

*Sistema de Coordinación y Seguimiento de Control Judicial de
Unidades Carcelarias*



GALLAGHER
CÁMARA DE MAGISTRADOS

Buenos Aires, 27 de octubre de 2014.

RECOMENDACIÓN IV/2014

DERECHO A LA SALUD

**Acceso efectivo a la prestación de servicios de asistencia médica de
las personas privadas de libertad**

VISTO:

Que el Sistema de Coordinación y Seguimiento de Control Judicial de Unidades Carcelarias, tiene como objetivo fundamental instar y desarrollar acciones orientadas a asegurar la vigencia concreta de los derechos humanos de las personas privadas de libertad (arts. 5.1 C.A.D.H. y 10.1 P.I.D.C.yP.; Principios básicos para el tratamiento de reclusos, Naciones Unidas, pto. 5º), destacando el valor de la **persona humana** -que no pierde por su detención la protección de la Constitución Nacional y las leyes-, como objeto de tutela.

El Sistema está integrado por: la Comisión de Ejecución Penal de la Cámara Federal de Casación Penal; su Subcomisión, compuesta por una magistrada de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional y jueces de tribunales orales y; un juez de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional Federal; los jueces nacionales de ejecución penal; la Procuración General de la Nación representada por la Procuraduría contra la Violencia Institucional; la Defensoría General de la Nación -Comisión de Cárceles-; la Procuración Penitenciaria de la Nación; y, en carácter de miembros consultivos, el Colegio Público de Abogados de la Capital Federal y el Centro de Estudios Legales y Sociales.

Y CONSIDERANDO:

1.- Que el Derecho a la Salud es vital, pues sin ella todo lo demás es insuficiente.

Que lo observado en diferentes monitoreos¹ en materia de derecho a la salud y atención médica llevados adelante por integrantes del Sistema en diferentes Unidades carcelarias y Complejos Penitenciarios dan cuenta que la respuesta asistencial resulta deficitaria vulnerándose de ese modo el derecho a la salud de las personas privadas de libertad.

Que en este aspecto, debe recordarse el rol especial de garante que le corresponde al Estado.

2.- a) Los detenidos conservan todos sus derechos de los que no los priva su condición. La pena reside solamente en la privación de la libertad y no en el cese de otros derechos fundamentales. Por lo consiguiente, como el resto de la población, las personas privadas de su libertad tienen el derecho al mayor y mas oportuno acceso a través de los niveles sanitarios adecuados disponibles. Por lo cual deberá brindarse la oportuna asistencia médica integral, debiéndose respetar los principios de equivalencia e integración.

La salud de la población carcelaria es materia de políticas públicas, por lo que debe estar a cargo del Ministerio de Salud de cada jurisdicción en actuación coordinada con las otras Agencias Estatales.

¹ (CPF I en dos oportunidades, Alcaldía Penal Federal (Comodoro Py), CPF IV, U. 31, CPF II –también en dos oportunidades-, Unidad Nro. 7, CPF C.A.B.A, Unidad 9, Unidad 17 Colonia Penal Candelaria y Escuadrones N° 11, 50, 10 y 13 dependientes de Gendarmería Nacional Argentina, ubicados en las localidades de San Ignacio, Posadas, Eldorado y Puerto Iguazú, Comisaría 8° de la U.R. X y el Centro de detención de Personas, de la U.R. V, ambos dependientes de la Policía de la provincia de Misiones, ubicados en la ciudad de Posadas y Puerto Iguazú, respectivamente. Entre otros.).

2.- b) Que lo señalado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su “Informe sobre los Derechos Humanos de las personas privadas de libertad” de diciembre de 2011 -capítulo V referido a la atención médica- así como los relevamientos e investigaciones de organismos locales como la Procuración Penitenciaria de la Nación, el Comité contra la Tortura de la Comisión Provincial por la Memoria² y el Centro de Estudios Legales y Sociales³ reseñan el impacto de las condiciones de detención en la salud de las personas privadas de la libertad.

Todas coinciden en que las deficiencias estructurales de las instituciones de encierro determinan retrasos, inconvenientes e impedimentos en el acceso a la prevención para la salud, a la asistencia médica oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria; a medicamentos y a condiciones para la salud como agua limpia y potable suficiente y condiciones sanitarias adecuadas; así como el suministro de alimentos sanos que provean una nutrición adecuada, generando graves consecuencias a la salud.

La investigación reseñada en el Informe Anual 2012 del Registro Nacional de Casos de Torturas señaló que el 60% de las dolencias de salud agudas o lesiones habrían sido deficientemente atendidas y según se detectó en muchos casos son lesiones que se encuentran directamente vinculadas a agresiones físicas desplegadas por parte del personal penitenciario.

En el caso de los problemas de salud ya diagnosticados el promedio de tiempo de desatención es de poco más de 28 días según los parámetros

² Informe anual 2013, capítulo “Salud en lugares de encierro” del Comité contra la Tortura de la Comisión Provincial por la Memoria.

³ “Mujeres en prisión, los alcances del castigo”, 2011 y “Sobre las vidas precarias. Tortura, abandono y muerte en las cárceles argentinas” en el Informe anual 2013 Derechos Humanos en la Argentina. CELS.

constatados en ese Registro, con casos en situaciones extremas de entre 5 meses y un año de desatención. En ambos grupos las deficiencias están directamente relacionadas con la desatención médica o con atenciones parciales o deficientes.

El mismo informe afirma “puede observarse, quienes padecen problemas de salud diagnosticados pero no reciben atención médica periódica y regular durante el encierro carcelario, ven afectada seriamente su salud, sufriendo un agravamiento de los síntomas y el malestar. Frente a la desatención médica los problemas de salud diagnosticados, ordinariamente tratables en el ámbito libre, dentro de la cárcel se constituyen en problemas severos para quienes los padecen, poniendo en riesgo sus propias vidas⁴”.

3- Que la normativa protectora de los Derechos Humanos vigente es profusa en cuanto a la obligación del Estado de garantizar adecuada atención sanitaria. Así el **Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Naciones Unidas**, en su artículo 12 prevé que “*Los Estados Partes del presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*”. También los **Principios básicos para el Tratamiento de los Reclusos**⁵ en su punto 1 “*Todos los reclusos serán tratados con el respeto que merecen su dignidad y valor inherentes de seres humanos*” y en su punto 2 “*Los reclusos tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por su condición jurídica*”. En este sentido, resulta pertinente confrontar el informe de la CIDH en el caso 12.739 – “*María Inés Chinchilla Sandoval y otros respecto de la República de Guatemala*” sobre deficiencias en la

⁴ Registro Nacional de casos de tortura (CPM, PPN, GESPyDH), Informe Anual 2012.

⁵ Adoptados y proclamados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 45/111, de 14 de diciembre de 1990.

asistencia sanitaria de una mujer detenida –que además era discapacitada- en un centro de privación de libertad, donde la CIDH reafirma ciertos estándares. El caso ha sido sometido a la jurisdicción de la Corte IDH el 19 de agosto de 2014.

Asimismo las **Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos**⁶ en su regla 26 establecen que los médicos harán “ (...) *inspecciones regulares informen y asesoren 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 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.*”.

La privación de la libertad, lejos de habilitar un debilitamiento de otros derechos y obligaciones de instituciones públicas requiere del refuerzo de dispositivos de promoción y protección de los mismos. El acceso a salud de las personas detenidas en las condiciones antes enunciadas compromete la prestación efectiva de esa obligación genérica y el control de la misma por parte de los agentes estatales.

⁶ 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.

4- Que esa normativa es conteste con los lineamientos éticos que deben guiar la atención de la salud y que están contenidos en los “Principios de ética médica” acordados por la Organización de Estados Americanos (OEA) de 1982⁷, que señalan el deber de atender a los pacientes y actuar de acuerdo con sus mejores intereses así como el deber moral de proteger la salud de los detenidos.

Las previsiones contenidas en la Declaración de Tokio de la Asociación Médica Mundial⁸ al reafirmar la prohibición de toda forma de participación de médicos o de presencia de médicos en actos de tortura o de malos tratos y en la Declaración de Hawai de la Asociación Psiquiátrica Mundial respecto de la actuación específica de los psiquiatras⁹ son documentos que constituyen un reconocimiento de asociaciones internacionales de la participación de profesionales de la salud en graves violaciones a los derechos humanos.

⁷ Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud especialmente a los médicos en la protección de las personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes, AG 37/194, 18 de diciembre de 1982.

⁸ Conforme surge del documento “Normas Directivas para Médicos con respecto a la Tortura y otros Tratos o Castigos crueles, inhumanos o degradantes, impuestos sobre personas detenidas o encarceladas”: Un problema cada vez más común - y repugnante - es la utilización de métodos de interrogación y tortura a presos y detenidos. Algunos gobiernos han tratado de incluir la ayuda de estos médicos para supervisar estas actividades. La AMM ha tratado de abordar estos incidentes cuando se presentan. Como estos incidentes comenzaron a aumentar quedó en evidencia la necesidad de normas para orientar a los médicos. A principios de 1947, la Asociación Médica Británica (BMA) informó a la AMM sobre los aspectos médicos de la tortura, en especial los relacionados con la situación de Irlanda del Norte. En un documento preparado por el Comité de Ética de la BMA sobre el Reino Unido y sus territorios, se muestra que los miembros de la BMA estaban preocupados. El comité opinaba que en las circunstancias de Irlanda del Norte, el deber del médico, como siempre, era la prevención y el tratamiento de enfermedades y la atención de los heridos. Ningún médico debe participar directa o indirectamente en interrogaciones. Los documentos de la BMA concluyeron que la AMM debía abordar este asunto. Se afirmó que algún tipo de Comisión Médica Internacional debía tratar de ver que no hubiera daño mental en interrogación intensiva a las personas que en muchos casos no han tenido un juicio ante un tribunal normal. La BMA encontró graves dificultades éticas cuando los médicos se veían involucrado en estas situaciones.”. (disponible en <http://www.wma.net/es/60about/70history/02declarationTokyo/index.html>).

⁹ Adoptada por la WMA en 1975.

Que lo enunciado es coherente con las prescripciones del Protocolo de Estambul de Naciones Unidas que hace primar el deber de dirimir conflictos de dobles obligaciones de acuerdo a la ética de la profesión¹⁰ por sobre toda práctica y dispositivo que los contraríen y que emanen de la institución a la que pertenezcan los profesionales de la salud.

Ello, consagra la perspectiva de respeto de los derechos humanos que se sustenta en el cumplimiento por parte del personal de salud del deber de una asistencia compasiva, confidencial y respetuosa de la autonomía de las personas encerradas a las que deben dirigir sus acciones.

5.- a) Que incursionar por las instituciones de encierro es hacerlo ante las deficitarias condiciones de higiene y salubridad de los ámbitos organizados para el cuidado de la salud de las personas, signados por el abandono y el uso irracional de los recursos materiales existentes, circunstancias que impiden el efectivo acceso a la salud de las personas detenidas.

Dichas características suman un obstáculo infranqueable para el ejercicio del derecho a la atención de la salud, que es la mediación de la institución carcelaria, a menudo, ineludible para las personas encerradas, y reflejo de ausencia de acciones de promoción y prevención planificadas y ejecutadas como concreción de una política de salud integral y no como un componente profesionalizado del castigo.

Que los reiterados déficits en los modos de registro de las intervenciones de los profesionales de la salud, imposibilitan realizar contralores efectivos

¹⁰ Protocolo de Estambul, Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otras penas o tratos crueles, inhumanos y degradantes, HCHR de las Naciones Unidas 2004 en particular en su considerandos 66 a 73.

de las prestaciones e incluso ha de dificultar a las autoridades empeñadas en la mejora de ese funcionamiento efectuar recomendaciones puntuales, efectivas y concretas.

La reiterada dificultad de realizar consultas en centros de salud extramuros, que ofrezcan mayor complejidad que los sectores de asistencia médica de las unidades penales, priva a los detenidos de acceder a los recursos en materia de salud de la comunidad en pie de igualdad. Un alto porcentaje de los turnos obtenidos en hospitales extramuros con gran anticipación, terminan perdiéndose por diversos motivos, lo que exige obtener un nuevo turno, y nueva espera, con el consecuente deterioro progresivo de la salud.

En la actualidad se advierten constantes incumplimientos, ajenos a los pacientes, que derivan en la necesidad de reprogramaciones frecuentes con el resultado de dispendio de recursos de instituciones de salud, la negación de acceso a salud durante los meses de espera renovada para la atención prescrita y el agravamiento de enfermedades que incluso provocan la muertes de las personas.

La dependencia laboral del personal de salud que asiste a las personas detenidas a las instituciones penitenciarias hace imposible un accionar profesional libre de conflictos éticos conocidos como dobles lealtades, a lo que se adiciona la repercusión de notas institucionales que llegan a la militarización en servicios que deberían estar ajenos a dinámicas incompatibles con la disposición de recursos para el acceso a derechos en situaciones de vulnerabilidad.

La resolución de dichos conflictos en detrimento de los derechos fundamentales de los detenidos se confirma en la ausencia de efectos progresivos en aspectos inherentes a la atención de salud y resguardo de la integridad de las personas encerradas.

Entre las muertes no violentas acaecidas en dependencias del SPF entre el año 2010 y la fecha, al menos un cuarto tiene como causa reportada patologías que son tratables exitosamente. Las muertes violentas, como las de las personas incendiadas o suicidadas, suceden en todos los casos en un contexto de denegación de atención efectiva de la salud y de falta de acceso a otros derechos fundamentales que resultan determinantes en su ocurrencia (cfr. en este sentido la I Recomendación del Sistema de Coordinación y Seguimiento de Control Judicial de Unidades Carcelarias).

5.- b) Que los distintos estudios llevados a cabo en la temática de drogas en las cárceles dan cuenta de la alta prevalencia de afecciones de la salud derivadas del consumo de sustancias psicoactivas en el universo de las personas privadas de su libertad.

En ese sentido, la European Monitoring Centre for Drugs and Drug Adiction (EMCDDA) en su informe de 2009 (Statiscal Bulletin 2009) hace notar que en referencia a las cárceles europeas, la población penitenciaria es un grupo de alto riesgo y más vulnerable en lo que se refiere al consumo de drogas; los usuarios de drogas están sobrerrepresentados en las prisiones (entre el 29 y el 86% según la prisión y el país de que se trate). Similares porcentajes de prevalencia surgen de distintos estudios llevados a cabo en nuestro país (ver al respecto relevamiento efectuado en el Módulo IV del C.P.F. I del S.P.F. del 2008, efectuado en el marco del proyecto “Cárceles Saludables”).

En lo que hace a la asistencia que se brinda en el ámbito del Servicio Penitenciario Federal, sin perjuicio de las objeciones que podrían hacerse a las modalidades de tratamiento y a su eficacia, resulta insoslayable señalar la imposibilidad de llevar adelante intervenciones efectivas en ese terreno desde una institución penitenciaria sobre la que existe consenso

acerca de la necesidad de su transformación aún para sus funciones específicas de custodia (ver Documento Oficial del Comité Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja sobre Usuarios de Drogas y las Políticas para su abordaje”).

5.- c) Se ha podido verificar en las distintas inspecciones realizadas en las cárceles, que el acceso por parte de las personas privadas de su libertad a todos los insumos que aseguren la prevención de las enfermedades infectocontagiosas frecuentes en el encierro, resulta seriamente limitado.

Teniendo en cuenta que la prevalencia tanto de estas enfermedades (en particular VIH/Sida y tuberculosis) es mayor en el contexto de encierro que en el medio libre, es importante considerar todos los factores que hacen a la accesibilidad de las personas detenidas a la información, a los insumos de prevención y tratamiento específico e integral por su alto grado de vulnerabilidad, con mayor presencia y organización que en el medio libre.

6.- Que este Sistema Interinstitucional formuló su III RECOMENDACIÓN requiriendo “a los señores jueces de las Cámaras Nacionales y Federales y de los Tribunales Orales Nacionales y Federales y a los representantes de los Ministerios Públicos, que efectúen monitoreos periódicos que constituyan un régimen de observación con carácter permanente y estable de las condiciones de vida, régimen de detención y situaciones de violencia institucional en los establecimientos carcelarios del Servicio Penitenciario Federal y provinciales en los cuales se alojen detenidos a disposición de la justicia federal, próximos a su asiento”.

Que en este sentido los argumentos señalados dan cuenta de la necesidad de incluir como un aspecto relevante del monitoreo **externo**, la asistencia de la salud de las personas bajo custodia del Estado.

7.- Que en este sentido se debe entender por privación de la libertad toda forma de detención o encarcelamiento, así como la internación en establecimientos psiquiátricos u otras instituciones que no permitan a las personas egresar por su propia voluntad.

8.- Respecto de los establecimientos para mujeres es importante destacar que la población femenina ha crecido de manera exponencial en los últimos tiempos, y que conforme a las Reglas de Bangkok debe brindarse a las mujeres privadas de su libertad una salud orientada especialmente a la mujer, considerando su condición.

9.- En el mismo sentido de la deliberación que se viene realizando los miembros del Sistema han valorado para el mejor logro de los altos fines que procura el documento, la necesidad de la oportuna presencia del personal médico del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional en los lugares de encierro, a fin de llevar adelante medidas indispensables y urgentes dispuestas por autoridad judicial, ante hechos de violencia institucional o muertes ocurridas por cualquier causa. En este sentido, han decidido solicitar dicha presencia a nuestro mas Alto Tribunal, del que dependen; mediante oficio al Señor Presidente.

En virtud de lo expuesto, los integrantes del Sistema de Coordinación y Seguimiento de Control Judicial de Unidades Carcelarias consideraron que resulta una necesidad impostergable:

I. RECOMENDAR y señalar al Ministro de Justicia y Derechos Humanos, al Ministro de Salud y a la Ministra de Desarrollo Social, lo imperioso de

generar dispositivos institucionales de atención que garanticen el acceso a la salud de la persona detenida:

- a.** El desarrollo efectivo de acciones de promoción y prevención de la salud que considere la epidemiología de la población detenida y los efectos propios del encierro en el deterioro potencial de la salud.
- b.** La independencia profesional que asegure que la asistencia en salud sea llevada delante de modo autónomo de las cuestiones disciplinarias, del régimen penitenciario, de la ejecución de la pena o de las evaluaciones periciales.
- c.** El acceso a los profesionales de la salud de modo independiente de los dispositivos de seguridad de los lugares de encierro.
- d.** La igualdad en la asistencia, mensurable por medio de estándares de acceso a la salud igualitarios en relación con la población general.
- e.** El consentimiento informado del paciente y confidencialidad de todas las intervenciones en salud.
- f.** Los controles pertinentes de la competencia profesional con estándares igualitarios a las demás instituciones estatales de salud.

Particularmente poner en conocimiento del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, la necesidad y conveniencia que personal de salud externo al Servicio Penitenciario Federal designados por el Ministerio de Salud hagan inspecciones regulares, informen a dicho organismo y asesoren respecto de:

- a)** La cantidad, calidad, preparación y distribución de los alimentos efectivamente provistos a las personas detenidas; así como la asequibilidad de agua limpia y potable en cantidad suficiente.
-

- b)** Las condiciones sanitarias, la calefacción, la iluminación y la ventilación de todas las instalaciones del establecimiento;
- c)** Condiciones de las celdas, la calidad y el aseo de las ropas y de la cama de los reclusos;
- d)** Que las autoridades tengan en cuenta los informes y consejos del personal de salud a fin de adoptar inmediatamente las medidas necesarias para que se sigan dichas observaciones.
- e)** La implementación y articulación de un programa estratégico que permita asegurar la protección de la salud de las personas con uso problemático de drogas privadas de su libertad, así como la oferta de diferentes modelos de intervención de eficacia comprobada sobre la base de la diversidad, los varios contextos en que se presentan las problemáticas, las características de la dependencia y la singularidad de las personas.
- f)** Que implemente una logística que permita a las personas privadas de su libertad y a sus visitas para el acceso efectivo a los métodos de prevención de las enfermedades de transmisión sexual (preservativos masculino y femenino, gel, y otros dispositivos barrera).
- g)** Que deben asegurarse los dispositivos necesarios para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud de las mujeres atendiendo a su condición de tal y a la epidemiología de esa población, y alcance estándares igualitarios al resto de la sociedad. Lo propio, en relación a los niños encerrados con sus madres en los establecimientos penitenciarios. Igual previsión debe contemplarse para la población perteneciente a colectivos diversos (LGBTIQ).

h) Establecer un adecuado y activo Programa de Prevención de Suicidios, en función de la continua producción de casos en diversas unidades carcelarias.

i) Normativizar la entrega de psicofármacos, mediante el desarrollo e implementación de un protocolo de entrega que incluya prescripciones, destinatario, modos de entrega precisos y reporte de efectos secundarios. Establecer que sólo personal sanitario puede prescribir y distribuir medicamentos. Al mismo tiempo, reafirmar la prohibición de que personal de seguridad disponga y suministre medicación.

j) Establecer registros de atenciones médicas personalizadas en consultorios dentro de las unidades carcelarias.

k) Se disponga de los recursos e instrucciones necesarias para dar cumplimiento a las disposiciones de la ley 26529 "Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud". Se ha observado entre otras cuestiones, el incumplimiento de las disposiciones referidas a la obligatoriedad y modalidad de registrar en la correspondiente historia clínica toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

l) Posibilitar que las personas detenidas asistan, en tiempo y forma, a los turnos programados en instituciones de atención de salud extramuros.

Particularmente se pone en conocimiento del Ministerio de Salud de la Nación, la conveniencia de implementar sistemas de supervisión y/o auditoría independientes de los órganos de custodia, que evalúen periódicamente el funcionamiento de la prestación de asistencia de la salud en cárceles, institutos de menores, neuropsiquiátricos y toda institución de encierro.

II. RECOMENDAR al Ministro de Salud de la Nación y al Ministro de Justicia y Derechos Humanos de la Nación se haga efectivo el cumplimiento de lo dispuesto en el Plan estratégico de salud integral en el Servicio Penitenciario Federal 2012-2015, resolución conjunta 10/2013 del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y resolución conjunta 77/2013 del Ministerio de Salud, aprobación publicada en el Boletín Oficial el 30 de enero de 2013.

III. RECOMENDAR a jueces de las Cámaras Nacionales y Federales y de los Tribunales Orales Nacionales y Federales y a representantes de los Ministerios Públicos, que realicen monitoreos periódicos de las condiciones de promoción, prevención y asistencia de la salud, que permitan acciones efectivas de contralor y sanción, ante el incumplimiento de la normativa antes mencionada

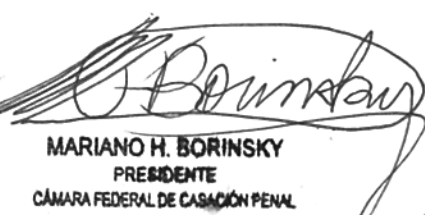
IV. Solicitar a la Corte Suprema de Justicia de la Nación la oportuna intervención de personal del Cuerpo Médico Forense en las unidades de detención en el ámbito de su incumbencia, ante casos de violencia institucional o muertes por cualquier causa y conforme lo disponga la autoridad judicial competente, mediante oficio de estilo al señor Presidente.


ALEJANDRA GILS CARBÓ
FISCAL GENERAL DE LA NACIÓN

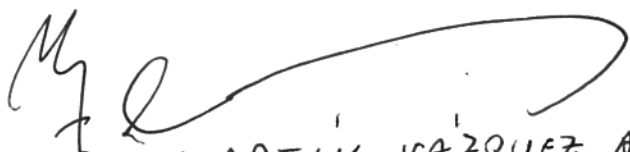

GUSTAVO M. HORNOS
JUEZ
CÁMARA FEDERAL DE CASACIÓN PENAL



STELLA MARIS MARTÍNEZ
DEFENSORA GENERAL DE LA NACIÓN



Dra ANA MARIA FIGUEROA
JUEZ DE CÁMARA
CÁMARA FEDERAL DE CASACION PENAL



MARIANO H. BORINSKY
PRESIDENTE
CÁMARA FEDERAL DE CASACIÓN PENAL



JORGE L. BALLESTER



DR. MARTÍN VÁZQUEZ ACUÑA


MIRTA LÓPEZ GONZÁLEZ
JUEZA C. N. Cr. y Correc



Dra. Cristina Deluco Giacchini
JOC 29. Juez



Dr. Sergio A. Paduella
Juez Tac. 22.

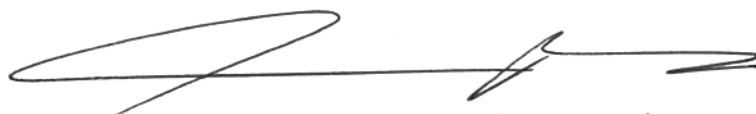

Dr. Fco. Agustín



Dr. Abel Giacchini
PROCURADOR


Guillermo Jesús Fangu
CPACF


EVA ASPIZELLA
CELS


AXEL G. LÓPEZ
JUEZ
JEP N° 3


MARCELO A. PELUZZI
JEP. 4


Agustín Cepeda Holgado

ANTE MI: 
MARÍA GALLAGHER
SECRETARIA DE CAMARA