por lo tanto, ambos términos son bastante vagos haciendo discrecional la aplicación de la ley.

Por eso, desde el Poder Ejecutivo, se trató de limitar esta discrecionalidad y restringir la prisión domiciliaria dictando el decreto 1058 de 97. Éste dice que se considerará enfermedad incurable en período terminal aquella que conforme a los conocimientos científicos y los medios terapéuticos disponibles no puede interrumpirse o involucionar y de acuerdo a la experiencia clínica lleve al deceso del interno en un lapso aproximado de 6 meses.

Se agrega que se tendrán en cuenta los criterios generales de la medicina para realizar esta evaluación. Se ha considerado que esta disposición normativa fija un lapso arbitrario de tiempo y que puede ser dejado de lado por el juez en un caso concreto. Se ha determinado, además, que los datos clínicos y de laboratorios que taxativamente exige el decreto para considerar cuando a un enfermo de HIV le correspondería prisión domiciliaria también es arbitrario porque puede ser dejado de lado por un juez. Y esto lo sostienen últimamente Zaffaroni, Alagia y Slokar en el último libro publicado recientemente.

La solicitud de prisión domiciliaria, según nuestras leyes, debe ser efectuada por un familiar, una persona o una institución responsable que asuma el cuidado del "prisonizado". Debe ser concedida por el juez competente sobre la base de informes médicos, psicológicos y sociales. La medida puede favorecer tanto a una persona condenada como a un procesado con prisión preventiva; esto fundado en el derecho a la igualdad que está plasmado en la ley, además de la Constitución.

El juez competente, para el caso del procesado, es el de instrucción y cuando se trata de condenados, lo es el juez de ejecución, que son escasos en el país. El juez tiene criterio discrecional para conceder la supervisión de la prisión domiciliaria a cargo del Patronato de Liberados o de un servicio social calificado. Aun cuando está prohibido el control por los organismos de seguridad, veremos que una norma de uno de los códigos establece la custodia a cargo de la autoridad policial.

Se dispone en el decreto 1.058 que seis meses antes de que la persona cumpla los 70 años, el servicio social del establecimiento le informa los requisitos para acceder a la prisión domiciliaria. En el caso que exprese su voluntad afirmativa se realizan los informes debidos. De ese modo se garantiza que no se retrase el acceso al beneficio con la tramitación necesaria. En esos supuestos se advierte que entra en juego, en mayor medida, la garantía de trato digno del condenado más que la protección de la salud, tratando de evitar que los enfermos y los ancianos mueran en prisión. Eso es muy claro por el hecho de que el enfermo recién puede solicitar el acceso una vez que su deceso sea inminente. Por su parte, la persona anciana recién puede acceder cuando cumple la edad de 70 años y su fallecimiento es avisorable.

El Código Penal en su artículo 10 dispone que procede la prisión domiciliaria cuando la pena no excede los seis meses y la persona condenada es mujer honesta, mayor de 60 años o valetudinaria. Esa norma es complementada por el artículo 32 de la ley 24.660, que establece que la prisión domiciliaria debe ser concedida por el juez competente, confiándosele la supervisión al Patronato de Liberados o a un servicio social. La prohibición del control por parte de los organismos de seguridad está contradicha francamente con lo establecido en el Código Procesal Penal de la Nación que dispone el control policial bajo la instrucción de la autoridad judicial.

Por mujer honesta se ha entendido que es la que no ejerce la prostitución. Esa norma del Código Penal es inconstitucional ya que resulta claramente arbitraria la discriminación al permitir que sólo las mujeres honestas sean beneficiarias de esta medida. Por tanto, debemos considerarla inválida.

Por otro lado, las personas valetudinarias son las que sufren los achaques de la edad; enfermizos, delicados o de salud quebrada, según el diccionario de la Real Academia. Se ha considerado que no requiere que la enfermedad no le permita soportar la privación de libertad sino que basta con que el encierro sea susceptible de empeorar la enfermedad física o psíquica que padece, concepto que es válido por las disposiciones de la ley 24.660. Podría entenderse que bajo ese concepto quedan comprendidos los enfermos y los discapacitados.

De todos modos, hay que argüir que el término resulta ajeno a una dogmática jurídica que tenga como fuente los instrumentos internacionales de derechos humanos. Esos supuestos son aplicables cuando la pena de prisión no excede los seis meses, lo cual es poco factible por la vigencia del régimen de libertad condicional, a menos que la persona condenada sea reincidente. Debe agregarse que estos supuestos son aplicables cuando a un procesado se le ha dictado la prisión preventiva.

Se observa que la procedencia de la prisión domiciliaria se ha limitado en extremo al supuesto de que la persona esté enferma en grado terminal para que proceda la medida o que la condena sea inferior a seis meses de prisión. Debe señalarse que la ley 24.660 prevé que los enfermos tengan un servicio médico en el establecimiento penitenciario o sean trasladados provisoriamente a una institución especializada. De todos modos, sería conveniente permitirle al juez disponer de la prisión domiciliaria cuando sea lo más aconsejable para el resguardo de la salud de la persona institucionalizada.

Resulta incongruente que sólo se permita esta prisión cuando la persona no tiene esperanzas, más cuando si se hubiera aplicado la prisión domiciliaria tal vez hubiera sanado. Por ello, la jurisprudencia ante casos concretos ha procedido a dictar la prisión domiciliaria sin hacer un aplicación rígida de las normas infra constitucionales, permitiendo así que las personas enfermas puedan gozar de esta medida cuando es la más adecuada para el restablecimiento de su salud.

Una de las enfermedades más comunes y nocivas del medio carcelario es el SIDA. La situación actual es dramática ya que se ha estimado que un 7,07 por ciento de la población carcelaria tiene HIV, superando casi en 12 veces a la tasa estadounidense y siendo superior al porcentaje de personas adultas infectadas en toda América latina. Debe agregarse que el SIDA es la principal causa de muerte en las cárceles. Durante el año 2001 se han producido 35 muertes, la mitad por esa enfermedad.

En el caso de los enfermos de HIV debe considerarse que esta enfermedad es todavía incurable pero una oportuna intervención permite un control del proceso de replicación viral, una disminución de la carga viral y una prevención de la inmunodeficiencia progresiva. Debe tenerse en cuenta que toda interrupción del tratamiento debe considerarse de alto riesgo de selección de cepas resistentes. En ese sentido, el ingreso y la permanencia en el medio carcelario es sumamente nocivo para el tratamiento de la enfermedad.

La jurisprudencia ha considerado este supuesto particular como uno de los casos de procedencia de la prisión domiciliaria, independientemente de que la enfermedad esté en la fase terminal según la delimitación que da el decreto reglamentario de la Ley de Ejecución Penal. Se ha recurrido al argumento de que la enfermedad es incurable y a una supuesta afectación del derecho a la vida y de trato digno.

Tampoco tenemos prevista la prisión domiciliaria para mujeres embarazadas o para las que tienen hijos pequeños, afectando el principio de intrascendencia de la pena y provocando la institucionalización de niños que son hijos de mujeres "prisonizadas". Debe señalarse que el Código Procesal Penal de la Nación permite diferir la aplicación de la pena en esos supuestos: embarazada, madre de niño menor a seis años y enfermo grave.

Finalmente, debemos señalar que no se prevé la aplicación de la prisión domiciliaria para los discapacitados, a menos que queden comprendidos dentro del concepto de valetudinarios. En ese caso, el Código Penal sólo permite la medida en forma muy restrictiva, ya que es aplicable sólo si la pena es inferior a seis meses.

La superpoblación carcelaria por sí misma debe ser considerada un trato inhumano y degradante; dificulta el acceso a derechos fundamentales como la alimentación, la salud, la educación o el trabajo. Por otro lado, hace que la infraestructura sea inadecuada provocando que sean insuficientes las camas, los sanitarios y las duchas. El sistema carcelario produce permanente interacción violenta. Esa situación obliga al Estado a la adopción de inmediato de medidas adecuadas. En este sentido, un mecanismo para reducir el problema sería extender la aplicación de la prisión domiciliaria. Más allá de las razones jurídicas, existe una realidad muy seria que justifica la modificación legal del instituto.

Como conclusión, la prisión domiciliaria debe ser aplicable a enfermos, discapacitados, ancianos, embarazadas y madres de niños pequeños. Se procura resguardar el derecho a la salud, a la vida, la protección contra la tortura, el trato humanitario al condenado, la intrascendencia de la pena y la tutela especial de niños, niñas y de las embarazadas.

Resulta vetusta la regulación del artículo 10 de nuestro Código Penal. Son muy estrictos los requisitos establecidos para la aplicación de la prisión domiciliaria a enfermos de HIV. La aplicación más frecuente de esta medida alivianaría levemente la superpoblación carcelaria que nos aqueja. (*Aplausos*)

Moderador. — A continuación, tiene la palabra el señor diputado Norberto Damiani.

Sr. Damiani. — Mi mayor aporte será ahorrar tiempo a fin de aprovecharlo para el debate.

Los distintos paneles cuentan con la presencia de especialistas que tienen mucho para aportar a esta discusión; discusión que celebramos se inicie en este ámbito.

Vengo en nombre de la Comisión de Legislación Penal de la Cámara de Diputados a garantizar el tratamiento de todo aquello que se transforme en futuros proyectos que tiendan a modificar esta realidad que es compleja, urgente y que se relaciona fundamentalmente con una cuestión de humanidad.

Por eso, insisto: hoy nuestro mayor aporte será estar muy atentos y utilizar más los oídos que nuestras palabras, que es lo que normalmente utilizamos en este ámbito. Desde nuestra responsabilidad institucional sólo vamos a aportar un dato que es contundente en el ámbito de la Cámara de Diputados: la comisión que me toca presidir —y que integro junto con la señora diputada Rosario Romero— es la que más dictámenes ha dado a luz en los últimos dos años.

Dicen que toda obra humana es perfectible. En consecuencia, es hora de que aquellos que debemos legislar en nombre del pueblo de la Nación lo hagamos con un sentido de responsabilidad, entendiendo que hay debates que se tienen que profundizar pero que también hay realidades que no podemos obviar y urgencias que nos imponen, en todo caso, un acto de humildad: que quienes conocemos menos, escuchemos a los que conocen más.

Por lo tanto, agradezco los aportes concretos que pueda hacer cada uno de los participantes de esta discusión. En nombre de la Comisión de Legislación Penal, les aseguro toda la premura y la profundidad del debate que obviamente se va a producir como consecuencia de estos encuentros. Por supuesto, para ese entonces tendremos algunas cosas más por decir. Hoy —tal como lo venimos haciendo en estos últimos tiempos— nuestro mayor aporte es garantizar respuestas concretas ante realidades como ésta que nos toca tratar de cambiar desde una ley.

Por último, resulta evidente que debemos modificar una realidad que no tiene origen normativo; y que es importante apuntar a las causas de determinados problemas. Pareciera ser que en la opinión pública se instaló un debate o una opinión que reclama permanentemente del Congreso el endurecimiento de las penas; como si alguien hubiera convencido al soberano que con mayor capacidad de punición —al menos formal— los problemas se resuelven sin atacar sus causas.

No diremos mucho más. Seguimos pensando que este tema es urgente. Por eso nuestro aporte será escuchar a los que saben. Muchas gracias. (*Aplausos*)

Moderador. — A continuación, tiene la palabra la señora diputada Rosario Romero.

Sra. Romero. — Buenas tardes.

Agradezco a las organizaciones que nos han convocado para exponer sobre este tema tan importante, así como también al senador Agúndez, quien ha planteado en el ámbito parlamentario la discusión de la problemática del SIDA en nuestras cárceles y qué hacer al respecto.

Coincido totalmente con lo expresado por el diputado Damiani. Y si estoy aquí presente es porque quiero asumir ante las organizaciones que generaron este encuentro y ante el público el compromiso de propiciar las sanciones que correspondan para las correcciones normativas, a fin de que la ley ofrezca una solución al problema.

Como no quiero extender mi exposición, haré una muy breve reflexión en torno al tema que nos convoca

El SIDA ha dejado de ser una enfermedad exclusiva de ciertos grupos de riesgo —como ocurría en sus comienzos— y se observa un incremento de personas infectadas en determinados países o grupos. Podríamos decir que hoy el flagelo se ha vuelto en cierta manera de carácter social, afectando mayormente a los excluidos dentro de nuestros sistemas.

Ahora bien, ¿qué normas existen al respecto? La senadora Conti enunció los tratados de Derechos Humanos, la legislación interna y las previsiones de algunas resoluciones y decretos reglamentarios. También hizo mención del artículo 18 de la Constitución Nacional, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos —que en el artículo 5º prevé que nadie será sometido a torturas, a penas ni a tratos crueles—, de los artículos 7º y 10 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, de la Convención Americana de Derechos Humanos —según el cual la pena no puede trascender la persona; el caso típico que trasciende la persona es el de la mujer embarazada sometida al cumplimiento de pena por prisión preventiva— y de los artículos 9º, 143, 144, 145, entre otros, de la ley 24.660.

Cabe destacar que el propio Código Procesal Penal de la Nación —concretamente en su artículo 497— y los códigos de provincia —por ejemplo el de mi provincia, Entre Ríos— prevén estas situaciones

especiales en la ejecución de la pena privativa de la libertad; es decir que tienen normativas similares. Además, existen algunas resoluciones y decretos reglamentarios —y aquí comparto la crítica al decreto 1058/97— que tienden a explicitar el espíritu de la ley 24.660, que en sus artículos 32 y 33 prevé la prisión domiciliaria.

¿Qué sistema penal existe en la Argentina? Aquí se habló del Servicio Penitenciario Federal. La caracterización que podemos hacer de los servicios penitenciarios provinciales es muy similar a la del Servicio Penitenciario Federal. Si bien debemos reconocer todos los esfuerzos que viene realizando el Estado argentino para mejorar las estructuras edilicias, siempre son escasos: hay hacinamientos, edificios no adecuados y en los equipos interdisciplinarios de estos servicios que funcionan dentro de las unidades penales —conozco mucho el de Entre Ríos— existe un fuerte decaimiento, desgaste, estrés y complicaciones. Pareciera ser que la gente se cansa de luchar contra los obstáculos y las soluciones llegan a posteriori del gran problema.

Comparto lo expresado por la senadora Conti en cuanto a la posición de garante del Estado frente a la necesidad de resguardar las garantías y la plena vigencia de los derechos humanos. También coincido con su idea de que en algunas circunstancias hay que sacrificar los fines de la pena o de la prisión preventiva en pos del resguardo de derechos fundamentales, que indudablemente son más grandes que éstos. Sin embargo, existe una especial dificultad en la Argentina frente a esa situación; y en esto tienen muchísimo que ver los medios de comunicación social.

Yo celebro este debate en el ámbito del Congreso de la Nación, pero creo que también los medios de comunicación social deberían estar fuertemente involucrados en esta discusión.

Nosotros venimos viviendo un discurso esquizofrénico. Tenemos, por un lado, un Estado que desde 1983 en adelante, felizmente, se ha venido comprometiendo fuertemente con la plena vigencia de los derechos humanos, al punto tal que en 1994 se incorporó a la Constitución el artículo 175 inciso 22, todo el plexo normativo fundamental de derechos humanos y de garantías al texto constitucional.

Tenemos una clara prevalencia de esas normas y de esos derechos frente a cualquier otro tipo de legislación interna, de reglamento carcelario, de resolución ministerial, etcétera. Por lo tanto, refiriéndome al plexo normativo yo diría -frente a ustedes con toda sinceridad- que no hay nada más para agregar en cuanto a leyes.

Creo que los argentinos necesitamos menos leyes, más conocidas y que se cumplan. Si hacemos prevalecer estos derechos fundamentales consagrados en la Constitución, no necesitaríamos modificar un decreto que consideramos poco feliz en su texto.

El gran problema que tenemos es la contradicción que se ha instalado en la sociedad y el gran debate -al que se refería el diputado Damiani- es que este Congreso ha sido jaqueado en los últimos años en pos de un requerimiento de ley y orden que es absolutamente contradictorio en sus fines con el plexo de derechos humanos que hemos incorporado a la Constitución.

Este debate hay que plantearlo en los ámbitos en los que se requiere más pena para desbaratar y militar contra la idea de que con más penas, con más cárceles y con más presos vamos a solucionar el problema de la seguridad. *(Aplausos.)*

Ese discurso nos ha hecho muchísimo daño y, lamentablemente, desde la política -y de esto me hago cargo- lo sostenemos demagógicamente, porque en realidad los políticos nos tendríamos que hacer cargo del costo político frente a la sociedad, de decir no quiero agravar las penas porque no tengo cárceles dignas donde hacer cumplir esas penas y porque no tengo ninguna posibilidad de que la pena cumpla algunos de los fines que nuestra Constitución junto con los pactos internacionales están reclamando.

Entonces, en este discurso esquizofrénico nosotros tenemos que combatir. Quienes estamos en este lugar del Estado tenemos que asumir desde la militancia política y desde la legislación, precisamente, esta posición de garante que el Estado tiene que tener sobre derechos fundamentales.

Cuando estamos tratando temas tan delicados como este, tenemos que ponernos a disposición, obviamente, de quienes requieren alguna adecuación legal, pero fuertemente estar convencidos. Yo vengo a dar cuenta de que en la medida en que sigamos hacinando gente en nuestras cárceles, en que sigamos imponiendo reformas en nuestro Código Penal absolutamente desquiciadas, asistemáticas, incongruentes y falsas promesas de seguridad a la sociedad, vamos a seguir incrementando el problema en lugar de aportar algún tipo de solución.

Por eso, me pongo a disposición de ustedes en la medida en que la tarea legislativa pueda servir, obviamente la voy a motorizar como sin duda lo van a hacer quienes están en el ámbito parlamentario. Pero creo que nuestra militancia tiene que ser con los medios de comunicación, con el discurso de ley y orden y contra aquellos que pretenden que agravando las penas se va a solucionar el problema del delito. Muchas gracias. *(Aplausos.)*

Moderador. — Gracias, señora diputada.

Tiene la palabra el doctor Alejandro Slokar, subsecretario de Política Criminal.

Sr. Slokar. — Gracias. Buenas tardes a todas y todos. Quiero expresar mi gratitud por la participación en el encuentro. Celebro la convocatoria a través de ONU SIDA y FUNDEJUS, pero también de otras organizaciones que siempre acompañan la tarea inevitable de todo aquello se haga en una cárcel o en una prisión, que siempre es poco.

En el tiempo disponible voy a tratar de formular unos trazos bastantes gruesos sobre el contexto general de las situaciones que atraviesan las prisiones en nuestro país, para luego abordar con especial consideración la salud en conjunción con la normativa penitenciaria vigente. El imperativo de su modificación es un reto fundamental de una política criminal democrática, que es lo que me concierne desde mi exclusivo segmento de competencia. Esto es: tratar de expresar programáticamente que lo que es no debe ser y planificar los mecanismos disponibles para que deje de serlo en el menor tiempo posible.

Para esto me animo a una reflexión desde la praxis, creo que es la única vía para la construcción de instrumentos viables de un proyecto consecuente del cambio que todos deseamos. Estoy convencido de que es el único método serio y efectivo para la solución de los problemas.

Creo convenir con todos en que la polémica contemporánea en torno a la cárcel no constituye un hecho puntual. La crisis tiene y debe ser presentada en términos estructurales, casi históricos, ligado a un conjunto de diversos factores económicos, sociales, políticos que condujeron a un callejón de muy difícil salida al punto que a esta altura del partido casi pone en peligro el compromiso del propio sistema democrático.

Para ello creo que, así como lo afirmaron legisladores, es indispensable reconocer que las políticas públicas en el ámbito del sistema penitenciario son parte integrante de una política mucho más amplia. Luego no puede separarse el fenómeno de la cárcel del resto de actuaciones de las agencias de control social donde también está incluido el sistema penitenciario, pero es apenas un apéndice, una parte muy pequeña, sesgada de lo que es el conjunto de los órganos de control social.

Como lo anticipara voy a valerme del empleo de algunos elementos demostrativos. Señalo esto para evitar caer en el discurso de un simple ejercicio teórico o especulativo.

Es la invitación a una suerte de radiografía de la cárcel argentina desde un ámbito actual, estableciendo los hechos como se muestran; de modo que después se agregarán algunos comentarios de carácter general de mi parte y espero que también de ustedes.

- A continuación se proyectan filminas.

Sr. Slokar. — En la primera filmina se muestra la evolución de la población penitenciaria en el país desde 1997 hasta la fecha. En ese año tenemos un registro certero, que es bastante evidente, del índice de presos de la etapa de encarcelamiento en la Argentina.

Ahí la cifra está documentada desde la última data de la Dirección Nacional de Política Criminal, pero en la actualidad hay aproximadamente 63 mil personas encerradas en el país, ya sea en establecimientos carcelarios o en las comisarías.

Observamos cómo ocurre y opera esta evolución del incremento de la tasa de encarcelamiento en el país.

Desde 1998, con 84,2 presos cada 100 mil habitantes, valor internacional, hasta la actualidad el incremento es del orden del 200 por ciento. En dependencias de fuerzas de seguridad la tasa nos llevaría a un reconocimiento de más de 170 presos cada 100 mil habitantes. En el orden federal hay aproximadamente 550 personas alojadas en sede de dependencias de la Policía Federal, Prefectura y Gendarmería.

Creo que en la cultura dominante nadie va a dudar de que para la enfermedad grave tiene que apelarse al encarcelamiento y que para la leve esto tiene que evitarse.

En la criminalidad de mediana gravedad parece que cualquier decisión es insostenible, todo puede llegar a ser válido. Luego, sobre esa anchísima franja de criminalidad, los gobiernos toman las decisiones, lo que explica la diferencia -de algún otro modo incomprensible- entre índices de países vecinos con cultura similar y con problemáticas más o menos equivalentes.

Por ejemplo, en la actualidad Rusia reúne un promedio de 690 cada 100 mil habitantes y Finlandia -país lindante- tiene apenas 60. Estados Unidos tienen 600 presos cada 100 mil habitantes y Canadá 115 y, así, podemos continuar. La República Checa 190, Eslovaquia 150 y Austria, apenas, 85.

Veamos lo que sucede con el Servicio Penitencia Federal: ésta es la evolución desde 1972 a la fecha. Actualmente, el número de personas recluidas suma 10 mil personas, con un déficit reconocido por el propio servicio de alrededor de 800 plazas, pueden ser más. Al día de ayer, el Instituto de detención N° 2, de Devoto, reunía 2.314 personas. Dentro de este porcentual el valor que representa a las mujeres es bajo, es del 10 por ciento de la población del conjunto, en cambio, los varones procesados llegan hasta el 56 por ciento.

En el cuadro 4 se ve un análisis en dinámica histórica que revela un dato muy interesante, aquella discontinuidad, cierta tendencia periódicamente pendular, cíclica, con contradicción, con inconsistencia mucha veces, producto de espasmo frente a algunas demandas de emergencia, obviamente, todo muy ajeno a una política seria de Estado.

En 1972 se había llegado a un máximo de 5800 presos para pasar inmediatamente, con el advenimiento del régimen democrático, a 3748. Luego la curva asciende, llegando al pico en los años 80 -en el régimen defacto- a recluir a 7045 personas para, una vez más, llegar a 1984 con 2355. A partir de ese momento, invariablemente, la población carcelaria crece.

Hay una ligera meseta más allá de estos dos embudos claros, a lo largo de la historia, que es la que marca la ley 24.390 de dos por uno, a fines de 1995. Parece que tiene mucho que ver la tasa de

encarcelamiento con el régimen democrático o inconstitucional que tiene el país. No digo esto en vano, porque Alexis de Tocqueville escribió acerca de la democracia en América cuando partió de Francia para Estados Unidos; también una serie de obras que no escapan a los teóricos pero que no es demasiado considerada, que es el trabajo sobre la penitenciaría en Estados Unidos.

No en vano Kropotkin, el autor de "Las prisiones", enseñaba en su celebre obra que era cuestión de saber qué debe hacerse con los que cometen actos antisociales -así lo decía él-, donde encierra en sí mismo la gran cuestión del gobierno y del Estado.

Veamos el próximo cuadro que es de la provincia de Buenos Aires. Ahí se reúne más del 50 por ciento del total de presos del país. En la actualidad, creo que ascienden aproximadamente a 35 mil, de los cuales 5 mil están alojados en comisarías donde hacen turnos para dormir. Cada calabozo tiene capacidad para 8 personas y hay 36.

El total acumulado desde 2001 hasta la fecha llega casi al 80 por ciento, es la variación de los últimos cuatro años. Con esta tasa la provincia de Buenos Aires llega al número de 200 presos aproximadamente cada 100 mil habitantes. Es una de las cifras más altas de Latinoamérica y de la región, sólo superada por otros países que obviamente responden a otro marco normativo y desde luego otro marco ideológico que orienta la política legislativa. Puerto Rico tiene 350 presos cada 100 mil habitantes y Chile tiene 240.

La próxima filmina revela la situación en las provincias del interior. Considero tres provincias significativas que son: Mendoza, Córdoba y Santa Fe; de algún modo indica de acuerdo a lo que se observó en los últimos meses la seguidilla de motines, muertes, etcétera. Se observa cómo va descendiendo desde el problema de Mendoza, con la denuncia ante la Comisión Interamericana; luego, el motín en Córdoba. Actualmente, Córdoba tiene 5300, Mendoza 2500 y Santa Fe otro tanto.

El siguiente es el cuadro general por provincias. El porcentaje de incremento en Córdoba llega hasta el 164 por ciento. Es curioso porque todos sabemos desde el punto de vista jurídico que esta provincia orienta en materia procesal y penal, también en general, en el sentido más vanguardista, desde luego más progresista a la hora de legislación en materia de procedimiento.

Observemos el siguiente cuadro con el que vamos a hacer una especie de futurología. La base de la predicción es una regresión polinomial, ¿qué sucedería si continuamos con esta tasa de encarcelamiento? Quiero plantear un absurdo, ¿qué pasaría dentro de 100 años, en 2105, donde aproximadamente tendríamos 20 millones de presos sobre 90 millones de la población total del país? Esto es muy grave e inadmisibles, nadie aceptaría.

Es obvio el deterioro que se produce en las áreas de inversión como puede ser la salud, la educación. No tengo que agregar más adjetivos.

Si no queremos estar todos presos, obviamente, tenemos que cambiar el rumbo. Debemos indicar modificaciones que reorienten y brinden de algún modo otro signo a esta tendencia.

Vamos a ver el impacto de los 90 sobre todo en términos de inequidad y de exclusión. Los que están fuera del derecho, y para ellos voy a complementar con un gráfico que establece una serie de relaciones muchas veces no estudiadas que es el del coeficiente de Gini. Se observa con el desequilibrio, la inequidad, la distribución desigualitaria de la Argentina durante los 90. Marca una tendencia en orden a la tasa de encarcelamiento y también a la tasa de delincuencia.

Creo que de más esta decir que la cárcel traduce y reproduce desde siempre un código hegemónico de delincuencia que se identifica sólo con una parcial criminalidad visible. Esto es, aquellas hipótesis del catálogo punitivo visibles vinculadas a atentados burdos contra el patrimonio y a tenencias de pequeñas cantidades de estupefacientes.

Se sabe también que la mayoría de los institucionalizados están por efecto de una selección muchas veces conformes a estereotipos y que se los atrapa en relación directa con la vulnerabilidad que ellos guardan.

Esto es grave porque desde siempre es evidente que la desigualdad social accede a lo judicial, esto de acceso a la justicia tiene que ser revisado, porque lo hace por el camino, por el fuero que más la reproduce y profundiza que es el penal. Los más débiles no tienen padrinos, ni protectores, ni editorialistas. Pagan la incerteza del derecho, la extensión temporal de los procesos, la arbitrariedad de las penas y la crueldad de las cárceles.

Es obvio que la institucionalización tiene efectos desintegradores sobre cualquier preso. La cárcel funciona desde siempre como una fábrica de handicap negativo para cualquier sujeto que se encuentre recluida en ella.

Quisiera volver, en todo caso, a un dato obvio, que lamentablemente no está en este momento en la filmina, acerca de la interrogante de qué es lo que contienen las cárceles, más allá de aquella identificación primaria respecto de estos sectores y de los delitos producidos por aquellos autores: la mayoría son presos inocentes. Es de toda evidencia, ya que es innegable el fenómeno de inversión del sistema penitenciario que lleva a que predomine abrumadoramente el número de presos sin condena sobre el de condenados.

Digo esto porque muchas veces es común escuchar aquella afirmación del efecto giratorio, que entran por un puerta y salen por otra.

En los cuadros —si quieren ver los números— ustedes verán que esto es algo definitivamente

falso, de absoluta falsedad. No quiero responder desde un punto de vista teórico, que pone en crisis un capital acumulado de más de doscientos años por la tradición liberal, por la civilización, por la ilustración, etcétera. Quisiera volver sobre los cuadros.

El cuadro indica que sobre el total de la población penitenciaria del país, hoy nos movemos con un porcentaje de más del 62 por ciento, próximo al 65 por ciento, de los presos preventivos del universo total de presos de las cárceles.

Es un poco más reducido en el Servicio Penitenciario Federal, porque como decía antes, está próximo al 56 por ciento.

Este otro cuadro -de lamentable significación- es del caso de la provincia de Buenos Aires. Creo que es el territorio en donde desde una política fundada en prejuiciosos reduccionismos, muchas veces, simplistas, bizarros, si no una mentira descarada, se provocó la mayor cantidad y dislocación de presos hasta ahora conocida. ¿Por qué? Porque el porcentaje de presos preventivos llega hasta el 78 por ciento, lo que, obviamente, es un cruel indicador de la celeridad procesal y del apego a las garantías que tiene un sistema de enjuiciamiento, que funciona en la provincia de Buenos Aires desde hace apenas unos pocos años.

El efecto extensivo de la prisión —por eso quería empezar por esto, lo había dejado en ese caso la senadora y colega, profesora Conti— tiene indudablemente un efecto directamente proporcional y negativo en términos intensivos sobre los derechos de los presos.

En definitiva, la pregunta sería: ¿Cómo plantear una política criminal sin tomar en cuenta el modo de ejercicio real del sistema penal?

Parece absurdo precisar disposiciones en una ley, en un enunciado normativo como si se operase al margen de las características estructurales, eventuales y concretas de cómo opera el sistema penal. y conforme a las cuales, obviamente, los actores van a ejercer sus facultades. Pero como de esto ya hablaron los legisladores, en cualquier caso quisiera referenciar la situación de la provincia de Buenos Aires.

Como referenciaba la senadora Conti, la Corte Suprema recientemente sostuvo —algo bastante sabido—, y contra lo que usualmente se sostiene, el número de presos no guarda ninguna relación, o si la guarda es mínima, con el crecimiento vegetativo de la población en general ni con la frecuencia de los delitos. Esto es así —como ya decía antes— porque cada Estado decide políticamente cuántos presos quiere tener y a quién quiere tener preso.

O sea, el crecimiento demográfico, vegetativo en los últimos años es de 0,4 por ciento anual, mientras que en el Servicio Penitenciario Federal la población crece a un ritmo del 7 por ciento anual.

Tampoco guarda relación con el índice de criminalidad, porque de los datos preliminares que elabora la Dirección Nacional de Política Criminal surge que durante el año 2004 hubo un descenso del 2 por ciento en el total de delitos registrados en todo el país con relación al año anterior; por lo menos desde el punto de vista rudimentario, primitivo, que es aquél que enuncia un dato estadístico fundado en el registro formal policial. O sea, la noticia que conoce la autoridad de seguridad preventiva a la hora de la comisión de un delito.

Esto significa que continúa cierta tendencia en baja del índice delictivo, que ya se había iniciado por el año 2003. Este descenso se observó claramente en los delitos contra la propiedad, donde hay una reducción, una detracción del 11 por ciento. Pero si quieren soslayemos este dato. Vayamos a un dato un poco más preciso: la baja que tuvo más impacto es la de homicidios dolosos. Es un dato importante porque ahí es difícil verificar cifra negra, porque en este caso me tropiezo con el cadáver.

En la Argentina se observa que en el año 2004 hubo una disminución del 21 por ciento de los homicidios con relación al año anterior.

Internacionalmente este dato, desde el punto de vista técnico y de la gestión política, del ámbito de gobierno, es uno de lo más valorados, porque revela el índice de mayor relevancia para las estadísticas oficiales.

En los países de América latina las tasas de homicidio son superiores a las de la Argentina. En Brasil, por ejemplo, la tasa es de 23 homicidios cada 100 mil habitantes; en Colombia es de 65 cada 100 mil habitantes; en Venezuela, 33; y en Ecuador, 15. Solamente Chile y Argentina se destacan con las tasas más bajas ¿Qué pasa en Europa? Gran Bretaña tiene 2 cada 100 mil habitantes, Francia 2,7 cada 100 mil habitantes, etcétera.

En el caso de nuestro país la tasa de homicidio del año 2004 es de 6 cada 100 mil habitantes. Se trata del valor más bajo producido en los últimos años, el cual no se había producido en toda la última década, en que el delito se había incrementado en un 100 por ciento.

Para hacer especulaciones, muchas veces "berretas" y demagógicas, en orden al crecimiento del delito, cuanto menos uno debería ser prudente, porque tienen que ser contrastadas desde el punto de vista fáctico, empírico. Digo esto para algunos cultores mediáticos.

Vuelvo a un análisis bien puntual, que es cómo opera la muerte dentro del ámbito penitenciario. Si estos son los índices del mundo libre, ¿qué pasará dentro del ámbito intramuros?

El próximo cuadro va a revelar las personas fallecidas en el Servicio Penitenciario Federal, desde el punto de vista comparativo del año 2000. La estadística habla de muerte violenta, aunque toda muerte en el ámbito penitenciario es una muerte violenta, es decir, será interpersonal, será institucional,

reconocerá distintas génesis, pero evidentemente es así. Se dice que es violenta porque es fruto de una reyerta o de algún tipo de fenómeno de esa naturaleza. La estadística dice que en el año 2000 hubo 16; en el 2001, 11; en el 2002, 18; en el 2004, 19, o sea, más que en 2002 pero menos en el balance general de 66, que fue el año más difícil.

Vamos a ver qué pasa con la morbimortalidad por HIV en las unidades del Servicio Penitenciario. Se afirma que el riesgo de infección en comunidades cerradas es seis veces más prevalente que en otros ámbitos.

En este cuadro ustedes verán que los valores del año 2000 a la fecha son bastante parejos, con una ligera reducción, aunque se reconozca que el SIDA no ocupa el primer lugar de muerte en las cárceles. Desde luego que esto no es ningún elemento alentador, porque viene a revelar y pone blanco sobre negro que existen otros fenómenos, que a pesar de este tan grave que estamos analizando, todavía revelan mayor gravedad.

La sugerencia es ampliar y modificar vigorosamente este rumbo. Es curioso porque todo podría enmarcarse dentro de la última década, que diría que fue decadente. ¿Por qué? Curiosamente en los 90 se modifica el Código de Procedimientos nacional, se modifica la Constitución Nacional incorporando los pactos, se modifica el computo a la previsión preventiva, se introduce la *probation*, se sanciona la ley de ejecución, se crean más establecimientos. Pero obviamente eso nos condujo a esta situación.

O sea, lo que parece que fracasó o estuvo ausente es una planificación racional de la gestión estatal en esta materia. La racionalidad se construye, a un mediano plazo por lo menos, y exige un fuerte compromiso por parte de todos los actores, sean del Estado público, pero indispensablemente con el acompañamiento del sector privado, el sector de los colectivos y las personas particularmente vinculadas y comprometidas con este problema.

Ahora bien, como nunca en estos días, desde la operatividad del aparato se evidencia una justificación que consiste en responsabilizar de todo lo negativo a otras agencias, con las que permanentemente se entra en conflicto. La Policía acusa a los jueces, éstos al Servicio Penitenciario o a los políticos, los políticos a los jueces y a los académicos, etcétera. Esto es un signo de "compartimentalización", en donde cada agencia ocupa un estanco separado respecto de las restantes y actúan de la forma que más le convenga a los intereses sectoriales, sin importarles mucho lo que sucede en los restantes compartimientos, ni fundamentalmente lo que sufren las personas presas.

El cambio requiere de una política coherente, sistemática, coordinada, con permanencia, pero también con pluralismo, con la voz de todos los que tienen que hacer oír la voz.

Yo podría repasar mi compromiso del Poder Ejecutivo respecto de un aspecto, pero que obviamente no suma si acaso no viene coordinado con una estrategia de múltiple intervención. Decir que el plan de infraestructura de acá hasta el año 2007 puede remediar esto, es obviamente pretender sacar agua con un colador.

Aunque se pueda hablar de inversión presupuestaria en favor de un servicio que hoy reúne 432.000.000 de pesos, que es plata, porque al lado del Ministerio Público que tiene entre 250.000.000 y 2.000.000.000 de pesos que comprende todo el Poder Judicial, igualmente estamos hablando de valores, pero frente a estas realidades —insisto— todo cuanto se haga puede ser poco.

Ahora sí quisiera saltar hacia lo normativo en gran coincidencia con lo que expresaba la senadora Conti. Un penitenciarismo realista debe dejar definitivamente las huellas de una ideología y de una ficción idealista de carácter y enfrentarse con una masa de personas o un conjunto de personas que están institucionalizadas en condiciones estructuralmente deteriorantes.

El primer requisito del trato humano —si se quiere tratamiento— es la humanidad, que significa garantizar liminarmente el presupuesto mínimo, la supervivencia, por lo menos que no se muera. En segundo lugar, la seguridad, la integridad física y psíquica. Esto es cuanto menos lo que tiene que hacer el Estado. Si no empezamos hablar de eso, evidentemente en el plano especulativo o por cualquier distorsión de carácter teórico, podemos llegar a afirmar otra serie de derechos. Pero si no se garantiza eso, hoy estamos en problemas.

Esta afirmación tiene por base a nuestra Constitución, pero también la fracción tercera del artículo 10 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el artículo 5° de la Convención Americana de Derechos Humanos. O sea, los principios de la solidaridad mínima de humanidad de la pena, por lo que corresponde y cuanto debe evaluarse, en muchos casos revelarían la inconstitucionalidad de muchas penas por su incompatibilidad con el texto constitucional.

También pueden asimilarse en no pocos casos a tormentos físicos o psíquicos que son de algún modo aquellos que recepta el artículo 1° de la Convención Contra la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Todo ello sin contar con que sin bien es inevitable que toda institucionalización provoque cierto efecto deteriorante, sería inadmisibles su imposición en condiciones de que ese efecto sea absolutamente irreversible, pues en tal caso se trataría de un supuesto de pena de incapacitación, que desde el punto de vista teórico no está recogido por nuestro cuadro normativo.

La Corte —una vez más el fallo Verbitsky— viene a zanjar hace escasos días esta sempiterna disputa en torno al alcance de la ley 24.660; tiene alcance nacional y es complementaria del Código

Penal de la Nación.

¿Qué dice el artículo 33 vigente de la ley 24.660? Así como también se enunció que lo que hace es ampliar las previsiones del artículo 10 del Código Penal. Pero este artículo 10, que establece la prisión domiciliaria para penas no superiores a seis meses, abarca, entre otras, a las personas valetudinarias. La categoría de persona valetudinaria en el sentido del artículo 10, así como lo enseña la doctrina, es aquella persona enfermiza o delicada, que no requiere que la enfermedad no le permita soportar la privación de libertad en prisión, sino que basta con que el encierro sea susceptible de empeorar la enfermedad psíquica o física, concepto que también es válido para las disposiciones de la ley 24.660.

Creo que una interpretación adecuada del artículo 33 no puede admitir que la pena de detención domiciliaria sea sustituto de la de prisión sólo en los casos de una muerte segura, cuando el condenado se encuentre afectado por una enfermedad incurable o irreversible. Porque por vía de principio, el trato humano al condenado no es solamente desplazar su cuerpo para que muera en el domicilio, que sería bien poco y desnaturalizaría el instituto como alternativa a la prisión.

Lo contrario convertiría a una pena privativa de libertad en una pena privativa de salud o corporal, que es, definitivamente, una pena constitucionalmente prohibida.

La propia ley 24.660 incurriría en contradicción porque el artículo 143 reconoce expresamente el derecho a la salud.

Por otra parte, desde esta amplitud interpretativa que formulo del artículo 33 -creo que es el único compatible con la 24.660-, se establece que los condenados que padezcan un cuadro psiquiátrico o una enfermedad mental crónica serán trasladados para su atención a servicios especiales de carácter psiquiátricos o a hospitales psiquiátricos de la comunidad. O sea, los que padezcan enfermedades infecto- contagiosas u otras patologías prevalentes dentro de un ámbito carcelario de tal gravedad que impida un adecuado tratamiento y restablecimiento, deberían trasladados a servicios de carácter médico asistencial o definitivamente a la posibilidad de la privación de la libertad en su domicilio.

Esto tiene que predicarse respecto de las penas anticipadas, o sea, de las penas sin condenas, que son las prisiones preventivas, porque así como lo indica el cuadro, superan casi en un 70 por ciento, llegando casi al 80 por ciento, la situación de la población en todo el país. Sería contrario a toda lógica que el derecho a la salud se le negase a los que todavía están favorecidos con el principio de inocencia.

Quizás éste sea el punto de mayor urgencia. Este sería el primer factor a revisar. ¿Por dónde empiezo? Y empiezo por los enfermos.

Sin lugar a dudas creo que la crisis de un sistema penal se proyecta directamente al funcionamiento y a la calidad de las instituciones democráticas que componen un estado de derecho. Eso demanda una reforma normativa que cierre la posibilidad de interpretación a aquella tendencia restrictiva o tendencia expansiva en favor de un punitivismo, pero además que por sobre todas las cosas fortalezca cierta calidad institucional mediante mecanismos e instancias como estas, de participación y programación de políticas, que como en este escenario hagan de una vez por todas prevalecer los valores fundamentales de nuestra Constitución. Muchas gracias. (*Aplausos.*)

Moderador. — Gracias doctor Slokar.

Vamos a empezar con las preguntas.

Me ha llegado un papel con dos preguntas. Para la doctora Conti: ¿cómo se va a operar la reinserción social de los detenidos, según lo establece el Tratado de Roma del 94, en el caso de mujeres embarazadas y discapacitados que se derivan a un arresto domiciliario?

Sra. Conti. — En primer lugar, para hacer esa pregunta hay que creer que el encierro posibilita la reinserción social de alguien. En mi caso personal no lo creo. Tampoco creo que cuando no hay reincidencia en alguien que ha violado la ley penal se deba al encierro que padeció por cumplir prisión preventiva o pena, sino a una propia capacidad de reflexión que tenemos los seres humanos.

Por lo tanto, es incongruente para mí misma la pregunta. Una prisión domiciliaria no es la libertad, es una prisión domiciliaria con restricciones y con imposiciones que tienen características de pena.

Entonces, si la pena sirve para reinsertar socialmente, aunque la pena sea una prisión domiciliaria, los principios de la readaptación para el penado no tendrían por qué verse variados.

Moderador. — La pregunta es para la doctora Conti pero sin perjuicio de ello se la voy a hacer al doctor Slokar.

¿No piensan mejorar el hábitat carcelario que transgrede todas y cada una de las normas existentes por falta de higiene, hacinamiento, sometimiento ilegal de los internos, droga? ¿Qué va a suceder con los que no sean derivados a sus domicilios?

Sr. Slokar. — Como lo dije antes, es una medida sesgada, que de algún modo puede brindar de inmediato una respuesta que es la que le compete al Poder Ejecutivo, pero no alcanza si acaso no integra una estrategia racional más amplia con la integración de la solución que provenga del resto de los poderes.

Yo tengo estas cuentas: 432.000.000 de pesos el presupuesto penitenciario. Vamos a ver en cualquier caso cuánto se comprometió en inversión de infraestructura para los próximos años, la creación de dos mil plazas: 400.000.000 de pesos más. Esto es respecto de la incorporación de personal penitenciario para garantizar una ratio compatible con estados internacionales. Solamente tenemos un

agente cada un preso y medio. Se incorporaron 600 agentes, de los cuales 120 corresponden al escalafón profesional.

Me parece que más allá de todo esto, la necesidad tiene que ver con la respuesta a un interrogante ¿Qué es lo que queremos? Si queremos más cárceles o menos presos. Ese es el desafío de un estado democrático.

Moderador. — Pregunta para el doctor Slokar. Si el 7 por ciento de la población carcelaria tiene VIH, ¿por qué el tratamiento suele ser escaso y también cortados?

Sr. Slokar. — Decía de arranque que todo cuanto se haga en el ámbito carcelario siempre es poco. Desde mi exclusivo segmento competencial pronunciaba las palabras de hace unos momentos destacando que mi responsabilidad no es directa e inmediata respecto del control político del servicio penitenciario. Es decir, si la planificación estratégica tiene que estar orientada de algún modo, mi desafío es tratar de por lo menos señalar un rumbo o una coordenada, que puede estar equivocada. En lo inmediato quizás quien esté mayor capacitado para responder a esa pregunta sea la propia autoridad penitenciaria.

Insisto, hoy el presupuesto es de 432.000.000 de pesos.

Moderador. — Pregunta para la senadora Conti. Si examinamos al machismo como factor sociocultural fundante de la sociedad argentina, ¿sería dable considerar que las personas con una identidad genérica trans o travestis sean beneficiados o beneficiadas con la prisión domiciliaria, teniendo en cuenta la tortura de ser alojadas en ámbitos profundamente cruentos y teniendo en cuenta el tenor machista y violento no sólo de los internos sino también del personal penitenciario?

Sra. Conti. — A mí no me parece que la identidad sexual, el género, o la orientación sexual puedan fundar una pena distinta, porque considero a esas personas iguales a mí e iguales a todos.

El machismo lo sufrimos todos y todas, incluso los transgéneros o quienes adoptan una identidad sexual distinta a la que tenían cuando nacieron.

Espero que no tengamos que llenar cárceles de travestis; a lo mejor los travestis no delinquen. Aunque así fuera, se puede promocionar que tengan un hábitat diferenciado de la cárcel de hombres o mujeres a la que al travesti le toca ir.

No me parece fundante una prisión domiciliaria por ser travesti.

Moderador. — Doctor Slokar: como Subsecretario de Política Criminal, ¿qué proyectos tiene el Poder Ejecutivo para mejorar el sistema?

Sr. Slokar. — Insisto una vez más, el proceso de inversión revela que con esta incorporación de fondos para la creación de dos mil plazas, con el régimen actual en el trámite de la realización de obras, será para los primeros meses del año 2007. Claro que con eso no alcanza. Creo que definitivamente hay que modificar -está a la firma un decreto presidencial- la estructura; hay que reestructurar, conformar un servicio penitenciario de acuerdo con lo que demanda un marco democrático.

En ese orden, esta reestructuración está orientada a la conformación de otras divisiones, divisiones de reinserción, división de control interno. Hay que tratar de ganar el terreno en favor de lo que puede ser el tratamiento, si se quiere desde una perspectiva democrática, antes que el régimen. Si eso no se orienta, lamentablemente la prisión terminará siendo un depósito de personas. Como todos convenimos que mientras exista -no será más que aquello que decía desde siempre Miguel Hernández, una fábrica de dolor y llanto-, cuanto menos hay que mitigarlo con el alcance que puede tener una intervención más o menos racional sumando profesionales, esto es, que los guardapolvos reemplacen al uniforme, es decir, que le ganen terreno al uniforme.

En ese sentido, desde un punto de vista orientador, cuanto menos este indicativo en favor de una reforma del marco normativo del penitenciario, la ley se remonta a un régimen de facto del año 68. Luego es indispensable modificar la estructura verticalizada, militarizada que hoy tiene un servicio, con base a lo que siempre enunciaron en el año 55 las reglas mínimas para el tratamiento de los presos, o sea, todo servicio penitenciario no puede conformarse con la estructura de fuerza de seguridad.

Pero más allá de eso, la constitución de una comisión, de acuerdo con lo que establece el Protocolo Facultativo de la Convención Contra Tortura, es lo que también facilitará la integración de ONG o el control externo de parte de la sociedad civil respecto de todo cuanto acontezca en eso que, evidentemente, es un universo opaco, cerrado que -como todos creo que reconocemos acá- tiene que democratizarse porque los valores de la Constitución no pueden detenerse frente al muro, la reja de una cárcel.

Moderador.— Para el diputado Damiani: ¿cuáles son las pautas futuras para cambiar estas leyes perversas?

Sr. Damiani.— Me parece que, al menos, la intención de lo que planteamos es identificar un camino inmediato.

Se habló sobre las normas supranacionales que rigen en la materia y desde el comienzo se hizo hincapié claramente en el mandato constitucional que hay que cumplir en cuanto a que las cárceles serán sanas y limpias para seguridad y no para castigo.

En nuestro caso, la predisposición de avanzar en la discusión de que la solución fuere, como se ha dicho al principio, de orden normativo. Y lo que estamos diciendo claramente es que hay que modificar de manera urgente el decreto reglamentario, que es lo más restrictivo; eso es lo que tenemos

más al alcance para permitir una solución inmediata. Hemos hablado con el doctor Slokar, que es el responsable del área, acerca de propiciar esta discusión inmediatamente para encontrar la manera de hacerlo. Me parece que eso es lo más rápido, lo más urgente.

No digo que esa sea la solución de fondo, porque coincidimos en que es bueno que en este tema se tengan ideas en cuanto al rumbo hacia donde vamos. Este no es un tema que vayamos a resolver mágicamente, pero existe predisposición para hacerlo.

Después de tanto hablar sobre este tema, sería bueno que todo esto se transforme en algunos proyectos, y ese es el compromiso que asumimos: el de transformar este consenso que evidenciamos en propuestas que permitan intentar modificar la realidad. Pero esto no lo vamos a hacer si no avanzamos de manera urgente en la reforma del decreto reglamentario, que desde mi punto de vista es lo más restrictivo de nuestra legislación vigente aplicable al tema, en base a un mandato constitucional que, como claramente se ha reconocido, no se está cumpliendo.

Moderador.— En virtud de la hora hasta la cual estaba previsto que se desempeñe este panel me veo imposibilitado de realizar una gran parte de las preguntas que me han hecho llegar. Por lo tanto, doctor Slokar, la última pregunta será para usted.

Doctor: en su discurso, ¿cuál sería la solución a corto plazo que deberían adoptar los operadores del Poder Judicial para solucionar la superpoblación carcelaria actual en la provincia de Buenos Aires? ¿Qué herramientas judiciales emplearía en la provincia de Buenos Aires?

Sr. Slokar.— Creo que eso lo hemos discutido durante todo el fin de semana y no voy a decir nada novedoso. El recurso a una prisión preventiva sólo como última ratio. Es decir, me parece que, definitivamente, el único camino es la modificación de la legislación excarcelatoria por vía legislativa; sin perjuicio de ello, está la vocación de los jueces en favor a disponer el encierro sólo a medidas estrictamente necesarias.

Hay que volver al régimen excarcelatorio de la provincia de Buenos Aires del año 1998, ni más ni menos que eso.

Moderador.— Gracias a todos los panelistas y a todos los participantes que han hecho preguntas.

A continuación se llevará a cabo el segundo panel. (*Aplausos.*)

— *Son las 16.37.*

— *A las 16.45 dice la:*

Moderadora.— Buenas tardes a todos.

En este espacio de trabajo que nos convoca ahora vamos a escuchar exposiciones relacionadas con los aspectos bioéticos de la condición del encierro.

Los especialistas que nos acompañan en la mesa van a abordar cuestiones vinculadas con el tema de la ética, la atención de las personas viviendo con VIH, y los derechos humanos, cada uno de ellos desde sus disciplinas y desde sus saberes y experiencias específicas.

La idea de la mesa de trabajo es escuchar las exposiciones, de aproximadamente 20 minutos cada una, y que luego nos hagan llegar las preguntas que quieran formularle a cada uno de los expositores.

En primer término va a presentar su trabajo el profesor Francisco Maglio, quien ha pedido especialmente ser presentado como amigo del doctor Martín Vázquez Acuña, coordinador y co—organizador del encuentro, y que además es presidente de la Sociedad Argentina de Medicina Antropológica y vicepresidente de la Asociación Argentina de Investigaciones Éticas.

El doctor Maglio hablará sobre el tema de la ética de la incurabilidad y la terminalidad.

Sr. Maglio.— Buenas tardes. Les agradezco por haber venido y también le agradezco a Martín por esta invitación. Martín ya me ha escuchado otras veces e igual me invita, por lo tanto, mi primera reflexión es que no escarmienta. Él me ha dado un tema al que mínimamente considero espinoso: la ética de la incurabilidad y de la terminalidad.

Yo tengo una práctica de 40 años en el área de Terapia Intensiva del Hospital Muñiz, al cual, junto con el Hospital Fernández, concurren casi el 80 ó 90 por ciento de los casos de VIH Sida.

Vamos a fijar términos.

“Incurable” no es lo mismo que “terminal”; a veces pueden confluir, pero no necesariamente.

Hay dos grupos de pacientes incurables: los incurables pero tratables, que no tienen cura pero tienen tratamiento, como la diabetes o la hipertensión, y felizmente aquí entra el Sida. Digo “felizmente” porque hace años esta era una enfermedad terminal, pero con el advenimiento de los nuevos medicamentos ya no lo es. Pero para que esos pacientes entren en esta categoría de incurable pero tratable deben recibir tratamiento completo y continuo; en la medida que no lo reciban pasan a la categoría de incurable pero no tratable.

Desafortunadamente, en las cárceles este tipo de pacientes no reciben un tratamiento completo ni continuo. Por lo tanto, pienso que esos pacientes deberían encontrarse en otro lugar, como en arresto domiciliario o en una institución en la que le garanticen ese tratamiento.

El otro grupo de pacientes son los incurables, en los que no hay tratamiento o bien, si lo hubo, fracasó. En estos hay riesgo de muerte, pero, a diferencia de los pacientes terminales, en éstos el riesgo de muerte es tardío, es decir que pasan años.

En estos pacientes incurables con riesgo de muerte hay dos grupos: los lúcidos y los

inconscientes.

Los lúcidos incurables son aquellos en los cuales no hay tratamiento y quienes a largo plazo se mueren. Este sería el caso típico de la película "Mar Adentro", de Ramón San Pedro: la del cuadripléjico.

Por otra parte, los inconscientes serían los que se encuentran en estado vegetativo permanente, no persistente.

La diferencia entre estado vegetativo persistente y estado vegetativo permanente es que el primero es hasta tres meses si la injuria fue médica y hasta el año si la injuria fue traumática; pasados esos lapsos, si permanece en ese estado vegetativo, ya es permanente.

En la historia de la medicina no hay ningún caso que haya sobrevivido o que se haya despertado. A veces se confunden los diagnósticos, como en el famoso caso del bombero que estuvo 10 ó 20 años en coma, pero ese paciente no se encontraba en estado vegetativo permanente sino en lo que se llama estado de conciencia mínima, que es distinto.

Ahora bien, muchos de esos pacientes que han perdido en forma total e irreversible la esfera cognitiva, la afectiva y la comunicacional, sobre todo en los casos que están lúcidos, piden suicidio asistido: la eutanasia; sería el caso típico de la película Mar Adentro, de San Pedro.

¿Cuál es la actitud ética frente a esto? En primer lugar, agotar todas las opciones para que se revierta ese pedido.

En Holanda, el 30 por ciento de los pacientes con Sida —antes de que éste fuera tratable— y con cáncer pedía suicidio asistido, pero cuando se instalaron los cuidados paliativos el pedido de suicidio asistido bajó al 7 por ciento. Esa es una buena opción, pero la otra opción es que estos pacientes tengan proyecto de vida.

Desde el punto de vista antropológico, no médico, ¿cuál es la diferencia, por ejemplo, entre San Pedro —el cuadripléjico que pidió la eutanasia— y Stephen Hopkins, que sigue viviendo cuadripléjico? La clave está en la autobiografía de Stephen Hopkins. Él tiene una esclerosis lateral amiotrófica, está totalmente inválido, y en su autobiografía dice: "Cuando yo tuve los primeros síntomas ya sabía que iba a quedar así. Tuve tres intentos de suicidio, pero felizmente no logré ninguno, porque un día apareció como proyecto de vida asomarme al misterio insondable del universo, escudriñar el origen de la vida. Sé que mientras pueda hacer eso yo me siento cada vez más enfermo pero no estoy cada vez más enfermo. Esa es la diferencia.

¿Cuál es la actitud ética frente a la situación de que se hayan agotado todas las opciones? Tal el caso de San Pedro.

Acá tenemos que diferenciar la ética de las convicciones de la ética de las consecuencias. La convicción es que no soy partidario de la eutanasia, pero la consecuencia es que si no se accede a ese pedido, se tendrá años de sufrimiento total.

Entonces, en la bioética paliativa hay un elemento muy interesante que se llama tratamiento judicial compasivo de las excepciones, que es lo que le hicieron a San Pedro. No es la regla sino la excepción, y es judicial porque, de acuerdo a la legislación de cada país, se podrá permitir o no. Es decir, no hay elementos bioéticos muy sustanciales para negar ese pedido.

Les quiero leer un párrafo que dice así: "Si la enfermedad no sólo es incurable sino que significa un tormento y un martirio continuos no se debe vacilar en ir a la muerte. Los sacerdotes y autoridades deben otorgar el permiso a los familiares y a los médicos." Esto lo escribió Santo Tomás Moro, un santo de la Iglesia, en el año 1516.

Pasemos al tema de terminalidad.

A diferencia del paciente incurable, en la terminalidad la expectativa de vida no va más allá de los seis meses; el paciente terminal se muere antes de ese lapso. Es muy difícil de pronosticar, diría que es lo más difícil de pronosticar, porque como lo ha definido Osler, uno de los maestros de la Medicina, allá por el siglo XIX: "La Medicina es la ciencia de la incertidumbre y el arte de lo probable". Esa definición no ha cambiado, por más tecnología que haya.

Entonces, actualmente preferimos utilizar el término de futilidad. ¿Qué quiere decir futilidad? Futilidad significa que no logramos el objetivo buscado, que el tratamiento ha fallado y que se presupone que nuevos tratamientos también van a fallar. Eso es futilidad. Quiere decir que solamente se logra un estado de inconsciencia total e irreversible o bien el sufrimiento es inevitable y desproporcionado al posible beneficio..

Por supuesto que dentro de futilidad entra el estado vegetativo permanente. Eso es futilidad médica. Pero hay otra futilidad, tanto o más importante que es la futilidad social, que es cuando lo que logramos es incompatible con la calidad de vida propia del paciente. Si eso que logramos, la calidad de vida del paciente no es así, eso es futilidad social y eso debe ser respetado por el equipo médico. Es el famoso caso "Parodi", de la ciudad de Mar del Plata. El tenía gangrena y se opuso a que le cortaran la otra pierna porque decía: "mi calidad de vida no pasa por eso", y el juez le dio la razón.

Ahora bien, ¿cómo conocemos esa calidad de vida? Porque el paciente la manifestaba antes, la manifiesta ahora o porque ha dejado escrito eso; en una época se llamaba testamento vital; ahora se llama decisiones anticipadas. Si después hay tiempo en el debate, les voy a leer el testamento vital de una paciente que tenemos nosotros y que es lo mejor que he leído sobre dignidad de la muerte.

Ahora, frente a esta situación los pacientes lúcidos o bien los familiares pueden negarse o decir

que sí a los medios de soporte vital. "No queremos que se haga más nada" o "queremos que se haga todo". Esa decisión debe ser respetada por el equipo médico. Ya sea para que le saque las medidas de soporte o que las deje.

En el Comité de Bioética elaboramos unas pautas y recomendaciones para la abstención o retiro de los métodos de soporte vital en el paciente crítico. Tanto el paciente lúcido como su familia pueden negarse a que se le apliquen los métodos de soporte. Y eso debe ser respetado, si se niegan y dicen: "No queremos que se haga nada más", eso debe ser respetado. Incluso eso — y los amigos de la Justicia me lo corregirán— está protegido por la ley de ejercicio profesional, la 17.132 del año 67 que dice que el médico no puede obligar a un paciente que no quiera a recibir un tratamiento o una medida diagnóstica.

Pero, frente a esto, como decía Sorín, para novedad de los clásicos: "Quien prefiera la muerte o ser imputado o mutilado, es plenamente libre, en la medida en que esté en condiciones de expresar libremente su voluntad".

Esto figura en el Manual General de Ciencia Filosófica de Croocke, año 1827. Frente a esta situación cuál sería la actitud.

El equipo médico informa sobre la futilidad pero no decide. Ahí hay un punto de inflexión. Aquí se produce un giro copernicano, pero de 180 grados. Se acuerdan que alguien habló del giro copernicano de 360 grados y quedó del mismo lado.

Antes decidíamos por el paciente, ahora es el paciente quien decide y nosotros aceptamos esa decisión.

¿Quién decide? Decide el enfermo, si está lúcido; o la familia. Pero la pregunta ética es la siguiente. ¿Sacar los métodos de soporte vital a un paciente en estado vegetativo permanente o en estas situaciones que hemos dicho es eutanasia? No, no lo es. Ni activa, ni pasiva. ¿Es dejar morir? No, tampoco. ¿Es abandono? No, tampoco, porque se quitan los métodos de soporte vital pero se dejan los métodos de confort. Se sacan los extraordinarios pero se dejan los ordinarios, de acuerdo al documento vaticano sobre métodos proporcionales.

¿Entonces, qué es? Si no es eutanasia, no es matar, no es dejar morir, no es abandono. ¿Qué es? Es permitir morir.

Los que tenemos años en terapia intensiva sabemos que pacientes en estas circunstancias, con todos los aparatos, tienen crisis de excitación psicomotriz; los inundamos de psicofármacos y no hay caso, siguen excitados. Es suficiente en este paciente por quien no hay nada que hacer, con sacarle toda la parafernalia y el paciente queda tranquilo. Eso está muy bien documentado en "La muerte en los hospitales" y en "Un grito desesperado" de Rilcke, el poeta. Se estaba muriendo alrededor de médicos y dijo: "Váyanse, yo quiero vivir mi propia muerte".

Y la última reflexión sobre la ética es ¿cuál sería la ética ante la muerte? Ya no hay tekne, pero hay medeos en el concepto Socrático. Ya no hay cura pero hay cuidados para una muerte digna. Tengo para mí, después de 40 años de ver morir pacientes, que la muerte digna tienen tres o cuatro condiciones. Primero sin dolor; no hay dignidad en el dolor. San Agustín decía: "Se puede tolerar el dolor pero no amarlo".

Y si en este paciente cuya muerte es ineluctable y próxima, las dosis de su analgesia hacen que se acorte esa vida, eso no es inmoral. Es inmoral no hacerlo.

Ya lo dijo Pio XII a los anestesiólogos en el año 58. Si ustedes dejan morir a un paciente porque piensan que se acorta una vida —por otra parte, precaria— y no le dan más analgesia, eso es inmoral. Éticamente está sustentado por lo que se llama teoría del doble féretro.

¿Qué otra condición de muerte digna? Con posibilidades en tiempo, en lugar y espacio de recibir y transmitir afectos. Esto es fundamental.

Yo recuerdo un chico, que estaba en terapia intensiva, que tendría entre 18 y 19 años, un enfermo de SIDA terminal en esos años, que estaba muy angustiado porque sabía que se iba a morir; le decía: "Mirá, si tenés miedo expresalo porque eso te va a aliviar". ¿Saben qué me dijo?: "Doctor: yo no tengo miedo de morirme, tengo miedo de morirme solo". Es la peor de las muertes. Aunque esté rodeado de todos. Eso es lo que se llama la soledad, solos en la multitud.

Insisto, no hay que esperar que el paciente esté así para sacarlo de la cárcel. Ya les dije todas estas condiciones.

Hay un tango —como decía Sábato: el tango es la comedia humana de Balzac, pero de Buenos Aires— que refiere muy bien qué significa morirse solo en una cárcel: "El Penado 14". Yo les sugiero que lean ese texto porque es extraordinario. "El penado 14", fíjense que ni siquiera tiene nombre. Y se está muriendo, ni siquiera podía hablar, porque lo habían atormentado y él quería estar con la mamá. Pero hacía señas. Y el tango termina: "el penado 14 murió haciendo señas y nadie lo supo comprender". Y, por último, si el paciente pide la muerte digna, que sea con lucidez, porque es el único e intransferible momento en que, sabiendo que nos vamos a morir, vamos a tomar las grandes decisiones. Y no me refiero solamente a las decisiones testamentarias, sino a las decisiones afectivas, sentimentales, que son las más importantes. Es el único momento en que sabiendo que nos vamos a morir, vamos a llamar a esa persona a la cual nunca nos atrevimos a decirle, y ahora sí, "te quiero". O al revés, "perdoname". Si da tiempo el debate, yo tengo algunas vivencias con pacientes que me han pedido lucidez.

Para finalizar, yo estoy convencido de que la dignidad en la muerte no queda ahí, hace a la dignidad en la vida. En palabras de Petrarca: "morte digna, honorem vita".

Gracias por la paciencia. (*Aplausos.*)

Moderadora.— Vamos a escuchar ahora la exposición del profesor Salvador Bergel, titular de la cátedra de Bioética UNESCO-UBA.

Sr. Bergel.— En primer lugar felicito a los organizadores y, fundamentalmente, al doctor Vázquez Acuña por haber hecho posible esta jornada que realmente muestra desde su punto de vista que un juez no está sólo para aplicar penas sino también para hacerse cargo de los problemas que derivan de la aplicación de la pena. Esto, realmente, es muy importante.

El tema central que nos convoca hoy es el vinculado con el artículo 33 de la Ley Penitenciaria, en cuanto establece que un condenado que padezca una enfermedad incurable y en período terminal podrá cumplir la pena impuesta en detención domiciliaria. Lo primero que me pregunto al ver este texto es ¿cuál fue la intención del legislador? ¿A dónde apuntó el legislador al establecer esto? Evidentemente se habla de un enfermo incurable, en período terminal. Se apunta a asegurar una "muerte digna" al recluso.

Esta puede ser mi interpretación, pero queda en el camino otro tema muy importante que es la vida digna. ¿Qué pasa con ese hombre enfermo? Un hombre enfermo, si no tiene un derecho a que se le contemple la posibilidad de tratar la enfermedad en compañía de sus familiares y no alejado en un sistema carcelario que no da más. Me parece que ese es el tema relevante. Apuntar exclusivamente a estos términos de enfermedad incurable en período terminal. Prácticamente se le da la posibilidad de ir a su domicilio a un cadáver. Ésta es la realidad de las cosas.

Cuando existe en un establecimiento de detención un hombre que está enfermo y es posible advertir que la reclusión agrava su situación, tanto desde el punto de vista físico como psíquico, creo que esto también debe implicar la necesidad de que cumpla la pena de prisión en su domicilio. De lo contrario es hacerlo padecer y que la pena, el sentido que tiene la pena se agrava sin necesidad. Creo que hay que respetar en el recluso esta idea de la dignidad de los seres humanos. Es una idea fundamental que no podemos olvidar. De ninguna manera, la pena de reclusión, la circunstancia de haber cometido un delito, implica que pierda esta condición fundamental del ser humano que es la dignidad. Tenemos la obligación de considerar a todos nuestros congéneres en un mismo pie de igualdad.

Al comprobar la existencia de una enfermedad y la perturbación física y psíquica que puede ocasionar para el desarrollo de la misma el estar recluso, es suficiente argumento como para que realmente deba transformarse esa prisión carcelaria en una prisión domiciliaria para que el paciente esté cerca de la familia, porque lo ayuda. Cualquiera sea la situación en que se encuentre ese paciente, la proximidad con la familia lo ayuda. Es importante en todo sentido, la presencia de un ser humano al lado del paciente. Esto es central.

Yo recuerdo cuando Giannantonio estaba a cargo del servicio de pediatría en el Hospital Italiano, cuando se internaba un chiquito lo hacía internar con la madre, porque era muy importante la presencia de un familiar; era un factor que beneficiaba la curación. Y en este tema, si tenemos un recluso que está padeciendo una enfermedad, de alguna manera hay que hacerse cargo de esta situación. Muchas veces en estas enfermedades crónicas la muerte es un proceso, no es un "acto" y en ese proceso hay que ayudarlo a que se maneje con la misma dignidad con la que se pudo manejar en cualquier otra etapa de su vida. Este es un deber del Estado, que es fundamental.

Esta es una forma de hacer efectiva esa disposición, que siempre hemos repetido de la escuela primaria, del Artículo 18 de la Constitución Nacional que dice que "las cárceles serán sanas y limpias para seguridad..." etcétera. Eso sería una forma de hacer cumplir el mandato constitucional.

Si nosotros dejamos una expresión tan vaga como "enfermedad incurable en período terminal" a la interpretación de los jueces, pueden interpretarla en veinte sentidos distintos y no es la verdadera función que debe cumplir la norma. Lo importante es que se mantenga esta situación en que el recluso pueda cumplir con un mínimo de dignidad su pena y, si le es negativa la prisión, tiene que cumplirla en su domicilio. Acá está en juego el principio de dignidad y el principio de humanidad de las penas. En el conflicto que se puede dar entre el cumplimiento de la pena y la protección de la dignidad del ser humano, esto último es, sin duda, la razón de ser de toda organización social. Estos son conceptos fundamentales.

Aparte de las razones que pueden existir desde el punto de vista ético y jurídico —que han sido muy bien explicadas en la mesa anterior—, creo que hay razones de hecho que también debemos contemplar. El legislador debe contemplar la situación frente a la cual está legislando. ¿Cuál es la situación actual de nuestro sistema penitenciario? Tenemos cárceles superpobladas en todo el país. Lo que pasó en Coronda, puede repetirse cualquier día en cualquier cárcel. Hay un clima absolutamente negativo. El Estado no está en condiciones de asegurar el cuidado de la salud de la mayor parte de los reclusos, los presupuestos son magros y la atención médica es deficiente, el suministro de los medicamentos no es todo lo importante que podría ser para el tratamiento de una enfermedad. Entonces, aceptemos los datos de la realidad. Si no podemos, mínimamente, ni siquiera asegurar la persona del recluso, no podemos asegurar su integridad física ni su salud; no sigamos empecinados en

una política que no apunta a nada. Porque realmente reemplazando la detención en una cárcel por la detención domiciliaria, no estamos alterando las cosas. La detención domiciliaria también es una pena pero, por lo menos, permite que el recluso pueda tener otro tipo de vida. Estos son conceptos fundamentales. Si no tomamos en cuenta los datos de la realidad, estamos equivocados.

Se impone la reforma de la ley penitenciaria, este es un imperativo y es una norma que se puede poner en ejercicio inmediatamente. Esto va a contribuir, en definitiva, a resguardar la vida de muchos reclusos.

El tema, en la mesa, ha sido vinculado con el SIDA; creo que en cualquier enfermedad crónica el proceso hace importante que el paciente se encuentre en una situación anímica que le permita seguir adelante. Esto también es aplicable a otras enfermedades crónicas. Debe ser comprendido por las autoridades; no se puede sancionar una norma cuya interpretación queda abierta. Cuando hablamos de derechos humanos las normas deben ser absolutamente claras. Si no partimos de la claridad de las normas en cuanto a la sanción hecha por el legislador, estamos equivocados en el proceso de aplicación.

Comparto la idea de la reforma inmediata del artículo 33, para ello podría contribuir llevar adelante un saneamiento del sistema penitenciario. Estas son las reflexiones que quería expresar. (*Aplausos.*)

Moderadora. — Vamos a escuchar ahora al doctor Jorge Cueto, que es el jefe del centro de referencia para atención de VIH/SIDA de la ciudad de La Plata, docente de la Universidad Nacional de La Plata, miembro del Consejo de Presidencia de la Asamblea Permanente de Derechos Humanos de La Plata, asesor de la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA y ex asesor de la Fundación por los Detenidos Sociales, FUNDESO, y en carácter de tal ha participado en la solicitud del primer *habeas corpus* en favor de detenidos viviendo con VIH/SIDA. El doctor Cueto va a hablar sobre el tema de personas viviendo con VIH/SIDA y las condiciones que hacen al encierro domiciliario.

Sr. Cueto. — Muchas gracias, debo agradecer fundamentalmente a las personas que han organizado este debate tan importante sobre un tema evidentemente conflictivo. Acabamos de escuchar las exposiciones que demuestran puntos de inflexión a partir de ahora respecto de la interpretación de esta fenomenología de la búsqueda de soluciones a través de leyes que dan soluciones que complican más la situación. El artículo 33 lleva a ese punto de inflexión cuando uno lo analiza.

Quiero agradecer especialmente al doctor Martín Vázquez Acuña que ha posibilitado mi intromisión en una mesa tan relevante como la que me toca compartir y además la oportunidad de poder debatir frente a personas que están involucradas directamente en la problemática, personas que viven con VIH y personas que están en este ámbito del Congreso Nacional participando para poder resolver una situación crítica.

Aquí vale la pena introducir una modalidad distinta de visión de este problema. Y esa modalidad es entender que nos está ocupando una situación de encierro de personas que viven y no que están destinadas a morir. Nosotros debemos entender que las personas que viven con VIH, viven con VIH. Es decir, comparten su espacio en el universo con un virus al cual le dan asilo, sin haberlo hecho voluntariamente, y que los puede enfermar y eventualmente matar. Pero el espíritu de las personas que viven con VIH, por eso se llaman así, "viven" con VIH.

Eso replantea alguno de los criterios que se han manejado aquí y pone en la picota la situación fundamental de estas cuestiones. ¿Cómo llega una persona a necesitar un estado de hospitalización? ¿Cómo llega una persona a necesitar atención domiciliaria en encierro? O sea, en situación de prisión domiciliaria. Aquí la cuestión es que no llegue a ese estado. Y después de las primeras exposiciones que escuchamos en las mesas anteriores, evidentemente, debemos entender que eso no es fácil en un régimen carcelario como el que se está denunciando aquí.

Tenemos detenidos que ingresan a las cárceles en una situación de salud y egresan en una situación de salud totalmente diferente. ¿Qué pasa en el medio? ¿Cuál es la situación que obliga a que haya una hospitalización y que terminemos ocupándonos de esas cuestiones en personas que viven con VIH? Creo que eso marca una fractura en la interpretación del problema porque evidentemente hay cosas que se están haciendo mal o no se están haciendo. Y eso vulnera directamente los derechos de aquellos que están detenidos y viven con VIH.

Les quiero leer dos cuestiones para que podamos entrar en tema directamente: interpretar el derecho a la salud como una parte del derecho a la vida, esa es una cuestión fundamental. Y el doctor Maglio lo definió muy bien en su ponencia; el derecho a la salud es parte del derecho a la vida. Estamos hablando de personas que viven con VIH, no que quieren morir con VIH. Y eso está reconocido por uno de los principales documentos del cual la Argentina es signataria, que es la Declaración Universal de los Derechos Humanos. En el artículo 25 del Pacto de Derechos Económicos y Sociales se reconoce el derecho a la vida y, por ende, el derecho a la salud como una consecuencia inmediata de esa situación.

En una cárcel se accede a la salud cuando el preso tiene a su disposición un servicio efectivo y pertinente de acuerdo a su necesidad y se niega si no se refuerza los servicios preventivos y asistenciales de modo paralelo a las demandas. En otras palabras, la autoridad responsable tiene la obligación de realizar actividades educativas sobre VIH/SIDA y materias conexas: sexualidad, drogas, etcétera. Tiene la obligación de poner a disposición de los detenidos los elementos de barrera como: preservativos, jeringas y agujas, sustancias descontaminantes, etcétera. Tiene la obligación de brindar la

atención médica conforme a lo que la patología requiera, teniendo en consideración que el requirente se trata de una persona privada de su libertad, sin posibilidades de opción y sin capacidad para generar recursos.

En base a esta cuestión, ¿cómo llega una persona dentro de una cárcel a vivir la situación de necesidad de hospitalización y, eventualmente, de su egreso para una internación domiciliaria? Una persona con VIH tiene forma de ser atendida y tratada. Hoy en día sabemos que una persona con VIH ya no está condenada a morir; es más, ni siquiera está condenada a enfermarse. Estamos hablando de una patología incurable de acuerdo a lo que hoy conocemos pero que tiene tratamiento. Y ese tratamiento es tan efectivo que a veces revierte situaciones graves de salud hasta poner a la persona en una situación en la cual puede disponer de sí mismo al punto que, por ejemplo, puede rehabilitarse de acuerdo a las necesidades que impone el castigo que está recibiendo.

El primer problema es que no lleguen al estado de hospitalización. Es decir, que cumplan las obligaciones que tienen los distintos servicios penitenciarios. Si no, suceden situaciones como las que nosotros vemos: el egreso de personas de las cárceles para internaciones domiciliarias en estadíos terminales incurables. O sea, condenado por un sistema que lo tiene para rehabilitar sus conductas delictivas pero le corta la posibilidad de que esa rehabilitación sea efectiva por permitirle enfermarse.

Entonces, es una situación que debemos reconsiderar y darnos cuenta que aquí el problema de la hospitalización de las personas con VIH, el problema del agravamiento y la progresión de la enfermedad, se debe a una cuestión estructural en los distintos servicios penitenciarios provinciales en general. No les estamos dando la posibilidad a las personas para que puedan ejercitar sus derechos como seres humanos, entendiendo que además el derecho a la vida está por arriba de cualquier otro derecho, incluso del derecho a la seguridad que tenemos todos.

Condenar a una persona doblemente no es algo que nos permita nuestra Constitución ni alguno de los pactos que nosotros tenemos. Lo podemos condenar por sus errores de conducta que lo llevan a delinquir pero no podemos condenar su vida quitándole la posibilidad del derecho a la salud. Y el derecho a la salud es una oferta que tenemos la obligación de hacer como sociedad a aquellas personas que están detenidas garantizándole la calidad de la atención, garantizando la aplicación de la Ley de SIDA. O sea, atención médica, biomédica, psicológica y social. Poder renovar la relación de estas personas con sus familias y su entorno significativo, con aquellas personas que le son importantes, y contribuir de ese modo a que una enfermedad no impida el proceso de rehabilitación social que se supone debe tener en el medio carcelario.

Además, el detenido tiene que ser un operador activo de su proceso en la enfermedad. Las personas con VIH fuera de la cárcel se informan, conocen, saben, requieren, actúan y exigen. El detenido debe tener, dentro de las condiciones que marcan las leyes y las reglamentaciones vigentes, que ya escuchamos anteriormente que deben ser modificadas, la posibilidad de ejercer todos sus derechos tal cual lo hemos señalado. Es decir, sus derechos como persona que vive con VIH y, si ustedes quieren, como paciente, que no deben chocar con las obstrucciones a sus derechos que tienen como detenido. Para eso es fundamental que se exija en el medio carcelario el tratamiento biopsicosocial. Es decir, que tiendan a mejorar las condiciones de la relación de la persona con su enfermedad y que además tenga a su disposición los elementos necesarios para el tratamiento como, por ejemplo, medicamentos.

En ese sentido, debemos lograr hacerle recuperar la confianza al detenido en la medicación que va a recibir. Uno de los grandes obstáculos que nosotros tenemos con las personas que están en situación de detención es que no quieren recibir los medicamentos que se les ofrecen porque desconfían de ellos como también desconfían de los diagnósticos médicos. Entonces, solicitan atención fuera de las cárceles porque no confían en lo que se hace ahí para ellos. Nosotros tenemos que renovar ese vínculo porque la persona que los está atendiendo en la cárcel es la que más va a estar, que va a estar en los momentos en que no pueda ser trasladado a otro sitio. Tiene que haber un vínculo, sino no es un tratamiento biopsicosocial. Y ese vínculo tiene que ser monitoreado.

Es imprescindible monitorear la calidad de la atención de los detenidos dentro de las cárceles. Es fundamental asegurar que la calidad de la atención médica, psicológica y social sea la necesaria como para que esa persona no evolucione en el proceso de su enfermedad y se transforme en un detenido enfermo cuando era un detenido sano. Es decir, el estado ideal es que ninguna persona con VIH llegue a requerir hospitalización ni tenga progresión su infección, que hoy sabemos muy bien que puede ser detenida.

¿Qué pasa cuando esa situación no se logra? Para eso utilizamos el artículo 33. Es decir, darle la posibilidad a la persona que tenga una excarcelación, que cumpla su condena en un ámbito diferente, generalmente es un encierro domiciliario, y que además se trate.

¿Cuál es el sentido de que salga a morir en un estado de "terminalidad"? En realidad, lo que necesitamos es que esa persona se trate. Entonces, para que esa persona se trate y reciba el tratamiento adecuado debemos garantizarle que ese tratamiento se produzca dentro del hogar o en el lugar donde esté. Para lo cual, las mismas pautas que se requerían dentro de la cárcel se deben exigir en el lugar donde las personas están detenidas aunque sean personas en estadío terminal.

Debemos garantizarle la accesibilidad a los tratamientos médicos, la posibilidad de tener

internaciones domiciliarias en el sentido estricto de la palabra. O sea que haya equipos que se ocupen de eso. También debemos capacitar a la familia y al entorno que lo atiende: sus amigos, las personas que tienen relevancia para él o para ella. Y darle garantías de que las medicaciones que reciben son las adecuadas y con la calidad necesaria y monitorear la calidad del tratamiento ofrecido.

Si nosotros no cumplimos esos requisitos no estamos haciendo más que enviar a una persona, si ustedes me permiten la expresión, a un "moridero". Y eso es lo que nos lleva a la conclusión final: el tratamiento puede ser peor que la enfermedad.

Como corolario y a partir de la reflexión que surge de las ponencias anteriores, sobre todo de la mesa anterior, en la Argentina hoy no están dadas en forma general las condiciones para que una persona con VIH transcurra dentro de una cárcel; necesariamente están dadas las condiciones para que la enfermedad progrese clínicamente, le traiga complicaciones físicas, deterioro de su salud y eventualmente la muerte. Tratamos el encierro y la atención domiciliaria pero debemos tener muy claro que eso es consecuencia de nuestros errores anteriores. Debe existir pero no deben llegar a esa situación. Muchas gracias. (*Aplausos*)

Moderadora. — En la última exposición de este panel vamos a escuchar al doctor Arnaldo Casiró, médico especialista en infectología y jefe de Infectología del Hospital Álvarez de la ciudad de Buenos Aires, quien va a hacer una breve exposición sobre aspectos clínicos de la infección por VIH.

Sr. Casiró. — Buenas tardes, muchas gracias por estar aquí. Muchas gracias a Martín Vázquez Acuña, a quien me une una amistad de hace muchísimos años desde cuando estábamos discutiendo la ley 23.798. Es decir, desde cuando empezamos a hablar sobre el tema SIDA. Cuando muy poca gente hablaba, ya el doctor Vázquez Acuña estaba inmerso en el tema, lo cual hace que no sea una casualidad que hoy sea quien se ocupe de este tipo de cosas sino que sea algo que todos conocemos como conducta de vida.

Me toca hablar un poco de los aspectos médicos, que es obviamente de lo que conozco. Los que me conocen saben que hace más de 20 años que vengo atendiendo pacientes con HIV pero también tengo la característica particular de haber sido uno de los tres primeros médicos que, a través del Ministerio de Justicia, organizó el sistema médico del Servicio Penitenciario Federal, lugar donde estuve tres años; primero como médico, después como coordinador. Y luego estuve un año en la Procuración Penitenciaria tratando de solucionar algunos problemas de los muchos que vemos. Es decir, voy a tratar de hablar de la parte médica pero después me gustaría también hacer algunas reflexiones acerca de qué pasa adentro de nuestras cárceles.

Como ustedes saben, hablar de infección por VIH hoy o hace 20 años —recién Martín me recordaba que el artículo 33 es aproximadamente del año 89— son dos realidades totalmente diferentes. Hasta el año 96 nosotros teníamos pacientes que indefectiblemente, salvo honrosas excepciones, iban a enfermar y a morir. En esta patología más que en otras podemos hablar de un antes y un después. Y ese antes y después lo marca el año 1996. ¿Por qué? Porque en ese año se comienzan a utilizar las llamadas "terapias de alta eficacia", que hacen que hoy tengamos los resultados que señalaba recién el doctor Cueto. Es decir, que las personas que viven con VIH, son personas que viven con VIH y no personas que necesariamente vayan a morir por el VIH.

La infección por VIH se ha transformado en una infección crónica. Y, hoy sabemos que los pacientes tienen complicaciones —ya sea por la medicación, por la necesidad de una adherencia muy importante a ésta o por complicaciones de otro tipo— pero no las que sufrían antes; y cuando digo "complicaciones" me refiero a enfermedades e infecciones oportunistas.

Tenemos tratamientos efectivos. Fíjense que siempre trato de ser bastante insistente con la idea de que actualmente nadie debería morir de SIDA en el mundo o, por lo menos, en la Argentina. Sin embargo, ustedes observan que todos los días hay gente que se muere de SIDA en nuestro país. ¿Por qué? La gente se muere de esta enfermedad porque llega tarde a los tratamientos, porque no llega a los tratamientos o porque no cumple con los tratamientos. A partir de esto, podríamos abrir una discusión enorme del porqué ocurren estas cosas: por cuestiones políticas, sociales o personales.

Quienes atendemos a pacientes con VIH sabemos que muchos de ellos actualmente viven con mala adherencia o fracasos de los tratamientos o defensas muy bajas; condiciones frente a las cuales antiguamente hubiéramos dicho que el paciente se iba a morir en las próximas semanas o meses y, sin embargo, viven muchos años. Ello significa que toda la dinámica de la enfermedad se ha modificado de modo tal que hoy nos resulta muy difícil determinar el punto de inflexión para saber cuándo un paciente va a pasar de un estadio asintomático a otro donde pueda sufrir algún tipo de enfermedad.

No obstante, cuando dicho paciente sufre algún tipo de complicación, de infección o de enfermedad, esto es tratable; y si recibe los tratamientos, si logramos que tome la medicación adecuada y que levante sus defensas, ese paciente puede vivir muchísimos años, al igual que el resto de los pacientes.

Antiguamente, era sabido que un paciente que sufría una enfermedad o infección oportunista estaba condenado a la muerte porque no tenía tratamiento y, por lo tanto, a esa enfermedad le seguía otra y así sucesivamente.

Entonces, hablamos de dos realidades y de dos "patologías" totalmente diferentes.

Y aquí quiero rescatar lo que decía el doctor Cueto: la persona que vive con VIH, convive con

VIH. Todos los días se acercan pacientes al hospital solicitando un certificado para tramitar un subsidio por desempleo. Entonces, la pregunta es: "¿No podés trabajar?". "No consigo trabajo", dice el paciente. Le pregunto: "¿No conseguís trabajo porque sos VIH positivo?". "No, doctor. No hay trabajo".

Todos sabemos que tener VIH es un problema más asociado a la falta de trabajo. ¿Pero el problema básico es el VIH o la falta de trabajo? Es la falta de trabajo. Si yo a una persona que está asintomática, en condiciones de trabajar, le doy un certificado que dice que tiene una incapacidad porque tiene VIH cuando, en realidad, no tiene incapacidad, lo que estoy manifestando es lo siguiente: "Señores, las personas que tienen VIH no pueden trabajar". Sin embargo, muchos de los profesionales que venimos trabajando en este tema desde hace años somos acérrimos defensores de la postura de que las personas con VIH deben tener una vida exactamente igual a la de las que no lo tienen. Sostenemos que a la gente no hay que pedirle un test de VIH para ingresar a los trabajos y que las personas con VIH pueden trabajar y vivir normalmente.

Entonces, entraríamos en una contradicción muy grande si dijéramos que una persona debe recibir un subsidio por tener VIH. Sí es correcto que lo reciba si no tiene trabajo —si es que corresponde— pero no por el hecho de estar infectado por un virus.

Con respecto al artículo 33 y a las personas detenidas, escuchaba las ponencias del resto de mis compañeros de mesa y pensaba: ¿cuál es la condición que debe reunir una persona para que la detención sea legal? Legal en el sentido de dignidad.

El doctor Bergel habló de la dignidad de una persona. Personalmente, de acuerdo a mi experiencia de trabajo en las cárceles —e imagino que acá hay muchas personas que conocen las cárceles—, no existe la dignidad en ellas. Entonces, pregunto: ¿no existe la dignidad dentro de las cárceles para las personas que viven con VIH o no existe la dignidad dentro de las cárceles? Mi opinión es que no existe la dignidad dentro de las cárceles. En consecuencia, no son los pacientes VIH positivo a quienes tenemos que mirar única y exclusivamente ante la posibilidad de las salidas. Me parece que una persona que está en condiciones psicofísicas para trabajar y hacer una vida normal y que está detenida al igual que otras personas que también están en condiciones de trabajar y tener una vida normal, por el sólo hecho de tener VIH creo que no modifica su condición entre las personas. Considero que esto es discriminatorio para aquellas personas que no tienen VIH.

En varias oportunidades, personas privadas de su libertad me han dicho: "Doctor, en realidad, yo me estoy drogando y estoy compartiendo jeringas porque me quiero infectar, porque quiero tener una dieta mejor y tratar de pelear por algunas otras cosas". Creo que no debemos llegar a esto y que cometeríamos un error si no empezamos a atacar al problema desde su raíz.

El paciente con VIH, salvo cuando posee un diagnóstico que determina que esta enfermedad no pueda ser tratada —como bien decía el doctor Cueto—, debería ser tratado y recibir los cuidados que requiere tanto dentro de la cárcel como fuera de ella. Digo esto porque también sabemos que fuera de la cárcel hay muchos pacientes que no tienen los cuidados que requieren.

Entonces, nada nos garantiza que ese señor o esa señora que está dentro de la cárcel y no recibe los cuidados necesarios dentro de la cárcel, los vaya a recibir. Nada nos garantiza que esa persona tenga una familia que la cuide ni que esa familia pueda acceder a los medios para que esta persona sea cuidada. ¿Qué quiero decir con eso? ¿Que no hay que liberar a las personas ni cuidarlas? No, todo lo contrario: hay que darles los cuidados necesarios para no llegar a esas situaciones.

El doctor Cueto bien decía que no tenemos que llegar a la situación de que un paciente VIH positivo en la cárcel se hospitalice; pero fuera de la cárcel, los pacientes también llegan a esta situación. Eso lo vemos todo los días. Tanto él como yo atendemos pacientes que lamentablemente se siguen enfermando y muriendo por múltiples razones. Por consiguiente, esta problemática también es inherente fuera y dentro de las cárceles.

En consecuencia, tal como lo venimos sosteniendo desde hace muchos años, me parece que cuando hablamos de este tipo de patología, el VIH sólo sirve una vez más para destapar una olla y observar la realidad: cárceles superpobladas, cárceles que no rehabilitan a las personas que tendrían que rehabilitar, cárceles en las que las personas entran sanas y salen enfermas, cárceles en las que las personas entran sin drogarse y salen adictas. Es decir, cárceles que lejos de cumplir con su función, generan enfermos. Entonces, no se trata sólo de pacientes con VIH

Por lo tanto, me parece que sería una muy buena oportunidad hablar no sólo del artículo 33 sino de todos los artículos que hacen que tengamos una sociedad en la cual el derecho a la vida, a la dignidad y a la libertad no están garantizadas. Muchas gracias. (*Aplausos*)

Moderadora. — Para un comentario, tiene la palabra el doctor Maglio.

Sr. Maglio. — Mi comentario está fundamentado en 40 años de trabajo en el hospital.

Es verdad que cuando una persona con VIH/SIDA está en la cárcel y no se le dan los cuidados médicos adecuados, la salida es mandarlo al hospital. Pero, cuidado: el hospital le va a garantizar una atención médica adecuada, pero no necesariamente una atención humana adecuada. Como bien sostenía Foucault, salvo algunas honrosas excepciones, el hospital tiene una estructura cuartelaria.

Y eso me lo enseñó un preso, que cuando no estaba en el Servicio Penitenciario del pabellón, los jueces lo mandaban al hospital. Entonces, llega una mañana y me presento: "Yo soy el doctor Maglio, voy a ser su médico de cabecera". "Mucho gusto, doctor". Le pido que tome asiento porque lo

voy a interrogar. "¿Qué me va a hacer?" Le digo: "Lo voy a interrogar". "¿Pero los médicos interrogan?". "Sí, para hacer la historia clínica". Entonces, me dice: "Porque a mí, hasta ahora, los únicos que me interrogaron fueron los jueces y la policía".

Efectivamente, en el imaginario social, quienes interrogan son los jueces, los policías y los médicos. Los tres tenemos uniformes y los tres "internamos". ¿Cómo se llama a las personas que están en las cárceles? Internos. ¿Y a los enfermos de un hospital? Internados. Entonces, hay una estructura cuartelaria que durante 40 años, yo, como aliado táctico, no consciente —o sea, un "perejil"— la mantuve.

Fíjense si no es una estructura cuartelaria: horarios tempraneros, comidas a un horario estricto... Usted pregunta: "¿Dónde puedo ver al doctor Cueto?". "Recorrida". (*Risas*) "¿Y al doctor Casiró?". "Guardia". (*Risas*) "¿Dónde ubico al doctor Maglio?". "Pabellón 4". (*Risas*) "¿Por quién pregunto?". "Jefe de división". (*Risas*) "¿Y si no está?". "Jefe de unidad... Cualquier cosa, lo atiende el cabo". (*Risas*)

Bueno, esto que comento con un poco de humor —porque si no, como dice el tango, "dan ganas de balearse en un rincón"—, para mis colegas y compañeros trabajadores de la salud tiene que ser un motivo de reflexión cotidiano. ¿Qué quieren los sistemas hegemónicos de poder? ¿Utilizarnos como aliados tácticos, conscientes o no, para el control social? ¿O que nos permitan en lugar, tiempo y forma ejercer nuestra vocación de servicio? (*Aplausos*)

Moderadora. — Hay cinco preguntas, una de ellas dirigida al procurador penitenciario, el doctor Mugnolo, que no está formando parte de esta mesa pero que participará en el panel posterior.

En todo caso, la persona que formuló esta pregunta podría acercarle la inquietud al doctor Vázquez Acuña para que se la remita al doctor Mugnolo.

Ahora bien, la pregunta dirigida al doctor Casiró dice: ¿qué sucede cuando una persona medicada baja los CD4 y también la carga viral? ¿Cómo habría que proceder?

Sr. Casiró. — No sé si la pregunta está mal diseñada o no la entendí bien.

Ustedes saben que las CD4 son las células que marcan las defensas de una persona y la carga viral es la cantidad de virus que tiene una persona circulando en sangre. Entonces, el paciente ideal que buscamos es el que tiene células CD4 altas —o sea, defensas altas— y carga viral baja; salvo que la persona que formuló la pregunta se refiera a una situación no muy habitual, que es la de aquellos pacientes en los que, pese a tener una carga viral indetectable, muy baja, las CD4 siguen bajando. Esta es una situación cotidiana pero no la más habitual. En esos casos planteamos un cambio de tratamiento, porque puede suceder que alguno de los medicamentos que está recibiendo el paciente esté evitando la suba de las CD4.

Ahora bien, supongamos que la pregunta fuera al revés: ¿qué hacemos con un paciente con carga viral alta y CD4 bajas? A esta persona debemos darle un tratamiento o cambiárselo si le está fallando el actual y darle uno de rescate; y si no lo tiene, tratarlo con, por lo menos, tres drogas para evitar que esa situación continúe. Supuestamente, en el momento en que la carga viral, detiene su ascenso, su actividad y comienza a bajar, las CD4 suben alrededor de 60 células por año. Esto sería lo ideal.

No sé si está respondida la pregunta.

Moderadora. — La persona que formuló la pregunta considera que está contestada.

Hay una pregunta para el doctor Jorge Cueto que dice así: ¿por qué a un paciente con VIH 15.800 copias de carga viral, no se lo medica? ¿Cuál sería la carga viral para medicarlo?

Sr. Cueto. — Si bien es una pregunta extraordinariamente técnica y médica —si ustedes aceptan ese término tan restringido—, aprovecharé para hacer un comentario.

Los fundamentos para comenzar un tratamiento antirretroviral o para que una persona inicie el tratamiento que acaba de mencionar el doctor Casiró a fin de que pueda restaurar su salud —en el caso de que esté deteriorada— se basan en consensos a partir de la información que determinan las evidencias científicas de estudios controlados a lo largo de todo el mundo.

En la Argentina esos consensos se emiten como recomendaciones de sociedades científicas, que son adoptadas por el Ministerio de Salud de la Nación, quien las distribuye por las provincias. Por lo tanto, esas recomendaciones no sólo están destinadas para los hospitales y otros centros de atención sino también para los lugares de atención de las cárceles. Entonces, el consenso para determinar en qué momento comienza un tratamiento es igual dentro o fuera de la cárcel; se rige con las mismas normativas. En consecuencia, la atención de una persona con VIH debe ser, en cuanto a estas recomendaciones, igual dentro que fuera de la cárcel y también en cuanto a la calidad de esa atención, con las reservas que acaba de señalar el doctor Maglio, que son muy interesantes.

Se recomienda el tratamiento cuando existe una carga viral —o sea, una cantidad de virus en la sangre que se detecta por un análisis determinado que se llama justamente de "carga viral"— mayor a 50.000 o 100.000 copias, de acuerdo al estado clínico y a los antecedentes de la persona. De lo contrario, se espera, se difiere el tratamiento y se monitorea las CD4, que son las defensas que el virus va destruyendo. La finalidad es evitar que se dé medicación antes de tiempo, porque la medicación siempre es medicación; es decir, produce algún incordio en la persona que lo toma y puede traer consecuencias. A su vez, también se busca evitar otro fenómeno, que es la producción de cepas

resistentes del virus, lo que nos hará perder el tratamiento. Si bien actualmente disponemos de un gran arsenal, hay que tener mucho cuidado con eso.

Entonces, solamente se medica cuando hay entre 50.000 y 100.000 copias, de ahí para arriba, o cuando las CD4 bajan de determinado tenor o las dos cosas. Eventualmente se puede medicar si sucede algún cuadro grave o una enfermedad oportunista o determinante de la evolución clínica. También se puede medicar independientemente de los valores de carga viral o de las CD4.

Moderadora. — Hay muchas consultas vinculadas específicamente con el tratamiento de la infección y las consecuencias del uso de medicación.

A las personas que han formulado estas inquietudes, les ofrecemos que al término del panel se contacten con los doctores Casiró y Cueto para evacuarlas de modo más personal ya que, en realidad, el tema de la mesa se vincula fundamentalmente con el encierro penitenciario. Entonces, les pedimos que, por favor, se las acerquen a ellos al concluir el panel.

Tenemos algunos comentarios relacionados con la situación de las cárceles y con la falta de actividades de prevención, de tratamiento y las dificultades vinculadas a los accesos de los preservativos. Y si bien todas y todos los que hemos transitado el espacio penitenciario conocemos esta situación, no podemos abordar en este pequeño espacio de debate una temática que, si bien fue traída por algunos panelistas con total pertinencia, no nos daría el tiempo ni contamos con los especialistas ni con el público para iniciar un debate respecto de la situación del encierro.

Desde ya, agradecemos estos aportes. Muchos de ellos son altamente pertinentes, particularmente los planteados sobre la población gay y travesti y su estancia en las cárceles.

Vamos a tomar estas consultas y las dejamos en manos del doctor Vázquez Acuña, integrante del comité organizador para que puedan ser trasladadas a otros comités que estén trabajando estrictamente con el tema penitenciario.

A continuación el doctor Maglio va a contestar una de las preguntas.

Sr. Maglio. — Voy a responder una pregunta que no es técnica y dice: El hospital Muñiz ¿es otro moridero de enfermos sin ser cárcel, sobre todo si es gay o travesti?

Voy a contestar con toda sinceridad. La realidad no es homogénea. Hay momentos o lugares en donde se los trata bien, pero hay otros momentos donde eso no sucede en el hospital.

Yo sugiero a quienes consideran que no se los trata de la forma adecuada que se dirijan al Comité de Bioética del hospital, donde nos encargamos de eso. Porque lo que sucede es que hay antirretrovirales para el virus VIH, pero todavía no salió la medicación antidiscriminatoria y la discriminación sigue vigente. *(Aplausos)*

Moderadora. — El último aporte respecto de este tema plantea una pregunta interesante que debe ser incorporada al debate con relación a la prisión domiciliaria, y dice: cuando hablamos de prisión domiciliaria en el imaginario se encuentra la idea del preso clase media que vuelve a un hogar con las condiciones necesarias para obtener un tratamiento. Pero, ¿qué sucede con los presos que en esta situación regresan a hogares de extrema pobreza, con condiciones básicas no resueltas que a saber son la mayoría de los reclusos?

Creo que es un tema que también se incorpora de alguna manera en el debate de la prisión domiciliaria, del arresto domiciliario y de cuáles son los beneficios que en esta cuestión dinámica que tiene que ver con los padecimientos de salud y enfermedad puede tener la prisión domiciliaria.

Agradecemos a todas y todos su participación. Los que lo deseen pueden conversar afuera con los panelistas mientras tomamos un café, al que nos invita la organización del encuentro. Muchas gracias. *(Aplausos)*

- Son las 18.

- A las 18 y 38:

Moderadora. — Vamos a comenzar con el Panel III que se titula: "Derecho a la vida, la integridad física y seguridad". En esta mesa estaba prevista la presencia del procurador penitenciario, el doctor Francisco Mugnolo, pero no pudo hacerse presente porque se encuentra de viaje en Chile. En su representación van a participar un asesor médico de la Procuración, el doctor Humberto Meta; y el asesor legal de la misma, el doctor Norberto Musich.

En este panel están presentes quienes aplican penas, los que condenan como es el caso del doctor Vázquez Acuña, que como mencionó hace unos instantes el doctor Bergel no sólo aplica penas, sino que se preocupa de las consecuencias que las mismas tienen sobre las personas. Se encuentra presente el doctor Axel López, representante de los jueces que tienen la función de controlar la ejecución de la pena, que es el titular del Juzgado de Ejecución Penal N° 3; y los funcionarios de la Procuración Penitenciaria, que tienen la importante función de controlar que se respeten los derechos humanos de las personas privadas de la libertad. Está prevista la participación del doctor Neuman que esperamos llegue más tarde.

Va a comenzar con su exposición el doctor Martín Vázquez Acuña, juez camarista del Tribunal Oral N° 1 e investigador de la Universidad de Buenos Aires.

Sr. Vázquez Acuña. — Es bueno aprovechar este espacio para -como decía un escritor el otro día- no

poner sobre el tapete lo que conocemos, sino para que de una vez por todas se pueda remover lo que conocemos. Si no fuera así no estaría sentado en este lugar.

Con respecto al artículo 33 debo decirles que hablo sobre él en la facultad, en otro lado y hago una charla profesional entre abogados, en el Colegio Público de Abogados. Hemos hablado mucho sobre este artículo, de su decreto reglamentario, del artículo 32, del artículo 10 -como lo mencionaba Diana Conti- del Código Penal, sobre lo que establece la ley de procedimientos en la relación con las personas que condenadas no pudieran imponerseles la pena, etcétera.

En primer lugar, quiero dejar bien en claro que a partir del fallo Verbitsky, los jueces debemos darnos cuenta -de una vez por todas- que la Corte ha fijado una regla, un marco del cual no podemos salir.

La primera regla se refiere a que la prisión preventiva es una medida excepcional, siempre y cuando lo sea para resguardar que esta persona no se someta al juicio o que de algún modo pueda implicar una traba en la búsqueda de la prueba. Una vez pasado ese peligro debe cesar la prisión preventiva.

Hago mención a esto porque si vamos a hablar del artículo 33 en el cual se prevé la posibilidad de imponer un arresto domiciliario siempre y cuando se trate de una enfermedad terminal e incurable, esta norma también se aplica a los prisioneros, prisioneros de los jueces con medidas cautelares que muchas veces resultan absurdos. Aún así creo que la regla del artículo 33 también se aplica a los procesados.

¿Cuáles son los marcos que nos ha fijado la Corte en el fallo Verbitsky? En este fallo nos fija primero, como ya había dicho la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso del Instituto de Educación del Menor versus Paraguay -es el Instituto de Menores "Panchito López"-, el 2 de setiembre de 2004. En la medida cautelar de las penitenciarias de Mendoza el 22 de noviembre de 2004, y en el caso Tilly versus Ecuador del mismo año.

En estos tres fallos de la Corte Interamericana de Derecho Humanos interviene nuestra Corte. En el caso Horacio Verbitsky sobre *hábeas corpus*, nos señala no solamente la excepcionalidad de la prisión preventiva, sino también otros principios.

Primero, en el caso Verbitsky, nos dice que no pueden estar los enfermos en comisarías. Segundo, el Estado -ya se dijo hasta el cansancio- es garante de las personas detenidas en establecimientos penitenciarios y en otro tipo de alojamientos como comisarías, Prefectura o Gendarmería.

Otro eje establece que ninguna persona sometida a cualquier forma de detención o prisión puede ser víctima de tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. Esto tomando, por supuesto, las observaciones y la Convención contra la Tortura y los Tratos Crueles e Inhumanos, a la cual hay que adherir también el Protocolo Facultativo, que Argentina firmó con respecto a las cárceles.

Hay un tema que quiero señalar y que está muy ligado. El Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y otros Tratos Crueles e Inhumanos y Degradantes, el 22 de noviembre de 2004, se señaló entre otras consideraciones, que debe haber independencia del personal médico de los establecimientos penitenciarios. El Comité contra la Tortura está exigiendo que los médicos no pertenezcan más al sistema militarizado. Esto es muy importante, porque también la Corte lo rescata en el Caso Verbitsky; y es un tema que Naciones Unidas viene señalando desde hace mucho tiempo.

Los servicios penitenciarios no tienen que tener sus propios médicos. Si tenemos suficientes médicos en establecimientos públicos, que salten la muralla.

Otra cuestión que quiero resaltarles, ya directamente sobre el tema del artículo 33, es que el eje fundamental es cuál es el límite y la función de esta pena anticipada —que viene a ser la medida cautelar de la prisión preventiva— o cómo se debe aplicar. Y no me cabe la menor duda de que el eje es el principio de humanidad y su consecuente, el de proscripción de penas crueles. Esto supone que la vida y la integridad física de los detenidos se antepone al interés de la sociedad de que se le retribuya el accionar antijurídico.

Y en el ámbito propio de la cárcel el personal no sólo ha de cumplir el mandato constitucional con una mera inhibición respetuosa sino que le es exigible una función activa para el cuidado de la vida, la integridad física y la salud de los hombres y mujeres separados de la sociedad por medio de la privación de su libertad.

Es curioso, y esto es importante tenerlo en cuenta, que el artículo 33 se refiera a personas supuestamente privadas de su libertad con más de seis meses de prisión. Esta sería una interpretación, o no, porque si imponemos seis meses de prisión de cumplimiento efectivo, un juez lógico no impondría una pena a cumplir sino que tomaría en cuenta lo que establece el artículo 50 de la Ley de Ejecución y le impondría una medida alternativa, como el cumplimiento de trabajos comunitarios. Esta sería una solución simple para este tema.

Con una claridad meridiana, el doctor Slokar señaló el tema del hacinamiento de las cárceles y la imposibilidad de seguir construyendo cárceles sin parar, en una carrera que, por supuesto, siempre nos va a ganar, por la cantidad de personas que selecciona el sistema penal, y él también hizo referencia a que esto es lo que tenemos. Entonces, si esto es lo que tenemos, creo que los jueces de la democracia deben pensar que, en primer lugar, deben utilizar la medida cautelar de la prisión preventiva

lo menos posible —salvo en casos excepcionales— y, en segundo lugar, deben buscar medidas alternativas a la pena de prisión y buscar soluciones a los conflictos.

Los jueces deben buscar otras soluciones, y los legisladores deben estar comprometidos en esto, porque si no hay leyes que nos permitan una solución alterna al conflicto la única solución va a ser la pena de multa, inhabilitación y la de prisión, o la *probation* como sistema alternativo, y vamos a seguir encerrando y hacinando gente cada vez más joven y cada vez más pobre.

Ahora, yo me pregunto: efectivamente, ¿la cárcel es un lugar habitable hoy? Esa es la primera pregunta que debemos hacernos.

Yo he estado en las tres cárceles: en la vieja penitenciaría de Córdoba, en la de Coronda y en la de Mendoza —hace poco con la doctora—, y si uno habla con los detenidos creo que no dejaría adentro ni siquiera a una persona que padezca un resfrío. Es peligroso vivir ahí adentro; es la lucha diaria de supervivencia en ambos sentidos. Y no lo digo por escucharlo decir o por leerlo desde afuera sino porque lo he vivido desde adentro y porque he hablado con personas privadas de su libertad.

Entonces, si para las personas que supuestamente carecen de enfermedad es un peligro ya de por sí vivir adentro, busquemos soluciones alternativas y saquémoslas de las cárceles.

— *Ingresa en el Salón el doctor Neuman y ocupa un lugar en la mesa.*

Sr. Vázquez Acuña.— Si nosotros no buscamos una solución alternativa a ello cada vez vamos a tener más personas injuriadas y agredidas. Ya sabemos sobre la cantidad de muertos que hubo en Coronda y en la penitenciaría de Córdoba y, además, sabemos sobre la cantidad de suicidios que hay en las cárceles argentinas, que es muy importante.

Si no buscamos una solución a esto creo que no estaremos cumpliendo con las garantías del artículo 18 de la Constitución Nacional ni con el artículo 10 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos ni con las múltiples reglas mínimas de tratamiento para los delincuentes del año 1955 ni las reglas de Tokio ni otras reglas de delincuencia juvenil, etcétera.

Es curioso; hoy la doctora Diana Conti habló sobre la diferencia que existe entre el artículo 33 del Sistema Federal y el artículo 19 de la Ley 11.256 de la provincia de Buenos Aires.

Si uno lee el artículo 19 verá que dice que los mayores de 70, los valetudinarios, los discapacitados que no pueden valerse por sí mismos y quienes padecieran una enfermedad incurable en estadio terminal podrán solicitar permanecer en detención domiciliaria. Pero lo curioso es que eso sucederá previo dictamen de una junta de selección y evaluación realizado por un grupo de admisión y seguimiento que lo fundamente y lo justifique. Es decir que el mismo sistema penitenciario es el que va a establecer cuándo esta persona se tiene que ir o no, cuando no me cabe la menor duda de que esa debería ser una función del juez.

Considero que no debería existir ningún tipo de delegación en una autoridad administrativa militar para que diga si esa persona que está internada en un establecimiento penitenciario y que padece una enfermedad cualquiera debe permanecer o no en él. Está claro, y lo vengo diciendo desde hace mucho tiempo, que en el caso de la enfermedad incurable y terminal es ridículo y que carece de sentido, además por muchas otras cuestiones que luego mencionaré.

Pero es curioso que el artículo 33 también posibilita que se revoque ese derecho. El artículo 34, por ejemplo, dice que el juez de ejecución podrá revocar la detención domiciliaria cuando el condenado quebrantare injustificadamente la obligación de permanecer en el domicilio fijado o cuando los resultados de la supervisión efectuada así lo aconsejaren. Y yo me pregunto a dónde lo enviamos; no lo podemos enviar a una prisión discontinua de detención, porque no lo prevé.

El artículo 35 solamente autoriza la prisión discontinua en los casos del artículo 10 o en los casos de personas mayores de 70 años, pero no hace referencia al tema de la enfermedad. Entonces, me pregunto a dónde lo enviaremos. ¿Lo castigaremos y lo meteremos en otro cuarto dentro de su domicilio? ¿Lo enviaremos a un hospital, lo encadenaremos y pondremos tres policías por cada persona? Porque si está enfermo está enfermo. ¿O buscaremos la solución de la provincia de Buenos Aires y le pondremos la famosa pulsera electrónica? Con respecto a esto les quiero comentar que en una reunión que se llevó a cabo el viernes pasado en la que se juntaron todos los jueces de la provincia me dijeron que en la provincia de Buenos Aires solamente hay sesenta pulseras electrónicas.

Esta es una cuestión que quiero dejar picando.

Creo que al único lugar a donde podría ir esa persona en el caso de que se revocara su prisión domiciliaria, ya sea porque se fue de la casa o porque cometió otro delito, es a un hospital, porque la enfermedad la sigue teniendo.

Otra cuestión que me hace pensar es si efectivamente podemos sostener, como ya lo han dicho anteriores panelistas, si el término "terminal" se puede utilizar, como señala el decreto reglamentario, cuando se prevea que la persona fallecerá en seis meses. ¿Son gurús? que pueden predecir.

Creo que hay que buscar la forma de proteger el derecho a la muerte digna y jerarquizar la protección a la vida y a la salud. Esto es fundamental.

Además, cuando uno analiza las diferentes palabras utilizadas, ya sea en el Código de Procedimientos como en el artículo 10 del Código Penal, ve que se utilizan diferentes términos que muestran tratamientos desiguales. Es cierto que la prisión preventiva es una medida cautelar que

debería ser aplicada con menor rigor; es decir, el criterio de selección debería tener menor rigor para esas personas seleccionadas para la medida cautelar, pero también es cierto que se trata de la misma persona que pasa por tres estadios iguales.

Por ejemplo, cuando el artículo 10 habla de persona valetudinaria señala que es la persona enfermiza o delicada y que basta con que el encierro en el establecimiento sea susceptible de empeorar un delicado estado de salud o psíquico. Lo que la ley no quiere es afectar gratuitamente la salud del condenado.

Todos deben tener bien en claro que el artículo 33 fue copiado de la ley de ejecución italiana; si uno observa verá que tomó ese concepto, pero no lo hizo bien.

El artículo 189 del Código Procesal Penal italiano, específicamente referido a las personas que viven con VIH. e introducido por el decreto ley 139 de mayo de 1993, dispone que cuando el juez entiende que la situación de encierro es incompatible con el estado de la enfermedad debe suspenderse la ejecución de la sentencia.

En este sentido, el más alto tribunal de Italia ha señalado que esa norma es constitucional, pues la finalidad del legislador ha sido la de garantizar el derecho a la salud en el interior de las prisiones. Asimismo, también expuso que tampoco puede sostenerse que la solución adoptada, es decir, la revisión de la ejecución, pueda generar una situación de peligro diferente de la causada por la ausencia de medios preventivos destinados a impedir que los condenados liberados cometan nuevas infracciones. El mismo tribunal señala también que dichas medidas pertenecen al legislador y su ausencia no puede conducir a la cancelación completa de la exigencia de proteger a la salud, como la protección del orden y de la seguridad pública. Por último, dicho tribunal también dijo que la norma que prevé que las personas con HIV tienen derecho, en ciertas condiciones, a lograr su arresto domiciliario no afecta el principio de igualdad, dadas las características particulares que distinguen dicho síndrome, que justifica un tratamiento particular.

Entonces, lo que propongo —porque para eso estamos—, es que se reforme el artículo 33 de forma tal que se señale que cuando una persona que se halla detenida se encuentre afectada por una enfermedad cualquiera y el ámbito carcelario pueda agravar esa enfermedad que padece, esa debe lograr el arresto domiciliario.

Aclaro que no estamos hablando sólo de los casos de Sida, porque esta jornada no se limitó solamente a esos casos, sino que estamos hablando de muchas otras patologías, como la diabetes, la tuberculosis, cánceres terminales, etcétera.

Tengo claro, por mi experiencia de varios años en esta materia, que cuando se procede al arresto domiciliario hay muchos detenidos que dicen que no tienen a dónde ir. Esto me ha pasado una infinidad de veces. En muchos casos los detenidos dicen que no tienen papá, que no tienen mamá o que no tienen familia, etcétera. Eso es verdad, y todos los que estamos en esto lo sabemos.

Por lo tanto, tenemos que buscar sistemas alternativos, para que esa persona no tenga por qué vivir dentro de un establecimiento penitenciario ni dentro de un sistema hospitalario. Debemos buscar lugares en donde esa persona pueda ser tratada, en donde se le suministren los alimentos necesarios, en donde no tenga que luchar por su vida todos los días, en donde tenga calefacción, agua potable e inodoros.

Propongo esto: la reforma del artículo 33, la derogación del decreto reglamentario y que no se utilice la palabra “terminal” ni “incurable” en ninguna de las normativas que se propongan. En suma: el derecho a la vida y su corolario, el derecho a la salud, no pueden ser vulnerados en aras de un concepto como seguridad. Imponer condiciones diversas para personas que sufren la misma enfermedad, como prisión preventiva, suspensión de la pena, penas menores de seis meses, penas superiores a seis meses, implica una clara violación a los principios de racionalidad e igualdad jurídica —artículos 1º y 16 de la Constitución Nacional.

Conceptos como enfermedad incurable y terminal resultan ser imprecisos, vulnerando de este modo el principio de legalidad —artículo 18 de la Constitución Nacional.

Postergar la libertad de una persona hasta que se le dé una situación crítica de enfermedad terminal agravia el derecho a la vida y a la salud.

Cuando el encierro resulte incompatible con la enfermedad, de modo que esta se agudice, debe adoptarse una solución que impida que se ponga en peligro la vida de los detenidos.

Nada más. (*Aplausos.*)

Moderadora.— Muchas gracias.

Quería decir que antes me olvidé de decir que al final de las exposiciones de los panelistas podremos recibir algunas preguntas de parte de ustedes.

Le damos la bienvenida y el uso de la palabra al doctor Elías Neuman. (*Aplausos.*)

Sr. Neuman.— Muy buenas tardes.

Mis primeras palabras son para agradecer a mi buen amigo Martín Vázquez Acuña por esta honrosa invitación.

Por otra parte, quiero pedirles disculpas, no sólo por haber llegado tarde como consecuencia del problema del tránsito —que me ha superado—, sino también porque me voy a tener que retirar apenas termine de exponer sin poder recibir preguntas de parte de ustedes, dado que me encuentro

urgido por un problema personal.

Me parece que cuando planteamos la problemática social de cualquier tema tenemos que saber exactamente en qué tiempo vivimos.

Nosotros somos actores, pero también mudos testigos de un cambio fundamental en la historia de la civilización. Hemos pasado definitivamente de un capitalismo industrial a otro capitalismo financiero y de servicios de la mano del neoliberalismo, de la política de mercado y de la globalización.

También asistimos a otro hecho notable que es la presencia del excluido social como una categoría inmóvil que afecta a muchos seres humanos, a cientos de miles. Por cierto, el excluido está por debajo del esclavo. Adviertan que el esclavo, en la historia, desde la polis griega hasta la actualidad de cualquier sistema sociopolítico conocido, tiene trabajo. Además lo cuida un empleador o su patrón y es muy probable que tenga planos internos, proyectos, su libertad.

El excluido no tiene nada de eso: no tiene trabajo, posibilidades de movilidad —como el marginado—, ha quedado realmente como si hubiera caído por la borda del contrato social. Vuelve al estado de naturaleza de Hobbes, nada. No tiene más que pensar si ese día va a comer, si tendrá medicamentos o si sus hijos se enferman. Y además vive atemorizado por el desempleo, bajo la falta absoluta y total de prestaciones.

En esas circunstancias tendríamos que preguntarnos si una persona que vive todo eso es un hombre libre.

Quería comenzar esto así porque hay algo que sí me interesa cuando abordamos temas de personas sin chance, de abajo, desposeídos. Me interesa meditar un poco si en este período neoliberal o neoconservador en que tenemos este tipo de capitalismo tan alejado del Estado de bienestar e, incluso, del capitalismo industrial —en el que el ser humano interesaba porque era un eslabón de la cadena de producción—, este tipo de capitalismo financiero, hay una cantidad ingente de seres humanos que no interesan, entre otras cosas porque no consumen.

Ante esta circunstancia quería hablar del sentido ético de la vida humana con respecto a esas personas de abajo, entonces me permitiré recordar algo que para mí fue sumamente importante, yo les diría que en mi vida. Fue uno de esos hechos que ocurren así —algunos dirán casualmente—, yo creo que hay causalidades.

Por el año 96 estaba investigando el tema del SIDA en prisión que dio lugar después a un libro. Y lo hice en prisiones de Argentina, pero también en prisiones de Chile, Uruguay, Brasil y México.

Precisamente en México un amigo gestionó una entrevista con un secretario de Estado del Distrito Federal —léase el ministro de Salud Pública del Distrito Federal—, que era un eminente hematólogo y conocía muy bien la temática del SIDA. Entonces fuimos a entrevistarnos con este médico y ministro.

El hombre me recibió con mucha simpatía, con ese gracejo mexicano tan especial que todos conocemos. En un momento le disparé mi primera pregunta. "Doctor: ¿cuál es la política de México en materia de SIDA?" Me miró, sonrió y me dijo: "no tenemos política". Entonces yo sentí que mi próxima pregunta era superabundante, pero le pregunté cuál es la política de México en materia de SIDA en las cárceles. Y el hombre volvió a sonreír y me dijo: "pues no tenemos política". Entonces, me levanté, ya dispuesto a estrecharle la mano y agradecerle y le dije: "lo único que me restaría saber es ¿por qué utilizan la política de la no política? ¿Por qué no tienen política?" Y él me miró y me dijo: "no tenemos política porque esa es nuestra política". También me dijo que sabía que yo iría allí y que tenía un libro preparado que me iba a interesar sobremedida y que hacía muy pocos días que lo había recibido. Y me entregó un volumen, bastante importante, del Banco Mundial.

Ese libro que, confieso, lo podría haber hurtado, era un libro fascinante. Contenía un primer gran capítulo con toda la historia del SIDA desde los años 80 en adelante, hasta el año 96, que era la época en que estaba haciendo esta entrevista. Allí se podía leer la historia tanto en inglés como en español, muy detallado, incluso de lo que ocurría en África paralelamente cuando los norteamericanos creían que este era un problema de homosexuales. Y en el África los médicos decían que sus pacientes tenían los mismos síntomas que los homosexuales norteamericanos y se referían a sus padres y niños.

En un segundo capítulo hablaba de todo lo hecho por los laboratorios hasta ese momento, laboratorio por laboratorio, con una nómina de todos los antirretrovirales habidos y por haber. Eso sí, al lado el precio. El "Elisa", el "Western Blood", que son formas de monitorear la enfermedad, así como el análisis con su precio. Incluso con esquemas de "seropositividad", los cuatro últimos estadios de la enfermedad y se hablaba de los cócteles de drogas, todo con su precio. También tarifado, venía el tratamiento y el seguimiento de la enfermedad. Finalmente, había una tabla de la comida calórica que tenía que comer el enfermo, también venía con su precio posible.

Y en un tercer gran capítulo en que el Banco Mundial señalaba en síntesis: señores si ustedes tienen tal índice demográfico y tal cantidad de enfermos seropositivos, entonces serán pasibles del subsidio. En ese momento pude advertir y dar respuesta a esta pregunta que me hacía al principio. Creo que se ha trastocado el sentimiento ético de la vida humana que pasa a ser un problema de costo, precio y beneficio.

Eso no solamente ocurre para este tipo de enfermos; esto ocurre para una cantidad notable de personas que no interesan —insisto— al sistema. Personas que podría decirse: no tienen chance. Han

quedado estratificados y han caído por la borda del contrato social.

Entonces, cuando uno piensa en el SIDA en las cárceles tiene que subrayar estos asertos, porque la situación en la prisión de hoy —tanto en nuestro país como en todos los países “periféricos”— se verifica una desidia absoluta y total respecto de pacientes de enfermedades curables y también respecto del SIDA; podríamos decir que cuanto más nos alejamos de las ciudades, las cárceles que van quedando en las periferias o en las provincias, no tienen ningún tratamiento. La política de la no política.

Entonces, se desarrolla la enfermedad tal cual lo leía en esa historia, sobre la que además trabajé, cuando no existía el AZT o ningún antirretroviral. La enfermedad se desarrolla en las cárceles en tiempos en que, si bien no es curable, por lo menos es cronificable, mediante un tratamiento adecuado y un seguimiento, pues, de todas maneras ocurre que el individuo desarrolla su enfermedad tal cual sucedía en los primeros años de la década de los 80 en el siglo pasado.

Existe otra temática sumamente compleja pero también a la mano -y probablemente sean los presos en estos establecimientos promiscuos, abigarrados de personas, los que me han hecho crear una nueva palabra para definirlos: “infrazoológicos”, nos encontramos con que allí están las personas más vulnerables que podamos imaginar para el contagio de esta epidemia. Pensemos en la problemática que se presenta en las cárceles en materia de sexo -y no me refiero simplemente a la temática de homosexualidad o lesbianismo aceptado o violento-; me refiero también a la problemática heterosexual. La problemática que se presenta cuando la mujer, de acuerdo a nuestra ley penitenciaria nacional, puede efectuar la llamada “visita conyugal”. ¿Quién la monitorea? ¿Y quién monitorea al recluso? ¿Qué es lo que ocurre con esa mujer que viene y tiene que traspasar, a veces, muros y rejas, con miradas de custodios o guardiacárceles que ya sabemos suelen tener la misma extracción social de los presos? Con miradas vejatorias, digo. Pero tampoco se sabe cuál es la situación del preso o de ella con respecto a esta enfermedad.

Curiosamente la Organización Mundial de la Salud es la que viene a decirnos que en las cárceles se requiere privacidad, que el médico mantenga su secreto profesional. En las cárceles no existe la privacidad. Y la Organización Mundial de la Salud cree que existen cárceles idílicas.

Bien, tengo que cortar rápidamente, pero quiero decir que en las cárceles también existe la inyección de drogas ilícitas. Y esa inyección en que la aguja va de vena en vena es una forma concreta de contagio más rápido que cualquier otro. Quiero nombrar también a los tatuajes y los cortes que se infringen los presos con el mismo suncho y los elementos para afeitarse que pasan de mano en mano. En realidad esto lleva a otra problemática: morir en prisión, que es algo poco estudiado y es algo, en nuestro país, sumamente doloroso. A punto tal que podríamos hablar del gatillo fácil carcelario. Y, desde un punto de vista más estricto, de una suerte de pena de muerte extrajudicial que se aplica desde hace muchos años en nuestro país, por el gatillo fácil en nuestras calles y ahora por esto que está ocurriendo en las cárceles.

En definitiva, la problemática fundamental reside en que se ha perdido el sentimiento ético de la vida humana, y los que van a dar a la prisión no solamente pierden su derecho locomotivo o deambulatorio, sino que, fundamentalmente, pierden el principal derecho humano que es la dignidad. Pierde, además, una cantidad de otros derechos humanos, como el derecho a trabajar. Ninguna ley dice que habrá sanción privativa de la libertad o detención preventiva y además se considera que hay que condenar al ocio forzado. Ninguna ley va a castigar a los familiares del recluso y, de hecho sí ocurre con requisas en algunas cárceles denigrantes. Lo que ocurre, realmente, es que con esta manipulación política del sistema penal estos seres humanos han pasado a ser simplemente categorías legales.

De modo que emprender una lucha por toda esta temática no resulta nada fácil. En verdad hay que ubicarse, como dije al principio, en el tiempo y en el espacio y no sé si estaremos dispuestos, los que enseñemos en la facultad, los jueces a levantar de una buena vez los ojos del Código Penal y del Código de Procedimientos y dirigirlos a los actores del drama penal: víctimas y victimarios. Muchos de ellos doblados por las tragedias de sus vidas. Muchas gracias. (*Aplausos.*)

Moderadora. — Muchas gracias, doctor Neuman. Ahora, le damos la palabra al doctor Axel López, titular del Juzgado Nacional de Ejecución Penal N° 3.

Sr. López. — Buenas tardes, agradezco la invitación que me ha cursado el doctor Vázquez Acuña para debatir con ustedes y con tan eminente panel. Soy juez subrogante de ejecución penal a cargo del Juzgado de Ejecución N°3. Llevo nada más que dos meses en la adjudicación pero tengo bastante experiencia en la función judicial por cuanto he sido secretario en la justicia de ejecución durante más de 11 años.

Siguiendo al doctor Vázquez Acuña en su análisis del artículo 33, en lo que se refiere a la detención domiciliaria, y teniendo en cuenta que el doctor es miembro de una Cámara, el análisis que ha realizado lo ha enfocado desde la prisión preventiva, buscando alternativas al encierro carcelario que justamente provee la prisión preventiva. Ahora, si se entiende que la detención cautelar, la prisión preventiva, es un estado excepcional y que en función de la garantía del principio de inocencia toda persona tiene derecho a aguardar su sentencia en estado de libertad, no digo que sea fácil, pero es más llevadero encontrar medios alternativos al encierro carcelario cuando, insisto, se trata del instituto de prisión preventiva.

La cuestión, a mi modo de ver, se complica cuando se procura una alternativa al encierro

carcelario en pleno cumplimiento de la condena. Eso es: en la etapa del proceso de ejecución penal. Tenemos una persona que ha sido considerada culpable en un juicio y se le han aplicado tantos años de condena, se ha fijado una fecha de vencimiento y se remiten las actuaciones al juzgado de ejecución. De ahora en más, es este magistrado el que debe resolver todas las cuestiones inherentes a este proceso de ejecución de pena. Y si, de una u otra manera, corresponde que la pena sea cumplida mediante encierro carcelario.

Ustedes saben que hay, si bien se trata de una pena privativa de libertad, numerosas alternativas al encierro carcelario producidas por la aplicación de un régimen progresivo: libertad condicional, libertad asistida, salidas transitorias, semi libertad, etcétera. Lo que nos convoca aquí es la alternativa del encierro carcelario cuando se trata de una persona que no puede sufrir más encierro carcelario. Y no lo puede sufrir más porque está enfermo.

El artículo 33 de la ley 24.660, de ejecución de la pena privativa de la libertad, es absolutamente claro. Y no solamente es claro, a mi pesar es absolutamente rígido. Presenta dos supuestos: la persona mayor de 70 años de edad, que no es el objeto de nuestro estudio, y el interno que sufre una enfermedad incurable en estado terminal. Y pongo el acento y subrayo "estado terminal". Hay muchísimas situaciones de internos que sufren enfermedades incurables, enfermedades crónicas, que en este momento están sufriendo pena privativa de la libertad, están cumpliendo pena mediante encierro carcelario. Y pongo el acento y subrayo la "terminalidad" porque justamente ese es el supuesto o el requisito esencial que habilita al magistrado disponer una prisión domiciliaria.

¿Cómo hace el juez para adquirir este conocimiento? No queda otra que recurrir, y el artículo 33 lo dice, al concurso de una junta de médicos forenses, quienes le van a indicar al magistrado si esta persona que sufre una gran enfermedad incurable se encuentra o no en estado terminal. Ustedes me dirán entonces con buena razón que el juez de ejecución no hace más que homologar un dictamen. ¿Y por qué no, si se quiere, una decisión médico forense? Sí, eso es así de claro. Un juez no está en condiciones de determinar si alguien está en condiciones de morir o no, si alguien va a fallecer o no en un cercano tiempo. La ley remite al necesario informe médico forense y el juez no hace otra cosa que seguirlo.

En definitiva, lo que la ley propone, nos guste o no, es muerte digna. Lo que la ley propone es una salida del interno al domicilio por una cuestión humanitaria. Lo que la ley dice, en definitiva, es que no corresponde, no resulta necesario, es inocuo, no hay ningún interés para el Estado ni para el interno ni para la sociedad en continuar aplicando un tratamiento carcelario intramuros. Hasta ahí está bien, pero ustedes imagínense cuántas otras más situaciones existen dentro de las cárceles en las que tampoco corresponde continuar un tratamiento carcelario. Como decía antes, respecto de muchas personas que sufren enfermedades incurables y crónicas, que no se encuentran todavía en estado terminal, uno sabe cuál es el desenlace. Uno sabe, en definitiva, que tampoco en estos casos no corresponde, es inocuo, es estúpido, es estéril -llámenlo como quieran- aplicar un tratamiento carcelario.

La ley es rígida y aquí estoy con el doctor Vázquez Acuña, yo también propongo una flexibilización. Yo también propongo una modificación de la ley que le permita al magistrado de ejecución tener una discrecionalidad más amplia como para llegar a disponer la prisión domiciliaria en los casos en que, si bien la enfermedad no se presenta en su última característica terminal, todo nos indica que —insisto— el tratamiento carcelario no tiene sentido, la prisión se convierte en puro castigo y, por lo tanto, inconstitucional. Corresponde, en definitiva, que el condenado agote el cumplimiento de su pena mediante prisión domiciliaria. Ustedes me dirán que la prisión domiciliaria también es inconstitucional porque, en definitiva, es puro encierro. Es decir, no se aplica ningún tratamiento resocializador, no se cumple con la finalidad de la ejecución de la pena. Está bien, podemos convenir en que es inconstitucional pero es la mejor solución que el legislador y cualquiera de nosotros puede encontrar al respecto.

Ahora, he venido a esta jornada invitado por el doctor Vázquez Acuña y de casualidad estoy en condiciones de darles una noticia, estoy en condiciones de traer aquí algo nuevo. Para comunicarles eso antes quiero introducirlos en algo muy técnico que se refiere a la aplicación de la Ley Procesal Penal en cuanto al artículo 495 del Código Procesal Penal de la Nación que permite a los magistrados de condena, a los magistrados que intervienen en el dictado de un fallo condenatorio, diferir la ejecución de la pena cuando la persona presente una grave enfermedad de la que sea deducible que la continuidad del encierro carcelario va a poner en severo riesgo su vida.

El artículo 495 aparentemente está dirigido de manera exclusiva a la competencia de un tribunal de condena. De hecho, se ha aplicado en algunas pocas ocasiones. Esto es: imaginen ustedes la situación de un tribunal que al momento de resolver la culpabilidad de una persona impone la condena pero al mismo tiempo sabe que esa persona está gravemente enferma; no en estado terminal, gravemente enferma. En caso de que esa persona sea conducida a prisión para cumplir la pena, o en el caso de que continúe porque esta sufriendo prisión preventiva en detención para cumplir la condena, el tribunal supone que esto va a agravar su estado, va a poner en serio riesgo su vida y difiere la ejecución, suspende la ejecución.

Hace 12 años que han sido creados los juzgados de ejecución penal y en alguna oportunidad

se intentó introducir la aplicación de este artículo en la etapa del proceso de ejecución con resultados absolutamente negativos. Fueron tres o cuatro casos en 11 años. Se ha dicho siempre que no pero por una cuestión de competencia; se entendía que era el tribunal de condena el único habilitado para aplicar este artículo. Esto es: de manera previa al inicio de la ejecución. Una vez iniciada la ejecución era imposible y había que ir al artículo 33 de la ley. Eso es: esperar a que esté en condiciones de muerte.

La noticia que les quiero dar es que quien les habla ha aplicado el 495 hace dos o tres semanas en relación a un interno que padece de diabetes crónica tipo II. Esta enfermedad le ha afectado sus facultades neurológicas al punto tal que no se puede desplazar por sus propios medios. Se encontraba detenido en pleno cumplimiento de condena, hacía dos años que estaba así en la Unidad 19 del Servicio Penitenciario Federal, y venía solicitando que se aplicara el artículo 33. No es terminal, es una enfermedad crónica. Todo el mundo sabe el desenlace pero no es terminal. Tengo que decirlo también, que con apoyo del señor Fiscal de Ejecución, quien propuso la cuestión porque la defensa pedía el artículo 33, se ha aplicado el artículo 495 en un proceso de ejecución. He suspendido la ejecución de pena de esta persona porque consideré en ese momento que continuar ese estado de detención equivalía a poner en grave riesgo la integridad física y psicológica del interno.

Es evidente que se trataba de una enfermedad preexistente y es evidente también que al momento de la condena la enfermedad no tenía una entidad gravosa tal que ameritaba la suspensión de manera previa al inicio de la ejecución. Y yo entendí, por lo tanto, que a partir del agravamiento de la enfermedad se había producido una suerte de enfermedad sobreviniente. Esto es: una situación que no pudo ser meritada por el tribunal de condena pero sí por el juez de ejecución. Y en ese sentido apliqué, como decía, el artículo 495. Esa persona hoy está en su casa con su silla de ruedas. Imagínese ustedes un interno que no podía desplazarse por sus propios medios, que para sus necesidades más íntimas tenía que recurrir al concurso de terceros o de personal penitenciario. El mismo personal penitenciario me decía: "No podemos asegurar su integridad, es imposible disponer un agente las 24 horas". No sé si está bien o está mal. No sé si el legislador tuvo en cuenta esto al momento de sancionar esta norma. Lo que digo es que estoy encontrando una solución y espero que mis colegas me acompañen.

Como cierre final, también quería decir unas palabras con respecto a lo dicho precedentemente por el doctor Neuman en cuanto al sistema vejetorio que se experimenta hoy día en las cárceles —eso es indiscutible— y en cuanto a la dificultad que tienen los internos de procurar un mejoramiento de su salud psicofísica. La Ley de Ejecución Penal brinda las herramientas necesarias para que el interno tenga asegurada su integridad psicofísica. De hecho, el artículo 143 pone la cuestión médica como una obligación en cabeza de la autoridad carcelaria, quien constantemente no sólo debe procurar la asistencia médica del interno sino que debe ofrecer a través del tratamiento de reinserción social todos los medios necesarios para el mejoramiento de la salud psicofísica.

Me quedan cinco minutos, quizás no me pude explayar con la suficiente soltura, pero me gustaría introducirme en la cuestión de la manera inversa. En todos los paneles se ha hablado de la relación de sujeción especial donde el Estado debe garantizar la salud psicofísica de los internos o de las personas privadas de su libertad. La pregunta del millón es, ¿qué pasa cuando es el mismo interno quien no quiere acceder a la salud física?

De hecho, el decreto 18/97 establece como falta media autoagredirse, negarse a recibir la atención médica prescrita y dar a los medicamentos un uso distinto. Esa es una falta disciplinaria que equivale a una rebaja en la calificación de conducta. A su vez, es pilar básico también del tratamiento de reinserción social, como decía antes, el mejoramiento de la salud psicofísica. Si el interno no accede, supongan ustedes, a un tratamiento médico, no solamente va a ser pasible de una sanción disciplinaria sino que también se va a reducir su calificación conceptual. Con lo cual, en función de la determinación cualitativa de la ejecución penal, no va a poder acceder a una libertad condicional, no va a poder acceder a una salida transitoria, porque va a tener bajas calificaciones. Y por ende, va a cumplir toda su pena mediante puro encierro carcelario.

Las preguntas que me puedo hacer son: ¿Hasta qué punto el Estado puede entrometerse en una cuestión tan íntima como es el derecho a la salud? ¿Hasta qué punto, en su afán por cumplir con esta obligación puesta en cabeza de la agencia penitenciaria, la administración puede compeler a alguien a curarse? ¿Hasta qué punto merece una sanción disciplinaria la persona que padece de un cáncer terminal y fuma? ¿Hasta qué punto merece una nota conceptual negativa y no una salida en libertad condicional aquella persona que padece de SIDA y no quiere tomar el retroviral?

Finalmente, no olviden que la cárcel es un reflejo de la sociedad. Y en una sociedad donde elementos tan básicos como la salud, la educación y el trabajo están tan subvaluados y son tan escasos es a veces hasta utópico pretender que eso se dé en intramuros. Muchísimas gracias por la atención prestada. (*Aplausos*)

Moderadora. — Muchas gracias, doctor Axel López. Como expliqué antes, la intervención de la Procuración Penitenciaria, en ausencia del doctor Mugnolo, va a estar representada por el doctor Meta, que es asesor médico, y el doctor Norberto Musich, que es asesor letrado.

En primer lugar, le damos la palabra al doctor Meta.

Sr. Meta. — Buenas tardes, en primer lugar, quiero agradecer en nombre del doctor Mugnolo al doctor Vázquez Acuña por esta invitación y haberme permitido integrar esta mesa que, obviamente, está

hablando sobre temas éticos morales de elevado rango. Modestamente, soy médico asesor de la Procuración Penitenciaria. Les voy a reseñar muy rápidamente cuál es la acción que venimos desarrollando desde hace 10 años. En promedio, nosotros visitamos una vez por semana cada uno de los institutos del Servicio Penitenciario Federal en el ámbito de la Capital Federal y el Gran Buenos Aires. Las unidades que están en el interior son visitadas anualmente o cuando se puede, por cuestiones presupuestarias, pero mantenemos un control a nivel de delegados como, por ejemplo, en el Chaco. Así trabajamos y tenemos una vasta experiencia en ese sentido. Yo les había traído una mínima reseña de cuál es la situación de HIV/SIDA dentro de las unidades.

. En virtud de la hora, no voy a presentar este informe. Si tienen algunas inquietudes, después lo discutimos o se los muestro.

En el caso del artículo 33, obviamente la posición de la Procuración Penitenciaria es propiciar su modificación. Sé que hubo un panel anterior integrado por médicos, por profesores y por el doctor Maglio —que se dedica a la antropología y es muy conocido— que ha considerado este punto.

Ahora bien, les voy a transmitir algunas pautas desde el punto de vista médico —y lo subrayo— sobre por qué es inadecuado este artículo y tal vez alguna opinión o parecer a fin de dialogar o dar algún indicio para que la nueva norma sea más provechosa para la salud del interno.

— *Se exhiben filminas.*

Sr. Meta. — Estas son las funciones que cumplimos todas las semanas dentro de las cárceles. Damos respuestas a demandas espontáneas de internos, de familiares, de defensores oficiales y del defensor del pueblo o ante requerimientos de otros internos que nos llaman. De ese modo, nos ponemos en contacto con la situación de aquel interno que reclama por motivos médicos —les recuerdo que me refiero al área médica— y evaluamos al interno y su situación personal, además de constatar su historia clínica, exámenes y todo lo que pueda redundar en su salud.

Formulamos recomendaciones médicas cuando creemos que es necesario. ¿A quién se las formulamos? Obviamente a los médicos que trabajan en la Penitenciaría, en relación con la Penitenciaría o a aquellos contratados; porque no todos están relacionados directamente con la Penitenciaría.

Hacemos el seguimiento de esas recomendaciones para ver si se cumplen. En algunos casos, hay que reiterarlas por motivos diversos, por ejemplo, de infraestructura o de logística. Comprobamos también traumatismos que pueden derivar de los excesos de la contención del interno o que pueden suceder, por ejemplo, a requisas. Entonces, la asesoría legal toma cartas en el asunto y da trámite a los juzgados correspondientes, si fuera pertinente. Realizamos informes para los tribunales, asistimos a los jueces cuando nos llaman para que aclaremos algún punto y también elaboramos evaluaciones generales sobre las condiciones de alojamiento en las prisiones, por cuestiones administrativas o de procedimiento.

Durante los años 96/97 y 98/99 hicimos algunos relevamientos que muestran un dato interesante. En estos períodos, existe una prevalencia de infección del HIV del 6,78 por ciento; y en el período 98/99 los números marcan 4,45 por ciento en hombres y 1,75 por ciento en mujeres. Esto es verdad. Pero fíjense el detalle de la columna que describe el consentimiento para realizar la serología. Obviamente, tanto a los internos como a las personas en libertad se les pide un consentimiento para hacer la serología; no se la realiza compulsivamente. El resultado refleja un 50 o 64 por ciento de consentimiento. No sabemos qué pasa en el resto. O sea que estos datos también falsean un poco las cosas, porque pueden generar la sospecha de que haya más infección por HIV.

Esto también tiene su costado epidemiológico, en el sentido de que facilita la transmisión intraunidad.

Ahora bien, a fin de actualizar estos informes, traje los datos obtenidos el 30/05/05 en dos unidades: la Unidad 2 de hombres, con una población total de 2.314, y la Unidad 3 de mujeres, con 650. Aclaro que 2.314 corresponde a la población actual y real de la Unidad 2 hasta el lunes pasado.

La capacidad real de dicha Unidad es de alrededor de 1.700 personas. Eso significa que está excedida en más de 600 personas. Por lo tanto, lo que quiero subrayar es el grado de hacinamiento, que no sólo es malo para el paciente con HIV/SIDA sino para cualquier otra persona aunque no padezca enfermedad alguna.

Como bien decía el doctor Vázquez Acuña, hay que extender este tema más allá del HIV/SIDA porque también existen otras enfermedades que son tan crónicas o incurables como ésta.

En este caso, pueden observar que hay un 5,10 por ciento y un 5,80 por ciento que se mantiene en esa cifra que yo les había dado respecto del período 97/98. Hay 80 personas en tratamiento antirretroviral en la Unidad 2 y 17 personas en la Unidad 3; esto corresponde a un 67 por ciento de estos pacientes, 118 internos con HIV/SIDA y 44 por ciento en el caso de las mujeres. Aunque existen particularidades, generalmente el resto de los internos no recibe medicación por dos motivos: porque pueden no tener indicación precisa de tratamiento —no todo paciente con HIV/SIDA debe ser tratado, depende de algunos parámetros— o porque están esperando esas pruebas. En efecto, debe haber un cierto número que precisamente corresponde a estas dificultades de tratamiento intraunidad.

Ahora bien, dentro de estos problemas de tratamiento, quiero referirme fundamentalmente a la accesibilidad a la medicación. Cuando menciono "dificultades en la provisión de medicamentos" no me refiero sólo al tratamiento antirretroviral sino a cualquier tipo de tratamiento. Cabe destacar que

también se aplica al tratamiento antirretroviral, con algunas particularidades.

Otro punto primordial: la inaccesibilidad al médico de planta. De acuerdo con los datos de superpoblación que observamos, un médico de planta tiene que visitar un pabellón con 150 internos. Es imposible que los atienda a todos; los ve a través la reja. Eso no es una atención médica.

Problemas en la entrega de medicación una vez prescrita por el médico. Hay discontinuidad. Esto es terrible a nivel del tratamiento antirretroviral —no sé si lo han mencionado en la mesa anterior—, porque una cosa es esperar cuarenta y cinco días para recibir el primer tratamiento debido al trámite burocrático que requiere ante los ministerios de Justicia y de Salud —no hay selección de cepa viral, no pasa nada allí— y otra, es cuando ya existe un tratamiento y se lo discontinúa. Por consiguiente, aparece ese gran problema que subrayé: el traslado de internos sin su correspondiente medicación. En ese sentido, el traslado de internos con su medicación y los trámites burocráticos fue una obsesión de la Procuración Penitenciaria.

En consecuencia, ¿por qué hay que modificar el artículo 33? Si bien todos conocen dicho artículo, voy a mostrarles una pequeña curva...

Moderadora. — Doctor: le quedan dos minutos para finalizar su exposición.

Sr. Meta. — Bien. Entonces, ¿por qué hay que modificar el artículo 33? La persona obviamente debe tener la serología positiva para HIV en el caso de los HIV, no de las otras patologías. En cuanto a poseer dos determinaciones de CD4 positivas, no tiene sentido que sean menos de 50 porque las nuevas clasificaciones del HIV hacen que con menos de 200 linfocitos TCD4 positivos —no digo 50— se considere SIDA, independientemente de que no tenga alguna enfermedad; y, además, todas aquellas enfermedades marcadoras. Cuando dicen “dos enfermedades marcadoras” no entiendo el porqué, ya que las enfermedades marcadoras pueden ser muy graves —por ejemplo, que determinen la muerte del paciente en esta internación— o puede suceder que sean dos o tres enfermedades marcadoras que puedan ser controladas y el paciente siga viviendo. Luego de que la infección pasa un cierto tiempo, de que decaen las defensas con los linfocitos CD4 y que sobrevienen las enfermedades marcadoras, en ese punto hablamos de enfermedad terminal para el HIV/SIDA. Sin embargo, con el tratamiento puede subsistir mucho tiempo y no implica muerte inmediata; no define nada.

Finalmente, quizá lo más importante: el artículo dice que debe tener falta de respuesta a un tratamiento correctamente indicado y fehacientemente cumplido. En la Unidad, dentro de la cárcel, esto tiene una retroalimentación negativa: si no se puede cumplir un tratamiento efectivo dentro de la cárcel, es un condicionante para que no se cumpla esta disposición de excarcelación. (*Aplausos*)

Sr. Musich. — Seré muy sintético. Simplemente haré un aporte de acuerdo a la experiencia en la cárcel, que servirá para cerrar la disertación del doctor Meta.

La ley 24.660 contiene un capítulo muy extenso, dedicado en su totalidad a la salud. Todos los años, en el informe anual, señalamos que, a pesar de esa hermosa previsión normativa, existe un contraste total entre lo que dice el capítulo de la salud y la realidad carcelaria. Cuando voy a la cárcel resulta común ver a un interno con HIV reclamando la famosa prescripción —la dieta que debería tener—, que en el mejor de los casos es un bollito de carne a la plancha con un poco de arroz blanco. Alimentos como el queso, verduras o frutas frescas no existen. Entonces, de algún modo uno observa ese contraste.

Otro tema es la accesibilidad a la medicación, que tampoco se cumple de acuerdo con lo que ordena la ley. La propia vida carcelaria hace que falle. Conozco el caso de un interno que era portador de HIV con tratamiento antirretroviral y que estuvo veinte días en el Pabellón de Ingreso del Complejo 1 hasta que un médico infectólogo descubrió que tenía prescripto dicho tratamiento y lo atendió. Es decir que pasaron veinte días en donde se interrumpió la medicación correspondiente. Este es un hecho gravísimo, porque eleva la epidemia. Por todo ello, hago hincapié en el contraste entre lo que establece la ley y lo que es la realidad carcelaria.

La ley de SIDA destaca el derecho del enfermo a la confidencialidad de su diagnóstico. Sin embargo, aquellos que vamos a las cárceles somos conscientes que todos los internos del pabellón saben que hay otro interno con HIV y tratamiento antirretroviral. Quizás a algunos no les preocupa porque ya están acostumbrados; pero eso figura en el terreno de lo abstracto, como muchas cosas en la Argentina. Hay muchas leyes, pero en la realidad no se cumplen.

Con respecto a la prevención, diría que no existe en las cárceles. Recuerdo que en 2001 se realizó una experiencia muy interesante con la intervención del CELS, que apuntaba a una política de reducción de daños con el reparto de preservativos en la cárcel de Devoto. Atento a que no se podían evitar situaciones como las prácticas sexuales intramuros, por lo menos, se reducía el daño que podía causar la enfermedad. Esa es la última referencia que poseo en cuanto a políticas de prevención.

Con relación a la reforma de la legislación, estamos trabajando en el tema. Tal como se mencionó aquí, es urgente la modificación del decreto 1058. De alguna manera, este decreto ata demasiado al juez. En ese sentido, he tenido los casos de dos internos fallecidos: Santórsola y Budiño que, conforme a las prescripciones del decreto 1058, no estaban habilitados para acceder al arresto domiciliario. Obviamente, como los jueces estaban atados a esta norma, no les otorgaron el arresto domiciliario. A los pocos meses de que nuestro dictamen médico había corroborado que no estaban dentro de los baremos del decreto 1058, fallecieron.

Entonces, es una situación difícil; no hay un pronóstico efectivo de muerte. Yo no puedo saber si me voy a morir dentro de dos años o de tres meses. Pero, evidentemente la legislación debe ser modificada a la luz del avance de los conocimientos sobre HIV/SIDA. Por lo tanto, resulta necesario reformar el decreto 1058, conforme a lo ya planteado por el doctor Vázquez Acuña.

No tengo más que decir, salvo resaltar nuevamente el contraste entre una profusa legislación existente sobre diversos temas en la Argentina y el hecho de que todo queda en el terreno de lo abstracto. Muchas gracias. (*Aplausos*)

Moderadora. — Agradezco a todos los expositores su obediencia y puntualidad con los tiempos establecidos.

A continuación, el doctor Vázquez Acuña hará un comentario.

Sr. Vázquez Acuña. — Quienes hoy escuchamos las palabras del doctor Maglio nos llevamos muchas ideas; y más que ideas, diría enigmas.

Cuando se refirió a la posibilidad del no tratamiento, me hizo recordar los fallos de la huelga de hambre en España. En efecto, yo creo en el principio de autonomía: las personas no pueden ser forzadas a un tratamiento. Sí se las puede castigar con faltas que imposibiliten la obtención de salidas transitorias, la libertad condicional o asistida y las formas de detención discontinua; pero bajo ninguna circunstancia creo que esas sanciones son revisables judicialmente. Aquí el problema es que siempre nos contestan: el Estado es garante de esa persona; entonces, hay que suministrarle —por ejemplo— alimentos por la fuerza.

He tenido casos así, en presentaciones de hábeas corpus y en otras cuestiones. Sin embargo, afortunadamente jamás tuve que llegar al extremo de tener que dar alimentación por la fuerza. Creo que ese derecho está limitado al juez y a cualquier hombre, porque es el límite que nos pone el artículo 19 de la Constitución Nacional. (*Aplausos*)

Moderadora. — Si no hay consultas, dentro de unos minutos continuamos con la próxima mesa.

— *Luego de unos instantes:* .

Moderador. — Buenas noches.

Vamos a dar comienzo al Panel IV, último de esta reunión, que se titula: "Situación de las personas privadas de la libertad con VIH/SIDA y otras enfermedades". Para el mismo se convocó a cuatro organizaciones que trabajan en el tema. Se encuentran presentes: Martha Miravete Cicero es ex detenida y presidenta de la Organización Grupo de Mujeres Argentinas; Adriana Van Kaull presidenta de la Organización Civil María de las Cárcel; Rodrigo Diego Borda, miembro del Centro de Estudios Legales y Sociales y, Juan Carlos Samiento representante de FUNDESO en Córdoba.

A continuación Rodrigo Borda comenzará con su exposición.

Sr. Borda. — Buenas noches.

En primer lugar agradezco a los organizadores de la jornada por la invitación que le han cursado al CELS.

La idea de mi exposición es ser muy breve, pues es muy tarde y entiendo que la jornada ha comenzado bastante temprano y no quiero repetir cuestiones que se abordaron previamente.

Mencionaré brevemente una cuestión que se ha resaltado en el curso de esta jornada, relacionada con un fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, que es consecuencia de un recurso de *hábeas corpus* que planteó el CELS en 2001, en amparo de las personas privadas de su libertad dentro del ámbito de comisarías y unidades carcelarias de la provincia de Buenos Aires.

La situación de las personas privadas de su libertad y la violación de sus derechos, desde hace mucho tiempo representa una preocupación para el CELS y es motivo del desarrollo de distintas acciones para abordar esta problemática. Un reflejo de ello es la acción de *hábeas corpus* que se presentó en la provincia de Buenos Aires de estas personas.

Me parece importante traer a colación este fallo que es fruto de este trabajo que fue planteado a partir de la percepción de que en algunas jurisdicciones la situación de violación de derechos de personas privadas de su libertad es particularmente grave.

Por ejemplo, en la provincia de Buenos Aires la situación de estas personas se caracteriza por el padecimiento de una grave crisis que genera hacinamiento y sobrepoblación carcelaria, fundamentalmente provocada esta situación por el uso abusivo y generalizado de la prisión preventiva. Esta situación genera, entre otras cosas, la posibilidad de que propaguen o diseminen con mayor facilidad enfermedades infectocontagiosas. Esto se consideró cuando presentamos el *hábeas corpus*.

El gobierno de la provincia de Buenos Aires reconoce esta situación de hacinamiento y sobrepoblación cuya dimensión más cruda es el aumento significativo de la cantidad de muertes. Esta es una de las cuestiones que hemos reflejado en el curso de la dos audiencias que tuvimos en la Corte Suprema de Justicia de la Nación: el aumento significativo en los últimos años de la cantidad de muertes. Cuando uno piensa en sobrepoblación y hacinamiento se representa la idea de muchas personas alojadas en un mismo lugar, pero sin lugar a dudas, implica -mucho más que un grupo de personas en un lugar reducido- un aumento significativo de la cantidad de muertes.

Como consecuencia del reconocimiento que hizo el gobierno de la provincia de estas situaciones que denunciábamos en el marco de nuestra acción de *hábeas corpus*, la Corte decide resolver no sólo lo que se le había planteado en instancia recursiva, sino también, la cuestión de fondo que era la

situación que se denunciaba en la provincia de Buenos Aires como violatoria de derechos fundamentales de los reclusos.

Esta decisión de la Corte entiendo que es sumamente significativa por varias razones. En primer lugar porque la Corte fija un precedente muy claro en el que destaca que tiene competencia como todo órgano jurisdiccional para realizar un control de constitucionalidad de las políticas públicas, en este caso de la política penitenciaria, cuando éstas resultan lesivas de los derechos fundamentales.

Esto viene a colación de que lo que se denunciaba era que la crisis, que había generado la necesidad de la interposición de esa acción, era consecuencia de distintas políticas que en materia criminal y penitenciaria el gobierno de la provincia de Buenos Aires venía llevando a cabo. La Corte dicta la inconstitucionalidad de estas políticas por resultar lesivas de derechos fundamentales.

También resulta importante el reconocimiento que hace la Corte al CELS en cuanto a su legitimación para interponer una acción colectiva en amparo de todas las personas que se encontraban detenidas en cárceles y comisarías de la provincia de Buenos Aires. El juez nos reconoció legitimidad colectiva para accionar de esa manera en representación de esas personas entendiéndolo que -y éste fue el cuestionamiento del CELS mediante el cual fundamentamos la necesidad de accionar de forma colectiva- al tener la crisis que se denunciaba un carácter sistemático, sistémico, estructural, el remedio para esa crisis solamente podía resultar efectivo en el marco de un abordaje global y no desagregado del conflicto que nosotros planteábamos como existente en la provincia de Buenos Aires.

En este sentido, el fallo de la Corte resulta un precedente muy valioso. Ese es el reconocimiento de la posibilidad de accionar colectivamente frente a problemas que son de carácter sistémico o estructural.

Y, entre otras cosas, creo que este fallo también resulta significativo porque reafirma un principio que tiene que ver con cuáles son los parámetros para valorar la legitimidad de una medida de encierro o de una detención.

Creo que la idea que reafirma el fallo de la Corte es la de que una medida de encierro o una detención ordenada por la autoridad competente no sólo será legítima por el hecho de haber sido ordenada por una autoridad competente sino que para evaluar su legitimidad debe utilizarse como parámetro el hecho de tener presentes las condiciones en las cuales se cumple esa detención. Esto quiere decir que más allá del título que haya dado origen a la detención, si ésta no se cumple respetando determinados parámetros, revisando las situaciones que agravarían las condiciones de detención o respetando determinado estándar en materia de condiciones de detención, la misma se transformaría en ilegítima.

Es decir que una detención o una medida de encierro solamente debería ceñirse a limitar la libertad ambulatoria y, en principio, no debería afectar otros derechos como el derecho a la salud. Si esto ocurre y no pueden removerse las condiciones que hacen que esa medida de encierro afecte otros derechos, más allá de la libertad ambulatoria —como por ejemplo el derecho a la salud—, se pone en crisis la legitimidad misma de la detención de la persona que debe padecer esta medida de coerción en esas condiciones.

Se ha hecho referencia a que la relación de sujeción especial que entabla el Estado con las personas que mantiene encerradas lo transforma en garante de los derechos de esas personas, como por ejemplo de sus derechos a la salud.

Esto significa que esta situación de encierro implica que en cabeza del Estado existen muchas obligaciones que éste tiene que cumplir para garantizar los derechos de la persona privada de su libertad. Entre esas obligaciones está la responsabilidad de garantizar que la merma del acceso a los servicios de salud que trae aparejada toda medida de encierro sea compensada por el Estado. Esto significa que, en esas condiciones y ante la imposibilidad de que el detenido pueda asegurarse por sí mismo el acceso a los servicios de salud, el Estado debe garantizarle el acceso a esos servicios básicos y tomar a su cargo esa responsabilidad.

Esto que viene implícito con la idea de que hay una relación especial de sujeción del Estado con respecto a las personas detenidas —sobre lo cual ya se ha abundado— y esa idea del Estado como garante de la salud de los detenidos me parece que posibilita ir más allá cuando uno describe cuáles son las obligaciones que el Estado tiene respecto a los detenidos para garantizarles su derecho a la salud.

Quiero hacer referencia a algo que creo se ha mencionado en el anterior panel y que tiene que ver con la posibilidad de impulsar políticas más agresivas en materia de salud en el ámbito carcelario y con posibilitar que en estos ámbitos tengan lugar políticas de reducción de daño, las cuales se aceptan fuera de las cárceles —digamos, extra muro— pero existe mucha renuencia para aceptar este tipo de políticas. Se trata de políticas que intentan trabajar sobre los efectos o los daños que producen determinadas prácticas, y no tanto sobre la prevención de esas mismas prácticas. Por ejemplo, me refiero a los efectos que generan las relaciones sexuales entre los internos o a los efectos que genera el hecho de que se compartan jeringas entre ellos.

Es decir que se trataría de focalizar la política sanitaria en la prevención misma de estas prácticas. Porque aunque sabemos que estas prácticas están prohibidas existen, y lo que se debe evitar es que los efectos que las mismas generan sean lo menos dañosos posible.

Y se ha hecho referencia a un trabajo que emprendió el CELS en el año 2001 en el ámbito del

Servicio Penitenciario Federal. Durante ese año nosotros habíamos implementado una serie de talleres de prevención y de tratamiento de VIH. Entre las tareas que formaban parte de esos talleres había muchas prácticas pedagógicas, de uso de preservativos y demás, y proveíamos de preservativos a los internos que participaban de esos talleres, lo cual generó bastante ruido dentro del Servicio Penitenciario.

Entendemos que esa resistencia que en su momento generó la actividad del CELS marca un límite claro a la posibilidad de que se implementen políticas de reducción de daño. Y me refiero a políticas que han dado mucho resultado en otros ámbitos; porque, por ejemplo, conocemos experiencias de otros países de Europa, como Suiza y España, en donde inclusive se han llegado a repartir jeringas en el ámbito de las unidades carcelarias. En esos casos se obtuvieron resultados muy positivos, porque no sólo no ha aumentado la cantidad de personas que consumían drogas, es decir que no generó un incentivo para que la gente utilice más estupefacientes, sino que fue muy positivo para erradicar el contagio de enfermedades infectocontagiosas, como por ejemplo el Sida.

Creo que las experiencias provechosas y efectivas llevadas a cabo en otros países también deberían ser abordadas en nuestro país dejándose de lado esta renuencia a ser más agresivos en materia de política sanitaria, como por ejemplo siendo renuentes a implementar políticas de reducción de daños.

Finalmente, me parece que una de las cuestiones que me interesaría destacar, que fue percibida en el trabajo que hicimos en el CELS en ese momento y que también es percibida en las denuncias que recibimos de parte de personas detenidas infectadas con el virus de VIH., tiene que ver con la falta de continuidad en el tratamiento que reciben las personas que padecen esta enfermedad.

El menoscabo a este derecho que está obligado a garantizar el Estado, me parece que constituye un agravamiento de las condiciones de detención. Esta situación se percibe en dos momentos: cuando ingresa por primera vez al sistema carcelario o cuando se generan traslados entre una unidad y otra. La responsabilidad en estas situaciones es absolutamente del Estado. Si el Estado no está en condiciones de garantizar la continuidad del tratamiento para las personas con VIH, si existe demora en la entrega de medicamentos, es una situación que trae aparejado que entre en crisis la legitimidad de esa detención, más allá de la validez o la legalidad del título que dio origen a esa detención. Es la lógica consecuencia de enunciar que el Estado tiene que garantizar el derecho a la salud de las personas que tiene bajo su tutela. Nada más. (*Aplausos.*)

Moderador.— Va a continuar Martha Mirabete.

Sra. Mirabete.— Señoras y señores: agradezco su presencia en este evento significativo para esta institución. Este puede ser el punto de partida para unir esfuerzos y voluntades en pos de modificar las leyes y reglamentar la situación de encierro en nuestro país. Así, por ejemplo, hemos observado los diferentes parches que ha recibido nuestro Código Penal en respuesta a situaciones estrictamente coyunturales que han respondido de manera contundente en beneficio de algunos pocos involucrados. El perjuicio, como es obvio, de esa sociedad a la que hemos hecho referencia que no es ajena pero se ubica a modo excusatorio en la vereda de enfrente bajo el slogan de "yo no fui", "no me toca", "no me corresponde". En su defecto responde a la convocatoria pergeñada por los sectores más reaccionarios y pudientes que a modo "blumbergiano" se pretenden sectorizar como ciudadanos dignos, escondiendo bajo ese trapo toda la mugre de su pasado colaboracionista para nada envidiable. Esos ciudadanos no dignos, como soy yo.

Es por ello y por la vivencia empírica en los lugares y los hechos en el encierro que nuestra organización civil decide participar activamente en el reconocimiento actualizado y puestas en práctica de los derechos humanos universales en el contexto específico del encierro, socialmente marginados, excluidos, paquetes, lacras sociales y no marginales como pretenden los justos y luminosos de siempre. A sabiendas de ello y aún con las limitaciones permanentes impuestas por sistemas cada vez más cuestionados, gestionamos para que las personas en encierro puedan lograr hablar con la Justicia Federal, provincial; aleatoriamente recurrimos en forma permanente al Procurador General Penitenciario, al Ministerio de Justicia de la Nación, al de la Provincia de Buenos Aires, a la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y al Ministerio de Salud, área Hamilton, logrando que se apliquen los derechos de los detenidos, fundamentalmente, en el área de salud, ya que estamos en condiciones de declarar universalmente que todos los lugares de encierro de la República Argentina adolecen de infraestructura hospitalaria básica y sanitaria mínima para cubrir las necesidades básicas de las personas en encierro.

Es aquí donde planteamos una estrategia para comenzar a solucionar todos los problemas en situación de encierro que nos acercan peligrosamente a todo el genocidio de los 70. Y digo esto por aquellos que dicen que en nuestras cárceles no se producen muertes dudosas por falencias del sistema en el encierro.

Entonces, debemos pensar en nuestra responsabilidad como seres sociales para luchar por un cambio en la legislación penal, que definitivamente pongan las cosas en su lugar. Y esto significa que los responsables de la administración de justicia sean ellos responsables por su forma o modo de hacerlo. Así como hace 24 horas se cuestionó la imagen de un juez de ejecución.

Nosotros no debemos justificar, de modo alguno, el tratamiento inhumano a que son

sometidos los seres humanos en encierro en la República Argentina. Consecuentemente invito a la reflexión sobre el controvertido tema de la ley de ejecución penal, en particular el cuestionado artículo 33.

Para ayudarnos con ello analizaremos lo siguiente:

-Se exhiben filminas.

Sra. Miravete. — Derechos humanos: ¿existen en 2005? ¿Hay genocidio encubierto?

El citado artículo fue modificado en el año 1997, después de un reclamo en cadena, con cárceles tomadas por mejoras en las leyes y atención en salud intramuros. Lamentablemente muchas situaciones intramuros no han sido tenidas en cuenta en dicha reforma hasta el día de hoy. Sólo da posibilidades individualistas, como Videla u otras personas con más de 70 años, y no colectivas como para compañeros que aun siguen detenidos, ignorando la situación de salud de las personas con cáncer u otras discapacidades, ya que la mayoría de los lugares de encierro no poseen infraestructura adecuada para la contención y alojamiento de las personas minusválidas: rampas, sanitarios, camas, etcétera.

Esto hace que hoy se pida a gritos, desde el interior de los lugares de encierro, un cambio de la política de atención, seguimiento de la situación procesal y penal de un individuo privado de la libertad. Todos estos años, en muchos casos que investiga esta ONG, desde nuestra experiencia empírica, han concluido con la muerte de individuos dentro de la cárcel, por el hecho de que en silencio se espera que los jueces tomen una medida adecuada y humana respecto de su situación terminal de salud. Eso no llega por burocracia administrativa —gracias a esas palabras conocí al juez Narizzano— y falta de compromiso de aquellos que administran la justicia.

Las personas privadas de la libertad no ejercen el derecho a la salud. Hoy por hoy, la situación de la Justicia es crítica, porque no sólo el VIH es la enfermedad principal en las cárceles ni es el principal motivo de muerte en el encierro. El abandono de persona, la mala praxis, tratamientos interrumpidos, informes forenses deficientes o conveniencia del establecimiento, dan como resultado el estado vegetativo y terminal en las salas individuales, sin tener el derecho a una muerte digna, como en la Unidad 22. Ligado a esto podemos denunciar los informes médicos inexactos, las historias clínicas insuficientes, los enfermos de cáncer, la diabetes, los paros cardíacos y las crisis asmáticas severas - como la de Torres en la Unidad 3-, los grados de discapacidad, la tuberculosis, neumonía, todos son soslayados y concluyen cumpliendo sus condenas sin tener un alto desde el sistema que reconozca su derecho a la salud y a la dignidad a vivir.

Pero el Código Procesal Penal de la Nación, artículo 495, lo saqué del libro del señor juez Axel López, dice que la ejecución de una pena privativa de la libertad podrá ser diferida por el tribunal de juicios solamente en los siguientes casos, cuando deba cumplirse por una mujer embarazada o que tenga un hijo menor de 6 meses al momento de la sentencia —como Ana Santillán que está esperando su libertad—, si el condenado se encontrase gravemente enfermo y la inmediata ejecución pusiere en peligro su vida según el dictamen del período designado de oficio, como la señora Torres, discapacitada por un problema asmático. Y se seguiría, cuando cesen esas condiciones, la sentencia de ejecución inmediata. Aquí los legisladores deberían ver este último párrafo porque eso tendría que ser *post mortem*.

Ni la ley federal ni provincial contempla al individuo. Ni hablemos de las personas discapacitadas, a pesar del artículo 18 de la ley 24.658, de Protección de los Minusválidos, y la resolución 705/2000 del Ministerio de Salud que dice que se apruebe la incorporación al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica -el cual todavía no veo en las cárceles federales ni provinciales- del marco básico de organización y funcionamiento de prestaciones y establecimientos de atención a personas con discapacidad. Hoy por hoy: Unidad Penal Nº 33, Zulma Souco y Teresita.

No debe haber diferencias en la atención de la salud. Los privados de la libertad también somos parte de la sociedad, porque la sociedad no está capacitada ni conscientizada de la realidad de la situación de las personas privadas de la libertad. Y además, sin tener conocimiento legal, cuestionan una realidad ajena a los procesos judiciales y de tratamiento sólo queriendo una pena de muerte encubierta, la que es ejercida por algunas partes del Estado, y no viendo una proyección de integración social al individuo privado de la libertad.

Las áreas del Estado, como los hospitales, no aceptan a personas con privación de la libertad, dando como resultado que, más allá de su situación de salud, los que se encuentran en estado terminal siguen encadenados como en *post mortem*, como Lorena Caliso que murió el año pasado encadenada en el Hospital San Martín.

La información de la misma población intramuros, la situación de la salud en los establecimientos ha llegado a un extremo en el cual hay un alto riesgo de falta de contención para los internos y las internas, de que sus afecciones o lesiones no reciban adecuado tratamiento médico. Resguardar la vida de nuestros y nuestras pares de VIH, que no se les utilicen como conductores de beneficios y que se resguarde la integridad física de la vida intramuros para ellos y para toda persona en estado terminal o con discapacidad.

La falta de programas intra post muros. La mejor atención para las personas con problemas de salud. También hay que capacitar a sus familiares y a sus pares que conviven las 24 horas en el pabellón y no para el celador que está afuera de esa reja. Se debe tener en cuenta y realizar seguimientos a

través de las áreas competentes que no cumplen sus funciones: los médicos titulares de las causas, los médicos forenses, los asistentes sociales — para eso los hay en cada unidad—, atención y seguimiento de historias clínicas como también, como cuando es post muros, a través de los patronatos de liberados. Sería muy bueno tener médicos de parte externos a los códigos del Servicio Penitenciario Federal, para que no haya tampoco estas falencias.

Reclamamos tras las rejas. En estos momentos existe un acto que lo dirige una persona de la época del Proceso, que ha entregado alumnos donde era profesor, y la hipocresía se suma a su discurso. Realmente, hay que lograr un trabajo de redes e integrar a otros compañeros pares que en estos últimos años se han sumado a esta lucha de encierro. Y reclamamos participación "interactuada" con el gobierno, que gracias a Dios hoy está presente, y madres que estuvieron aquí presentes y pudieron hablar con ellos, y organizaciones no gubernamentales, que hoy agradezco que también estén presentes.

Desde esta ONG realizamos programas de integración humana social y lo hacemos a través de las unidades provinciales y federales llevando información a las cárceles, y no sólo a los compañeros sino también al Servicio Penitenciario, los que nos golpean, los que nos maltratan y los que nos coaccionan.

Axel López, si me corto es porque no me están dando bolilla afuera; si me como una cuchara es porque ese celador o esa jefa de área no me atiende; y yo a Tamara Amarilla le he curado sus tajos porque lo único que ella reclamaba era ver a su hijo.

— *El doctor Axel López realiza manifestaciones fuera de micrófono.*

Sra. Miravete. — No, te cuento, el sistema penitenciario hace que los puntajes hagan la rebaja para que esa chica pueda salir en libertad. Esas cosas hacemos con nuestros compañeros y familiares. Eso es lo que hicieron las compañeras en la Unidad Penal Nº 33, en prevención de SIDA. Esas son mis compañeras de la Unidad Penal Nº 3, donde no puedo entrar porque soy una persona no grata. Esas son mis compañeras de la Unidad Penal Nº 33, donde hoy estoy llevando proyecto de trabajo intramuros.

Infraestructura en las unidades. No hay para discapacitados. Por favor, basta de genocidio encubierto; porque Cecilia Lecchi, que murió de VIH en la Unidad Penal Nº 33 y fue mi pareja, no pudo tener su arresto domiciliario; porque Lorena Calipso, que fue positiva, murió en la Unidad Penal Nº 33 y tampoco tuvo su beneficio; porque Alicia Villa también murió positiva en la Unidad Penal Nº 3; porque la abuela Almirón, que fue la abuela de todas en la Unidad Penal Nº 3, murió de diabetes después de siete horas de tocar rejas y no había médicos en la Unidad; porque Ana Molina murió hace pocos años de cáncer en el Pabellón Nº 7 ya que no sabían lo que tenía; y porque Albanese, hoy su hermana está en la Unidad Penal Nº 3 de Ezeiza, murió de Mal de Hopkins ya que en Devoto no la atendieron en su momento.

Cambien las leyes para que no más compañeros y compañeras mueran en el encierro. Somos una ONG de personas, de familiares y de profesionales que queremos ver un cambio de política y no un genocidio encubierto, y no que se coman la plata los de arriba y que sigamos muertos detrás de las rejas. Gracias. (*Aplausos*)

Este aplauso es para mis compañeras que están arriba reclamando que se las escuchen. Y por los que usaron a Cecilia en el CRB. Ahí estás vos, Patronato de Liberados, y viste cómo la usaron a Cecilia Lecchi en el CRB. Por todos ustedes, ¡quiero justicia para mis compañeras muertas! (*Aplausos*)

Sr. Sarmiento. — Gracias a Martha porque fue puntual.

Continuamos con la señora Adriana Von Kaull, presidenta de la Organización María de las Cárceles.

Sr. Von Kaull. — Gracias, doctor Vázquez Acuña por invitarnos a participar hoy.

La institución que presido, María de las Cárceles, hace 12 años que visita las cárceles de la provincia de Buenos Aires. Hemos trabajado en el Instituto General Manuel Belgrano de menores varones y en el Instituto Ursula Inchausti de mujeres menores. También hemos estado en la Unidad Penal Nº 16 de Caseros y en la Unidad Penal Nº 2 de Devoto. Recorrimos muchas cárceles de la provincia de Buenos Aires y todas las semanas estamos sentadas con los internos en los pabellones compartiendo con ellos el mate, a veces un poco de pan o algo que logramos llevar.

Hace siete años que somos las catequistas del Pabellón de Homosexuales de la Unidad Penal de Florencio Varela. Dentro de la cárcel existe una clase social, la cual afuera te marca como algo malo pero que en la cárcel es algo real, que es el paria. El paria es aquel que no tiene visitas de ningún tipo, es aquel que no tiene ninguna contención de afuera. Y la característica de los pabellones de homosexuales dentro de las cárceles es que no pueden salir a compartir nada con el resto de la población. No van a la escuela, no pueden tener visitas con el resto de la población, no salen a trabajar y están todo el día dentro del pabellón. Entonces, las pocas visitas que reciben —como la nuestra, dentro del pabellón— terminan siendo para ellos el único resquicio de luz y de aire fresco

Cabe destacar que los que pertenecemos a la institución somos todos católicos practicantes y que a través del trabajo desarrollado en los penales desde 1993 aprendimos a mirar a los internos con otros ojos. Por consiguiente, empezamos a analizar qué se necesitaba en los penales y nos dimos cuenta de que debíamos dejar de lado la evangelización para abocarnos con profundidad, con fuerza y con

ganar a la educación y al trabajo dentro de los pabellones con los que trabajábamos. En consecuencia, se implementaron talleres de capacitación laboral y estamos visitando semanalmente cuatro cárceles de la provincia: la 1 y la 26 de Olmos, la 24 y la 32 de Florencio Varela y acabamos de incorporar la 31 a partir de mañana. O sea que, con esta última incorporación, serían cinco.

¿Cuál es el motivo de nuestro trabajo? A partir de la tarea que emprendimos, observamos que en la cárcel no había espacio para nada sino para tirarse en una cama, para hablar pavadas y para ser violento. El gran problema que existe en los penales es la droga lícita. ¿Hay cocaína? Sí hay cocaína. ¿Hay marihuana? Sí hay marihuana. ¿La trae la familia? La trae la familia. ¿La trae el penitenciario? La trae el penitenciario. Todo es real.

La pastilla se distribuye con una facilidad que ustedes no podrían creer. Hay casos de internos que se cortan porque les han sacado un *Rivotril* por día o que toman ocho a quince pastillas por día. ¡Esto es gravísimo! Recuerden que en la Argentina los presos salen: no hay presos que se queden en la cárcel toda la vida. Recién ahora las condenas serán aparentemente más largas; pero hoy por hoy la realidad es que los presos salen. Y si salen con ese nivel de "pastillado" permanente y diario: ¿a qué salen? ¿Cómo salen?

Yo no soy abogada ni médica. Soy simplemente una comprometida con el preso. Quiero generar en los internos esa posibilidad que no tuvieron afuera, que cuando pasaron por una escuela dijeron: "¡Qué bien! Que estudie otro"; que cuando pasaron por algún instituto de enseñanza de computación, dijeron: "¡Qué lindo manejar una computadora!. Que lo haga otro"; que cuando pasaron por un lugar en donde le podían dar un poco de dignidad, lo dejaron pasar. Por lo tanto, a esa tarea estamos abocados.

Actualmente, estamos instalando talleres de computación, de reparación de PC. Les pedimos a las empresas que nos donen computadoras en desuso y de reserva, las llevamos a la cárcel, los internos las reparan gracias a los cursos de capacitación que reciben de la Universidad Tecnológica Nacional y luego las donamos a escuelas carentes que las solicitan. Desarrollamos un círculo muy interesante de trabajo.

Los internos de los pabellones que visitamos y que han salido durante los últimos tres años no han vuelto a delinquir y algunos han puesto casas de reparación de PC. Tenemos el caso de un ex interno que armó un instituto para enseñar computación solamente con dos computadoras y cobra 4 pesos la hora. ¡Está contentísimo! Realmente trabajamos con el fin de que todos esos internos tengan una posibilidad. Gracias a Dios estamos creciendo; y el Servicio Penitenciario Bonaerense nos está dando una mano grande para crecer y para que esos internos puedan tener una vida digna.

También nos abocamos muchísimo a la situación judicial de los internos: nos hacemos cargo de las causas. Este tema del paria es muy importante en la cárcel, porque si él no tiene alguien que le mueva la causa, su causa siempre es la de abajo. Si la familia va y pregunta, entonces la causa se saca y se mira; pero para el que no tiene familia o quien le mire su causa, su causa siempre es la última. Hubo un interno que estuvo cuatro años preso sin conocer a su defensor oficial.

Trabajamos mano a mano con los defensores oficiales. Ahora, gracias a Dios, ya lo hacemos por teléfono; pero durante mucho tiempo hemos recorrido todos los departamentos judiciales. Hemos llegado a un convenio con el Departamento Judicial de San Martín y con el de Lomas de Zamora.

Nuestra tarea junto a los defensores oficiales está destinada a lograr las salidas transitorias y que los internos realmente puedan tener una posibilidad de dignificarse dentro de la cárcel, por trabajo y educación y dignificarse fuera de ella, para conseguir los beneficios que judicialmente correspondan.

Con respecto a los enfermos en la cárcel, les doy el ejemplo de un muchacho que tenía todas las posibilidades de conexión —todas las tenía—, que estaba en una silla de ruedas y con bolsitas por todos lados. ¡Era una cosa terrible! No logramos que saliera en libertad; se murió preso. No se murió en la cárcel: se murió en un hospital.

El año pasado todos tuvimos la oportunidad de observar por la televisión a gente de los hospitales que decía: "No queremos a los presos como pacientes". No los recibían.

La situación de un enfermo que está pasando por una situación de angustia —como es la enfermedad— y privado de su libertad, es espantosa. En Sanidad es atendido por sus propios compañeros, porque ni los médicos ni los enfermeros se hacen cargo de los internos que están enfermos. Esa es la verdad. ¡Los médicos penitenciarios son de terror! Trabajan ocho días por mes y cobran sueldos bastante interesantes. Es muy espantoso, pero están atendidos y contenidos por sus propios compañeros. ¿Se imaginan lo que significa morir en un hospital atado a una cama con una cadena? ¡Es horrible!

Por lo tanto, nuestro compromiso con el más necesitado sería conseguir que a los enfermos se les permita salir en libertad o con arresto domiciliario. En su casa siempre va a ser mejor. Que se mueran con dignidad, si se tienen que morir. Y si tienen que seguir enfermos, que tengan una enfermedad con dignidad.

Fuimos convocadas por la Subsecretaría de Política Penitenciaria en 2003 para concurrir a la Unidad Penal 29, de alta seguridad. Es la unidad penal de la provincia de Buenos Aires, de la Argentina, donde están los presos más peligrosos del país. Hubo gente de Coronda, de Rosario, de Santa Fe, de San Luis, de Salta y muchos bonaerenses e internos de los nuestros, que por razones de seguridad iban

a parar ahí. La convocatoria tenía como objetivo poner en marcha un programa de dos años de duración denominado "Prevención de conductas agresivas".

En la Unidad Penal 29 los internos están con un mameluco especial y salen esposados de sus celdas. Tienen sólo tres horas por la mañana para salir al patio y otras tres horas por la tarde. El resto del día están absolutamente solos, dentro de su celda. No comparten la celda con otro interno. Realmente, son situaciones terribles. Esto trae muchísimos problemas y sobre todo el suicidio. Los internos se suicidaban con gran facilidad. Además, los colchones no son ignífugos, más allá de que tratamos por todos los medios de conseguirlos. Encienden un fosforito y el colchón explotó y reventó al interno, a la celda y no se pueden abrir las rejas porque se infla el metal. ¡Es un desastre!

Entonces, realizamos un trabajo semanal. Esa cárcel tenía alrededor de 200 internos y no podíamos verlos a todos porque concurríamos sólo dos personas. Sin embargo, se bajó el nivel de suicidios, llegando a cero.

Ahora bien, no sucedió lo mismo con las pastillas. ¿Por qué? Porque la pastilla trae el corte, el pegarse la cabeza contra la pared y las rejas —muy común en la cárcel— y ocasiona las convulsiones. Las pastillas que se usan son: *Diazepam*, *Rivotril* y *Artane*. ¡Es terrorífico! ¡El *Artane* es para el Parkinson!

Recuerdo que íbamos los jueves a la cárcel y en una oportunidad vimos a una de las internas con una cara demudada. Las visitas en ese penal eran a través de un vidrio. Le pregunto: "¿Qué pasó?". "¿No tuviste visita ayer?" Me dice: "No, no tuve visita ayer y, en verdad, Adriana, me sentí tan mal que pedí una 'plancha'". ¿Sabes lo que es una "plancha"? Una inyección de calmante. ¡Una inyección! Le dan "la plancha" y duermen durante 24 horas. La interna la había pedido y se la dieron.

Creo que nosotros tenemos muchas cosas que arreglar y lo debemos hacer como sociedad porque todos tenemos la responsabilidad de todo. Los jueces no quieren dar la libertad asistida, no quieren dejar salir al enfermo.

El otro día en la cárcel 24 me contaron el caso de un interno a quien el juez le firmó la libertad porque ya estaba la enfermedad en condiciones dramáticas, y el fiscal apeló y además denunció al juez para que le iniciaran un juri. Si realmente el magistrado consideró que el interno estaba grave, que tenía que irse a su casa, ¿cómo va a venir un fiscal a apelar y a decir que no es correcto lo actuado por el juez?

Creo que todos tenemos que hacernos cargos de estas cosas. No podemos pedirle a los jueces que sean benevolentes, al servicio penitenciario que sea más elástico, a las familias que "banquen". Si Chabán sale en libertad y nosotros tenemos hace un año y medio a un preso por amenazas, no podemos decirle: no te preocupes, lo que pasa es que Chabán tiene plata. ¡No podemos!

Este es un problema social que debemos encararlo socialmente. No tiene que cambiar sólo una parte de la sociedad, no podemos mirar y decir: la justicia tiene que cambiar, todos tenemos que hacerlo.

Hay algo que nos compete a todos nosotros que sí tenemos algo que ver con las cárceles y es desmistificarla. No vienen los venusinos a robar, ni tampoco los marcianos; la cárcel está llena de gente como nosotros: que viaja en colectivo, en subte, la que camina por la calle, la que está en el supermercado, la que me encuentro en el Camino Negro cuando voy a los tribunales de Lomas de Zamora. Esto es muy importante.

La cárcel tiene que ser un lugar donde la sociedad sepa que hay gente con las mismas posibilidades y oportunidades. No se las podemos negar. No podemos seguir discriminando pero tampoco podemos seguir siendo como una especie de ghetto, nosotros hablamos todo y nos decimos todo, pero salimos de este lugar y no podemos seguir hablando. Entonces, yo me convierto en una señora que va a su casa... ¡No! Este es un problema social.

Les repito que yo no soy abogada, ni médica, no tengo nada para mostrarles, les quiero contar desde el corazón el compromiso que desde María de las Cárceles tenemos con los presos y las ganas que tenemos de que esto cambie. Que podamos invitar a la gente a que participe de todas las actividades y que realmente podamos cambiar la sociedad. Gracias. (*Aplausos.*)

Moderador. — Tiene la palabra Juan Carlos Sarmiento, de FUNDESO.

Sr. Sarmiento. — Antes que nada agradezco a todos los que se han quedado hasta tan alta hora. Un especial agradecimiento para Martín Vázquez Acuña que fue el mentor de este encuentro y un fuerte aplauso para él. (*Aplausos.*) Como así también para el profesor Márquez que ha podido concurrir, un gran amigo.

En primer lugar, celebro que se realicen estas charlas o talleres en este lugar. Conozco la cárcel desde hace mucho tiempo -por suerte nunca estuve en ella-; lo que hemos venido contando no difiere mucho de lo que sucedía cincuenta o cien años atrás. Las cosas siguen siendo las mismas. Creo que la institución carcelaria ha caducado, no cumple con la finalidad que debe tener. Por lo tanto, pongo en tela de juicio si es válido o no estar detenido dentro de esas cárceles, como estamos hablando.

Centralizo mi trabajo en la provincia de Córdoba, precisamente en la ciudad de Córdoba. En la provincia hay dos penales. Uno es conocido por los últimos motines que se han realizado, es el penal del barrio de San Martín, en el cual con FUNDESO interpusimos *hábeas corpus* en beneficio de los detenidos que estaban allí -tanto los presos comunes como los que tenían problemas de salud con VIH/SIDA- porque se había incendiado el hospital, no había luz ni agua, hubo varios muertos, tanto del

servicio penitenciario como detenidos comunes. Fue realmente espeluznante y sigue siéndolo.

Posteriormente a eso, se los cuento sintéticamente, hubo un grupo de detenidos que salió con un camión -se vio en todos los canales-, se estrelló contra un árbol mucho antes de salir del perímetro del penal. Ahí detuvieron a 22 personas, las llevaron a la vieja Cárcel de Encausados. Los detuvo la policía de la provincia de Córdoba y los sometieron a torturas desde la hora 20 o 21 hasta la hora 8 o 9 de la mañana siguiente. Incluso, hubo delitos contra la integridad sexual de esas personas, de las cuales nos hemos constituido en calidad de querellantes.

Estas cosas pasan en nuestro país, donde vemos que una persona que tiene que resguardar la integridad física de otra -ya sea servicio penitenciario o policía-, en este caso la policía, le obliga a un detenido, para evitar que lo mate, a que le practique sexo oral. Estas denuncias están en la causa. La situación carcelaria es más o menos similar en todo nuestro país, y no ha cambiado mucho, como antes mencioné, de lo que era cincuenta o cien años atrás.

En un trabajo que hicimos con FUNDESO, que fue dirigido por el doctor Vázquez Acuña, realizamos un relevamiento del que resultó que en el penal de San Martín la capacidad estaba un 176 por ciento cubierta. Hoy, ese mismo penal, después del motín, no ha modificado su situación. Tenemos lugares para dormir -los nombro de esta manera porque no se les puede decir calabozos, no sé que son de tres por tres en los que hay doce personas durmiendo o tratando de hacerlo.

En el pabellón 15 se encuentra la parte de castigo, donde solamente les permiten salir entre 10 y 15 minutos, en el cambio de guardia, después los mantienen todo el día adentro de esta celda donde no hay luz artificial -no es que falta la lamparita, ni siquiera esta el portalámparas. Hay gente con VIH a quienes no les hacen los controles necesarios al ingresar a la celda de castigo. Primero, por las leyes que nos rigen tanto a nivel nacional como internacional las personas que están en una situación de salud delicada no podrían ser sancionadas. No obstante eso, pasa.

Tanto es así -para que se den cuenta de lo que sucede-, que tenemos casos de sarna en personas; no sé si te acordarás, Martín, que hicimos un relevamiento al respecto.

A lo que voy es a que el sistema penal presenta una esquizofrenia, porque a la persona que ha vulnerado la ley le imponen una pena, ya sea a quien esté penado o con una prisión preventiva, y le dicen: "Usted ha vulnerado la ley", pero resulta que ese mismo sistema no cumple la ley. Entonces, ellos tienen la posibilidad de sancionarte porque has vulnerado la ley pero, a su vez, no son sancionados cuando no la cumplen.

¿A qué me refiero? Nosotros tenemos la Ley 24.660, cuyo artículo 33 creo que hay que modificar, pero lo que pedimos es que se cumpla. A veces me dicen: "Ustedes, los abogados, están a favor de los presos", y a ellos les respondo que yo no estoy a favor de nadie y que lo único que quiero es que se cumpla la ley. Ustedes sancionaron una ley, y bueno, hagámosla cumplir.

Por eso menciono esta esquizofrenia en la cual sancionan a las personas pero ellos no cumplen las leyes.

En cuanto al artículo 33, puntualmente en la parte que hace referencia a "una enfermedad incurable y en período terminal", coincido con lo mencionado por Martín, y voy a citar un caso. Nosotros tenemos una persona que padece osteoporosis y, además, artritis reumatoidea, o sea que prácticamente no puede caminar y el Servicio Penitenciario le ha hecho una atención totalmente deficiente a nivel médico. Tanto es así que una de las vértebras se le ha roto y se le ha superpuesto; por lo tanto, prácticamente no puede caminar. Además de estar en un pabellón de los buenos, que tiene cincuenta personas, tiene cuatro baños, tres duchas y solamente en uno de esos baños hay inodoro que, con gran sentido de la humanidad —si se puede decir así— se lo dejan usar.

Dentro del penal no hay sillas de ruedas. Por lo tanto, aprovecho para que todo aquél que pueda conseguir una silla de ruedas para este muchacho, con mucho gusto lo voy a acompañar para llevársela al Penal de San Martín.

Estamos hablando de una ley que no es cumplida por el Estado; por lo tanto, celebro esto que se lleva a cabo hoy y que dentro de los poderes que nos gobiernan se den este tipo de charlas. Por lo menos nos estamos interiorizando y preocupando. Ojalá que se modifique el artículo 33 para los casos puntuales como éste y para muchos más que ustedes han de conocer.

Por eso, coincido totalmente con lo expuesto por el señor Martín Vázquez.

Si la cárcel no cumple función alguna —por todo lo que han dicho los demás— y, no obstante ello, se mantiene, por lo menos que los encarcelamientos sean legales y se respete la ley.

Celebro el fallo de la Corte Suprema respecto del hábeas corpus que presentaron los compañeros del CELS. Pero debo decir que el hábeas corpus se presentó en el año 2001, y supuestamente debería ser un proceso rápido en cuanto a la resolución respecto del agravamiento y las condiciones de detención; sin embargo, ya estamos en el año 2005. A mí no me extraña que los fallos —al igual que las leyes— vayan detrás de los acontecimientos, pero no tanto.

Nos sorprenderemos si hacemos un recuento de todas las personas que han fallecido privadas de su libertad en las distintas cárceles del país desde el año 2001 hasta el 2005. ¿Y quién las devuelve?

Nadie nos devuelve el tiempo que pasamos detenidos, y nuestra vida es irrepetible. Los magistrados y los funcionarios se tienen que dar cuenta de eso.

No sé la cantidad de muertos que habrá habido en estos cuatro años ni los que hubo antes,

como en el caso de la matanza producida en 1978 en el Pabellón 8 de la Cárcel de Devoto, en donde se masacró y se prendió fuego a las personas de ese pabellón. En ese entonces había un gobierno militar, pero las personas que estaban ahí eran iguales a todos nosotros y, sin embargo, nunca se encontró a los responsables.

Que se cumpla la ley, y que los que no la cumplan sean responsables. Digo esto porque, por ejemplo, todos saben que en algunos casos a los presos de Córdoba los llevan a la Cárcel Encausados y los torturan durante 12 horas; entonces luego, cuando van al fiscal, los presos dicen "¡No; me va a interrogar!". Es decir, el preso asume el rol de victimario y el fiscal así se lo hace sentir, en vez de hacerlo sentir como la víctima; o sea, le dicen: "Vos sos preso y tenés la culpa de que los otros te agarren a trompadas o de que te quieran meter en el ano el bastón con el que te pegaron."

Tenemos que darnos cuenta de los derechos que nos asisten. Actualmente las personas que están privadas de la libertad son víctimas de este sistema perverso que hay que modificar. Hay que darles salud, educación y seguridad a todos.

Nada más. (*Aplausos.*)

Moderador.— Si nadie desea hacer preguntas, daremos la palabra al doctor Agúndez para que haga el cierre de la reunión.

Sr. Agúndez.— En mi carácter de presidente de la Comisión de Justicia y Asuntos Penales del Senado, y en nombre del Congreso de la Nación, quiero agradecerles por la realización de esta fabulosa jornada en la cual seguramente hemos aprendido todos.

Agradezco a las organizaciones no gubernamentales y por la crudeza que utilizan para decir la verdad, porque es necesario que nosotros sepamos cuál es esa verdad.

No pude escuchar todas las posturas porque a veces tenemos que estar presentes en otras reuniones y le comentaba a la secretaria de la Comisión que las propuestas debían ser concretas. Y no me cabe la menor duda de que hay que modificar esto. Nosotros venimos trabajando desde el año 97 cuando presentamos aquel proyecto sobre el SIDA en las cárceles. Nos contestaron algunas cosas bien, otras mal. Después, para la atención de esos pacientes, propusimos el Hospital Penitenciario y siempre chocamos con lo mismo: las partidas y el Presupuesto. Como si toda la Argentina y la legalidad de nuestro país estuviera basada en partidas presupuestarias. ¡Si en un presupuesto de tantos millones de pesos no se puede distraer algo para los hermanos que están en las cárceles! Ese es un compromiso que tiene el Congreso de la Nación. Cada uno en su pueblo, ciudad y provincia donde vive tiene estos problemas y los ve en forma directa.

Así como el CELS presentó el hábeas corpus, tenemos que destacar a la jueza que en sus funciones y en su claridad intimó a un ministro de la República. Tenemos que decirlo porque estas son las cosas importantes que debemos recalcar. Así como pasa eso, hemos trabajado en otros aspectos. Una cosa es la prisión, que se puede merecer como reproche penal, y otra es el trato inhumano a seres que están en forma relativa en las cárceles argentinas.

Lo que les puedo decir es que ustedes se llevan el compromiso de que vamos a hacer todo lo posible para ir tratando de zanjar estos problemas serios que van hacia la violación de los derechos humanos si no se determinan prontamente.

También necesitamos propuestas para llegar a la cuestión justa. Como les mencioné antes una jueza le dijo a un ministro del Poder Ejecutivo: "ustedes no cumplen, los intimo...". Y yo les digo que he visto la degradación del ser humano en la promiscuidad y en el hacinamiento, porque pasa en todas las cárceles de la República Argentina, sean federales o provinciales. También hemos visto en las provincias cuando un Poder Ejecutivo se inmiscuye en la Justicia para que ordene la prisión domiciliaria, que es una facultad exclusiva del juez. Y se da el auto de soltura a una persona que estaba infectada con el virus de HIV y, sin embargo, a los cinco días asesina a un oficial de policía.

Todas estas cosas las tenemos que compensar, firmemente, por la solidaridad, por los derechos humanos, pero con los equilibrios lógicos.

Cuando el año pasado presentamos la reforma penal, no digo que fue buena ni mala, por las circunstancias en que se trató, yo hablé en nombre de la reforma y dije que en las cárceles argentinas entran personas malas y salen salvajes. Esa es la realidad -como se dijo acá- de cárceles que hace 50 años están en el mismo estado o empeoraron.

Tenemos que hacer rápidamente un estudio profundo para que podamos concretar una buena reformulación del Artículo 33, ya que es un artículo difuso y debe tener mayor claridad. Ya ha habido modificaciones a esta norma, en un proyecto de los senadores Meneghini y Galván. Si entre todos los que tenemos capacidad y experiencia lo hacemos, la reforma va a ser buena.

Esta es la casa de la democracia, por lo tanto es la casa de todos los ciudadanos. Por eso les pedimos que presenten los proyectos como particulares, que nos los traigan a la comisión; todos tenemos capacidad de opinar y hacer la mejor ley para que no tengamos que reformarla dentro de algunos años.

Muchas gracias a todos.