

Mar del Plata, 30 de diciembre de 2015.

VISTO

El contenido de la presente acción de Habeas Corpus articulada por la Señora Defensora General Departamental Dra. Cecilia Boeri, a favor de toda la población carcelaria alojada en el Complejo Penitenciario Batán, registrada en éste Juzgado de Garantías nro. 4 bajo el nro. 08-00-61-15/00.

Y CONSIDERANDO.

PRIMERO. OBJETO DE LA ACCIÓN.

El 9 de diciembre de este año, la Dra. Cecilia Boeri, Defensora General de Mar del Plata, interpuso **Habeas Corpus colectivo preventivo y correctivo**, que tiene por objeto dentro del marco de **control de las condiciones de detención de las personas actualmente alojadas en el Complejo Penitenciario Batán**, obtener el cumplimiento de los estándares requeridos por la Constitución Nacional (art. 18) y las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos en lo que hace a la salud de los internos y específicamente en punto al agravamiento de la misma ante la falta de recaudos para detectar, brindar tratamiento y evitar el contagio de la **Tuberculosis de las personas allí alojadas** (*arts. 18 y 43 Constitución Nacional; art. 8 Declaración Universal de Derechos Humanos; arts. 7, 9 y 10 Pacto Internacional Derechos Civiles y Políticos; arts. 5, 7 inc. 6 Convención Americana de Derechos Humanos; arts. 11, 15, 30 inc. 1, 30, 36 inc. 8 Constitución de la Provincia de Buenos Aires; arts. 1, 9, 58, 59, 60, 63, 64, 65 Ley 24.660; arts. 405, 406, 25 inc. 2 Código Procesal Penal de Buenos Aires; Arts. 4, 5, 9 inc. 1, 2, 3, 4, 6 y concordantes*).

Se expone en la presentación que **durante el transcurso del año 2014 y el año en curso, se han producido varios fallecimientos por tuberculosis**, algunos de ellos sufridos por personas **cuya enfermedad no había sido previamente detectada por el Área de Sanidad** y otros en los que **la constatación fue tardía y con las consiguientes consecuencias fatales**.

Alega la Sra. Defensora General que el fallecimiento de estas personas, resulta sumamente preocupante **no sólo por la pérdida irreparable de vidas humanas bajo la tutela del estado**, sino porque permite inferir que **pueden existir otros muchos casos de enfermos que aún no han sido diagnosticados y que no están recibiendo atención médica**.

Se remarca que la situación **se agrava ante las condiciones de detención del complejo, caracterizadas por hacinamiento, deficiente ventilación y alarmante falta de higiene**, extremos que generan un caldo de cultivo favorable para la difusión de la enfermedad y el riesgo de generación de una epidemia –lo que en realidad podría estar sucediendo ahora mismo sin ser detectado– atento la ausencia de controles idóneos.

A partir de junio de 2014 la Defensoría General registra cinco casos verificados de TBC:

1. **FERNANDEZ GUTIERREZ, Jonathan**, fallecido el 28 de junio de 2014 en el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA), alojado en la UP 15. Se encontraba internado en el HIGA. La causal de muerte: TBC diseminada, contraída en el lugar de detención y no diagnosticada en el área de Sanidad del establecimiento donde cumplía pena.

2. **OJEDA MANSILLA, César**, fallecido el 2 de noviembre de 2014 en el HIGA, alojado en la UP 15, siendo la causal de muerte TBC.
3. **GOMEZ CORONEL, Ramón**, fallecido en el HIGA el 24 de febrero de 2015, alojado en la UP 15. Causa de muerte TBC. Había sido tratado por diabetes en Sanidad y recién en el Hospital extramuros se le diagnosticó la tuberculosis.
4. **FANDIÑO VILLANUEVA, Cristian**, fallecido el 24 de febrero de 2015 en el HIGA. La Defensa lo incluye en el listado haciendo referencia a la IPP 19042/15 donde se investigan las causas de su muerte, desconociéndose el resultado de la autopsia.
5. **PUEBLA GARCIA, Javier Roberto**, fallecido el 16 de septiembre de 2015 en la Unidad Penal 15. En la IPP 20831-15 se investiga la causa de su muerte, desconociéndose el resultado de la autopsia.
6. **CHAVES ALCORTA, Jonathan Gabriel**, fallecido el 25 de noviembre de 2015 en el HIGA, alojado en la Unidad Penal 15, diagnóstico de Tuberculosis complicado por neumonía, aparentemente no diagnosticada.
7. **VARGAS GONZALEZ, Facundo Samuel**, fallecido el 8 de diciembre de 2015 por causas aún no determinadas.

La Señora Defensora General Departamental destaca en su presentación que no ha podido acceder a la cantidad de casos de Tuberculosis diagnosticados a partir de 2014 y que tampoco poseen esa información las propias autoridades administrativas del Área de Sanidad del Complejo Penitenciario Batán.

En razón de estas falencias, la accionante solicita la conformación de un Registro de Casos, así como la elaboración de un Protocolo a seguir cuando exista un diagnóstico positivo de la enfermedad.-

De igual modo, solicita se prohíba que se alojen en los calabozos un número de detenidos superior a los camastros y los colchones existentes y que se proceda a la inmediata higienización de la ropa de cama y de las celdas, así como a practicar las reparaciones necesarias para una adecuada ventilación de las mismas.

SEGUNDO. MEDIDAS PROBATORIAS REALIZADAS.

2.1. INSPECCIÓN AL SECTOR SANIDAD DE LA UNIDAD PENAL 15.

A las 14.30 hs del día 9 de diciembre de 2015, *fecha en que se interpuso la presente acción de Habeas Corpus*, el suscripto conjuntamente con el equipo de trabajo del Juzgado de Garantías nro. 4, **se constituyó en el Área de Sanidad de la Unidad Penal XV** (ver acta fs. 36/7).

En primer término, se requirieron los legajos e historias clínicas de los siguientes internos: Jonathan FERNANDEZ GUTIERREZ, César OJEDA MANSILLA, Ramón GOMEZ CORONEL, Cristian FANDIÑO VILLANUEVA, Roberto Javier PUEBLA GARCIA, Jonathan CHAVEZ ALCORTA y Facundo VARGAS GONZALEZ.

Fuimos recibidos por el Subdirector del Area de Administración, Prefecto Marcelo COLQUE. **En el Área de Sanidad se encontraban presentes el médico de guardia, Pablo BETANCUR (Subalcaide) y el Administrativo Ricardo PALLERO (Sargento).**

Se requirió al Sargento PALLERO un informe sobre el registro de pacientes con tuberculosis desde el mes de junio del año 2014 a la fecha. En el área administrativa de Sanidad no se tenía esa

información. Por ese motivo, en nuestra presencia, el administrativo procedió a entablar comunicación telefónica con el Dr. BIDONDO – Jefe de Sanidad del Complejo Penitenciario Batán-, transmitiéndonos que el citado profesional se comprometía a aportar esos datos al juzgado en veinticuatro horas.

Al consultar al médico BETANCUR respecto de las Historias Clínicas de los siete internos de referencia, **respondió que únicamente contaba en el lugar con la Historia Clínica de Jonathan CHAVEZ ALCORTA**, haciéndonos entrega de la misma, la cual consta de carátula, tres radiografías y 13 fojas útiles sin foliar.

Interrogado sobre el interno Facundo Samuel VARGAS GONZALEZ, fallecido el día anterior a la inspección, BETANCUR nos señaló que **la historia clínica se encontraba en la Oficina de Dirección del Servicio.**

Asimismo, el médico nos informó que en la mayoría de los casos, cuando los detenidos son trasladados al Hospital Interzonal General de Agudos, egresan de la unidad conjuntamente con la historia clínica, **sin dejar ningún tipo de registro ni constancia en esa Unidad Sanitaria.** El galeno manifestó no tener conocimiento que las mismas sean reintegradas a la unidad en caso de fallecimiento del interno en dicho nosocomio.

En igual sentido, expuso que en otras oportunidades al momento del fallecimiento de los internos dicha documentación **suele ser secuestrada por los Juzgados para los que se encontraban detenidos.**

Por último, el profesional propuso “buscar” las Historias Clínicas requeridas en la oficina donde guardan los documentos de la totalidad de la población.

En virtud de ello, y a instancias del suscripto, nos trasladamos hasta el lugar indicado, pudiendo constatar que **se trataba de un espacio muy reducido y en pésimas condiciones de orden y limpieza**, observándose en un estante sobre la pared **multiplicidad de Historias Clínicas**, verificándose que las mismas se encontraban apiladas, algunas de ellas mojadas e incluso se divisaron hojas sueltas sin ningún tipo de identificación a qué Historia Clínica pertenecerían, procediendo a extraer placas fotográficas de dicho ambiente.

En ese contexto, se le consulta al personal del Servicio Penitenciario qué registro o planillas de control tenían para almacenar dicha documentación, o si las mismas eran organizadas de manera alfabética o cronológica, **respondiendo el empleado que simplemente las depositaban en ese espacio.**

Previo a retirarnos de la Unidad, personal del Servicio Penitenciario nos hizo entrega de los legajos pertenecientes a Ojeda Mansilla, Fandiño Villanueva, Puebla García, Chavez Alcorta y Vargas Gonzalez. Asimismo, nos indicó que, respecto a los faltantes - Fernandez Gutierrez y Gomez Coronel-, serían elevados por separados.

Por último, **nos aportaron la Historia Clínica del interno Facundo Ariel Vargas Gonzalez, la cual consta de una carátula, 11 fojas útiles sin foliar y dos radiografías.**

De este modo, en la inspección a la Unidad Penal 15 **no se pudieron hallar las Historias Clínicas de Jonathan FERNANDEZ GUTIERREZ, Cesar OJEDA MANSILLA, Ramón GOMEZ CORONEL, Cristian FANDIÑO VILLANUEVA, Roberto Javier PUEBLA GARCIA, como tampoco se pudo obtener un listado de**

los pacientes que contrajeron Tuberculosis en el último año y medio.

2.2. INFORME DE PACIENTES CON TBC.

El día 10 de diciembre de 2015, el médico Alejandro BIDONDO, Inspector Mayor y Jefe Area Sanitaria Zona VII del Servicio Penitenciario Bonaerense, acompañó el listado de pacientes con TBC desde junio de 2014 (fs. 42).

Se incluye en esa nómina a:

- Damián VAZQUEZ VASALLO.
- Cristian OSUNA NADAL.
- Miguel CISNEROS ANTUNEZ.
- Silvano SCOTT FERNANDEZ.
- César OJEDA MANSILLA
- Alberto MELLADO NN

Asimismo, el facultativo informó que no se cuenta con la Historia Clínica de Cristian FANDIÑO VILLANUEVA, desconociéndose dónde puede encontrarse la misma.

Con respecto a la Historia Clínica de Jonathan FERNANDEZ GUTIERREZ, informó BIDONDO que la misma se encuentra en el HIGA, mientras que la de GOMEZ CORONEL se encuentra en la Fiscalía que investiga la causa de su muerte.

Finalmente, BIDONDO informó que se lograron hallar las Historias Clínicas de Javier GARCIA PUEBLA y César OJEDA MANSILLA, encontrándose las mismas en la Unidad Penal 15.

2.3. ENTREGA DE CUARENTA Y OCHO COLCHONES A LA Unidad Penal 44.

El día 14 de diciembre, la Sra. Defensora General Cecilia Boeri acompañó un informe de Sergio Alfredo García, Procurador General ante la Suprema Corte de Justicia de Buenos Aires, dando cuenta del faltante de cuarenta y ocho colchones en la Unidad Penal 44 (fs. 177/8)

Ante ello, el suscripto ordenó a las autoridades del Penal la inmediata entrega de colchones a los internos que carecieran de los mismos.

Asimismo, se dispuso la reposición de los faltantes de vidrios en los pabellones donde éstos estuvieran rotos o resulten inexistentes.

El 17 de diciembre, el Prefecto Mayor Javier RAINERO SANCHEZ, Director de la Unidad Penal 44, dio cuenta de que se entregaron la totalidad de colchones faltantes, una vez que los mismos fueron recibidos desde la Jefatura del Servicio Penitenciario, Dirección General de Asistencia y Tratamiento (fs. 212).

De igual modo, dio cuenta de que se está realizando la reposición de los vidrios faltantes en los pabellones C y D.

2.4. AUDIENCIA PÚBLICA.

El 17 de diciembre de 2015 se concretó la **Audiencia Pública** designada en el marco de la presente acción de Hábeas Corpus.

Participaron de la Audiencia la Defensora General Cecilia BOERI, el Agente Fiscal Alejandro PELLEGRINELLI, el Dr. Gastón Ariel ROLANDO (por el área de epidemiología de la Zona Sanitaria Octava), el abogado Luciano RICCI (por la Fiscalía de Estado), el Dr. Alejandro BIDONDO (Jefe del Área de Sanidad del Complejo Penitenciario Este), las Dras. Olga Leticia MILLER y María Cristina COLINO OZORES (por el Instituto Nacional de Epidemiología, siendo la primera su directora), y el suscripto.

Inicialmente, se consultó al Dr. BIDONDO acerca de las personas **fallecidas en el último año y medio en el Complejo Penitenciario Batán** (que no murieron por situaciones de violencia o enfermedades previas sino que sufrieron un debilitamiento de su salud y fallecieron sin diagnóstico). También se preguntó en torno al registro de casos de personas alojadas en el complejo que a la fecha **se encuentran enfermas**.

En ese sentido, BIDONDO dijo que en el año 2015 hubo **cuatro pacientes con tuberculosis**.

Uno de ellos, Silvano SCOTT FERNANDEZ, ya no está alojado en el complejo, dado que se la ha otorgado arresto domiciliario por parte del juez de la causa.

Los restantes son Cristian VAREA, de la UP 15, quien está en tratamiento, en fase 2; ROCHA PEREZ, en tratamiento, y VAZQUEZ VASALLO, también en tratamiento. Explicó que los tres ya han sido devueltos a pabellones, dado que han superado la etapa inicial de aislamiento.

BIDONDO también hizo referencia a otro paciente, llamado ACEVEDO GOMEZ, que ingresó al Penal proveniente de Bahía Blanca **infectado con tuberculosis**. El nombrado permaneció **media hora en la Unidad** y fue derivado al HIGA, no retornando al Penal.

Al consultarse a BIDONDO para que diga si sabe **cuántos internos fallecieron por tuberculosis, respondió que no**, dado que a él *“no le informan desde las Fiscalías los resultados de las autopsias”*, motivo por el cual no tiene constancia fehaciente y exacta de cuáles de esos fallecimientos fueron consecuencia de Tuberculosis.

Refirió BIDONDO que de sus registros surge que un detenido llamado **Jonathan FERNÁNDEZ GUTIERREZ**, que padecía HIV,

falleció el 28 de junio de 2014 en el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA), y en ese caso le informaron un **diagnóstico de tuberculosis diseminada, que es una forma muy grave de la enfermedad, que se presenta en algunos pacientes.**

También citó el caso de un detenido llamado **GÓMEZ CORONEL**, fallecido el 24 de abril de 2015, que era un paciente **diabético con muy poca movilidad**, aclarando que no fue visto ni atendido por él en Sanidad en ningún momento, y que al llegar al **hospital le diagnosticaron tuberculosis.**

Relató que otro interno, de apellido **OJEDA MANSILLA**, muerto en el mes de noviembre de 2014, tampoco fue visto ni tratado en Sanidad Penitenciaria y **cuando falleció en el HIGA le diagnosticaron TBC.-**

Dijo BIDONDO que un detenido de nombre **Jonathan CHAVEZ** falleció el 25 de noviembre de este año, pero **no tiene registro del diagnóstico.** Frente a ello, el Agente Fiscal PELLEGRINELLI acota que en la IPP en la que se investiga el fallecimiento de esa persona **aún no hay diagnóstico**, ni dictamen conclusivo de la autopsia.

Interviene la Dra. BOERI aclarando que conforme surgen de los testimonios de los compañeros del occiso, los *síntomas que el mismo presentaba se asemejaban a los de la TBC.*

BIDONDO indicó que en el caso de **VARGAS GONZALEZ**, el interno fue asistido tres veces en Sanidad durante los días previos a su fallecimiento (martes, viernes y domingo), en virtud de que se sentía mal por un cuadro de astenia. Refirió que las tres veces fue derivado y llevado al HIGA, donde ingresó por Guardia, aclarando sin embargo que las autoridades de ese nosocomio lo remitieron nuevamente penal aduciendo “que se encontraba bien”. Que el paciente tenía placa y laboratorio normales. Finalmente, el día

martes ingresó a sanidad fallecido, aclarando que si bien falta el dictamen conclusivo, la autopsia indica que el fallecimiento fue producto de una hemorragia digestiva alta, **que no sería compatible con TBC.**

A continuación, el suscripto le preguntó a BIDONDO **qué posibilidades existen hoy de diagnosticar el estado general de la población carcelaria, y determinar quiénes pueden padecer TBC**, antes de que esta enfermedad se manifieste en forma más grave.

Repondió BIDONDO que para profundizar esta cuestión hay que reparar en las particularidades de los pacientes en contextos de encierro. Dijo que en el año 2003 hizo un **curso en el Instituto Nacional de Epidemiología (INE)**, con la Dra. COLINO para detectar TBC en pacientes en libertad. Que luego empezó a estudiar la **TBC en pacientes privados de libertad**. Se basó en dos guías, la de Control de Tuberculosis en Prisiones del año 2000, y la Guía para el control de TBC en Personas Privadas de su Libertad en América Latina y el Caribe del 2008, realizadas ambas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En base a eso, **desde el año 2009 puede hacer un control y delinear políticas dentro del penal para contener, buscar y tratar esta enfermedad**. Que siempre contó con el apoyo del INE y con la especialista de TBC del Hospital Regional Interzonal de Agudos (HIGA), Dra. Inchaurredo. Que **la metodología consiste en tomar muestras de cualquier paciente al que se le detectan síntomas de TBC y remitirlas directamente al INE**. Que eso se hace en forma inmediata, incluso evitándose las demoras que conlleva el papeleo administrativo. **La confirmación del diagnóstico tarda solo algunas horas**, dado que le informan los resultados en forma telefónica.

El suscripto le preguntó a BIDONDO **cómo se controla a los internos en Sanidad, y si existen controles preventivos periódicos en los Pabellones**, ante lo cual el médico respondió que hay **tres formas de pesquisa de TBC en cárceles**:

- a) que el paciente concurra por demanda espontánea al área de sanidad;
- b) cribaje, que implica que al ingreso al penal, se realice una radiografía de tórax y un interrogatorio acerca de si es sintomático respiratorio;
- c) pesquisa dentro del penal.

Que **para realizar una pesquisa a toda la población debería tomarles una muestra de esputo a cada interno y ello resulta imposible metodológica y materialmente.**

Afirmó que *“un enfermero recorre diariamente, por la mañana, todos los pabellones para entregar medicación psicotrópica, con conocimiento específico de cómo detectar TBC”*.

Manifestó BIDONDO que no se le puede endilgar a Sanidad un brote de TBC en la cárcel, ya que los ingresos diarios, al ser numerosos, dificultan el control inicial, y lo cierto es que algunas personas pueden ingresar ya infectadas al Complejo Batán. La TBC latente puede permanecer en el paciente hasta 5 años sin manifestarse, aclarando que hasta que ello no ocurra no contagia.

Consideró que hay protocolos de atención y control que se cumplen adecuadamente en el Penal, aunque refiere que está dispuesto a mejorarlos si ello fuera necesario.

Consultado respecto de la medicación, BIDONDO respondió que **cuenta con la medicación necesaria, contra receta, para el tratamiento de los casos de TBC**, aclarando que está permanentemente en contacto con gente del INE y del HIGA que

son especialistas en TBC. Que el Programa Nacional de Control de Tuberculosis brinda medicamentos gratuitos para pacientes con TBC (tanto común como multi resistente), contando a la fecha la Unidad Penal con dicha medicación.

Dijo haber implementado **un Protocolo de Aislamiento que no existe en otras cárceles**, dado que el complejo cuenta con 4 celdas de aislamiento respiratorio, con baño incluido y su consultorio está a solo cinco metros de esas celdas, todo ello para que no se propague el contagio.

Al preguntarle al médico BIDONDO si al momento del ingreso a los detenidos se les realiza un examen médico destinado al control de la tuberculosis, respondió que “lo que se hace es buscar el sintomático respiratorio. **No se hace masivamente radiografía y ni esputo seriado. No es el modo. Si el detenido no expectora, por ejemplo, no corresponde realizar el esputo”**.

Ante ello, le pregunté al facultativo si hay forma de determinar si un detenido que ingresa tiene antecedentes de TBC, respondiendo BIDONDO que **cuenta con un registro personal de los pacientes con TBC que ha atendido él mismo desde 2009 a la fecha, con todos los datos referidos a esta enfermedad**. Explica que de su registro surge que desde 2009 trató alrededor de 59 pacientes con la enfermedad, que Vargas González fue tratado en 2013 por una TBC y fue curado y que dos habrían fallecido en el año 2009 (CHAIET, con TBC multi resistente y ROLDAN BARRIENTO). **El médico no respondió la consulta en torno a si hay forma de determinar si un detenido que ingresa al Penal tiene antecedentes de TBC.**

Se consultó a BIDONDO en torno a cuál es la posibilidad de recaída en el contexto carcelario, a lo que respondió que en los casos que él trató (59 casos), **no hubo ninguna recaída.**

El Director de Sanidad del Penal manifestó que **cuando se detecta la enfermedad en un paciente comienzan el tratamiento y se dispone aislamiento respiratorio por dos meses (Fase 1).**

Que a su vez, se requiere refuerzo alimentario, ocupándose él mismo de redactar la nota para que el depósito les provea esos alimentos, y **“si los mismos no están disponibles, se autoriza su ingreso por parte de los familiares”.**

Que los pacientes, incluso en esa fase del tratamiento **reciben visitas**, indicando que *no hay que segregar al infectado* y siempre tomando recaudos, como por ejemplo *no se permite en ese período la visita de niños*, ni tomar mate, debiendo realizarse la misma con la utilización de barbijos.

Que una vez terminada la fase 1, **los internos regresan a pabellón común y continúan con tratamiento.**

La Dra. BOERI le preguntó a BIDONDO si él es **quién realiza la denuncia** de los casos de TBC y en su caso **a quien le comunica eso**, reponiendo que **la denuncia la hace cuando tiene diagnóstico positivo.** Antes del diagnóstico, *si hay apariencia de TBC*, **coloca al paciente en aislamiento respiratorio, hace el esputo y lo manda al INE.** Si el análisis da positivo, **él es el encargado de denunciar el caso.**

BIDONDO dijo que existen **múltiples factores que dificultan el control y es necesario trabajar en conjunto.** Un factor destacado por el facultativo es que **“se trabaja en un medio en el que las personas privadas de libertad a veces son renuentes a concurrir a sanidad y pedir asistencia médica”.** Además,

remarcó que muchas veces el diagnóstico médico puede fallar, dado que un médico de guardia lo analiza y piensa que se trata de una neumonía. Que la TBC es una enfermedad subdiagnosticada, los manuales exigen que los síntomas sean sintomáticos respiratorios.

La Dra. BOERI le pidió al médico que explique cómo se hace para prevenir el contagio si no sabe si el fallecido padece de TBC. **BIDONDO destacó entonces la actividad que hace diariamente el enfermero que recorre los pabellones, alegando que si advierte alguna sintomatología, enseguida se diagnostica.**

Planteó como problemático que **hay casos en los que no se le informan los resultados de las autopsias de las personas que se enferman o fallecen en el penal.** Eso hace que no pueda adoptar medidas respecto de los contactos del enfermo, y así evitar contagios. Incluso, entre que se realiza la autopsia y el dictamen conclusivo pueden pasar más de 15 días.

El abogado RICCI, representante de la Fiscalía de Estado, preguntó si existe algún estudio o estadística de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que indique el porcentaje de detenidos que tienen TBC.

La Dra. COLINO OZORES tomó la palabra y respondió que el porcentaje de personas con TBC en el país es de 23 por 100.000 habitantes, mientras que la provincia de Buenos Aires tiene 4 o 5 puntos más. Es la provincia con más casos (aproximadamente 4.500 por año), pero existen otras provincias con tasas más altas, como por ejemplo las provincias del norte del país.¡, citando Salta y Jujuy como ejemplos A su vez, expresó que **el riesgo de enfermarse de TBC en la cárcel es de un 22% más alto**, ya que existen **numerosos factores de riesgo** derivadas de las condiciones ambientales del encierro, la **situación personal de**

cada detenido y su contexto social a lo que se suman los **altos índices de HIV y consumo de estupefacientes** entre la población carcelaria.

Le pregunté a la especialista del INE acerca de la **tasa de mortalidad** que existe para este tipo de patología, conforme los datos brindados. La Dra. COLINO OZORES respondió que sólo se puede hablar de los casos registrados, aunque se calcula que hay aproximadamente **un 30% más de casos no denunciados**. En esos casos registrados, se releva también la causa de la muerte.

Expresó que la tasa de mortalidad está en descenso desde el año 1980. Hoy está en 1.8 cada 100.000 habitantes. Destacó que **la baja de la tasa de mortalidad no implica que baje el número de casos**, ya que justamente si el número de registrados aumenta, también lo hace el número de tratados y curados.

Expresó que, en su opinión, en la Unidad Penal 15 se está trabajando bien. Que al INE le mandan constantemente muestras para analizar. Igualmente, **expresó que es claro que el sistema penitenciario está desbordado**. Que el contexto es muy difícil, dado que *“muchas veces el interno exagera los síntomas buscando ser excarcelado”*.

La Dra. COLINO OZORES propuso **que al ingreso de cada detenido se le haga el interrogatorio sintomático respiratorio, pero también se le realice una placa de tórax, para poder realizar una búsqueda certera desde el primer momento y, en caso de ver una imagen sospechosa, tomar las medidas apropiadas**.

Que también deberían, además de la Historia Clínica, **confeccionar una ficha donde conste si tuvo TBC, si tiene HIV o diabetes**, que sea de fácil lectura y consulta. Luego, **cada 6 meses habría que**

hacer un screening (una revisión), que debería consistir en un interrogatorio destinado a revisar el estado de salud, si expectora, etc.

Que según su opinión, se deberían **profundizar los análisis en los grupos de riesgo** (HIV, consumidores de estupefacientes, etc), incluyendo una **repetición de la placa de tórax a los mismos.**

Que **también hay que adoptar medidas en relación con el personal de seguridad, el personal de limpieza y los visitantes.**

Agregó: ***“la cárcel está siendo un lugar de concentración de la enfermedad. Creo que hay muchos casos. Además hay también casos registrados de ex presidiarios. No creo que haya una epidemia, pero sí que es un lugar de concentración que los convierte en un grupo vulnerable, además de otros grupos ya de por sí vulnerables (hiv, drogadependientes, etc).”***

Luego de ello, dirigiéndose a BIDONDO, la especialista dijo: *“El que busca encuentra. Estás buscando mucho y estás encontrando. Por tales motivos la incidencia de la TBC en Batán es alta, porque ahora se registran y derivan casos que antes no”.*

BIDONDO dijo que **resultaría muy difícil la implementación de la propuesta de realizar placas y esputo seriado a todas las personas que ingresan a la unidad, porque debería mandarlos al HIGA y ello es muy difícil de ser implementado.** Entiende que una cosa es lo que dicen los protocolos y otra **lo que se puede hacer y los recursos materiales con los que se cuenta.**

A instancias de la Dra. Boeri, BIDONDO admitió que recientemente ha sido contratada una radióloga en la Unidad Penal 15 y que cuenta con los equipos técnicos para obtener las placas respectivas, pero que no siempre cuenta con los insumos suficientes.

La Directora del INE, Dra. MILLER, expresó que, desde la visión de la gestión, ha pensado en algunas alternativas. Que el Penal está integrado no sólo por detenidos, sino también por el personal. Señaló entonces que **deberían realizarse campañas de concientización e información con respecto a la TBC**. Sería necesario un pequeño **programa de información para el personal del Penal, en el que también podría incluirse a detenidos referentes de grupo**, para que estén alertas a los síntomas y puedan permitir la activación de los mecanismos para que las personas se puedan atender. Se deben explorar soluciones integradas, ya que un solo enfermero que recorra los pabellones no es suficiente.

Insistió, al igual que su colega del INE, **que a las personas que ingresan al Penal deberían realizarles una placa radiográfica**, pero que en el control periódico, la placa sólo debería realizarse a aquellos internos que integran un grupo de riesgo, como por ejemplo los pacientes con HIV.

Agregó MILLER que hay gente que se muere **de TBC** y hay gente que se muere **con TBC**. Que deben pensarse protocolos de actuación y en los casos que dieron resultado positivo, se debe **controlar a los compañeros de pabellón y familiares**, realizar las placas a los contactos y baciloscopía a los sintomatológicos.

La Dra. COLINO expresó que un médico de guardia generalmente solo ve urgencias, que **debería pensarse en un refuerzo de personal que pudiera hacer el control y seguimiento de los detenidos**, por ejemplo un **grupo de enfermeros que tuvieran como actividad controlar los grupos de riesgo y hacer el seguimiento**, que esa actividad no puede recaer solo en el médico

o enfermero de guardia, o en el Dr. BIDONDO. Se debería, además, capacitar en el tema al personal de seguridad.

A continuación, el Director de Sanidad del Complejo penitenciario Batán Dr. Alejandro BIDONDO dijo que hay que tener presente **la posibilidad de que los detenidos utilicen la enfermedad como mecanismo para obtener beneficios**. Dijo que “teme que se produzca un mercado de esputo, que todos los internos tosan con la esperanza de ser excarcelados”.

Finalmente, el representante de Zona Sanitaria Octava Dr. ROLANDO, manifestó que desde que está BIDONDO a cargo, en su área tienen al Penal **como un lugar de denuncia de casos de tuberculosis y que antes eso no pasaba**.

Agregó que en Mar del Plata, el **registro anual ronda los 120 casos**, mientras que en el complejo penitenciario Batán el promedio anual de casos de TBC era de 10 a 15 por año, aunque en el año 2014 aumentó a 18 casos registrados.

Dijo ROLANDO que en las Unidades Penales locales hay cosas positivas sobre el control de TBC. Remarcó en ese sentido que el resultado de la baciloscopia y la entrega de la medicación son muy rápidas, con lo cual estima que tomando algunas medidas la situación debería mejorar.

La Defensora General Cecilia BOERI rmanifestó que los números de casos permiten considerar que **actualmente en la Unidad existe un foco de TBC**, ya que se registra allí una tasa mucho más alta que la media, circunstancia ésta que amerita adoptar medidas.

El Director de Sanidad Alejandro BIDONDO refirió que **no es posible extraer esa conclusión** en forma lineal, sino que **se deben tener en cuenta otros factores**, como por ejemplo que **muchos de los afectados provienen de otras unidades penales**, que otros se

contagian en libertad, además de los constantes **ingresos y egresos que se producen en el penal**. Que si se pretende reducir la tasa de TBC, la cárcel debería ser cerrada, sin posibilidad de realizar traslados.-

Frente a ello, la Dra. COLINO expresó que lo que se puede hacer es **bajar la mortalidad**, detectar al afectado y curarlo, pero es lógico pensar que en la cárcel siempre van a existir contagios.-

Que un 30% de la población tiene el bacilo en su cuerpo, pero si esas personas están en buenas condiciones de salud, la enfermedad no se manifiesta. **El problema se presenta cuando no comen, padecen otras enfermedades como HIV o se enfrentan a condiciones como las carcelarias**. En esos contextos, aquello **que estaba latente puede manifestarse y aparece la enfermedad y la necesidad de tratamiento**.

El Agente Fiscal Alejandro Pellegrinelli considera que sería oportuno que los médicos de la Asesoría Pericial informen al Área de Sanidad de la Unidad Penal 15 los resultados de las autopsias realizadas sobre personas que se hallaban privadas de libertad. Que debe existir un canal de comunicación entre Sanidad y la Asesoría.

2.5. CONCLUSIONES.

Recibida la prueba, se concluye:

- Que en el año 2015 hubo al menos **cuatro pacientes a los que se les detectó tuberculosis en la Unidad Penal 15** (SCOTT FERNANDEZ, hoy en arresto domiciliario; VAREA, ROCHA PEREZ y VAZQUEZ VASALLO, estos tres ya han regresado a pabellones).

- Que en el mismo período se registró el ingreso de un interno llamado ACEVEDO GOMEZ, proveniente de Bahía Blanca, ya **infectado con tuberculosis**.
- Que la Dirección de Sanidad del Complejo Penitenciario Batán desconoce **cuántos internos fallecieron por tuberculosis**, dado que a esa Dirección “no le informan desde las Fiscalías los resultados de las autopsias”.
- Sin perjuicio de ello, se puede determinar que desde junio de 2014, al menos fallecieron por TBC:
 - **Jonathan FERNÁNDEZ GUTIERREZ** (28 de junio de 2014).
 - **César OJEDA MANSILLA**, (2 de noviembre de 2014).
 - **Ramón GÓMEZ CORONEL**, (24 de abril de 2015) .
- Desde junio de 2014 a la fecha, fallecieron los siguientes internos que se encontraban alojados en la Unidad Penal, **sin que exista diagnóstico ni causa determinada de su fallecimiento**:
 - **FANDIÑO VILLANUEVA, Cristian** (24 de febrero de 2015).
 - **PUEBLA GARCIA, Javier Roberto** (16 de septiembre 2015) .
 - **CHAVES ALCORTA, Jonathan Gabriel** (25 de noviembre de 2015)
 - **VARGAS GONZALEZ, Facundo Samuel** (8 de diciembre de 2015)
- Que al día de la fecha **se desconoce qué cantidad de internos del complejo penitenciario Batán pueden**

encontrarse infectados de Tuberculosis y en condiciones de contagiar a otros internos.

- Que al ingreso de un interno en el Complejo Penitenciario Batán, **no se realiza ninguna radiografía para detectar indicios de TBC**, pese a las recomendaciones en ese sentido brindadas por las especialistas del INE, Dras. COLINO OZORES y MILLER, **para poder realizar una búsqueda certera desde el primer momento y, en caso de advertir una imagen sospechosa, tomar las medidas apropiadas.**
- Que la **tasa de mortalidad por TBC**, que en el país es de **1.8 cada 100.000 habitantes** se encuentra **disparada en forma alarmante** en la Unidad Penal 15, donde al menos en el último año **se han detectado 3 muertes en una población apenas superior a los 1000 internos**, ello sin perjuicio de **los casos de fallecimiento sin diagnóstico confirmados** que fueran mencionados.
- Que los **problemas con la alimentación, higiene, hacinamiento, sobrepoblación, ausencia de colchones, presencia de roedores, etc,** verificados en **diversas acciones de Habeas Corpus de trámite ante este juzgado y diversos organismos jurisdiccionales** del Departamento Judicial Mar del Plata, y **denunciado por el suscripto en múltiples inspecciones y visitas institucionales, agravan considerablemente la posibilidad de contraer Tuberculosis, al generar las condiciones materiales y físicas de vulnerabilidad para la manifestación de los síntomas propios de la TBC.**

Se recuerdan entonces las palabras de Raúl Eugenio Zaffaroni, cuando afirmó que **la prisión en Latinoamérica es una pena de muerte por azar** (“Sistemas Penitenciarios y Alternativas a la Prisión en América Latina y el Caribe”, Ediciones Depalma, Buenos Aires, 1992).

Debo aclarar, sin embargo, que el complejo penitenciario Batán se encuentra en mejores condiciones **que otras Unidades Penales provinciales**, por un lado por los conocimientos específicos en esta materia que tiene el Director de Sanidad (Alejandro Bidondo), y por otro lado, por contar al menos con cuatro celdas de aislamiento respiratorio en el Sector Sanidad, que cuentan con su propio baño, lo que permite el tratamiento del paciente separado del resto de la población en la primer fase de control (*ver al respecto las falencias de otras cárceles bonaerenses para tener celdas de aislamiento de internos, expuestas por la Comisión Provincial por la Memoria en el Informe Anual 2015 del Comité contra la Tortura*).

Respecto de los conocimientos específicos de BIDONDO se destaca que en 2003 hizo un curso en el Instituto Nacional de Epidemiología (INE) con la Dra. Colino.

Del mismo modo, la Unidad **cuenta con la medicación necesaria para el tratamiento de los casos de TBC.**

Aún así, **no puedo dejar de advertir las poco felices expresiones del médico BIDONDO en la audiencia celebrada en este juzgado**, cuando al ser advertido por las médicas del Instituto Nacional de Epidemiología de la posibilidad de efectuar prácticas concretas que mejoren la capacidad de detectar TBC, el facultativo aludió al riesgo de que **“los detenidos utilicen la enfermedad como práctica para obtener beneficios”**, agregando luego que

“teme que se produzca un mercado de esputo, que todos los internos tosan con la esperanza de ser excarcelados”.

Esta clase de expresiones, **que interpretan un derecho como un beneficio**, ha sido denunciada por la Comisión Provincial por la Memoria en su Informe 2015 del Comité contra la Tortura.

Se ha dicho al respecto:

“El derecho es interpretado como beneficio. Para ejemplificar lo dicho, mencionamos lo expresado por un médico de la Unidad 42 de Florencio Varela: por ejemplo, en el caso de las personas con VIH, hay algunos que no quieren tomar la medicación, para deteriorarse y así quizá lograr algún beneficio. (...) **Inventan las enfermedades para obtener beneficios.** Durante una inspección realizada el 15 de julio de 2014 en la Unidad 15, un profesional fue interrogado en relación a los numerosos casos de epilepsia advertidos durante el recorrido por los pabellones y las entrevistas con los detenidos, y la falta de medicación. El médico refirió que **‘algunas de las epilepsias son ficticias, simulan la enfermedad’**, sin explicar con claridad qué cuestiones hacían que la enfermedad fuera considerada ficticia. La idea que sostiene el “invento” de las enfermedades por parte de las personas detenidas **sirve como excusa y argumento para los profesionales para no atender ni escuchar reclamos y dolencias. También sostiene la concepción de la salud como un beneficio y no como derecho**”
(Informe Anual 2015, p. 257)

TERCERO.ADMISIBILIDAD DEL HABEAS CORPUS COLECTIVO.

3.1. ACCIÓN COLECTIVA.

La presente acción ha sido deducida como Habeas Corpus Colectivo por la Sra. Defensora General del Departamento Judicial Mar del Plata, Dra. Cecilia Boeri. Ha sido admitida en carácter de parte interesada la Comisión Provincial por la Memoria, a través de la representante legal del Comité contra la Tortura en la ciudad de Mar del Plata, Dra. Carolina Ciordia.

Participo de la opinión que ha desarrollado Gargarella en punto a que los jueces “no sólo **se encuentran institucionalmente bien situados para enriquecer el proceso deliberativo y ayudarlo a corregir algunas de sus indebidas parcialidades, sino que además poseen una diversidad de herramientas a su disposición, capaces de facilitar esa tarea y hacerlo de un modo respetuoso de la autoridad democrática**, asumiendo un rol protagónico del diálogo democrático” (Gargarella, Roberto “Justicia y Derechos Sociales: lo que no dice el argumento democrático” en “Teoría y Crítica del Derecho Constitucional”, Tomo 2, p. 969, Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2008).

Tengo para mi que la función jurisdiccional **no puede legitimar la profundización** de lo que Rivera Beiras denomina “**la construcción jurídica de un ciudadano de segunda categoría**”, debiendo promoverse una instancia judicial que sirva para **disminuir los efectos negativos de la cárcel y hacer penetrar en ella los principios del garantismo penal** (Rivera Beiras, Iñaki “La cárcel y el sistema penal”, p. 66, Cuadernos de Criminología 3, Ad-Hoc, Buenos Aires, 2005)

De lo que se trata, *al decir de Bombini*, es que los operadores jurídicos utilicen las herramientas que les permitan **reconocer y develar las funciones materiales de la cárcel**, para poder **ejercitar** (en este caso en el nivel jurídico) **con mayor eficacia el**

derecho de resistencia, entendido como el fortalecimiento de los movimientos sociales de defensa de los derechos fundamentales de los reclusos (Bombini, Gabriel “Poder Judicial y Cárceles en la Argentina”, pp. 218/219, Ad-Hoc, Buenos Aires, 2000).-

En esta línea de acción, el 3 de mayo de 2005 se generó un punto de inflexión en la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, al emitir sentencia en el fallo “Verbitsky, Horacio s/ Habeas Corpus” (causa V. 856. XXXVIII)

Más allá de las múltiples cuestiones de interés emergentes de dicho pronunciamiento, deseo destacar a los fines de la presente acción, que aquel precedente significó **el reconocimiento expreso de que el modelo procesal clásico fallaba**, en razón de encontrarse previsto en forma restringida para el análisis de situaciones individuales, que aún en caso de ser reparadas por vía judicial, **no lograba la finalidad de modificar estructuralmente coyunturas violatorias de derechos fundamentales.**

Sostuvo la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el pronunciamiento citado: *“16) Que pese a que la Constitución no menciona en forma expresa el Hábeas Corpus como instrumento deducible también en forma colectiva, tratándose de pretensiones como las esgrimidas por el recurrente, es lógico suponer que si se reconoce la tutela colectiva de los derechos citados en el párr. 2, con igual o mayor razón la Constitución otorga las mismas herramientas a un bien jurídico de valor prioritario y del que se ocupa en especial, no precisamente para reducir a acotar su tutela sino para privilegiarla”.-*

3.2. LITIGIO ESTRATÉGICO.

La herramienta legal utilizada por la Defensora General de Mar del Plata (Habeas Corpus Colectivo) nos presenta un escenario de **litigio estratégico**, clave en los sistemas modernos de administración de justicia, de modo que los objetivos alcanzados van más allá de los cambios logrados a través de las disputas entre particulares, pues **crea una nueva visibilidad para los grupos humanos menos favorecidos así como estimula la búsqueda de la realización del derecho**; en este sentido, las movilizaciones logran en el plano público un reconocimiento pues los casos emblemáticos permiten fijar posiciones, romper paradigmas y alcanzar soluciones para colectivos que se encuentran en una situación de vulnerabilidad (*“El concepto de litigio estratégico en América Latina: 1990-2010”*, Ana Milena Coral Díaz, Beatriz Londoño Toro y Lina Marcela Muñoz Avila, Vniversitas, Bogotá, Colombia, N° 121: 49-76, julio-diciembre de 2010)

En este sentido, es fundamental el aporte que en nuestro país ha brindado el **Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)**, que al incorporar la idea de litigio mediante distintas causas judiciales, permitió **develar y exponer patrones de conductas ilegales y/o estructuras desde las que sistemáticamente se violan los derechos humanos**. Pero también generar una herramienta útil para promover derechos no garantizados, tanto por las propias insuficiencias del Estado, como porque su protección efectiva sólo se activa a partir del reclamo de los grupos afectados (*“La lucha por el Derecho. Litigio estratégico y Derechos Humanos”*, CELS, Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 2008).

El Juzgado de Garantías a mi **cargo ya ha admitido la herramienta del litigio estratégico mediante Habeas Corpus colectivo en anteriores acciones judiciales.**

Menciono en ese sentido, dos precedentes de relevancia:

- **Causa 1925 “Habeas Corpus colectivo interpuesto por la Defensoría General en relación a los internos alojados en la Unidad Penal 44 de Batán”**, resuelto el 15 de septiembre de 2008. En dicha oportunidad se ordenó a la Dirección General de Salud Penitenciaria que garantice durante las veinticuatro horas del día la presencia de un médico de guardia asignado al conocimiento y tratamiento de los conflictos de salud emergentes en la Unidad Penal 44; que efectúe una auditoría de los medicamentos, elementos e insumos faltantes para la cobertura de la atención médica brindada a los internos de la Unidad Penal 44 y proceda en forma urgente a subsanar las omisiones existentes. Asimismo, se ordenó a la Dirección del SPB que en un lapso máximo de noventa días le asigne a la Unidad Penal 44 una unidad móvil apta (ambulancia) para la derivación de internos al Hospital Público. De igual modo, se encomendó al Poder Ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires, para que a través de sus Ministerios de Justicia y de Salud, regulen un marco normativo que establezca los vínculos de asistencia y colaboración del sistema de salud público del partido de General Pueyrredón a la problemática sanitaria de la Unidad Penal 44 .
- **causa nro. 5/2014 “Comisión Provincial por la Memoria s/ Habeas Corpus Colectivo”**, resuelta el **27 de julio de 2014**. En la respectiva resolución se ordenó la clausura del Pabellón nro. 3 en su totalidad y la clausura de la celda 34 del Pabellón 7 de la Unidad Penal 15 de Batán, con prohibición expresa de alojamiento de personas en dichos ámbitos,

disponiendo un plan de refacciones y reparaciones edilicias en los Pabellones nros. 3, 4 y 7 de la Unidad Penal 15, convocando a tal efecto a un perito ingeniero en construcciones y a un perito arquitecto de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires.

3.3. PARÁMETROS PARA UNA ACCION COLECTIVA.

A partir del reconocimiento del Hábeas Corpus correctivo planteado de manera colectiva como forma de proteger los derechos básicos de las personas privadas de libertad, la pregunta subsiguiente es ¿en qué supuestos el agravamiento de las condiciones en que se cumple la privación de libertad reúne las características de una violación de incidencia colectiva en los términos del art. 43 CN?

Cristian Courtis brinda **dos parámetros útiles para identificar las situaciones que demandan remedios colectivos: la indivisibilidad del remedio y las razones de escala** (Courtis, Cristian “El caso ‘Verbitsky’. ¿Nuevos rumbos en el control judicial de la actividad de los poderes políticos?, “Colapso del sistema carcelario, CELS, siglo XXI editores, Buenos Aires, 2005).-

La indivisibilidad del remedio está dada por el **beneficio colectivo a un grupo de personas, no admitiendo su distribución en partes**, lo que en el caso que nos ocupa se plasma en forma evidente: el mejoramiento de las condiciones de detención en el complejo Penitenciario Batán (Unidades 15, 44 y 50) conlleva **resultados positivos para todo el grupo de personas que se encuentran privadas de su libertad ambulatoria en dicho ámbito**. Además, ello se hace extensivo hacia toda la comunidad, dado que esas personas recuperan en algún momento su libertad y reciben visitas

externas, generando ello riesgos de diseminación de la enfermedad a terceros.

Las razones de escala se configuran cuando **la solución individual resulta inviable por su alto costo o por generar excepciones ad hoc a un régimen que requiere una disciplina o planificación colectiva.**

Este parámetro también aparece plasmado en la situación traída a conocimiento, dada la pretensión de modificar **aspectos sanitarios idénticos**, para un conjunto de la población penitenciaria de las Unidades Penales nros. 15, 44 y 50.

A estos parámetros podríamos agregar un **tercer elemento que justifica la admisibilidad de la vía articulada**: existen serias razones de **economía procesal** que hacen preferible tratar la cuestión sanitaria en materia de **prevención, diagnóstico y tratamiento de Tuberculosis en una misma acción.**

Este argumento fue debidamente expuesto por Emilio García Méndez y Laura C. Musa, en su carácter de Presidente y Vicepresidente de la Fundación Sur respectivamente, al interponer un Habeas Corpus colectivo a favor de menores privados de su libertad, remarcándose en dicha oportunidad que “por un lado, dado el carácter colectivo del remedio solicitado, corresponde que la orden judicial dirigida al Poder Ejecutivo para dar solución a la cuestión planteada **provenga de un único órgano judicial y se refiera a la totalidad de la situación**; por otro lado, dada la gravedad y urgencia de la situación denunciada, **la centralización de la cuestión en un solo tribunal evita la acumulación de múltiples causas individuales con el mismo objeto, así como la existencia de decisiones contradictorias**” (*causa n° 7537 caratulada “García Méndez, Emilio y Musa, Laura Cristina s/recurso*

de casación, rta el 11.12.2007 por la Sala Tercera de la Cámara Nacional de Casación Penal).

En consecuencia, estimo admisible la Acción de Habeas Corpus Colectivo con relación a las cuestiones de Salud Pública planteadas respecto al Complejo Penitenciario Batán, con especial atención en la prevención, diagnóstico y tratamiento de Tuberculosis en la Unidad Penal 15, Unidad Penal 44 y Unidad Penal 50 (Mujeres).

CUARTO. AGRAVAMIENTO EN LAS CONDICIONES DE DETENCION. DERECHO A LA SALUD.

La situación fáctica que tuve por acreditada en el apartado segundo de esta resolución, **constituye un agravamiento ilegítimo en las condiciones que cumplen su privación de libertad los internos alojados en el Complejo Penitenciario Batán, en razón de la afectación de derechos de jerarquía constitucional tales como la integridad física y psíquica, la salud y la dignidad humana de las personas privadas de su libertad.**

La afirmación que precede se formula efectuando una comparación entre el cuadro de situación constatado y el marco normativo que regula los derechos fundamentales de los reclusos.

No puede dejar de reconocerse que el problema de la sanidad penitenciaria **resulta estructural** y no es exclusivo de estas latitudes, ni de la actual administración que gobierna la Provincia de Buenos Aires.

Bevaqua identifica el punto inicial del problema en la escasa capacidad de convocatoria de este tipo de tareas para el profesional médico, sea recientemente graduado o experimentado, circunstancia que frustra el reclutamiento de nuevos profesionales (Bevaqua, Alejandro *“Salud Penitenciaria. ¿Pacientes de segunda?*

Un (grave) problema pendiente de solución. Perspectiva médica para su planteo”, Revista de Derecho Penal y Procesal Penal, Lexis Nexis, 4/2007, p. 736).

Como causas concurrentes de la situación existente, el citado facultativo –quien prestara funciones en la Unidad Penal 4 de Bahía Blanca- adiciona los magros sueldos existentes en la Provincia de Buenos Aires, el escaso prestigio profesional de esta actividad en la actualidad, y la insuficiencia de soporte científico y humano para la atención médica del recluso en el ámbito de la salud pública.

Ahora bien, conforme señala la **Corte Interamericana de DDHH, la privación de libertad solo implica privación de libertad y no la privación de otros derechos**, en este caso el derecho a la salud, más allá de la mínima afectación que debería implicar la privación de la libertad ambulatoria (Caso Bulacio, *supr. nota* 129, párr. 126; Cfr. Caso López Álvarez. Sentencia de 1 de febrero de 2006. Serie C No. 141, párr. 105; Caso “Instituto de Reeducción del Menor”, *supr. nota* 127, párr. 154; Caso “Cinco Pensionistas”. Sentencia de 28 de febrero de 2003. Serie C No. 98, párr. 116; Montero Aranguren y otros -Retén de Catia Vs. Venezuela. Sentencia de 5 de julio de 2006).

La reforma constitucional de 1994 incorpora, a través de los artículos 41, 42 y 75 incisos 22 y 23, **el derecho a la salud de manera expresa en los términos conceptuales amplios**.

Ello implica abandonar el enfoque ya perimido que toma el **concepto reducido de atención a la persona enferma** cuando se entiende a la salud como: “...*la enfermedad y la respuesta a ella...* y se señala que ello constituye...*uno de los hechos más frecuentes e inevitables en la vida cotidiana de los conjuntos sociales*” (Informe

Anual 2010 Comité contra la Tortura de la Comisión Provincial por la Memoria, p. 106).

Y exige adoptar el **concepto de salud amplio** que comprende el **completo bienestar físico, psíquico y social**, y significa, además, *la asistencia para el adecuado desarrollo del ser desde antes de su nacimiento y el mejoramiento de su calidad de vida* (Informe Anual 2011 Comité contra la Tortura de la Comisión Provincial por la Memoria, p. 142).

En el Preámbulo de la Constitución de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** de 1948, se define a la salud como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (Brena Sesma Ingrid, “El derecho y la salud. Temas a reflexionar”, Universidad Nacional Autónoma de Méjico, 2004, pág.104) .

Ruotolo destaca la relación del **derecho a la salud de los detenidos** con el ámbito inviolable de la **dignidad humana**, y su consiguiente connotación como valor supremo al cual deben conformarse tanto las decisiones legislativas como las jurisprudenciales, en función del **principio constitucional de la humanización y de la función reeducativa de la pena**, como así también las previsiones de la normativa supranacional que prohíben **el sometimiento a tratamientos inhumanos o degradantes** (Ruotolo, Marco “Derechos de los detenidos y Constitución”, p. 213, Ad-Hoc, Buenos Aires, 2004).

Así el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece en su art. 12 que los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona **al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y entre las medidas que deberán adoptar los Estados a fin de asegurar la plena**

efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece en su Artículo XI que **toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales**, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

Por su parte, la Convención Americana de Derechos Humanos reconoce en su art. 5 que toda persona tiene **derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral y que toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad** inherente al ser humano.

La Constitución de la Provincia de Buenos Aires, reconoce en el inciso 8vo del art. 36 **el derecho social a la salud**, de la siguiente manera:

“La Provincia garantiza a todos sus habitantes el acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; sostiene el hospital público y gratuito en general, con funciones de asistencia sanitaria, investigación y formación; promueve la educación para la salud; la rehabilitación y la reinserción de las personas tóxicodependientes. El medicamento por su condición de bien social integra el derecho a la salud; la Provincia a los fines de su seguridad, eficacia y disponibilidad asegura, en el ámbito de sus atribuciones, la participación de profesionales competentes en su proceso de producción y comercialización.”

El problema viene dado porque las cláusulas de los textos normativos citados contienen reconocimientos generales de derechos sociales que dificultan la construcción de pautas objetivas tendientes a fijar con certeza los estándares de condiciones admisibles de detención.

Un aporte en este sentido lo ha brindado la propia Corte Suprema de Justicia de la Nación en el precedente “Verbitsky” oportunamente citado, al resolver en el punto segundo de la parte dispositiva **“Declarar que las Reglas Mínimas para el tratamiento de Reclusos de las Naciones Unidas, recogidas por la ley 24.660, configuran las pautas fundamentales a las que debe adecuarse toda detención.”**

En este sentido, las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977, establecen en relación a los *Servicios médicos*:

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

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

para la readaptación, y determinar la capacidad física de cada recluso para el trabajo.

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

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

Dichos preceptos han sido regulados a través de las leyes de Ejecución de la Pena Privativa de Libertad la Nación (arts. 143/152 ley 24660) y de la Provincia de Buenos Aires (arts. 9, 76 y 153 ley 12256) .-

Ahora bien, Marcos SALT ha subrayado que fijar como estándar las Reglas Mínimas de Naciones Unidas, si bien **resulta un parámetro importante, no constituye un avance significativo ni definitorio sobre la cuestión, ya que dichas pautas han sido superadas en contenido y precisión por propuestas internacionales posteriores a su sanción**, citando como ejemplo el “**Manual de Buena Práctica Penitenciaria**”, publicación de Penal Reform Internacional, versión española del IIDH, San José de Costa Rica,

1998 (Salt, Marcos “El derecho a condiciones carcelarias dignas: ¿un nuevo modelo de control judicial?. Certezas y dudas a propósito de un fallo trascendente de la Corte Suprema de Justicia de la Nación”, Revista de Derecho Penal y Procesal Penal, N° 12, p. 1201, Lexis Nexis)

El citado Manual contiene en su Sección IV un amplio catálogo de pautas interpretativas de las **Reglas Mínimas en materia de Salud física y mental de los reclusos**, partiendo de la base de que *“el encarcelamiento es aflictivo por su naturaleza misma y no debe ser agravado. La Regla estipula que la privación de la libertad implica privación del derecho de autodeterminación. Cuando este derecho se ha perdido, no sólo en principio, sino que también lo impide en la práctica diaria las reglas que gobiernan el régimen de la institución penal, será difícil para un preso tomar medidas que él o ella consideren necesarias o deseables para su salud. Entonces, es obviamente una responsabilidad del gobierno asegurar el derecho a la vida de los presos, buenos niveles de salud en la institución; garantizar condiciones de vida y de trabajo saludables; actividades y tratos que no dañen la salud de los presos y los procedimientos médicos y de enfermería suficientes y eficientes”*.

Recientemente, la Asamblea General de Naciones Unidas **ha actualizado** las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos (ahora denominadas **Reglas Nelson Mandela**), trabajando especialmente la **cuestión de la Salud en Cárcel** (7 de octubre de 2015). Se destacan las siguientes normas:

“Servicios médicos

Regla 24

1. La prestación de servicios médicos a los reclusos **es una responsabilidad del Estado**. Los reclusos gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles **en la comunidad**

exterior y tendrán acceso gratuito a los servicios de salud necesarios sin discriminación por razón de su situación jurídica.

2. Los servicios médicos se organizarán en estrecha vinculación con la administración del servicio de salud pública general y de un modo tal que se logre la continuidad exterior del tratamiento y la atención, incluso en lo que respecta al VIH, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, y la drogodependencia.

Regla 27

1. Todos los establecimientos **penitenciarios facilitarán a los reclusos acceso rápido a atención médica en casos urgentes.** Los reclusos que requieran cuidados especiales o cirugía serán trasladados a establecimientos especializados o a hospitales civiles. Cuando el establecimiento penitenciario tenga sus propios servicios de hospital, contará con el personal y el equipo adecuados para proporcionar el tratamiento y la atención que corresponda a los reclusos que les sean remitidos.

2. Solo podrán tomar decisiones médicas los profesionales de la salud competentes, y el personal penitenciario no sanitario no podrá desestimar ni desoír esas decisiones. (...)

Regla 30

Un médico u otro profesional de la salud competente, esté o no a las órdenes del médico, deberá ver a cada recluso, hablar con él y examinarlo tan pronto como sea posible tras su ingreso y, posteriormente, tan a menudo como sea necesario. Se procurará, en especial:

a) reconocer las necesidades de atención de la salud y adoptar todas las medidas necesarias para el tratamiento;

b) detectar los malos tratos que los reclusos recién llegados puedan haber sufrido antes de su ingreso;

c) detectar todo indicio de estrés psicológico o de otra índole causado por la reclusión, incluidos el riesgo de suicidio o autolesión y el síndrome de abstinencia resultante del uso de drogas, medicamentos o alcohol, y aplicar todas las medidas o tratamientos individualizados que corresponda;

d) facilitar a los reclusos de quienes se sospeche que sufren enfermedades contagiosas aislamiento médico y un tratamiento apropiado durante el período de infección;

e) determinar la capacidad física de cada recluso para trabajar, hacer ejercicio y participar en otras actividades, según corresponda.

En esta dirección, la **Corte Europea de Derechos Humanos** ha afirmado que “el juez que se limita a **constatar ciertas deficiencias sanitarias sin ordenar medidas concretas e inmediatas**

susceptibles de mejorar la situación, no puede ser considerado como que ha tomado en cuenta las necesidades actuales de los detenidos. Una tal salida torna ineficaz el recurso formulado por el interesado” (CEDH, 23/7/2013 “*Scarlat vs. Roumanie*” nro. 68492/10 y 68786/11).

Remarca Jean Paul Céré que la Corte Europea de Derechos Humanos ha reconocido que **las condiciones de detención en las celdas no deben contribuir a la degradación del estado de salud del detenido.** Tal es el caso en que las malas condiciones **conducen a contraer tuberculosis**, bajo reserva de precisar que la Corte atempera la obligación positiva de proteger y cuidar a las personas privadas de libertad, en caso de contagio “inexplicable” por una grave enfermedad (Céré, Jean Paul “La afirmación de un derecho a la salud de los detenidos en la jurisprudencia de la Corte Europea de Derechos Humanos”, *Revista de Derecho Penal y Procesal Penal Abeledo Perrot*, Noviembre 2015).

El agravamiento en las condiciones de detención es evidente **cuando las malas condiciones de encierro conducen a contraer tuberculosis.** En el caso “*Gravilita v. Roumanie*” la Corte Europea de Derechos Humanos **destacó la liberación de un detenido catorce días después de serle diagnosticada tuberculosis** contagiada en prisión (CEDH, 22/6/2010)

Al privar de la libertad a una persona, el Estado asume una **responsabilidad especial**, de la que surgen **deberes concretos de respeto y garantía de sus derechos**, y también una fuerte **presunción de su responsabilidad internacional por las afectaciones que sufren las personas mientras se encuentren bajo su custodia.** (CIDH-OEA/Ser.L/V/II. Doc. 64, 31 de diciembre de 2011, véase el *Informe sobre los Derechos Humanos de las*

Personas Privadas de Libertad en las Américas, 2011, disponible en <cidh.org>. Véanse también el caso “Juan Humberto Sánchez c. Honduras”, Corte IDH, sentencia del 7 de junio de 2003, Serie C, n° 99, párr. 111; caso “Bulacio c. Argentina”, Corte IDH sentencia del 18 de septiembre de 2003, Serie C, n° 100, párr. 126; y el caso “Instituto de Reeducción del Menor c. Paraguay”, Corte IDH, sentencia del 2 de septiembre de 2004, Serie C, no 112, párr. 153. Según la presunción *iuris tantum*, **el Estado es internacionalmente responsable por las violaciones a los derechos a la vida o a la integridad personal contra personas que se encuentran bajo su custodia**, y a él le corresponde desvirtuar tal presunción con pruebas suficientemente eficaces. Así, el Estado tiene tanto la responsabilidad de garantizar los derechos de los individuos bajo su custodia como la de proveer la información y las pruebas relativas a lo que a estos les suceda (*Corte IDH, caso “Tibi c. Ecuador”, sentencia del 7 de septiembre de 2004, Serie C n° 114, párr. 129; Corte IDH, caso “Bulacio c. Argentina”, citado*).

Tomando en consideración la situación descrita en el capítulo segundo de esta resolución, habré de **dividir los remedios propuestos en dos categorías**: por un lado, **las medidas sanitarias a implementar para diagnosticar y tratar** los casos de Tuberculosis en el Complejo Penitenciario Batán; por otro lado, **las medidas ambientales**, es decir aquéllas que tienen que ver con las actividades cotidianas de cada interno, **orientadas a la prevención** de Tuberculosis.

QUINTO. MEDIDAS SANITARIAS A IMPLEMENTAR PARA DIAGNOSTICAR Y TRATAR LA TUBERCULOSIS.

5.1. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA TBC.

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infectocontagiosa granulomatosa crónica producida por el *Mycobacterium Tuberculosis* o bacilo de Koch, que se localiza generalmente en el pulmón, aunque puede afectar otros órganos.

Se transmite de persona a persona por inhalación de aire contaminado por el bacilo, que han sido eliminados por los individuos enfermos al toser, estornudar o hablar (“Diagnóstico de Tuberculosis, Guía para el Equipo de Salud”, Diciembre 2014, Ministerio de Salud de la Nación).

El **reservorio de la tuberculosis es el hombre enfermo**. Cuando se localiza en el pulmón, los individuos enfermos podrán diseminar el bacilo, ya que **al toser, expectorar, estornudar o hablar eliminarán pequeñas gotas de saliva** (gotas de Flugge) que contienen bacilos, que podrán ser aspirados por individuos susceptibles.

El **riesgo de infección** está en relación con la exposición al bacilo de la TBC y depende de: **la localización de la tuberculosis** (mayor transmisión en TBC pulmonar o laríngea), **la baciloscopía** (mayor transmisión si la baciloscopía de esputo es positiva), **la duración y frecuencia del contacto entre la persona sana y la enferma, las características del ambiente en que ocurre (inadecuada ventilación) y las condiciones del individuo expuesto (nutrición, enfermedades concomitantes)**.

El 50% de los contactos cercanos de casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopías positivas (pacientes bacilíferos) podrían infectarse, mientras que solo se infectarían el 6% de los contactos cercanos de los enfermos con baciloscopías negativas (“Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Normas Técnicas. 2013”. Ministerio de Salud de la Nación).

La Organización Mundial de la Salud ha remarcado que **la población encarcelada está aún más expuesta a contraer TBC** debido a que en su mayoría se integra de **hombres entre 15 y 45 años provenientes de estratos sociales con poco acceso a educación, poblaciones marginales y pobres**; personas con **bajas defensas inmunitarias** debido a varios factores como la malnutrición, alcoholismo, uso de drogas, altos niveles de estrés psicológico en prisión y elevada prevalencia de infección de VIH; personas que **viven en lugares que presentan condiciones de vida precarias (hacinamiento, carencia de luz y ventilación)**; **detección tardía y tratamiento no adecuado de la enfermedad en centros de reclusión; encarcelamiento prolongado que incrementa la probabilidad de contraer TB50; alta movilización de un centro penitenciario a otro** en algunos países, así como **corta estancia de presos sin condena, incrementando el riesgo de diseminación de la enfermedad y/o falla en el tratamiento.** (*“Guía para el control de la tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de América Latina y el Caribe” elaborada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, Octubre 2008*).

De igual modo, la OMS destaca que hay **“tres estrategias principales para la detección de casos de TBC:** mediante consulta a demanda, cribado al ingreso en prisión y búsqueda activa en la población interna. Estas estrategias son complementarias entre sí y deben establecerse en paralelo lo antes posible. ***Es improbable que con el uso de una única estrategia aislada se detecten eficazmente los casos de TB en prisión*”.** (*“El Control de la Tuberculosis en Prisiones. Manual para Directores de*

Programas. Organización Mundial de la Salud. Comité Internacional de la Cruz Roja”, 2000)

Nuestro país lleva adelante un **Programa Nacional de Control de la Tuberculosis**, con estrictas normas técnicas en la materia, diseñado por el Ministerio de Salud de la Nación y coordinado por los organismos estatales provinciales y locales.

Pese a ello, la Comisión Provincial por la Memoria, en el Informe Anual 2015 del Comité contra la Tortura, ha dado cuenta que **no funciona adecuadamente el convenio interministerial** que desde el año 2009 se lleva adelante entre el Ministerio de Justicia de la Provincia de Buenos Aires y los Ministerios de Salud de la Nación y Provincia, con el objetivo de **implementar en las Unidades Penitenciarias los programas nacionales de salud**.

Se ha dicho al respecto “En el año 2011 los 25 puntos de acuerdo que contenía el Convenio fueron mayormente incumplidos desde la propia Dirección Provincial de Salud Penitenciaria y desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. En el año 2012 representantes de los programas nacionales han manifestado los obstáculos en la implementación del Convenio. En la reunión con el Dr. González Prieto, de la Subsecretaría de Salud Comunitaria, se solicitó a los peticionarios que se impulsara una mesa con el ejecutivo provincial para profundizar las tareas acordadas. El diagnóstico general de la CPM y el CELS sobre la situación de la atención a la salud en todo el sistema penitenciario es que es muy crítica y por ello siempre se manifestó la necesidad de que el sistema de salud dependiera del Ministerio de Salud de la provincia. La discusión sobre políticas de salud en la mesa ha sido incipiente y **uno de los temas más difíciles de tratar**. Desde la mesa, y con un trabajo de articulación de la Secretaría de Derechos Humanos de la

Nación, se pudo concluir que resulta necesaria la **realización de una auditoría externa sobre el sistema de salud en las unidades**, para lograr la elaboración de un diagnóstico común que provea de indicadores concretos sobre los cuales trabajar las políticas necesarias para revertir la extrema situación respecto del sistema de salud penitenciario en la actualidad” (Comisión Provincial por la Memoria. Comité contra la Tortura, Informe Anual 2015, pp. 283-284)

Los **objetivos** de los programas de control de la TBC en prisiones deben ser: **reducir la morbilidad y la mortalidad, impedir el desarrollo de la TBC multirresistente y finalmente frenar la transmisión de la infección**. Las principales **estrategias** para lograr esos objetivos **son el diagnóstico precoz de los casos de TBC y su tratamiento rápido y efectivo**. La **reforma penal y la mejora de las condiciones de vida en prisión** son también estrategias importantes para la consecución de esas metas (“El Control de la Tuberculosis en Prisiones. Manual para Directores de Programas. Organización Mundial de la Salud. Comité Internacional de la Cruz Roja”, 2000).

5.2. EXAMEN DE BACILOSCOPIA A TODA LA POBLACIÓN ENCARCELADA EN EL COMPLEJO PENITENCIARIO BATÁN.

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis diseñado por el Ministerio de Salud de la Nación establece como **método de diagnóstico de la enfermedad a la baciloscopia (BK)**, “la técnica más práctica, ya que **es sencilla y rápida, puede ser realizada en la mayoría de los servicios de salud** y detecta a los pacientes que expectoran gran cantidad de bacilos y diseminan la infección en la

comunidad. Entre el 65% y el 80% de los casos pulmonares adultos puede confirmarse por esta técnica”.

La Organización Mundial de la Salud destaca que **los retrasos en la detección de casos de TB, y las demoras en comenzar el tratamiento son problemas comunes en muchas prisiones.** Estos son causas importantes de morbilidad, mortalidad y transmisión de la TBC, así como de la génesis de la TBC farmacorresistente.

En primer lugar, el retraso en el tratamiento de la TBC activa **lleva a una mayor destrucción de tejidos, un peor estado nutricional y una peor respuesta al tratamiento.**

En segundo lugar, **los retrasos en el diagnóstico y el tratamiento pueden inducir a los pacientes a buscar sus propias “soluciones”, a través de tratamientos obtenidos de las visitas o en el mercado negro de la prisión.** Tal tratamiento, errático y descontrolado, favorece el desarrollo de TB-MR.

En tercer lugar, el retraso en el diagnóstico y tratamiento de casos pulmonares bacilíferos muy infecciosos **expone a otros individuos que entren en contacto con el paciente a la infección TB.** (“El Control de la Tuberculosis en Prisiones. Manual para Directores de Programas. Organización Mundial de la Salud. Comité Internacional de la Cruz Roja”, 2000)

Entiendo que las circunstancias verificadas en este Habeas Corpus **imponen la obligación de realizar un estudio de baciloscopia a toda la población penitenciaria alojada en la Unidad Penal 15,** para determinar la cantidad de internos contagiados de TBC y disponer el tratamiento respectivo. El estudio será voluntario, dependiendo del consentimiento de cada interno, y realizado por

personal especializado en la materia del Instituto Nacional de Epidemiología.

Fundamentan lo expuesto las siguientes circunstancias:

- Que en el año 2015 hubo al menos **cuatro pacientes a los que se le detectó tuberculosis en la Unidad Penal 15** (SCOTT FERNANDEZ, hoy en arresto domiciliario; VAREA, ROCHA PEREZ, y VAZQUEZ VASALLO, estos tres ya han sido reintegrados a pabellones).
- Que la Dirección de Sanidad del complejo penitenciario Batán **desconoce cuántos internos fallecieron por tuberculosis**. Sin perjuicio de ello, se puede determinar que desde junio de 2014, *al menos* fallecieron por TBC:
 - **Jonathan FERNÁNDEZ GUTIERREZ** (28 de junio de 2014);
 - **César OJEDA MANSILLA** (2 de noviembre de 2014)
 - **Ramón GÓMEZ CORONEL** (24 de abril de 2015) ;
- Que desde junio de 2014 a la fecha, fallecieron los siguientes internos que se encontraban alojados en la Unidad Penal, **sin que exista diagnóstico ni causa determinada de su fallecimiento, pese a que varios de ellos presentaban indicadores compatibles con la TBC**:
 - **FANDIÑO VILLANUEVA, Cristian** (24 de febrero de 2015)
 - **PUEBLA GARCIA, Javier Roberto** (16 septiembre 2015)
 - **CHAVES ALCORTA, Jonathan Gabriel** (25 de noviembre de 2015)
 - **VARGAS GONZALEZ, Facundo Samuel** (8 de diciembre de 2015)

- Que al día de la fecha **se desconoce qué cantidad de internos del complejo penitenciario Batán pueden encontrarse infectados de Tuberculosis y en condiciones de contagiar a otros internos.**
- Que la **tasa de mortalidad por TBC**, que en el país es de **1.8 cada 100.000 habitantes** se encuentra **disparada en forma alarmante** en la Unidad Penal 15, donde al menos **se han detectado 3 muertes en una población apenas superior a los 1000 internos**, ello sin perjuicio de los casos de **fallecimiento sin diagnóstico** confirmado ya mencionados.
- Que los **problemas con la alimentación, higiene, hacinamiento, sobrepoblación, ausencia de colchones, presencia de roedores**, etc verificados en **diversas acciones de Habeas Corpus de trámite ante éste juzgado y diversos organismos jurisdiccionales** de éste Departamento Judicial y **denunciado por el suscripto en múltiples visitas de cárcel, agravan considerablemente la posibilidad de contraer Tuberculosis, al generar las condiciones materiales y físicas de vulnerabilidad para la manifestación de los síntomas propias de la TBC.**

No escapa a mi conocimiento las dificultades en concretar un estudio de estas características, en una población superior a los mil internos.

Sin embargo, **dicho estudio será concretado por intermedio de los especialistas del Instituto Nacional de Epidemiología**, quiénes además de haber desarrollado **prácticas de excelencia en la toma de muestras, conservación y análisis, me han confirmado el día de ayer que se encuentran en condiciones**

materiales de concretar ese estudio, en forma progresiva y secuencial.

La realización de las tomas de esputo para examen de baciloscopia **en forma exclusiva** a la población de la Unidad Penal 15 **se justifica** en que ha **sido ese centro de detención el que permitió detectar casos de TBC**, sin perjuicio de las **medidas preventivas que habrán de ordenarse respecto de las Unidades 44 y 50**.

En sintonía con lo expuesto, la OMS da cuenta en relación a TBC en prisiones que **los casos infecciosos sólo pueden diagnosticarse con métodos de laboratorio que demuestren microbacterias en el esputo de un individuo**. Cuanto mayor sea el número de bacterias tanto más infeccioso será el paciente. Los casos más infecciosos son los de pacientes tuberculosos que producen esputo en el que, una vez teñido, las bacterias productoras de TBC son visibles en un microscopio óptico. Estos son denominados casos TBC bacilíferos. La microscopía óptica de frotis del esputo es rápida, barata y relativamente fácil de realizar e implementar. **Los servicios de laboratorio son por consiguiente fundamentales para el control de la TBC.** (“El Control de la Tuberculosis en Prisiones. Manual para Directores de Programas. Organización Mundial de la Salud. Comité Internacional de la Cruz Roja”, 2000).

En igual sentido, el documento destaca que “en prisiones, **la recogida de esputo debe ser directamente observada** y las muestras **deben guardarse y transportarse de manera segura para evitar la alteración de las mismas**. El personal responsable de la recogida de esputo debe protegerse de la infección recogiendo el esputo al aire libre o en zonas bien ventiladas, separado de los pacientes y llevando mascarillas apropiadas. La recogida de esputo puede ser tarea de personal de salud o de laboratorio, pero si los

responsables son personal ajeno al laboratorio, deben seguir las orientaciones del personal del laboratorio sobre la calidad requerida de las muestra“ (“El Control de la Tuberculosis en Prisiones. Manual para Directores de Programas. Organización Mundial de la Salud. Comité Internacional de la Cruz Roja”, 2000).

De lo que se trata es de **promover un activismo judicial que revierta la idea que el sistema de salud en la cárcel cobra algún protagonismo sólo en los últimos momentos de los procesos biológicos que hacen morir a una persona, para describirlo como “muerte natural” y pueda asumir una auténtica función de resguardo a la integridad física de los internos.**

En este sentido, el Informe Anual 2015 del Comité contra la Tortura de la Comisión Provincial por la Memoria, al ocuparse de analizar casos de tuberculosis, destaca: *“en la institución carcelaria pareciera haber una preocupación por que estos procesos últimos tengan lugar en manos de un médico, enfermero o centro de salud extra-muros. Mientras que la administración penitenciaria ceda allí su poder a las manos de la medicina, sólo para acompañar y/o acreditar ese final de la vida, parece confirmarse que fueron estos últimos procesos biológicos los que llevaron a la muerte, que será falsamente catalogada como “no traumática”. Se trata de momentos, minutos o, en el mejor de los casos, horas (dos, veinticuatro, cuarenta y ocho). Son sólo esos últimos momentos en los que la administración penitenciaria cede a los médicos el cuerpo de los presos, en lo que pareciera presentarse como una sociedad con roles claros: el médico debe sacar al agonizante de la cárcel, hacer las manio- bras de resucitación y/o certificar la muerte. Es fundamental el rol del médico para certificar, para confeccionar el certificado de defunción. La cárcel puede gestionar la muerte y,*

mientras tanto, la medicina puede mantenerse en un rol de observador participante, omitir intervenir o generar paliativos; pero sólo la medicina puede certificar la muerte. Pareciera eso despejar cualquier sospecha o incomodidad a la administración penitenciaria. La cárcel en la salud no deja tanto la vida en manos de la medicina como deja la muerte, esos últimos instantes del proceso de muerte. (...) Ahora bien, para comprender el proceso que lleva a la muerte, el proceso que genera estas muertes por cárcel, es necesario ampliar el panorama de los últimos momentos biológicos a la historia de todos los impactos que, por acción y/u omisión, tiene la cárcel en la salud de las personas a su cargo. Es también este análisis del proceso más amplio lo que dará cuenta de la terrible contradicción detrás de la fórmula de las “muertes no traumáticas”, demostrando cómo cada aspecto del proceso que lleva a la muerte es sumamente traumático. (Informe Anual 2015, p. 183/185)

En este aspecto, las **actualizadas Reglas para el Tratamiento de los Reclusos de la ONU (Reglas Mandela)** establece en su Regla 25:

- “1. Todo establecimiento penitenciario contará con un **servicio de atención sanitaria encargado de evaluar, promover, proteger y mejorar la salud física y mental de los reclusos**, en particular de los que tengan necesidades sanitarias especiales o problemas de salud que dificulten su reeducación.
2. El servicio de atención sanitaria constará de un equipo interdisciplinar con suficiente personal calificado que actúe con plena independencia clínica y posea suficientes conocimientos especializados en psicología y psiquiatría. Todo recluso tendrá acceso a los servicios de un dentista calificado.”

Al otorgar jerarquía constitucional a los tratados internacionales de DDHH, y toda vez que el **artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)** define a la salud como “el derecho de toda persona al disfrute del más

alto nivel posible de salud física y mental”, el Estado ha quedado jurídicamente obligado a garantizar el contenido mínimo de los derechos económicos, sociales y culturales, y no puede escudarse en la falta de recursos disponibles para justificar su incumplimiento.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) ha expresado que: “...**los Estados Parte tienen la obligación fundamental de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto...**”, destacando que el cumplimiento del contenido mínimo es **obligatorio y no es pasible de excepciones**, ni aún en situaciones de emergencia

En ese marco **el derecho a la salud es un derecho de protección y a la vez de prestaciones**, que comporta obligaciones de dar, hacer y de no hacer. Este derecho es una obligación impostergable del Estado Nacional (y de los otros órdenes estatales y gubernamentales), de inversión prioritaria y está ligado al concepto de **prestaciones esenciales**. El Estado no solo debe garantizar el acceso al derecho a la salud sino que además debe, en sus diversos niveles, **abstenerse de dañar la salud y de tener injerencias arbitrarias en el derecho a la salud de las personas**.

Por su parte, **la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha reconocido el derecho a la salud** como un derecho fundamental de base constitucional (*“Asociación Benghalensis y otros c. Ministerio de Salud y Acción Social-Estado Nacional”*; *“Campodónico de Beviacqua Ana c. Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Programas de Salud y Banco de Drogas Neoplásicas”*, *“Monteserín Marcelino y otros c. Estado Nacional-Amparo”*).

5.3. RADIOGRAFÍA DE TORAX.

Más allá de lo expuesto, debe avanzarse con la elaboración de medidas sanitarias para diagnosticar casos de TBC duraderos en el tiempo, comunes para todo el complejo penitenciario Batán y que no dependan de los conocimientos específicos o la voluntad individual de un médico, sino **que sean Políticas de Estado en Salud Pública con relación a la población privada de su libertad ambulatoria.**

La “Guía para el Control de la Tuberculosis en poblaciones privadas de Libertad de América Latina y el Caribe” elaborada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2008), recomienda como medida para la detección activa de la TBC, **al ingreso al centro penitenciario:**

“De manera rutinaria, a toda persona que ingresa al recinto penitenciario se le debe efectuar un examen clínico mediante **anamnesis y examen físico.** En dicho proceso debería colectarse información referente a:

- Existencia de tos por más de 2 semanas
- Antecedentes de TBC en el pasado y en la familia
- Factores de riesgo de infección VIH
- En algunos países y cuando los recursos lo permiten, se **debería realizar además de los estudios bacteriológicos la radiografía de tórax.”**

Precisamente, la obtención de una **radiografía de tórax** es una necesidad **remarcada por las especialistas del Instituto Nacional de Epidemiología que estuvieron presentes en la audiencia celebrada en el Juzgado,** y una práctica **que no se desarrolla actualmente en el complejo penitenciario Batán.**

Se impone en consecuencia, **incorporar esta práctica** al examen médico de ingreso, así como **fichar esta información más allá de la Historia Clínica**, conforme lo recomendado por la Dra. COLINO.

Tengo presente que de acuerdo a los documentos del Ministerio de Salud de Nación *“la placa de tórax es un elemento complementario para el diagnóstico de tuberculosis, porque la interpretación correcta de las imágenes radiológicas requiere experiencia, especialmente si las lesiones son mínimas o moderadas y porque es poco específica, ya que las imágenes radiológicas que produce la tuberculosis pueden ser producidas por otras patologías respiratorias y enfermedades sistémicas”* (“Diagnóstico de Tuberculosis, Guía para el Equipo de Salud”, Diciembre 2014, Ministerio de Salud de la Nación).

Aún así, **ese mismo documento recomienda la realización de imágenes radiológicas, ya que si evidencian sospechas de TBC indican la necesidad de realizar estudios bacteriológicos.**

5.4. BUSQUEDA ACTIVA DE INDICIOS DE TBC.

A su vez, la Guía para el Control de la Tuberculosis en Poblaciones Privadas de Libertad de América Latina y el Caribe incluye recomendaciones para la **búsqueda activa permanente**, que también han sido objeto de recomendaciones específicas de las especialistas en la audiencia.

Cabe destacar que **no toda la población penitenciaria puede acceder al área de Sanidad**, dado que ello depende en reiteradas ocasiones de la voluntad y decisión de los miembros del Servicio Penitenciario.

En ese sentido, la Comisión Provincial por la Memoria, en el Informe Anual 2015 del Comité contra la Tortura, ha denunciado esta

situación: **“la lógica de la seguridad es la que impera en relación a las modalidades de atención de la salud. Por tal motivo, sólo quienes logran llegar a Sanidad son atendidos, y dicha atención se somete a las lógicas que venimos describiendo. Demostración de ello es el discurso que se repite en todos los servicios de salud del Sistema Penitenciario.** En la inspección realizada a la Unidad 30 el 23 de mayo de 2014 se realizó entrevista a la médica a cargo, quien expresó que ‘sólo se atiende a quienes acceden al sector, [el personal médico] tiene prohibido acceder a los pabellones por cuestiones de seguridad; no son los guardias del SPB quienes prohíben el acceso, sino que recomiendan no entrar ni siquiera a entregar la medicación’. Y refirió: ‘igual prefiero así, no me parece hacer atención en el pasillo, sino en el consultorio’. Se le señaló que no todos los detenidos pueden acceder a Sanidad, ya que no depende de ellos sino de los guardias. Pese a aceptar y consentir eso, la médica no se mostró interesada en cambiar el modo de atención, lo que pone en evidencia el posicionamiento ético-político que impera en la atención de la salud en los espacios de encierro. Más adelante, al referirse a los detenidos y sus visitas, expresó: ‘la promiscuidad es el estilo de vida de ellos, es su cultura, no es la casilla el problema, es su cultura. Yo veía las visitas íntimas de la [Unidad] 33, con los nenes ahí, los corrían, los sacaban. El problema es que están al pedo, perdón la expresión, encerrados, fumando porro todo el día. Los invitaría a entrar en la Unidad 33 a las 5 de la mañana algún día, parece Tokio del humo que hay’. A través de estos relatos, que se repiten una y otra vez, es posible asegurar que **la atención en los espacios de encierro es deficiente, plagada de prejuicios sobre la población detenida y amparada en la seguridad individual de los profesionales.**

En el sistema de encierro no se entiende a la salud con un concepto de integralidad que contemple todas las esferas del ser humano, tanto físicas y/o biológicas como mentales y/o espirituales. Esta integralidad debe abarcar, además, las circunstancias de la vida de las personas que en la situación de privación de la libertad se convierten en denigrantes, desde las condiciones materiales que las rodean, el régimen de vida, el frío, el hambre y las constantes humillaciones y vejaciones que deben soportar, situaciones todas que inciden y marcan su estado de salud” (Informe Anual 2015, pp. 257/258).-

En esa dirección, la presencia diaria **de un agente de salud que recorra los pabellones de las Unidades Penales efectuando revisiones periódicas de rutina** es una exigencia para el personal de Salud de los centros de detención, lo que así habrá de ser ordenado.

En ese sentido, ya la Regla 25 (1) de las originarias Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos de las Naciones Unidas **establece la obligación para los médicos de visitar diariamente a todos los reclusos enfermos.**

El Manual de Buena Práctica Penitenciaria (de Implementación de las Reglas Mínimas) interpreta que “la regla 25 (1) enfatiza, por muy buenas razones, la responsabilidad personal del médico de la institución de **ver diariamente a todos los enfermos que se quejen de estar enfermos.** La salud de los presos es, en general, **más vulnerable que la de los ciudadanos libres, debido a las condiciones de encarcelamiento, su propia conducta que puede llevarlos a auto-mutilarse, hacer intentos de suicidio o también ultrajarse unos a otros.** El agotamiento emocional del encarcelamiento además puede llevar a enfermedades físicas. Sin

embargo, puede también pretender estar enfermo y abusar del cuidado médico. No obstante, el médico es el único que puede juzgar esto. Se debe tomar en cuenta también que el hecho de que un preso esté fingiendo una enfermedad, puede indicar que su situación o salud no está del todo bien”.

Por su parte, **la reciente actualización de las Reglas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Mandela)** establecen en este aspecto:

Regla 31

El médico o, cuando proceda, otros profesionales de la salud competentes, tendrán **acceso diario a todos los reclusos enfermos**, a todos los que afirmen padecer enfermedades o lesiones físicas o mentales y a todos aquellos sobre los cuales se llame su atención. Todos los exámenes médicos se llevarán a cabo con plena confidencialidad.

Regla 33

El médico **informará al director del establecimiento** penitenciario cada vez que estime que la salud física o mental de un recluso haya sido o pueda ser perjudicada por su reclusión continuada o por determinadas condiciones de reclusión.

Regla 35

1. El médico o el organismo de salud pública competente hará inspecciones periódicas y asesorará al director del establecimiento penitenciario con respecto a:

1. **a) la cantidad, calidad, preparación y distribución de los alimentos;**
2. **b) la higiene y el aseo de las instalaciones y de los reclusos;**
3. **c) las condiciones de saneamiento, climatización, iluminación y ventilación;**
4. **d) la calidad y el aseo de la ropa y la cama de los reclusos;**
5. e) la observancia de las reglas relativas a la educación física y la práctica

deportiva cuando estas actividades no sean organizadas por personal especializado.

2. El director del establecimiento penitenciario tendrá en cuenta el asesoramiento y los informes presentados conforme a lo dispuesto en el párrafo 1 de esta regla y en la regla 33 y adoptará inmediatamente las medidas necesarias para que se sigan los consejos y recomendaciones que consten en los informes. Cuando esos consejos o recomendaciones

no correspondan a su ámbito de competencia, o cuando no esté conforme con ellos, el director transmitirá inmediatamente a una autoridad superior su propio informe y los consejos o recomendaciones del médico o del organismo de salud pública competente.

En este punto, no puedo dejar de mencionar lo ocurrido con la Inspección Institucional realizada a la Unidad Penal 15 por el suscrito y mi equipo de trabajo el pasado 16 de septiembre del año en curso.

En efecto, en la celda 43 del pabellón nro. 11 de dicho centro de detención aún permanecía el cuerpo sin vida del interno Javier Roberto GARCIA PUEBLAS, fallecido algunas horas antes de nuestra inspección.

Al advertir esa situación y luego de documentar fotográficamente la misma, me entrevisté en forma individual y privada con todos los compañeros de pabellón de GARCIA PUEBLAS.

Los mismos coincidieron en remarcar que el fallecido venía sufriendo un desmejoramiento progresivo de su salud en los últimos días. “Que una mañana se despertó con dolor en un brazo, desconociéndose las causas de esa situación y que progresivamente se comenzó a hinchar el mismo, hasta que la hinchazón pasó a la zona del hombro y parte superior del torso” (Ver Registro de Visita Institucional en el marco de la Acordada nro. 3415/09 del Juzgado de Garantías 4).

Que en la jornada previa a su fallecimiento “pedía ir a Sanidad porque tenía el hombro hinchado, pero no lo sacaban. El encargado de pabellón le decía que no había gente en Sanidad”

Que la mañana en que falleció “seguía pidiendo que lo sacaran porque no podía respirar”, respondiendo el encargado de seguridad

del pabellón que “no sabía si lo sacarían hoy o mañana a Sanidad”, falleciendo un par de horas después de ello.

La situación verificada personalmente por el suscripto en el caso de la muerte de GARCIA PUEBLAS robustece la necesidad de efectuar controles médicos diarios en los pabellones, para atender demandas clínicas que no llegan al Área de Sanidad.

5.5. TRATAMIENTO DE CASOS DETECTADOS.

En relación al procedimiento que se emplea en Sanidad de la Unidad Penal 15 para los casos de TBC detectados, **no advierto falencia alguna** respecto de la recolección, mantenimiento y envío de muestras de esputo al INE, **la que se ajusta a los protocolos y recomendaciones vigentes en la materia.**

El médico BIDONDO es especialista en esta temática, se ocupa en forma personal de esa cuestión y las médicas del INE han remarcado su profesionalidad en ese cometido.

Lo mismo cabe decir respecto al **aislamiento de los internos**, los que son derivados a las celdas individuales existentes en el área de Sanidad, las que además poseen baño privado.

Finalmente, se cuenta en la Unidad con la **medicación adecuada para el tratamiento**, la que es suministrada regularmente por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

Sí creo que deben reformularse algunas cuestiones sobre el método de registro de los casos y sobre la conservación de las Historias Clínicas de los internos.

Insisto en diferenciar lo que debe ser una Política Pública de Salud del Estado (en el caso orientada a una población determinada, como es la privada de libertad) respecto a las prácticas médicas basadas exclusivamente en el voluntarismo de un profesional.

En este sentido, una cuestión medular como es el **diagnóstico, tratamiento y eventual difusión de la Tuberculosis** no puede quedar registrado en **anotaciones personales de un médico con conocimiento e inquietudes en la materia**, más allá de sus buenas intenciones, sino que **debe ser objeto de una documentación certera en un Registro de acceso por parte de autoridades administrativas o judiciales.**

En ese sentido se expresó la médica epidemióloga del INE, Dra. Colino, en la audiencia pública desarrollada en este Habeas Corpus, al destacar que también debería el área de Sanidad del Penal, además de la historia clínica, **confeccionar una ficha donde conste si tuvo TBC, si tiene HIV o diabetes, que sea de fácil lectura y consulta.**

Por ese motivo, **se dispondrá esta forma de registro**, orientada a un **control de cada caso de fácil acceso para las autoridades judiciales.**

En sintonía con lo expuesto, la **OMS en su Guía para el Control de la Tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de América Latina y el Caribe establece:**

“Los servicios de salud **deben incorporar en su práctica habitual los siguientes registros e informes:**

- **Tarjeta de tratamiento:** la cual permite hacer un seguimiento diario del paciente en tratamiento fundamentalmente referido a la toma, regularidad y tipo de administración de la medicación (toma diaria de los medicamentos, TDO por personal de salud u otro, periodicidad, etc.) y la respuesta al tratamiento (baciloscopía de control).
- **Libro de SR:** para el registro de los SR identificados en actividades de despistaje activo o pasivo.
- **Libro de registro de casos:** donde se registran, en orden de ingreso, cada uno de los enfermos. Este libro permite conocer el número y tipo de pacientes existentes en un periodo determinado, los resultados del tratamiento, estado de infección VIH, etc. Este

registro es la base para hacer el análisis de la notificación y fundamentalmente de los resultados de la cohorte.

- **Libro de baciloscopía:** donde exista laboratorio para el registro diario de las baciloscopías efectuadas. Su buen uso permite saber el número de SR que fueron examinados, el número de pacientes positivos, y por lo tanto, la positividad de los SR y de las baciloscopías diagnósticas. Asimismo, se puede obtener información del seguimiento de casos en tratamiento.
- **Informe trimestral de notificación de casos:** es un instrumento para la transmisión de la información a un nivel superior de los casos diagnosticados en un periodo establecido, y que permite la medición de la búsqueda de casos y su tendencia en el tiempo. Esta información es obtenida del libro de registro de casos.
- **Informe de evaluación de cohortes:** contempla los resultados de tratamiento de los casos agrupados en diferentes cohortes (TBP BK+ nuevos, TBP BK+ previamente tratados, TBP BK-, TB extrapulmonar, etc) que fueron notificados un año antes de la remisión del informe. **Formulario de referencia y contrareferencia:** utilizado en el PNT y adaptado al ámbito penitenciario, en general está compuesto de dos partes: la primera, que consigna el tipo de enfermo, teléfono, dirección del centro de salud de referencia —región sanitaria, persona para contacto—, esquema de tratamiento utilizado, fase, dosis y controles de baciloscopía; y la segunda, que confirma la llegada del caso. Este documento debe tener 3 copias: una para el centro al que se hace la referencia del caso, otra para los archivos del centro que refiere y una tercera para el PNT (referencias intra-extramuros) o para la dirección nacional de salud del SP (intra-intramuros).”

A mayor abundancia, las actualizadas Reglas para el Tratamiento de los Reclusos de la ONU (Reglas Mandela), establecen:

Regla 26

1. El servicio de atención de la salud **preparará y mantendrá historiales médicos correctos, actualizados y confidenciales de todos los reclusos**, y se deberá permitir al recluso que lo solicite el acceso a su propio historial. Todo recluso podrá facultar a un tercero para acceder a su historial médico.
2. En caso de traslado de un recluso, su historial médico se remitirá a los servicios de atención de la salud de la institución receptora y permanecerá sujeto al principio de confidencialidad médica.

Por otra parte, el **caótico ámbito donde se conservan las Historias Clínicas de los internos en el Área de Sanidad de la**

Unidad Penal 15, que fuera relevado en la Inspección desarrollada por el suscripto en el marco de esta acción judicial y descripto en el punto 2.1. de la presente resolución **debe ser inmediatamente modificado**, buscando un espacio físico que permita la conservación de esos documentos sin que sean objeto de destrucción, extravío de fojas, contacto con agua o humedad, permitiendo además su clasificación por apellido de cada interno, a efectos de facilitar su rápida ubicación cuando sea requerida.

Finalmente, una cuestión problemática es la alimentación de la población que se encuentra infectada con TBC.

El propio Director de Sanidad Alejandro BIDONDO en la Audiencia Pública celebrada en el marco de este Habeas Corpus dijo que en esos casos se solicita la entrega de alimentación especial a la Dirección del Servicio Penitenciario y en caso que no se posea la misma, *“se coordina con los familiares del interno su entrega”*.

En este sentido, encontrándose el interno privado de su libertad a disposición del Estado, **es el propio aparato estatal el que debe garantizar su integridad física y en el caso específico su adecuada alimentación, lo que así se dispondrá.**

Las actualizadas Reglas para el Tratamiento de los Reclusos de la ONU (Reglas Mandela) establecen respecto a la alimentación:

Regla 22

1. Todo recluso recibirá de la administración del establecimiento penitenciario, a las horas acostumbradas, **una alimentación de buena calidad, bien preparada y servida**, cuyo valor nutritivo sea suficiente para el mantenimiento de su salud y de sus fuerzas.
2. Todo recluso tendrá la posibilidad de **proveerse de agua potable** cuando la necesite.

5.6. INFORMACION SOBRE RESULTADO DE AUTOPSIAS.

El Centro de Estudios Legales y Sociales denuncia que “aunque parezca que no es necesario discutir si las muertes en el encierro son responsabilidad del Estado, por el resguardo, el cuidado y la protección de la vida e integridad física de las personas detenidas, **aún no se han logrado consolidar estándares judiciales y administrativos de lo que se denomina “muertes en custodia”**. Tal es así que ni la administración penitenciaria ni la burocracia judicial se sienten interpeladas a investigar todos los fallecimientos en prisión. Sólo se limitan a trabajar (con fuerte resistencia y deficiencia) los casos de “muertes traumáticas” o “violentas”, aunque difícilmente avanzan mientras se sostiene la versión oficial de los hechos. Los casos de muertes por falta de atención médica y enfermedades se toman como “muertes naturales” y **se desconoce la obligación de investigar si el Estado actuó de acuerdo con su deber de cuidado.**” (CELS, Derechos Humanos en la Argentina, Informe Anual 2013, p. 299).

La Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires ha impuesto la **obligación de realizar una investigación ante cada muerte en custodia** (causas n° 69 485, del 30 de septiembre de 2009; n° 69 977, del 30 de noviembre de 2011 y n° 87 463, del 27 de junio de 2012, de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires).

Una falencia advertida en la Audiencia Pública realizada en este Habeas Corpus es la **ausencia de comunicación** entre los profesionales de Salud del Área de Sanidad del Complejo Penitenciario Batán y los **Agentes Fiscales que llevan adelante esas investigaciones.**

Ello deriva en que **los médicos de Sanidad de la cárcel desconozcan en diversos casos las causas de las muertes de**

internos fallecidos en detención por episodios no violentos, ante la ausencia de comunicación del resultado de las autopsias practicadas.

Utilizo la terminología “**muerte no violenta**” para encuadrar los casos en que el fallecimiento **no resulta consecuencia de una agresión física**, sea mediante la imposición de torturas, apremios ilegales o vejaciones por parte de funcionarios estatales o bien a través de un conflicto interpersonal entre internos.

De este modo, preferimos prescindir de la cuestionable denominación “muertes no traumáticas” que utiliza el propio Servicio Penitenciario Bonaerense, en la convicción que **toda muerte ocurrida en encierro y bajo custodia del Estado resulta una muerte traumática**.

En definitiva, el **desconocimiento de las causas de la muerte por parte del área de Sanidad Penitenciaria es inadmisibles**, en la medida que **impide desarrollar controles y medidas sanitarias orientadas a la no difusión de ciertas enfermedades en el caso que así lo indicara la autopsia**, especialmente en relación al grupo de población que convivía en celda o pabellón con el interno fallecido por TBC.

En consecuencia, habré de enviar copia de la presente a la Fiscalía General Departamental, a efectos que se instruya a los respectivos Agentes Fiscales de comunicar al Director de Sanidad del Complejo Penitenciario Batán los resultados de autopsias de todos los internos fallecidos en detención, a efectos de evaluar por parte del profesional de la salud la necesidad de disponer controles y medidas sanitarias orientadas a la no difusión de una enfermedad contagiosa, en caso que ésta haya sido la causal de la muerte.

5.7. CAPACITACIÓN DEL PERSONAL PENITENCIARIO.

LA OMS en su Guía para el Control de la Tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de América Latina y el Caribe establece entre las medidas para prevenir infecciones de Tuberculosis:

“La educación del personal de salud, de custodia, administrativo, de los enfermos y las visitas **es fundamental para el éxito de la implementación de las medidas de control de infección y debe ser incluida en los planes.** Los contactos que corresponden a personal de seguridad deben ser **sensibilizados a través de educación** y ser referidos al servicio de salud cercano a su domicilio o a la seguridad social, según corresponda. **Los profesionales de salud de centros penitenciarios** deberán recibir, por la característica de su trabajo, **una atención especial.** Tanto el personal de salud en funciones como el nuevo reclutado por el SP deben tener un examen clínico y radiológico periódico de acuerdo a las normas del PNT. Las **visitas y los contactos de en regímenes semicerrados que pernoctan con el caso índice deben ser sensibilizados a través de educación** y también ser referidos al servicio de salud cercano a su domicilio. (pp. 77 ss).-

Al respecto, al celebrarse la audiencia pública en el marco de la presente acción de Habeas Corpus, **las especialistas del INE se ofrecieron voluntariamente a brindar una capacitación** a personal administrativo, de seguridad y de sanidad del complejo penitenciario Batán en torno a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la TBC.

En la línea que sigue la presente acción de Habeas Corpus, se concibe al Poder Judicial como un actor político que enriquece el diálogo democrático, **comprometiendo e involucrando a otros**

actores de la administración pública en casos que así lo demanden, evitando el tratamiento fragmentado de problemas sociales a través de compartimentos estancos de la burocracia estatal.

Para el caso concreto, las circunstancias verificadas en esta acción, deben generar una acción destinada a procurar la **formación, capacitación y comprensión en torno a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis por parte de personal administrativo, de seguridad y de sanidad del complejo penitenciario Batán.**

Por ese motivo, se exhortará a la Dirección del Servicio Penitenciario Bonaerense a brindar capacitación específica en la materia a través de cursos, talleres o conferencias brindados por los y las profesionales del Instituto Nacional de Epidemiología.

En definitiva, se trata de **una forma de activismo judicial** que permite **dialogar con otros actores institucionales**, respetando el ámbito propio de cada organismo, fortaleciendo los mecanismos democráticos orientados a la protección de los Derechos Humanos.

Esta forma de activismo judicial ya ha sido desarrollado por el suscripto en otros pronunciamientos. Para el caso, ver la IPP 17893-14 "*Vialaret, Fabiana s/ hurto en tentativa*", dando intervención a la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de General Pueyrredón para evaluar la incorporación de la nombrada a redes de contención social, a través de planes de trabajo; IPP 27681-13 "*Andrade, Verónica s/ usurpación de propiedad*", e IPP "6227-13 "*Albarracin, Casimira Eleuteria s/ hurto en tentativa*", en ambos casos dando intervención a la Secretaría de Desarrollo Social de la comuna, para evaluar la posibilidad de brindar asistencia socioeconómica a las nombradas y su grupo familiar,

incorporándolas a planes de asignación de viviendas sociales; IPP 17.194-12 “Olea, Diego s/ coacción”, dando intervención a la Secretaría de la Mujer de la Municipalidad para dar contención psicológica y mecanismos de protección a la víctima de violencia de género; IPP 876-15 “Pilotti, Cristian s/ femicidio en tentativa”, dando intervención a la Secretaría de la Mujer y a la Secretaría de Derechos Humanos de la Municipalidad de General Pueyrredón a efectos de evaluar la necesidad de brindar cursos de formación, capacitación y comprensión del fenómeno de la violencia de género para los empleados de seguridad de que prestan servicios en eventos nocturnos, fiestas y locales bailables, así como de las consecuencias civiles y/o penales que puede implicar su injustificada omisión de actuar haciendo cesar la misma.

SEXTO. MEDIDAS AMBIENTALES PARA PREVENIR INFECCIONES DE TUBERCULOSIS.

La OMS en su Guía para el Control de la Tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de América Latina y el Caribe establece entre las medidas para prevenir infecciones de Tuberculosis:

“Medidas de control ambiental: buscan reducir la concentración de bacilos a través de la ventilación de los ambientes donde están los casos de TB. La más efectiva es la **ventilación natural de ventanas y puertas.** .

En los centros de reclusión las medidas de control ambiental a ser aplicadas incluyen:

- Maximización de la ventilación y de la luz natural en las celdas;

- Establecimiento de salas de hospitalización muy bien ventiladas;
- Establecimiento de ambientes de aislamiento para casos TB BK+ sensible, TB–MDR, y otros para casos de VIH;
- Implementación de un ambiente de atención sanitaria con buena ventilación;
- Métodos más costosos, complejos y no siempre más eficaces constituyen la instalación de dispositivos de ventilación mecánica, filtros de aire e instalación de luz ultravioleta.”

En función de lo expuesto, el Juzgado ordenará a las autoridades administrativas de la Unidades Penales 15, 44 y 50 que **en forma diaria se garantice la ventilación de los pabellones y celdas de dicho complejo penitenciario.**

Otra medida esencial es que **se garantice la presencia de luz natural en cada celda, colocando vidrios** en aquellas que carezcan del mismo, dado que los internos tapan esa falencia con mantas o prendas de vestir, para evitar el frío que ello conlleva.

En igual sentido, habré de ordenar la prohibición de alojamiento en los calabozos de detenidos que superen a los camastros y los colchones existentes en los mismos.

Por otra parte, **existiendo diversos Habeas Corpus en trámite ante otros organos jurisdiccionales vinculados con cuestiones de salud penitenciaria** (control de calidad del agua, cantidad de médicos y enfermeros contratados, alimentación, etc), **de hacinamiento** (cupos carcelario) y de **estructura edilicia** (reparaciones edilicias, modificaciones estructurales, etc), habré de **remitir copia de la presente resolución a los diversos actores judiciales, en la medida que la intervención efectiva sobre las**

áreas de referencia constituirá otro soporte esencial para la prevención de la TBC.

Cabe remarcar que la actualización de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos (“Reglas Mandela”) establece lo siguiente en cuanto a las condiciones generales de alojamiento de los reclusos, se establece lo siguiente:

Regla 13

Los locales de alojamiento de los reclusos, y especialmente los dormitorios, deberán **cumplir todas las normas de higiene**, particularmente en lo que respecta a las condiciones climáticas y, en concreto, al **volumen de aire, la superficie mínima, la iluminación, la calefacción y la ventilación.** (...)

Regla 15

Las instalaciones de saneamiento serán adecuadas para que el recluso pueda satisfacer sus necesidades naturales en el momento oportuno y en forma **aseada y decente.**

Regla 16

Las instalaciones de **baño y de ducha serán adecuadas para que todo recluso pueda bañarse o ducharse**, e incluso pueda ser obligado a hacerlo, a una temperatura adaptada al clima, y con la frecuencia que exija la higiene general según la estación y la región geográfica pero al menos una vez por semana en climas templados.

Regla 17

Todas las zonas del establecimiento penitenciario que **frecuenten los reclusos deberán mantenerse limpias y en buen estado** en todo momento.

SÉPTIMO. CONTROL JUDICIAL ULTERIOR A LA SENTENCIA.

Tengo para mí que las finalidades pretendidas mediante la presente acción de Habeas Corpus **no pueden estimarse cumplidas mediante la readecuación momentánea o temporal del sistema de salud** a través de la sentencia que concluye la presente acción de Habeas Corpus, sino que **exigen de los operadores judiciales**

un control y monitoreo constante para verificar la vigencia de los presupuestos básicos ordenados en la parte dispositiva.

Es por ello que, más allá de la decisión que se adopta y de las eventuales vías recursivas, una vez firme la presente resolución, a través de las visitas periódicas al complejo penitenciario Batán y a la esencial labor de monitoreo de la Defensoría General (a través del área de Ejecución Penal) y de la Comisión Provincial por la Memoria, se incorporarán los informes respectivos que permitan actualizar en forma constante la situación de salud vigente en relación al diagnóstico, control, tratamiento y prevención de la Tuberculosis, con el objeto de constatar la adecuación de las condiciones de detención a las condiciones mínimas exigidas por las normas de aplicación.

Por los fundamentos expuestos precedentemente es que

RESUELVO:

I HACER LUGAR A LA PRESENTE ACCION DE HABEAS CORPUS COLECTIVO, ARTICULADO POR LA DEFENSORIA GENERAL DE MAR DEL PLATA, a través de la Dra. Cecilia Boeri, en razón de **haberse verificado un agravamiento ilegítimo en las condiciones de detención de los internos alojados en las Unidades Penales nro. 15, 44 y 50 de Batán, derivado de la afectación al derecho a la salud, a la integridad física y a la dignidad de los mismos, en particular en relación al contagio de la enfermedad respiratoria Tuberculosis** (Art. 12 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; artículo XI Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; art. 5 Convención Americana de Derechos Humanos; art. 33 y 43 CN; art. 36 inciso 8vo Constitución de la Provincia de

Buenos Aires; art. 22 Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos de Naciones Unidas; arts. 143/152 Ley 24660 de Ejecución de la Pena Privativa de Libertad la Nación; arts. 9, 76 y 153 Ley 12256 de Ejecución de la Pena de la Provincia de Buenos Aires; arts. 405/10 y cctes CPPBA y doctrina de la CSJN in re “Verbitsky Horacio en representación del CELS s/ Habeas Corpus colectivo”)

II. ORDENAR LA REALIZACION DE UN EXAMEN DE BACILOSCOPIA A TODA LA POBLACION PENITENCIARIA DE LA UNIDAD PENAL 15, para determinar la **CANTIDAD de internos infectados con Tuberculosis**, efectuar un adecuado **DIAGNÓSTICO de su situación clínica** y en su caso, disponer el **TRATAMIENTO respectivo**. El aporte de secreciones para los esputos será voluntario, dependiendo del consentimiento de cada interno, debiendo registrarse la negativa del mismo en un instrumento público que lleve su rúbrica. La práctica será realizada por personal especializado en la materia del Instituto Nacional de Epidemiología, cuya Directora local ha confirmado la posibilidad material de llevar adelante en forma secuencial el referido estudio (Art. 12 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; artículo XI Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; art. 5 Convención Americana de Derechos Humanos; art. 33 y 43 CN; art. 36 inciso 8vo Constitución de la Provincia de Buenos Aires; art. 22 Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos de Naciones Unidas; arts. 143/152 Ley 24660 de Ejecución de la Pena Privativa de Libertad la Nación; arts. 9, 76 y 153 Ley 12256 de Ejecución de la Pena de la Provincia de Buenos Aires; arts. 405/10 y cctes CPPBA y doctrina de la CSJN in re “Verbitsky Horacio en representación del CELS s/ Habeas Corpus

colectivo". Reglas 24 a 35 para el Tratamiento de los Reclusos de la ONU -Reglas Mandela-)

III. ORDENAR COMO MECANISMO DE DETECCIÓN DE CASOS PARA DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS que la Dirección de Sanidad del Complejo Penitenciario Batán establezca la obligatoria realización de:

a. una **RADIOGRAFÍA DE TÓRAX** al ingreso de personas privadas de libertad en las Unidades Penales 15, 44 y 50 del Servicio Penitenciario Bonaerense, conforme las recomendaciones brindadas por personal especializado en la materia del Instituto Nacional de Epidemiología en la Audiencia Pública desarrollada en el marco de la presente acción de Hábeas Corpus, permitiendo de este modo que si se evidencian sospechas de TBC se lleven adelante los respectivos estudios bacteriológicos.

b. una **BUSQUEDA ACTIVA PERMANENTE DE TUBERCULOSIS** mediante la presencia diaria de un agente de salud que recorra los pabellones de las Unidades Penales 15, 44 y 50, efectuando revisiones periódicas de rutina, permitiendo de éste modo que si se evidencian sospechas de TBC se lleven adelante los respectivos estudios bacteriológicos, ello conforme las recomendaciones brindadas por personal especializado en la materia del Instituto Nacional de Epidemiología en la Audiencia pública desarrollada en el marco de la presente acción de Hábeas Corpus (Art. 12 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; artículo XI Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; art. 5 Convención Americana de Derechos Humanos; art. 33 y 43 CN; art. 36 inciso 8vo Constitución de la Provincia de Buenos Aires; art. 22 Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos de Naciones Unidas; arts. 143/152 Ley

24660 de Ejecución de la Pena Privativa de Libertad la Nación; arts. 9, 76 y 153 Ley 12256 de Ejecución de la Pena de la Provincia de Buenos Aires; arts. 405/10 y cttas CPPBA y doctrina de la CSJN in re “Verbitsky Horacio en representación del CELS s/ Habeas Corpus colectivo”. Reglas 24 a 35 para el Tratamiento de los Reclusos de la ONU -Reglas Mandela- y Manual de Buena Práctica Penitenciaria de Implementación de las Reglas Mínimas).

IV. ORDENAR A LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL COMPLEJO PENITENCIARIO BATAN, EL REGISTRO DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS de las Unidades Penales 15, 44 y 50, MEDIANTE CONFECCION DE UNA FICHA INDIVIDUAL de cada interno infectado, donde conste: baciloscopías y radiografías efectuadas, tipo de medicación suministrada y regularidad de su toma; resultados del tratamiento y estado de infección diario, ello conforme las recomendaciones brindadas por personal especializado en la materia del Instituto Nacional de Epidemiología en la Audiencia Pública desarrollada en el marco de la presente acción de Hábeas Corpus, **permitiendo de este modo una rápida y eficiente lectura y consulta por parte de autoridades administrativas o judiciales** (Art. 12 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; artículo XI Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; art. 5 Convención Americana de Derechos Humanos; art. 33 y 43 CN; art. 36 inciso 8vo Constitución de la Provincia de Buenos Aires; art. 22 Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos de Naciones Unidas; arts. 143/152 Ley 24660 de Ejecución de la Pena Privativa de Libertad la Nación; arts. 9, 76 y 153 Ley 12256 de Ejecución de la Pena de la Provincia de Buenos Aires; arts. 405/10 y cttas CPPBA y doctrina de la CSJN in re “Verbitsky Horacio en representación del

CELS s/ Habeas Corpus colectivo”. Reglas 24 a 35 para el Tratamiento de los Reclusos de la ONU -Reglas Mandela-)

V. ORDENAR A LA DIRECCION DE SANIDAD DE LA UNIDAD PENAL 15 el reordenamiento del área administrativa **donde se conservan las Historias Clínicas de los internos en el área de Sanidad de dicha Unidad Penal**, que fuera relevado en la Inspección desarrollada por el suscripto en el marco de esta acción judicial y descripto en el punto 2.1 de la presente, procurando un espacio físico que permita **la conservación de esos documentos sin que sean objeto de destrucción, extravío de fojas, contacto con agua o humedad, permitiendo además su clasificación por apellido de cada interno**, a efectos de permitir su rápida ubicación cuando sea requerida. (Art. 12 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; artículo XI Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; art. 5 Convención Americana de Derechos Humanos; art. 33 y 43 CN; art. 36 inciso 8vo Constitución de la Provincia de Buenos Aires; art. 22 Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos de Naciones Unidas; arts. 143/152 Ley 24660 de Ejecución de la Pena Privativa de Libertad la Nación; arts. 9, 76 y 153 Ley 12256 de Ejecución de la Pena de la Provincia de Buenos Aires; arts. 405/10 y ctttes CPPBA y doctrina de la CSJN in re “Verbitsky Horacio en representación del CELS s/ Habeas Corpus colectivo”. Reglas 24 a 35 para el Tratamiento de los Reclusos de la ONU -Reglas Mandela-)

VI. ORDENAR A LA DIRECCION DEL SERVICIO PENITENCIARIO BONAERENSE QUE:

- a. provea la alimentación especial para la población de las Unidades Penales 15, 44 y 50 que se encuentra infectada con Tuberculosis.**

- b. garantice en forma diaria la **ventilación de los pabellones y celdas** de la Unidades Penales 15, 44 y 50.
- c. **garantice la presencia de luz natural en cada celda compartida, colocando vidrios** en aquellas que carezcan del mismo
- d. **se abstenga de alojar en los calabozos detenidos que superen la cantidad de camastros y colchones existentes en los mismos.**

(Art. 12 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; artículo XI Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; art. 5 Convención Americana de Derechos Humanos; art. 33 y 43 CN; art. 36 inciso 8vo Constitución de la Provincia de Buenos Aires; art. 22 Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos de Naciones Unidas; arts. 143/152 Ley 24660 de Ejecución de la Pena Privativa de Libertad la Nación; arts. 9, 76 y 153 Ley 12256 de Ejecución de la Pena de la Provincia de Buenos Aires; arts. 405/10 y cttes CPPBA y doctrina de la CSJN in re "Verbitsky Horacio en representación del CELS s/ Habeas Corpus colectivo". Reglas 12 a 22 para el Tratamiento de los Reclusos de la ONU -Reglas Mandela-)

VII. COORDINAR CON EL MINISTERIO PUBLICO FISCAL la rápida comunicación a la Dirección de Sanidad del Complejo Penitenciario Batán del resultado de las autopsias practicadas a personas fallecidas por "causas no violentas" mientras se hallaban privadas de libertad, (entendiendo por ello los casos en que el fallecimiento no resulta consecuencia de aplicación de Torturas por el Estado o una agresión física entre internos), a efectos de desarrollar inmediatos controles y medidas sanitarias orientadas a la no difusión de posibles enfermedades

infectocontagiosas, especialmente en casos de Tuberculosis y en relación al grupo de población que convivía en la celda o pabellón con el interno fallecido. A tal efecto, remítase copia de la presente a la Fiscalía General Departamental, a efectos que se instruya a los respectivos Agentes Fiscales en el sentido mencionado. Lo expuesto fue reclamado por el Director de Sanidad del Complejo Penitenciario Batán en la audiencia pública realizada en el marco de la presente acción judicial (arts. 405/10 y cttes CPPBA)

VIII. SUGERIR a la Dirección del Servicio Penitenciario Bonaerense LA CAPACITACIÓN de personal administrativo, de seguridad y de sanidad del complejo penitenciario Batán en torno a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la TBC, mediante cursos, talleres o conferencias de médicos especialistas del Instituto Nacional de Epidemiología, ello conforme fuera propuesto por la propia Directora del INE –Sección Mar del Plata- en la Audiencia Pública realizada en el marco de la presente acción de Habeas Corpus (arts. 405/10 y cttes CPPBA)

IX. COMUNICAR LA PRESENTE RESOLUCION A CADA ÓRGANO JUDICIAL ANTE EL CUAL TRAMITAN ACCIONES DE HABEAS CORPUS vinculados con cuestiones de salud penitenciaria (control de calidad del agua, cantidad de médicos y enfermeros contratados, alimentación, etc), **de hacinamiento** (cupos carcelario) y de **estructura edilicia** (reparaciones edilicias, modificaciones estructurales, etc), **en la medida que la intervención efectiva sobre las áreas de referencia constituirá otro soporte esencial para la prevención de la TUBERCULOSIS.** (arts. 405/10 y cttes CPPBA)

X. NOTIFÍQUESE lo resuelto con copia certificada de la presente sentencia al Ministerio de Justicia de la Provincia de

Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección del Servicio Penitenciario Bonaerense, Dirección General de Salud Penitenciaria, Dirección de las Unidades Penales 15, 44 y 50 e Instituto Nacional de Epidemiología.

XI. COMUNICAR el contenido de lo actuado con copia certificada de la presente a la Subsecretaría de Derechos Humanos de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, a la Excelentísima Cámara de Apelación y Garantías en lo Penal de Mar del Plata – Comité de Cárcel- y a la Comisión Provincial por la Memoria.

XII. NOTIFICAR a la Fiscalía interviniente, Defensoría General y Fiscalía de Estado -Delegación Mar del Plata-, librándose la correspondiente cédula con carácter urgente y habilitación de días y horas inhábiles.

XVI. Una vez firme la presente resolución, **controlar y monitorear el cumplimiento de los puntos ordenados precedentemente** mediante las **visitas periódicas** a las Unidad Penales 15, 44 y 50 del suscripto y del equipo de trabajo del Juzgado de Garantías a mi cargo, así como **a través de la incorporación al presente legajo de los informes respectivos de la DEFENSORÍA GENERAL (Secretaría de Ejecución Penal) y de la COMISION PROVINCIAL POR LA MEMORIA (Delegación local del Comité contra la Tortura) que permitan actualizar en forma constante la situación de salud vigente en la citada Unidad Penal**, con el objeto de constatar la adecuación de las condiciones de detención a las condiciones mínimas exigidas por las normas de aplicación.

Juan F. Tapia
Juez de Garantías.

Ante mi:

Federico Wacker Schroder
Secretario