

Arresto Domiciliario Procedencia Interno Enfermo Derechos Humanos Establecimientos Penitenciarios Responsabilidad Del Estado Penas Cruels

JURISPRUDENCIA

Arresto domiciliario. Procedencia. Interno enfermo. Derechos

humanos. Establecimientos penitenciarios. Responsabilidad del Estado. Penas crueles Se hace lugar al pedido de arresto domiciliario formulado por la defensa del imputado, al acreditarse -conforme informes médicos- las numerosas afecciones que presentaba el interno, las cuales requerían el seguimiento periódico de una variedad de especialidades médicas. Asimismo, se indicó que el Estado no estaría en condiciones de asegurar al detenido su atención en tiempo apropiado en caso de que sobrevenga una nueva emergencia de salud que podían agravar su cuadro como de hecho sucedió dentro del establecimiento penitenciario. Por lo que el riesgo que podía ser neutralizado mediante alternativas razonables que armonizan todos los aspectos en pugna.

Buenos Aires, 30 de abril de 2019. AUTOS Y VISTOS: Para resolver la solicitud de prisión domiciliaria presentada por la defensa de E. O. S. a fs. 1/4 del presente incidente, formado en la causa n° 2673 (Expte. n° 4683/2012) de este Tribunal Oral en lo Criminal Federal n° 4, ?S., E. O. y otros s/ entorpecimiento de servicios públicos y otros?.- Y CONSIDERANDO: I.- El trámite de este incidente. En el escrito citado, los Dres. Alejandro Argibay Molina y Guillermo Fabio Vega plantearon que debía permitirse a S. cumplir la detención preventiva en el domicilio de su hija, al haberse acreditado que no podía garantizarse su derecho a la salud en prisión. Fundaron su petición en los incisos ?a? y ?c? del art. 32 de la ley 24.660, por observar que el Cuerpo Médico Forense había señalado numerosos tratamientos que debían realizarse a su asistido de manera diaria o periódica, como así también que el establecimiento penitenciario no contaba con las instalaciones necesarias para que aquél pudiera incorporarse o caminar, sin depender de otros internos. Argumentaron que, a un año de los informes forenses ordenados durante la instrucción, la autoridad penitenciaria no había hecho nada para mantener y recuperar la salud de S.. Hicieron hincapié en los traslados fallidos a clínicas de la cobertura médica del interno. Por otra parte, los letrados denunciaron que tampoco el S.P.F. llevaba una historia clínica legalmente válida de su defendido, en los términos de la ley 26.529. A fs. 6/11, al contestar la vista que le fue conferida, el señor Fiscal propició el rechazo de la pretensión. Tras relevar los antecedentes del legajo de salud, descartó que existiera una incompatibilidad absoluta entre la permanencia de S. en el establecimiento carcelario y el resguardo de su derecho a la salud. A partir de las conclusiones del último dictamen del Cuerpo Médico Forense, infirió que la privación de libertad del nombrado en las condiciones actuales no agravaba ni complicaba sus afecciones, mientras que tampoco era inadecuado por causa de una incapacidad o de una enfermedad terminal. Concluyó que no se había demostrado el trato cruel, inhumano o degradante o la restricción de derechos fundamentales que la prisión no debía implicar. En esta inteligencia, resaltó que el Tribunal analizaba de modo regular todas las cuestiones vinculadas al estado del detenido, al tiempo que solicitó un seguimiento de la incidencia de su salud sobre las actividades básicas de rutina en el establecimiento y el grado de autonomía para llevarlas a cabo. A fs. 13/28, la asistencia técnica de S. presentó un escrito en el que amplió sus fundamentos. Luego, el 29 de marzo pasado se llevó a cabo una audiencia con las partes, en la que se escuchó a los peritos que suscribieron el último informe forense, a la titular del Hospital Penitenciario Central I y a E. O. S. (cfr. fs. 29). Finalmente, a efectos de asegurar el contradictorio, el Tribunal puso las actuaciones a disposición de las partes. En la presentación obrante a fs. 34, el señor Fiscal se remitió al dictamen de fs. 6/11 y estimó que debía requerirse a las autoridades penitenciarias que comunicaran si habían gestionado un turno con un especialista en endocrinología con relación al nódulo tiroideo sospechoso del que se informó a fs. 322. Por su parte, la defensa alegó que la permanencia en prisión de S., sin una correcta praxis médica que permitiera verificar y controlar su cuadro de salud, conllevaba un agravamiento en sus condiciones de detención. Entre otras manifestaciones de hecho y de derecho, adujo que, al existir medidas de coerción menos gravosas, cabía considerar la actual situación de S. como un adelantamiento de pena (35/44). II.- El estudio de la normativa aplicable. Los artículos 10 del Código Penal y 32 de la ley 24.660 establecen, en lo que aquí interesa, que podrán cumplir la pena de prisión en su domicilio tanto ?el interno enfermo cuando la privación de la libertad en el establecimiento carcelario le impide recuperarse o tratar adecuadamente su dolencia y no correspondiere su alojamiento en un establecimiento hospitalario? (inciso ?a?), como ?el interno discapacitado cuando la privación de la libertad en el establecimiento carcelario es inadecuada por su condición, implicándole un trato indigno, inhumano o cruel? (inciso ?c?). Por su parte, la misma ley de ejecución declara, en el art. 11, que sus disposiciones son aplicables a los procesados, ?a condición de que sus normas no contradigan el principio de inocencia y resulten más favorables y útiles para resguardar su personalidad?. En línea con ello, el art. 314 del Código Procesal Penal de la Nación ?ley 23.984- prescribe que ?El juez ordenará la detención domiciliaria de las personas a las cuales pueda corresponder de acuerdo al Código Penal, cumplimiento de la pena de prisión en el domicilio?. A la luz de estas previsiones, corresponde señalar, en primer lugar,

que la concesión del arresto domiciliario es una facultad del órgano judicial y no un imperativo legal, según la redacción establecida por la ley 26.472 para los arts. 10 del C.P. y 32 de la ley 24.660. En esta dirección, la jurisprudencia ha sostenido que, partiendo de la premisa de que el legislador al crear tal disposición le otorgó facultad al juez para aplicarla, deberá evaluarse en cada caso particular la conveniencia o no de disponer la excepción a que se alude'. Ello se deduce del preciso verbo empleado por el legislador, en tanto estableció que el juez de ejecución podrá disponer que la pena sea cumplida en detención domiciliaria? (cfr. CFCP, Sala III, causa n° 81000130/2009, Maderna?, rta. el 29/06/2016 Reg. n° 855/16-, con cita del precedente Trindade?, rto. 15/03/2007 Reg. n° 235/07?). Sin embargo, también es preciso señalar que este poder que la legislación atribuye a los jueces no puede ser comprendido como una remisión incondicional al arbitrio judicial, pues tal postura habilitaría otras formas de automatismo?, sólo que impredecibles y, por ende, inmunes a cualquier intento de control republicano. Por el contrario, la facultad que establece la norma comentada debe dirimirse sobre la base de una reflexión, acerca de la ratio legis que inspira el instituto y su confirmación en el supuesto particular. Así, es necesario velar por los objetivos consagrados por la ley al regular cada supuesto del instituto examinado. En líneas generales, se ha dicho que la finalidad de éste consiste en evitar el trato cruel, inhumano o degradante del detenido o la restricción de derechos fundamentales que la prisión no debe afectar? (cfr. dictámenes de la Procuración General de la Nación, en las causas O.296.XLVIII, Olivera Róvere?, del 28/2/2013; T.13.XL/X, Torra?, del 23/5/2013, y E.99.XLIX, Estrella?, del 9/9/13). Del mismo modo, la jurisprudencia ha destacado que el sentido de este régimen radica en el principio de humanidad de las penas y la correlativa prohibición de los tratos contrarios a la dignidad humana, a tenor de los artículos 18 de la Constitución Nacional, 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 26 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 7 y 10.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 5.2 de la Convención Americana de Derechos Humanos y 16 de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Para cumplir tal cometido, el art. 33 de la ley 24.660 exige que, en las hipótesis vinculadas a la salud del detenido, la decisión se funde en los correspondientes informes médico, psicológico y social. En un segundo momento de análisis, no puede perderse de vista que nos encontramos ante una prisión preventiva, por lo que la fundamentación de la procedencia del arresto domiciliario se encuentra íntimamente ligada al estudio de los riesgos procesales que por medio de la coerción se intenta neutralizar (cfr. CFCP, Sala III, causas n° 54004077/1975/47/1, Jurczynsyn, Eusebio?, rta. el 29/3/2017 Reg. n° 163/17- y n° 81000131/2007/3/1, Fariña, Jorge Alberto?, rta. el 16/6/2016 Reg. n° 799/16-). Estos riesgos son el único soporte válido, en el marco del proceso penal, para disminuir la libertad ambulatoria de una persona que no ha sido condenada (art. 280 del C.P.N.). En lo central, esto quiere decir que desde una adaptación del régimen de prisión domiciliaria a la presunción de inocencia, consagrada en el art. 18 de la Constitución Nacional y reglamentada a través del art. 11 de la ley 24.660, no puede trasladarse sin más al terreno procesal el principio de que la prisión, salvo contadas excepciones, deba cumplirse en establecimientos penitenciarios, regla cuyo ámbito es la ejecución penal. Para ser más concisos: la naturaleza excepcional de la detención en el domicilio sólo aplica a los acusados a condición de que, con ello, no se invierta el principio de subsidiariedad de las medidas de coerción. Es decir que la conclusión de que el encarcelamiento cautelar no es una consecuencia fatal del peligro procesal se impone a partir de un estudio armónico de la legislación actualmente vigente, pues el art. 314 no puede leerse aislado de la directriz que establece el art. 280 del mismo código, cuando sujeta toda restricción de la libertad personal a los límites absolutamente indispensables para asegurar el descubrimiento de la verdad y la aplicación de la ley?. A renglón seguido, este precepto especifica que el arresto o la detención se ejecutarán de modo que perjudiquen lo menos posible a la persona y reputación de los afectados [...]. III.- La comprobación de dolencias y su tratamiento en el establecimiento carcelario. Como observación preliminar, conforme los informes médicos, nos encontramos ante el caso de un interno que presenta numerosas afecciones, las cuales requieren el seguimiento periódico de una variedad de especialidades médicas. Muchas de estas dolencias ya habían sido individualizadas en el ateneo interdisciplinario que se realizó en el ámbito del Servicio Penitenciario Federal en octubre de 2017 (fs. 780/782 de las copias certificadas que acompañó el juzgado el 4 de septiembre de 2018), como también por los dictámenes del Cuerpo Médico Forense de 31 de marzo y 28 de noviembre de ese año (fs. 271/293, 970/974 y 980/1000 de aquellos testimonios). En estos últimos, se reseñaron como patologías crónicas una hipertensión arterial en tratamiento, bradicardia sinusal, dislipemia, hipoacusia moderada, acúfenos, cataratas y lumbalgia. Los médicos forenses relevaron antecedentes de discopatía lumbar, polipectomía colónica en 2010, hemorroidectomía en 2014, hemorragia digestiva en detención, con una segunda extirpación de pólipos en diciembre de 2016. Especialmente, el neurólogo forense, Dr. Brage, verificó una encefalopatía vascular con síndrome piramidal sensitivo izquierdo leve, con compromiso de visión en ojo izquierdo, así como probable ageusia y anosmia, que de acuerdo a la anamnesis tendría su origen en la descompensación que S. padeció en detención, hacia fines del 2016. En las conclusiones del informe practicado en la instrucción en marzo de 2017 (fs. 271/277 de las copias oportunamente remitidas), la junta médica dictaminó que era verosímil considerar que el peritado había sufrido un daño psicológico orgánico, compatible con un accidente isquémico transitorio un evento cerebro-vascular

menor- que situó entre octubre y diciembre de 2016. Se señaló entonces -hace ya dos años- que, ¿en caso de urgencia o necesidad, ante algún episodio concreto debe poder ser trasladado en tiempo apropiado?. Este diagnóstico coincide, tal como lo explicitaron los médicos forenses del Poder Judicial de la Nación, con lo manifestado por el Dr. Ameriso, neurólogo especialista en stroke del Instituto ¿FLENI? (conf. fs. 254/255 de los testimonios remitidos). En esa oportunidad, el profesional había advertido que se encontraba ante un ¿paciente con riesgo cerebrovascular aumentado por presencia de múltiples factores de riesgo vascular y relato de evento compatible con accidente isquémico transitorio?. En los informes más recientes que este Tribunal ordenó (fs. 67/72, 78/87 y 259/271 del legajo de salud), se añadió a este cuadro la verificación del síndrome de apneas/hipopneas. Según se lee a fs. 263, ¿el SAHOS se define por la presencia de episodios recurrentes de apneas o hipopneas secundarios al colapso de la faringe durante el sueño, que generan desaturaciones y microdespertares. Estos eventos producen respuestas inflamatorias, cardiovasculares, neurocognitivas y metabólicas, que incrementan la morbimortalidad de los pacientes. La presencia de SAHOS se asocia con el desarrollo de hipertensión arterial y arritmias cardíacas?. Se sugirió allí la realización de una nueva somnografía y la implementación de un mecanismo de ¿presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP, por sus siglas en inglés)?, con el fin de mantener las vías respiratorias abiertas durante el sueño. Por otro lado, el examen oftalmológico acompañado demuestra un deterioro sensible en la visión de S., si se compara con aquel practicado por el Cuerpo Médico Forense en marzo de 2017 (cfr. fs. 82/85 del legajo de salud y fs. 958/959 de las copias acompañadas por la instrucción). Así, la agudeza visual en el ojo derecho sin corrección se redujo, según la escala empleada, de ¿8/10? a ¿3/10?. La visión del ojo izquierdo, que desde 2017 no le permite más que contar dedos a la distancia de un metro, ya no mejora con corrección como lo hacía entonces y su capacidad de lectura con este ojo es nula. En cuanto a las causas de esta disminución, relevamos el episodio aún no dilucidado que sufrió el interno en diciembre de 2016 y que comprometió su visión del ojo izquierdo, como también la presencia de cataratas nucleares bilaterales y sub-capsular del lado izquierdo, de grado II y IV respectivamente (sobre los avatares de la asistencia de S. en esa área se ampliará más adelante).

Finalmente, respecto de la salud mental, los informes psiquiátricos de 2017 detectaban cierto descenso del humor (fs. 331/334 de las copias acompañadas), en tanto que los actuales alertan sobre la verificación de un trastorno depresivo. De este modo, en el dictamen de fs. 67/68 ¿legajo de salud n° 2-, el Dr. Maximiliano Luna describió un cuadro de ¿parcial conciencia de situación, de trastorno mental y de la necesidad de tratamiento [...] Su pensamiento presenta un ritmo lento [...] Su contenido es depresivo. Se detecta en el presente examen ideación depresiva. Se detecta anhedonia. En la esfera afectiva revela hipotimia con labilidad del humor y en la volitiva presenta disminución de la voluntad?. Tras detallar la presencia de indicadores de ¿tristeza, retraimiento, desesperanza, insomnio, inhibición psicomotriz y anhedonia?, el experto concluye que el paciente ¿presenta síntomas y signos de alteraciones psicopatológicas que configuran una descompensación de su estado de ánimo que configura el síndrome depresivo en evolución actual?. El panorama descrito por el psiquiatra oficial debe complementarse con la evaluación neurológica concretada en el Hospital Británico el 30 de julio de 2018, cuando se indicó que S. padecía un déficit cognitivo caracterizado por dificultades en la orientación temporal (leves), en la orientación espacial, la atención sostenida y selectiva, la amplitud atencional, la memoria de trabajo, la memoria episódica verbal (con características amnésicas), en la denominación, en la accesibilidad al almacén léxico y léxico-semántico y en la programación, organización y ejecución de tareas gráficas (ver fs. 92/94). Retomando el dictamen del Cuerpo Médico Forense agregado a fs. 266/271 del legajo de salud, el Dr. Godoy manifestó que S. debía ser evaluado por especialistas en oftalmología, urología, tórax, endocrinología, cirugía de cabeza y cuello, cardiología, traumatología y kinesiología, además de continuar con controles de sus signos vitales, tensión arterial, rutina de actividad física, dieta y marcadores oncológicos. Finalmente, valoró que ¿el paciente presenta manifestaciones clínicas y imagino lógicas que todavía no se encuentran estudiadas y tratadas en su totalidad?. Por último, debemos referirnos a la dificultad en la marcha que padece S. y quedó manifiesta en la audiencia, como también a sus manifestaciones en cuanto a que requiere constante acompañamiento de otros internos para desplazarse, incluso en distancias cortas como la que separa su celda del sector de duchas. No obstante lo encomiable que esta asistencia pueda resultar desde lo humanitario, no es ésta una función que deba pesar sobre los circunstanciales compañeros de pabellón de S., ni con ello el Estado garantiza su movilidad. En este orden de ideas, si bien los diversos informes oficiales consignan que el nombrado deambula por sus propios medios, en ocasiones con dificultad, las pruebas realizadas por el Hospital Británico en julio de 2018 dan cuenta de la presencia de una artrosis coxofemoral bilateral y en pubis, junto con un ¿compromiso degenerativo vértebro-discal en el raquis cervical y lumbosacro?, cuadros que podrían contribuir a una explicación de estos achaques (ver fs. 130/134 del legajo de salud). A partir de un análisis global del cuadro médico de E. O. S., como también de los antecedentes de la atención recibida del personal penitenciario, estamos en condiciones de afirmar que el nombrado S. padece diversas patologías que no pueden, en su conjunto, ser tratadas satisfactoriamente ya sea en el Complejo Penitenciario Federal de Ezeiza o en el Hospital Penitenciario Central, ni siquiera extremando los esfuerzos de tales instituciones de acuerdo a sus recursos disponibles. En primer lugar, los múltiples factores de riesgo verificados del interno S. ¿hipertensión, bradicardia sinusal,

dislipemia, síndrome de apneas/hipopneas, antecedente de un evento isquémico transitorio- no nos autorizan a descartar que el nombrado pueda sufrir una nueva y repentina descompensación, que derive en un accidente cerebro-vascular de consecuencias potencialmente irreparables, en tanto implica serias probabilidades de muerte o incapacidad del interno. En esta línea, ningún médico interviniente ha sostenido que el control semanal de la presión de S. dé garantías suficientes de que un episodio de la misma naturaleza que el acaecido en 2016, pero de mayor gravedad, pueda llegar a desencadenarse, máxime cuando se cuenta con una opinión técnica autorizada, la del Dr. Ameriso del Instituto ?FLENI?, en cuanto a que la hipertensión de S. es de ?difícil control? (fs. 254/255 de las copias del incidente de salud durante la instrucción). Frente a ello, la defensa se ha empeñado en argumentar que la permanencia de su asistido en el domicilio de su hija le permitiría acceder a ese centro hospitalario de alta complejidad en un lapso de tiempo que reduciría de modo relevante la probabilidad de daños irreversibles ante una urgencia. Por el contrario, la distancia de los centros penitenciarios metropolitanos con instalaciones de este nivel tornaría sumamente dificultosa la prevención de secuelas de semejante entidad. A ello se le debe sumar las deficiencias operativas del Servicio Penitenciario Federal para proveer un traslado en tiempo oportuno en un caso de peligro inminente quedaron evidenciadas el pasado 22 de febrero, cuando una cirugía programada resultó frustrada por la demora de tres horas de sus agentes para escoltar la ambulancia que transportó a S. (cfr. fs. 275 y 289 del legajo de salud), actuación que lleva a inferir que la capacidad de respuesta no sería mejor frente a un escenario de imprevisión. En segundo lugar, el encarcelamiento de S. se presenta como un grave obstáculo para que sea intervenido quirúrgicamente en pos de recuperarse de las patologías que comprometen progresivamente su visión. La importancia de establecer, mediante una consulta en un hospital extramuros, la necesidad de realizar esta operación fue destacada por el oftalmólogo forense, Dr. Borrone, en el marco de la junta médica que produjo el informe de 28 de noviembre de 2017, a cuyo fin señaló un término de diez días (ver fs. 970/974 de las copias que corren por cuerda). Sin embargo, ya este primer traslado fue cancelado por falta de móviles del Servicio Penitenciario Federal. Ante la reiteración de esta prescripción que el Cuerpo Médico Forense hizo el 26 de diciembre del pasado año, tras advertir el deterioro de S. en este aspecto, este Tribunal promovió su atención oftalmológica, requiriendo ese mismo día un informe de la unidad carcelaria y autorizando días después la derivación a una clínica privada de la cobertura médica del nombrado para llevar adelante la intervención. No obstante, ésta se vio frustrada en dos oportunidades (cfr. fs. 212 y 289 del legajo de salud). Que la imposibilidad de las autoridades penitenciarias para asegurar la atención de la salud extramuros de los detenidos cuando ella es necesaria, dada la escasez de vehículos disponibles y medios económicos a tal fin, ha sido objeto de pronunciamientos por parte de la Cámara Federal de Casación Penal, que encuadró esta problemática en la causal de imposibilidad de brindar el tratamiento médico debido dentro de la prisión (CFCP, Sala I, causa n° 93008172/2009/TO1/5/1, ?Alsina?, resuelta el 8/3/2017 ?Reg. n° 79/17-; Sala IV, causa n° 93306153/2005/TO1/12, ?Grosse?, resuelta el 15/12/2015 ?Reg. n° 2354/15-). Sobre el punto, no avizoramos que este delicado panorama vaya a revertirse en el corto plazo, teniendo en cuenta la emergencia en materia penitenciaria declarada por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación el pasado 25 de marzo de 2019. Allí se revela que la sobrepoblación de las cárceles federales supera el 12% en la actualidad y se anticipa que aquel porcentaje seguirá incrementándose durante el año en curso, situación que ?tiene un correlato en el traslado de las personas detenidas? (cfr. Resolución n° 2019-184-APN-MJ). A mayor abundamiento, no podemos dejar de ponderar esta grave situación que atraviesa el Servicio Penitenciario Federal, cuya emergencia como se ha dicho ha sido formalmente declarada, en virtud de lo cual la institución no se encuentra en condiciones de garantizar, a diario, los simples traslados de detenidos a la sede de los Tribunales para celebrar las audiencias. Bajo esta perspectiva, todo parece indicar que el Estado no estaría en condiciones de asegurar al detenido S. su atención en tiempo apropiado en caso de que sobrevenga una nueva emergencia de salud, de similar naturaleza al accidente isquémico que habría tenido lugar entre octubre y diciembre de 2016, mientras S. se hallaba privado de su libertad y bajo el cuidado del Servicio Penitenciario Federal, cuyas consecuencias agravaron su cuadro. En definitiva, esto implica un riesgo que puede ser neutralizado mediante alternativas razonables, que armonizan todos los aspectos en pugna, a efectos de que no se yerga sobre este proceso incluso el peligro de frustración del debate, como consecuencia posible de las deficitarias condiciones de infraestructura y recursos materiales que padece actualmente el Servicio Penitenciario Federal. Por otro lado, no debemos descuidar la concurrencia de factores capaces de agravar el déficit de movilidad que sufre el interno, teniendo en cuenta las manifestaciones de artrosis detectadas, el antecedente de discopatía, la visión monocular e incluso la inhibición psicomotriz derivada de la depresión que cursa S. en la actualidad, conjunto de aspectos que torna verosímil que el interno necesite de otras personas para realizar actividades cotidianas, tales como incorporarse, y que el apoyo requerido para dichas tareas sea suplido por sus compañeros de prisión, dada la falta de acompañamiento terapéutico. Finalmente, para completar este cuadro de situación, debe agregarse que durante el trámite de este incidente se recibieron nuevos informes del Hospital Penitenciario Central, los cuales advierten sobre la necesidad de someter a S. a otra intervención quirúrgica, con el fin de extirpar el nódulo sospechoso de carcinoma papilar que oportunamente se le detectara en la glándula tiroides (ver fs. 459 del legajo de salud). Por todo ello, concluimos que las

numerosas dolencias que experimenta S. no pueden ser tratadas adecuadamente en su unidad de detención ni en el Hospital Penitenciario Central I, que por su baja complejidad no se encuentra en condiciones de afrontar el tratamiento de un eventual accidente cerebro-vascular, sumado a la impostergable intervención quirúrgica oftalmológica que debe efectuarse y el déficit de movilidad que actualmente padece, todo ello demostrativo de que su actual situación de encierro le impide recuperarse y tratarse adecuadamente. IV.- La verificación de la razón legal del instituto del arresto domiciliario. De conformidad con las pautas delimitadas en el apartado II, corresponde examinar si se encuentran acreditadas en este caso las razones humanitarias de justicia que tuvo en miras el legislador al establecer la causal de morigeración de la detención que se ha comprobado en este legajo. Basta decir que la permanencia del procesado en prisión implica un riesgo intolerable de una lesión permanente y grave que menoscabe su bienestar físico y mental, e incluso para su vida, lo que representa por sí mismo una afectación de su derecho a la salud que excede notoriamente los padecimientos inevitablemente aparejados a la privación de libertad en una unidad de detención. En otras palabras, nos encontramos ante un supuesto que contraviene el principio fundamental según el cual el detenido conserva todos los derechos no afectados por la naturaleza de la medida y por la ley (art. 3º de la ley 24.660; Fallos: 318:1894). A ello se añade la circunstancia de que, con sesenta y nueve años, S. debe ser considerado una persona mayor en los términos del sistema interamericano de protección de derechos humanos y, en consecuencia, debe proporcionársele una tutela especial a la que nuestro Estado se ha comprometido recientemente. En este plano, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en su art. 2º, estatuye que sus disposiciones son aplicables a aquellas personas "de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años?". En su formulación más amplia, esta normativa pone entre sus objetivos el de "prevenir, sancionar y erradicar aquellas prácticas contrarias a la presente Convención, tales como aislamiento, abandono, sujeciones físicas prolongadas, hacinamiento, expulsiones de la comunidad, la negación de nutrición, infantilización, tratamientos médicos inadecuados o desproporcionados, entre otras, y todas aquellas que constituyan malos tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes que atenten contra la seguridad e integridad de la persona mayor" (art. 4.1) Luego, en materia de salud, el art. 19 insta a los miembros a adoptar "una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social", incluso mediante el reconocimiento de una "atención preferencial" (inciso "a"). De manera más específica, el art. 13 prescribe que los Estados parte "promoverán medidas alternativas respecto a la privación de libertad, de acuerdo con sus ordenamientos jurídicos internos". Es decir que las obligaciones internacionales asumidas por la República Argentina al suscribir este tratado, aprobado por ley 27.360, constituyen una razón de peso adicional que inclina a este Tribunal a hacer uso de la facultad que le confiere el art. 314 del Código Procesal Penal de la Nación, en función del art. 10, inciso "a", del Código Penal, y disponer el arresto domiciliario de E. O. S.. Finalmente, corresponde decir que al día de la fecha no subsisten en toda su magnitud aquellos riesgos procesales que fueran analizados al disponer el encierro cautelar de S.. En particular, con el dictado de las resoluciones que definieron los alcances de la instrucción suplementaria a desarrollarse en esta etapa, ha quedado delimitado también el conjunto de la documentación que podrá ser incorporada al debate, la cual se encuentra casi íntegramente en poder de organismos estatales, sin que se advierta capacidad de incidencia del procesado sobre la disponibilidad de prueba instrumental alguna. Si bien subsiste la posibilidad de entorpecimiento durante el debate, el Tribunal entiende que permanecerá adecuadamente neutralizado, en el mismo grado, a través de la estricta permanencia de S. en su domicilio y su monitoreo a través de la sujeción a un dispositivo electrónico. Lo que no puede soslayarse es que esta probabilidad de que la salud del nom brado S. se deteriore en prisión pone en riesgo también la propia realización del juicio oral y público -fijado para el 6 de junio próximo- en presencia de todos los imputados, exigencia que este Tribunal ha destacado en numerosos pronunciamientos. Por ello, oído que fue el Sr. Fiscal, el Tribunal RESUELVE: I.- HACER LUGAR al pedido de arresto domiciliario formulado a fs. 1/4 por la defensa de E. O. S. (arts. 314 del C.P.P.N., 11 y 32, inc. "a", de la ley 24.660 y 10, inc. "a", del C.P.), el cual deberá cumplirse en el domicilio propuesto por la defensa. II.- REQUERIR al Sr. Director del Programa de Asistencia de personas bajo vigilancia electrónica, que funciona bajo la órbita de la Dirección Nacional de Readaptación Social dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, que arbitre los medios necesarios para colocarle la pulsera electrónica a E. O. S. el mismo día en que se efectivice su traslado al referido domicilio. III.- LIBRAR OFICIO a la Dirección Nacional de Control y Asistencia de la Ejecución Penal a fin de que realice la supervisión mensual del arresto de E. O. S.. Regístrese en el Lex 100, publíquese y notifíquese. NÉSTOR GUILLERMO COSTABEL JUEZ DE CÁMARA MARÍA G. LÓPEZ IÑÍGUEZ JUEZ DE CÁMARA DANIEL H. OBLIGADO JUEZ DE CÁMARA Ante mí: IGNACIO CANERO SECRETARIO Correlaciones: J. A. B. s/arresto domiciliario. Incidente de recurso de apelación aplicación artículo 452 del CPPN - Cám. Fed. La Plata ? sala II - 20/03/2013 - Cita digital IUSJU208166D 037717E