



Maestría en Derecho Penal

**La responsabilidad del profesional médico como funcionario público  
en los casos de muertes “no violentas” en contexto de encierro**

Yesmina Palavecino

DNI: 29.727.953

Tutor de tesis: Carlos Caramuti.

Buenos Aires, 26 de septiembre de 2022.

## Objetivo

La presente tesis tiene como finalidad analizar la responsabilidad del profesional médico de una unidad penitenciaria, tanto como profesional de la salud como por su condición de agente del Servicio Penitenciario Federal y como tal, funcionario público. Estos profesionales de la salud son garantes de la vida y de la salud de las personas privadas de libertad, en el caso de las llamadas muertes no violentas y, en consecuencia, los médicos del Servicio Penitenciario Federal son autores del delito de homicidio por comisión por omisión.

En este trabajo, vamos a centrarnos exclusivamente en el Servicio Penitenciario Federal y aclaramos que no sería posible hacerlo extensivo al Servicio Penitenciario Provincial, en primer término, porque las reglamentaciones y protocolos son diferentes y, en segundo lugar, porque no cuentan con las mismas estructuras y funcionamiento institucional, más allá que la regulación de la ley 24660 requiere de la adhesión por parte de la provincia para su aplicación y en el caso de la provincia de Santiago del Estero, de donde soy oriunda, al no contar con ley de ejecución penal provincial hasta la fecha, nos adherimos a la mencionada ley, mediante ley n° 6892 .

La afirmación de la responsabilidad del médico se sostiene partiendo de que, los profesionales de la salud que se desempeñan en una unidad penitenciaria como integrante del Servicio Penitenciario Federal y en su calidad de funcionario público, deben ser capacitados -de conformidad a los arts. 200, 201, 202 de la ley 24.660- respecto de las obligaciones y responsabilidades a su cargo, las que tienen la obligación de conocer y que los posiciona como garante de la vida y de la salud de las personas privadas de la libertad .

Esta posición de garante se complementa con la ley del Arte de Curar N° 17.132 en la que los profesionales que ejerzan la medicina están obligados a asistir a los enfermos cuando la gravedad de su estado así lo imponga y hasta tanto, en caso de decidir la no prosecución de la asistencia, sea posible delegarla en otro profesional o en el servicio público correspondiente<sup>1</sup> y por el principio de injerencia, proveniente del actuar precedente, así como su correspondiente deber de salvamento.

Las razones que justifican esta postura y en ese sentido, las fuentes generadoras del rol de garante mencionado precedentemente, se encuentran contempladas

---

<sup>1</sup> Ley N° 17.132, art. 19 inc. 2°).

en la Constitución Nacional (art. 33) y en los tratados internacionales con jerarquía constitucional (art. 75 inc. 22) sumado al Código de conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas (Ley 24.059), la ley de ejecución penal (art. 143 de la ley 24.660) entre otras, que serán desarrolladas en el siguiente acápite.

Me propongo observar la posición de garante en la que se encuentra frente a los fallecimientos en contexto de encierro, específicamente sobre la debida atención a la salud y las muertes “no violentas” y; cuáles son los deberes a su cargo, específicamente para con las personas privadas de la libertad, quienes -conforme a las Reglas de Brasilia<sup>2</sup>- por su condición de vulnerabilidad, la especial situación de sujeción y dependencia que implica, para el interno, la situación de encierro, encuentran especiales dificultades para ejercitar con plenitud ante el sistema de justicia los derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico.

En principio, vamos a desarrollar de manera escueta el contexto de encierro, para establecer como debería ser la conducta/atención de un médico para con las personas que se encuentran privadas de la libertad y desde ese lugar, determinar en qué casos se atribuye responsabilidad al médico por la deficiente o desatención a la salud de las personas que se encuentran privadas de su libertad y cómo ello repercute en su salud hasta terminar con su fallecimiento.

En un contexto de encierro el detenido vive, trabaja, come, duerme, en el mismo lugar, con los mismos compañeros y bajo la misma autoridad. La vida está enteramente regida por la institución. En la cárcel todo está teñido por la cárcel. Incluso durante las visitas, la cárcel gestiona a la familia con reglas y horarios. Hasta la sexualidad es gestionada a través del régimen de visitas íntimas.

Todo lo que los internos hacen es planificado y supervisado por la autoridad en función de un plan que es el de resocializar a los delincuentes. El uso del tiempo y del espacio está ordenado por la autoridad. Se impone un ritmo: levantarse a determinada hora, comer, trabajar, estudiar, recibir visitas y dormir. Se propicia que todos sigan esta rutina al mismo ritmo y que todos los individuos sean iguales. Las personas privadas de la libertad están obligadas a convivir con otras, y a comportarse como iguales, cuidándose de hacer algo diferente que sería sancionado como violación a la norma.

---

<sup>2</sup> <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2009/7037.pdf>

En ese contexto desarrollado brevemente, el profesional médico debería tener un plan de acción de consultas y atención a los detenidos, organizada y categorizada, en donde debería contar con diagnósticos sobre cada uno de ellos y seguimiento de las personas privadas de la libertad que necesiten un tratamiento por alguna dolencia. Además, se debería contar con un registro actualizado en los libros de atención médica y enfermería, así como la confección de las historias clínicas de cada uno de ellos, donde se debe encontrar plasmada la información mencionada previamente.

En la práctica, nada de esto ocurre, las atenciones se realizan a demanda de los propios detenidos y los médicos no realizan un seguimiento del paciente en relación a las dolencias que padecen. Al producirse un fallecimiento por muerte no violenta, el Servicio Penitenciario Federal produce un informe sobre lo acontecido para remitir al Poder Judicial (Fiscalía o Juzgado), se trata de un relato de las circunstancias en que se encontró a la persona privada de la libertad en ese momento y si fue o no trasladada a un hospital extramuros previo a su deceso. En ningún momento se señalan y/o invocan los antecedentes de salud de la persona, así como tampoco la atención médica previa al fallecimiento.

Por ello, con este trabajo de investigación, se persigue visibilizar la necesidad de una investigación judicial, despojada de la versión oficial remitida por el Servicio Penitenciario Federal y que, los operadores judiciales realicen todas las medidas de pruebas tendientes a determinar o no la existencia de un hecho delictivo existente en los casos de muertes “no violentas” ocurridas en contexto de encierro y en su caso la responsabilidad que le cupo al médico en relación a la asistencia médica, sin perjuicio de las demás responsabilidades que pudieran surgir en relación a otras autoridades de acuerdo a la organización carcelaria.

Así como también se pretende reflejar la situación de vulnerabilidad del paciente y de qué modo el médico -y las demás autoridades que se encuentren en posición de garante- al no cumplir con las obligaciones a su cargo podrían producir, con la omisión de los deberes a su cargo, la muerte de una persona.

Todo ello, tratando de construir una mirada clara sobre el contexto en el que ocurren los hechos, comprendiendo que la prueba documental que pudiera existir se encuentra en manos del Servicio Penitenciario Federal, quienes son los posibles involucrados en los hechos y que tienen a disposición el lugar del hecho y luego la producción de prueba, que incluso puede ser en su contra.

## **Índice temático**

### I. Introducción

### II. Salud en contexto de encierro

- A. Derecho a la salud: Normativa nacional e internacional
- B. Resoluciones y protocolos del Servicio Penitenciario Federal
- C. Atención médica: metodología y modalidad en las unidades penitenciarias
- D. El Médico del S.P.F. Conflicto de Lealtades

### III. Relación de causalidad en los delitos de comisión por omisión

- A. Alcance de la posición de garante del funcionario público: Garantes de vigilancia y de protección

### IV. Riesgo jurídicamente relevante

- A. Producción del riesgo lesivo
- B. Constatación del riesgo lesivo

### V. Participación de terceros en el hecho: división de tareas

### VI. Casos emblemáticos. Valoración

### VII. Conclusiones Responsabilidad del médico en los casos de muertes no violentas en contexto de encierro

### VIII. Bibliografía

Universidad de  
**San Andrés**

## I. Introducción

En la República Argentina estadísticamente se investigan y son elevadas a la etapa de juicio oral un número reducido de causas por muertes “violentas” en contexto de encierro en las que se encuentra imputado personal del Servicio Penitenciario Federal. La mayoría de las causas judiciales que llegan a esta instancia son las que, se investigan muertes “violentas”, causada por otra persona privada de su libertad.

Al respecto, corresponde señalar que, al referirnos a *muertes violentas*, se recoge la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que caracteriza a este tipo de muertes como “aquellas que resultan consecuencia de un homicidio, suicidio, accidente, o cualquier causa dudosa, pero siempre traumática”<sup>3</sup> y *muertes no violentas* son aquellas que suceden como desenlace de padecimientos físicos no determinados y de enfermedades diagnosticadas.

Ahora bien, hay un número importante de muertes “no violentas”, mal llamadas “naturales”<sup>4</sup> que, como analizaré en la tesis, son producto de alguna enfermedad o problema de salud durante el encierro que, sumado a la afectación del derecho a la salud, por deficiente o desatención médica intramuros, produce el fallecimiento de la persona privada de la libertad.

Lo cierto es que las muertes “no violentas” siguen siendo la causa mayoritaria de fallecimientos ocurridos en las cárceles y que siguen incrementándose notablemente (conforme los informes publicados por la Procuraduría de Violencia Institucional<sup>5</sup>).

Por ello, a partir del año 2013 en nuestro país todas las muertes ocurridas en una unidad penitenciaria federal debían ser informadas inmediatamente a las autoridades judiciales para que se realice la correspondiente investigación penal, de

---

<sup>3</sup> Informe mundial sobre la violencia y la salud y su Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión (CIE-10), disponibles en [www.who.int/es](http://www.who.int/es). Citado en PPN, Informe Anual 2012, pág. 183

<sup>4</sup> Una muerte natural no es investigada y en estos casos nada tiene de “natural” la muerte de una persona en un establecimiento carcelario, bajo la custodia de agencias estatales. Si el Estado tenía a su cuidado a una persona y ésta fallece, es aquel quien debe demostrar —a través de una investigación judicial rápida y expedita— que sí cumplió con sus deberes de guarda.

<sup>5</sup> <https://www.fiscales.gob.ar/wp-content/uploads/2018/04/Informe-sobre-muertes-en-contexto-de-encierro.-ANUAL-20171.pdf>; <https://www.mpf.gob.ar/procuvin/files/2019/07/Muertes-en-contexto-de-encierro-SPF-2018.pdf>.

acuerdo con lo establecido en la Recomendación I del Sistema de Coordinación y Seguimiento de Control Judicial de Unidades Carcelarias<sup>6</sup>.

Sin perjuicio de ello, recientemente -a partir del año 2017 en adelante-, se dio cumplimiento acabado y se iniciaron investigaciones judiciales por la totalidad de los fallecimientos ocurridos en contexto de encierro, para dilucidar las eventuales responsabilidades de los funcionarios.

Si bien lo mencionado hasta ahora de manera tangencial no es el propósito de la presente investigación, resulta ilustrativo a los fines de relevar el cuadro actual en materia penitenciaria para sostener que éstas últimas muertes ameritan una investigación eficaz y rápida para determinar la eventual existencia de un hecho delictivo y en el marco de estas investigaciones se requiere un criterio dogmático jurídico de imputación frente a esta clase de muertes al que daremos prioridad en la tesis.

En este contexto, debemos poner especial atención en la conducta (activa u omisiva) desplegada por el médico de la unidad penitenciaria, como profesional de la salud y como personal perteneciente a dicha institución. Este profesional se halla en posición de garante y tiene la obligación jurídica de obrar para impedir una lesión al bien jurídico “vida” y/o que, en su posición especial, haya creado una fuente de peligro para ellos o aumentado los riesgos ya existentes.

Todo ello con el fin de evitar que pueda producirse una lesión teniendo en cuenta que las personas privadas de la libertad -en su condición de población vulnerable, están imposibilitadas o dificultadas para protegerse a sí mismas y de garantizar la tutela judicial efectiva de las víctimas. Sobre esta afirmación voy a dedicarme más adelante y en esa oportunidad expondré cuáles son las razones que justifican esta postura.

Desde esta perspectiva, se intentará delimitar los presupuestos de imputación, es decir, en qué casos se puede imputar al médico determinada muerte en ese contexto -sin perjuicio de las eventuales responsabilidades de otras autoridades que revistan posición de garante- y, analizar además una eventual imputación por la omisión de advertir a instancias superiores o competentes, la existencia de situaciones de higiene y sanitarias (o sus déficits) que generen o aumenten los riesgos de ciertas enfermedades o problemas de salud.

---

<sup>6</sup> <http://sistemacontrolcarceles.gob.ar/recomendaciones/>

En la práctica sucede que, -de acuerdo a las características del hecho e investigación judicial-, en la mayoría de las causas producidas por muertes “no violentas”, se dispone el archivo de las actuaciones por dos fundamentos. En primer lugar, por inexistencia de delito, cuando consideran que la muerte se produce en forma “natural” – en sentido amplio de la expresión- y no se logra determinar la existencia del hecho delictivo. En segundo término, cuando no se visibiliza la presunta responsabilidad de los responsables, a quienes se podría efectuar algún tipo de reproche (imputación).

A través de este trabajo de investigación y del análisis de casos emblemáticos, pretendo visibilizar tanto el contexto en donde se encuentran las víctimas como el potencial delito de los médicos del SPF y, por tanto, la imputación que correspondería efectuarles. Ello dirigido a los operadores judiciales, quienes hasta la fecha continúan sosteniendo el fallecimiento por causas “no violentas” siempre como muertes por causas “naturales”, las que, en consecuencia, no merecen una investigación penal.

Una unidad penitenciaria, está conformada por pabellones colectivos y/o con celdas individuales donde son alojados los detenidos, allí están encerrados y sólo tienen contacto con el celador del pabellón quien se encarga de la seguridad de ese lugar específico. El celador es el interlocutor entre la población carcelaria y el personal penitenciario. Si la persona privada de la libertad tiene alguna necesidad de salud o requerimiento para presentar en judiciales o cualquier otro, se lo debe transmitir al celador, siendo el encargado de presentarlo ante quien corresponda.

Al producirse una muerte en contexto de encierro, se elaboran actuaciones administrativas penitenciarias en donde se relata el hecho ocurrido desde la novedad que tuvo el celador, jefe de turno y jefe de la unidad penitenciaria. Desde ese lugar, se elabora un relato de las circunstancias en que se produjo el deceso de la persona privada de la libertad, las que son remitidas con posterioridad a una Fiscalía y/o Juzgado que se encuentra de turno.

Existe actualmente una imposibilidad de visibilizar el contexto en el que se encuentran las víctimas lo que, sumado a la posible responsabilidad de los funcionarios públicos que los tienen a su cargo, obstaculiza el avance de las investigaciones en esos términos y en consecuencia genera mayores dificultades en la obtención de la prueba correspondiente.



Cuando ocurre una muerte en contexto de encierro, el lugar y las pruebas (historia clínica, testigos, cámaras de seguridad, etc.) se encuentran a disposición del Servicio Penitenciario Federal, quienes son los presuntos involucrados y, además, tienen a su cargo la producción de dichas pruebas que, incluso eventualmente podrían ser usadas en su contra.

En todos estos casos la investigación queda inicialmente circunscrita al relato oficial –efectuado por el Servicio Penitenciario Federal-, tanto en el contacto inicial con los actores judiciales, como luego en su interacción con las fuerzas de seguridad designadas para llevar adelante las primeras intervenciones.

Por ello lo que se postula es la necesidad de mejorar la calidad de las investigaciones en los fallecimientos por causas “no violentas” a los fines de acreditar si existe una falta o deficiente atención médica y, en su caso, establecer la relación de causalidad existente con el fallecimiento de la persona que se encontraba privada de su libertad, para así poder determinar la imputación y posicionar al médico, describiendo las circunstancias de tiempo, modo y lugar necesarios a los fines de, si corresponde, sancionar penalmente la conducta reprochable.

Todo esto, teniendo en consideración el contexto en el que ocurren los hechos, la preexistencia de algunas de esas fuentes de peligros y riesgos (especialmente las condiciones higiénicas y sanitarias de las prisiones) que, podrían ser imputables a otras autoridades en su calidad de posición de garante, los que serán invocados someramente, por exceder los límites de la presente investigación.

## **II. Salud en Contexto de Encierro**

Sería imposible realizar un análisis sobre la posible imputación al profesional médico por su condición de garante, sin antes determinar el marco jurídico normativo sobre el que se asienta el funcionamiento del Servicio Penitenciario Federal. En particular, en el tema tratado en este trabajo de investigación, debemos atender a cuestiones relativas al acceso a la salud y tratamiento de la población penitenciaria.

### **A. Derecho a la salud: Normativa nacional e internacional**

Cuando un Estado priva a un individuo de su libertad, asume la responsabilidad de garantizar el goce de todos sus derechos sobre los que no recae la pena, específicamente de cuidar de su salud, no sólo en lo que respecta a las condiciones de

detención, sino también al tratamiento individual que pueda ser necesario como consecuencia de dichas condiciones o por afecciones previas. En cualquier caso, el tratamiento debe ser adecuado en calidad y temporalidad, teniendo como punto de comparación el tratamiento que recibiría una persona que no se encuentra privada de la libertad.

Sobre lo antes planteado, debemos poner especial atención en lo que conoce y debe conocer el profesional médico, en su calidad de funcionario público perteneciente al Servicio Penitenciario Federal, y en el rol que le compete; en particular debe observarse lo estipulado en nuestra ley nacional de Ejecución Penal (ley 24.660), en relación con su capacitación:

**Art. 200** El personal de las cárceles y establecimientos de ejecución debe ser cuidadosamente seleccionado, capacitado y especializado, teniendo en cuenta la importancia de la misión social que debe cumplir.

**Art. 201** La ley y los reglamentos determinarán el adecuado régimen de selección, incorporación, retribuciones, estabilidad, asignación de funciones, ascensos, retiros y pensiones, teniendo en cuenta el riesgo, las exigencias éticas, intelectuales y físicas y la dedicación que su misión social requiere. El contenido de esas normas legales y reglamentarias deberá considerar las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre el tratamiento de los reclusos, las Recomendaciones de las Naciones Unidas sobre la selección y formación del personal penitenciario adoptadas en Ginebra, 1955 y la Resolución 21 A del Octavo Congreso de las Naciones Unidas, celebrado en la Habana en 1990.

**Art. 205** Los planes y los programas de enseñanza en los cursos de formación, actualización y perfeccionamiento, con contenido predominantemente criminológico, deberán incluir el estudio de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos y el Código de Conducta para los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, aprobado por Resolución 34/169 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, del 17 de diciembre de 1979.

A continuación, se mencionará la normativa nacional como internacional existente en la materia, la que será meramente referencial y de modo introductorio, puesto que será tratado en profundidad en el siguiente capítulo, vinculándolo a los delitos de omisión y posición de garante.

El derecho a la salud se encuentra amparado en el art. 33 de la Constitución Nacional, como un derecho implícito derivado del derecho a la vida.

En ese sentido, la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha destacado el deber que pesa sobre el Estado de “proteger la salud pública”<sup>7</sup> o la obligación impostergable de garantizar con acciones positivas la preservación de la vida<sup>8</sup>.

Sin embargo, más allá de su derivación implícita del art. 33 de la CN, el tema terminó por clarificarse mediante la incorporación de los tratados que versan sobre derechos humanos con jerarquía constitucional (art. 75, inc. 22, C.N.). Que, entre la normativa internacional a la que adhirió el Estado Argentino, se encuentran:

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del hombre<sup>9</sup> (arts. 1° y 11); Declaración Universal de los Derechos Humanos<sup>10</sup> (arts. 3° y 25); Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>11</sup> (art. 12 incs. 1° y 2°, ap. d); Protocolo de San Salvador; Convención Americana sobre Derechos Humanos (arts. 4° inc. 1° y 5°, inc. 1°)<sup>12</sup>; Convención sobre los Derechos del Niño (arts. 3°, 6°, 23, 24 y 25); Conjunto de principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión<sup>13</sup>; Convención Interamericana para prevenir y sancionar la tortura<sup>14</sup>; Declaración sobre el derecho y el deber de los individuos, los grupos y las instituciones de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales universalmente reconocidos; Declaración sobre la protección de todas las personas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; Declaración sobre los principios fundamentales de Justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder; Principios básicos para el tratamiento de los reclusos<sup>15</sup>; Principios básicos sobre el empleo de la fuerza y de armas de fuego por los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley; Reglas mínimas para el tratamiento de reclusos “Reglas

---

<sup>7</sup> CSJN-Fallos, 31;273, “Los Saladeristas Podestá c. Provincia de Buenos Aires”, del 14/5/87.

<sup>8</sup> Gelli, Constitución de la Nación Argentina comentada y concordada, 4° ed., 2013, p. 493.

<sup>9</sup> Aprobada en la IX Conferencia Interamericana, Bogotá, Colombia, 1948.

<sup>10</sup> Adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 10/12/1948.

<sup>11</sup> Ley 23.313, Boletín Oficial del 13/5/1966.

<sup>12</sup> Ratificada el 23/10/03 <https://www.oas.org/juridico/spanish/firmas/a-52.html>.

<sup>13</sup> Principio 24: Se ofrecerá a toda persona detenida o presa un examen médico apropiado con la menor dilación posible después de su ingreso en el lugar de detención o prisión y, posteriormente, esas personas recibirán atención y tratamiento médico cada vez que sea necesario. Esa atención y ese tratamiento serán gratuitos.

<sup>14</sup> Sancionada: Setiembre 29 1988. Promulgada: Octubre 20 1988.

<sup>15</sup> Principio 4: El personal encargado de las cárceles cumplirá con sus obligaciones en cuanto a la custodia de los reclusos y la protección de la sociedad contra el delito de conformidad con los demás objetivos sociales del Estado y con su responsabilidad fundamental de promover el bienestar y el desarrollo de todos los miembros de la sociedad. Principio 9: Los reclusos tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por su condición jurídica.

Mandela”<sup>16</sup>; Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes<sup>17</sup> y Protocolo de Estambul.

Sumado a ello, se encuentra vigente el “Código de conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley”, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 34/169 de diciembre de 1979, el que en su art. 6 dispone que **“los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley asegurarán la plena protección de la salud de las personas bajo su custodia y, en particular, tomarán medidas inmediatas para proporcionar atención médica cuando se precise”**<sup>18</sup>. Este Código de conducta se encuentra aprobado por la ley de Seguridad Interior 24.059<sup>19</sup>, con la adhesión de las provincias de la República Argentina, las que generan responsabilidad internacional de nuestro país en caso de incumplimiento.

Con respecto a las leyes y decretos nacionales respecto a la materia, podemos invocar -además de la ley de Ejecución Privativa de la libertad n° 24660 y sus modificatorias-; el Código Procesal Penal de la Nación; Reglamento de disciplina para los internos-Decreto Nacional n° 18/97 por el que reglamenta el Capítulo IV “Disciplina” de la ley de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad n° 24660; Reglamento de las modalidades básicas de la ejecución, decreto nacional n° 396/99, por el que se reglamentan las Secciones primera, Progresividad del Régimen Penitenciario y segunda Programa de Prelibertad del capítulo II y disposiciones vinculadas a la ley de Ejecución

---

<sup>16</sup> Regla 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 necesarios 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. Regla 25: (1) El médico se encargará 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. Regla 62: Los servicios médicos del establecimiento se esforzarán por descubrir y deberán tratar todas las deficiencias o enfermedades físicas o mentales que constituyan un obstáculo para la readaptación del recluso. Para lograr este fin deberá aplicarse cualquier tratamiento médico, quirúrgico y psiquiátrico que se juzgue necesario.

<sup>17</sup> Principio 1: El personal de salud, especialmente los médicos, encargado de la atención médica de personas presas o detenidas tiene el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas.

<sup>18</sup> <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/buscador/search/printInstrumento/31>

<sup>19</sup> Sancionada en fecha 18/12/1991 y promulgada 06/01/1992.

de la Pena Privativa de la libertad n° 24660; Reglamento General de Procesados-Decreto Nacional 303/96<sup>20</sup>; Decreto Nacional n° 1.058/97, reglamenta el artículo 33 de la ley de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad 24.660: Decreto Nacional n° 1.139/2000, modificación del Reglamento de Modalidades Básicas de la Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad (Progresividad del Régimen Penitenciario, Programa de Prelibertad).

De cada una de las normas señaladas precedentemente, se puede inferir no solo que el médico, se encuentra obligado a garantizar la salud y la vida de las personas que se encuentran privadas de la libertad dentro de la unidad penitenciaria, sino que, de acuerdo con la propia ley de ejecución, tiene que ser capacitado para ello, instruido sobre toda la normativa nacional e internacional señalada, la que obliga e impone deberes a su cargo.

Además, existen normas procesales, que se reglamentan por numerosos protocolos y resoluciones internas en el ámbito del Servicio Penitenciario Federal, que son de aplicación obligatoria en sus instalaciones. En ellos, se imparten las medidas a seguir por el personal penitenciario, en este caso de estudio, al profesional médico ante determinadas situaciones/diagnósticos/patologías, las características del caso o que fueron creadas como consecuencia de situaciones que ocurrieron en la praxis, para preverlas en un futuro.

#### **B. Resoluciones y protocolos del Servicio Penitenciario Federal.**

Continuaremos refiriéndonos al derecho a la salud, pero en esta oportunidad invocando el alcance brindado específicamente por la normativa del Servicio Penitenciario Federal y los deberes que surgen de la misma:

La Ley Orgánica del Servicio Penitenciario Federal n° 17.236, texto según ley n° 20.416 sostiene en su art. 5 que “...son funciones de la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario Federal: a) Velar por la seguridad y custodia de las personas sometidas a proceso procurando que el régimen carcelario contribuya a preservar o mejorar sus condiciones morales, su educación y su salud física y mental...”.

---

<sup>20</sup> Quienes se encuentran alojados en unidades carcelarias dependientes de la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario Federal, prevé que, cuando un interno ingrese en un establecimiento penitenciario, un médico lo examinará para certificar el estado general y dispensarle, si correspondiere, el tratamiento necesario (art. 16). Consagra el derecho a la salud de los internos y especifica que se les debe brindar oportuna asistencia gratuita (art. 85).

Una de las medidas de políticas públicas en materia sanitaria en contexto de encierro se produjo el 29 de diciembre de 2009, cuando se llevó a cabo el acto de firma de Convenio de Cooperación y Asistencia en Cárceles, del cual son partes la Jefatura de Gabinete de Ministros, el Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Desarrollo Social y las Provincias de Mendoza, Tierra del Fuego, Salta y Buenos Aires, siendo asesor técnico del mismo la Comisión Nacional Coordinadora de Políticas Públicas en Materia de Prevención y Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, la Delincuencia Organizada Transnacional y la Corrupción.

En ese marco, desde el año 2008 a diciembre de 2009, se han realizado las siguientes capacitaciones y reuniones de fortalecimiento del equipo sanitario de las unidades del área metropolitana y del interior del país, por parte del Ministerio de Salud de la Nación: 1. VIH-SIDA, 2. REMEDIAR, 3. SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE, 4. TUBERCULOSIS, 5. MATERNIDAD E INFANCIA, 6. EPIDEMIOLOGÍA, 7. BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS.

Supuestamente, estas actualizaciones han alcanzado a aproximadamente el 90% de los profesionales y auxiliares sanitarios, y han contado con un eje transversal, la sensibilización en Ética Profesional y Derechos Humanos por parte de uno de los miembros de la Comisión Nacional Asesora de la Jefatura de Gabinete de Ministros.

A su vez corresponde señalar que las Unidades Penitenciarias cuentan con diferentes programas de tratamientos para personas que se encuentran privadas de la libertad, implementados en contexto de encierro, a saber:

- ✓ “Programa de Asistencia a Aplicarse en los Centros de Rehabilitación para internos Drogadependientes (C.R.D.)”, aprobado mediante Resolución D.N. N° 1.691/1995, inserta en el Boletín Público Normativo N° 63, aplicado de acuerdo con el “Reglamento Único de Funcionamiento de los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes”, aprobado mediante Resolución D.N. N° 447/2012, inserta en el Boletín Público Normativo N° 451.
- ✓ “Programa de Asistencial Grupal para Adictos (A.G.A.)”, aprobado mediante Resolución D.N. N° 444, de fecha 1° de abril de 2011, inserta en el Boletín Público Normativo N° 420.



- ✓ “Programa Marco de Prevención de Suicidios para internos alojados en el ámbito del Servicio Penitenciario Federal”, implementado mediante Resolución D.N. N° 493/2012, inserta en el Boletín Público Normativo N° 466 (el cual funcionara como ‘Proyecto Piloto’, aprobado mediante Resolución D.N. N° 1.866/2008, inserta en el Boletín Público Normativo N° 304).
- ✓ “Programa de Tratamiento Interdisciplinario, Individualizado e Integral (Pro.T.In.)”, aprobado mediante Resolución D.N. N° 1.373, de fecha 20 de julio de 2012, inserta en el Boletín Público Normativo N° 467.
- ✓ Programa de Tratamiento para Internos Condenados por Delitos de Agresión Sexual (C.A.S.), aprobado mediante Resolución D.N. N° 916/2009, inserta en el Boletín Público Normativo N° 325 - Aspectos básicos para la implementación del Programa de Tratamiento para Internos Condenados por Delitos de Agresión Sexual, aprobados mediante Resolución D.N. N° 1.923/2010, inserta en el Boletín Público Normativo N° 401.
- ✓ Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (Pr.I.S.M.A.), aprobado mediante Resolución Conjunta N° 1.075/2011 y 1.128/2011 del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS y, del MINISTERIO DE SALUD de la Nación).

Sin embargo, en uno de los informes relevados por la Procuración Penitenciaria de la Nación en el año 2018<sup>21</sup> se puso de resalto que *“El gobierno de la “escasez” tiene un punto de partida en la producción deliberada por parte del poder penitenciario de falta y escasez, es decir, una carencia sistemática que estructura las relaciones sociales carcelarias en el marco de una fijación a la “sobrevivencia”, que moldea la vida precarizada en el encierro y construye un lazo social que reconoce múltiples relaciones de violencia, una política institucional que la produce, la regula y la gestiona. La falta y escasez la identificamos en cuatro campos temáticos que reconocen prácticas penitenciarias que las producen y se inscriben en una violencia de carácter claramente multidimensional: falta y/o deficiente alimentación, malas condiciones*

---

<sup>21</sup> <https://www.ppn.gov.ar/pdf/deptoinvestigacion/2018-Actualizaci%C3%B3n%20Malos%20Tratos.pdf>

materiales; **en la falta o deficiente asistencia a la salud** y el robo y daño de pertenencias y mercadería de las personas detenidas”.

No podemos dejar de señalar que la “Ley de ejecución de la pena privativa de la libertad” en su art. 143 establece que: “*El interno tiene derecho a la salud. Deberá brindársele oportuna asistencia médica integral, no pudiendo ser interferida su accesibilidad a la consulta y a los tratamientos prescritos*”.

De esta manera, se resalta que: “*El mantenimiento y la mejora de la salud psicofísica del interno es considerado un derecho, cuyo ejercicio debe ser garantizado por la administración, mediante la provisión de la adecuada asistencia médica integral. Dicha asistencia, deberá serle brindada al interno en todo momento, con prescindencia de su situación dentro del régimen progresivo. La autoridad penitenciaria tiene el deber de disponer las medidas sanitarias —control, diagnóstico, tratamiento y suministro de medicamentos— respecto de toda la población carcelaria, siendo ésta una obligación improrrogable que no admite restricción ninguna*”<sup>22</sup>.

El Sistema de Control de Cárceles en su Recomendación IV/2014<sup>23</sup> sostuvo que, de lo observado en diferentes monitoreos en materia de derecho a la salud y atención médica, llevados adelante por los integrantes del Sistema en diferentes unidades carcelarias y Complejos Penitenciarios, dan cuenta que la respuesta asistencial resulta deficitaria, vulnerando, de ese modo, el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad. En ese aspecto, debe recordarse el rol especial de garante que le corresponde al Estado.

En la Recomendación referida, se invocó los informes producidos por la Procuración Penitenciaria de la Nación, el Comité contra la Tortura de la Comisión Provincial por la Memoria y el Centro de Estudios Legales y Sociales que reseñan el impacto de las condiciones de detención de la salud de las personas privadas de la libertad. En los mencionados, todos coincidieron 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

---

<sup>22</sup> [http://www.paho.org/arg/images/Gallery/saludmental/Políticas\\_Encierro\\_ESP.pdf?ua=1](http://www.paho.org/arg/images/Gallery/saludmental/Políticas_Encierro_ESP.pdf?ua=1)

<sup>23</sup> Recomendación IV/2014 “Acceso efectivo a la prestación de servicios de asistencia médica de las personas privadas de libertad”



alimentos sanos que deben proveer una nutrición adecuada, generando graves consecuencias a la salud.

A su vez, indicó que 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 constatados con ese registro, con casos en situaciones extremas de entre 5 meses a un año de desatención. En ambos grupos las deficiencias están directamente relacionadas con la desatención médica o con atenciones parciales o deficientes.

En el mismo informe se afirmó que “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 lo padecen, poniendo en riesgo sus propias vidas”<sup>24</sup>.

Finalmente, corresponde referirnos a uno de los antecedentes más recientes en la materia, iniciado a mediados de junio de 2016, cuando la Fiscalía Federal n°1 de Lomas de Zamora interpuso una acción de habeas corpus correctivo de carácter colectivo a favor de la totalidad de las personas privadas de la libertad que se encuentran alojadas en las Unidades Carcelarias (19 y 31) y los Complejos Penitenciarios I y IV a los fines de hacer cesar el agravamiento en las condiciones de detención.

Los fundamentos jurídicos de la presentación fue el incumplimiento de las normas internacionales que rigen los establecimientos del Servicio Penitenciario Federal, las leyes y decretos nacionales correspondientes, resoluciones de la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario Federal, los arts. 200, 201 y 205 de la ley Nacional n° 24660 de Ejecución Penal y el decreto PEN N° 637/03 que pone en vigencia el “Código de

---

<sup>24</sup> Registro Nacional de casos de tortura (CPM, PPN, GESPyPH), Informe Anual 2012.

conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley”, sancionado a través de la ley 24.059.

Del objeto de la presentación surge que en diversas causas que se encontraba en etapa de instrucción del Ministerio Público Fiscal, se había citado a prestar declaración a distintos médicos penitenciarios que cumplían funciones de guardia médica en las unidades penitenciarias señaladas y al momento de prestar declaración testimonial a todos ellos se les preguntó expresamente si conocían y en consecuencia cumplían con las obligaciones establecidas en diversas normativas internacionales de protección de los Derechos Humanos de las personas privadas de la libertad, específicamente se les consultó sobre el conocimiento de las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos de las Naciones Unidas, hoy “Reglas Mandela”, Protocolo de Estambul, el código de conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley de ONU, el Manual de Buena Práctica Penitenciaria del Instituto Interamericano de Derechos Humanos, y la existencia de normativa interna del propio Servicio Penitenciario Federal referida a dichas normas y otras concordantes, todas conformantes del Sistema Internacional de Protección de los Derechos Humanos en general y de las personas privadas de la libertad en particular. Todos los declarantes, profesionales de la salud, fueron contestes en afirmar que, en general, desconocían dicha normativa o tenían un conocimiento vago que no podían precisar y, por ende, no cumplían en líneas generales la misma. Asimismo, refirieron nunca haber recibido capacitación a fin de informarlos y/o formarlos sobre el debido cumplimiento de dichas normas.

A modo enunciativo, en la presentación efectuada por la Fiscalía, se invocó la resolución n° 1498 capacitación sobre el “Código para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley” y la resolución n° 30 que creó el programa de entrenamiento intensivo para instructores penitenciarios, en ambas capacitaciones figura como material bibliográfico la normativa nacional e internacional que los mismos médicos manifestaron desconocer.

Lo expuesto reflejó una situación preocupante que requería de reparación urgente, en tanto agravaba ilegítimamente las condiciones de detención, sin perjuicio de que pudieran resultar, también, conductas ilícitas cometidas dolosamente por los profesionales médicos del Servicio Penitenciario Federal.

Como consecuencia de ello, la Fiscalía solicitó que ordene al Director Nacional del Servicio Penitenciario Federal que, por medio de la resolución correspondiente, se regule, instrumente y ponga en práctica en forma efectiva un protocolo de actuación para que, el personal penitenciario que cumpla funciones como profesionales de la salud, lo realice conforme con la normativa vigente y las obligaciones asumidas por el Estado Nacional.

Frente a esta presentación, el Juzgado Federal Criminal y Correccional N°1 de Lomas de Zamora<sup>25</sup> ordenó al Director a cargo del Servicio Penitenciario Federal junto con los organismos del Estado vinculados a la materia, y de consuno con la Procuración Penitenciaria de la Nación y ambos Ministerios Públicos, la conformación de un equipo de trabajo integrado, a los fines de acometer la elaboración de un protocolo de actuación conteste con los parámetros internacionales imperantes en la materia. Asimismo, hasta tanto esto se materialice, la citada autoridad deberá arbitrar los medios que resulten necesarios a los fines de que las áreas médicas de los complejos y unidades de la jurisdicción ajusten su actuación de conformidad a la normativa que fuera objeto de análisis en el presente resolutorio<sup>26</sup>. Actualmente la acción se encuentra en el Juzgado de origen a la espera del dictado de sentencia<sup>27</sup>.

Por lo expuesto hasta aquí, resulta evidente que existe en Argentina un amplio marco normativo y un compromiso internacional asumido por el Estado para garantizar el acceso y derecho a la salud. Sin embargo, lo cierto es que, ya sea por falta de voluntad o de capacidad de las personas que deben aplicarlos, las normas y los compromisos parecieran quedar en el plano conceptual, sin lograr materializarse de ningún modo certero para finalmente detener la cotidiana vulneración de los derechos de la población penal.

### **C. Atención médica: metodología y modalidad en las unidades penitenciarias**

Otra cuestión preocupante no es sólo la falta de atención médica propiamente dicha, sino que aquella se brinde de un modo completo y adecuado. En reiteradas ocasiones se “maquilla”, una supuesta atención que nunca llega a concretarse,

---

<sup>25</sup> Habeas Corpus FLP 51011528/13 (Aplicación del Protocolo de Estambul en actuación médica).

<sup>26</sup> <https://www.fiscales.gob.ar/violencia-institucional/pidieron-que-se-capacite-a-medicos-penitenciaros-en-normas-de-cumplimiento-obligatorio/>

<sup>27</sup> <https://www.mpf.gob.ar/procuvin/files/2019/08/Informe-al-relator-especial-sobre-la-tortura-de-Naciones-Unidas-2018.pdf>

con la finalidad de sortear eventuales responsabilidades; más adelante se invocarán con diferentes ejemplos, hechos que ocurren diariamente en una unidad penitenciaria.

Para poder comprender lo que venimos desarrollando es importante adentrarnos en el contexto penitenciario y su organización, describir el lugar en el que ocurren los hechos y visibilizar la posición de cada uno de los intervinientes.

En una unidad penitenciaria las personas que se encuentran privadas de la libertad permanecen, prácticamente todo el día, encerrados en el pabellón<sup>28</sup> y sólo acceden al patio dos veces al día durante una hora.

En esas condiciones de aislamiento y ante una dolencia deben solicitar atención médica mediante “pedido de audiencia” con el jefe del Servicio de Asistencia Médica (SAM); en este caso el pedido es entregado al celador del pabellón y es éste quien lo lleva al área de sanidad correspondiente.

Además, en algunos Complejos Penitenciarios, la prestación a la salud se encuentra cubierta y a cargo de un médico de planta que, en la mayoría de los casos, fija un límite de diez pacientes por día, quienes deben registrarse en el libro de guardia del pabellón por el celador y son llevados cuando lo requiere el profesional de la salud. Estas afirmaciones se encuentran sustentadas por hechos que ocurren diariamente en las unidades penitenciarias señaladas, constatadas por organismos de control que se mencionarán más abajo.

Como podemos ver, en la mayoría de las unidades penitenciarias no existe una modalidad determinada de atención médica, ni sistema de clasificación para establecer prioridades de acuerdo con las dolencias y/o urgencias de los detenidos. Generalmente, si el área de salud no responde a la “solicitud de audiencia” durante el transcurso del día, el detenido debe reiterarla al día siguiente, y así hasta finalmente ser atendido. De este modo, pueden transcurrir días, semanas o hasta meses, lo que en muchos casos genera el agravamiento de la afección, que será finalmente atendida ante la urgencia, sí es que el detenido no muere durante la espera.

---

<sup>28</sup> Además de esas condiciones, una persona privada de su libertad puede encontrarse apartada del Régimen Común, por estar bajo la modalidad de Resguardo de Integridad Física (RIF), pueden estar cumpliendo una sanción. En esas circunstancias sólo tienen posibilidad de acceder al patio y/o sectores de baños dos veces al día durante quince minutos.

A modo de ejemplo, durante una de las inspecciones realizadas por el Sistema de Control de Cárceles al Complejo Penitenciario Federal de C.A.B.A. “Devoto” el 05/09/2018<sup>29</sup> en relación con la salud, los detenidos del Centro Universitario de Devoto (CUD) expresaron durante sus entrevistas que *“...existen graves problemas con la atención médica intramuros, por lo que los estudiantes presentaron un Habeas Corpus, que fue rechazado in limine. Se encuentran en etapa recursiva ante la Cámara Nacional de Casación. Si bien hay médicos asignados para el Centro, solamente hacen 25 horas semanales, pero atienden menos de la mitad de esas horas, estando menos de 2 horas diarias en el módulo. Además, no atienden a los pacientes, sino que simplemente les preguntan qué necesitan. Asimismo, manifestaron la necesidad de que en el Hospital se desempeñe un urólogo, y refirieron que no les realizan ninguno de los controles de rutina de dicho servicio. Por otro lado, indicaron que ante una afección o dolor que sufran de cualquier índole, les proveen de forma automática -sin evaluación ni diagnóstico- diclofenac o ibuprofeno. Ante la situación expuesta, explicaron que, para lograr efectiva asistencia, debían presentar acciones de hábeas corpus...”*.

Así, en el mismo sentido, durante una inspección realizada el día 12/03/2018 al Complejo Penitenciario Federal IV de Mujeres<sup>30</sup> se pudo constatar que *“...La principal preocupación recabada se vincula con la falta de acceso a la salud. Al respecto, manifestaron que el sistema de asistencia se encuentra mediado por el personal del servicio penitenciario a cargo de la custodia de las detenidas. En caso de urgencia médica, requieren asistencia en el momento a la celadora de turno, y en caso de solicitar un turno médico deben realizarlo mediante un pedido de audiencia también al personal penitenciario. En gran parte de los casos, no son asistidas, situación que se agrava en caso de requerir asistencia por parte de especialistas médicos (por ejemplo, traumatología u odontología), motivo por el cual deben reclamar insistentemente atención e incluso golpear las rejas hasta obtener respuesta...”*.

Por último, en el Complejo Penitenciario Provincial III de Almafuerde, provincia de Mendoza durante la inspección realizada el 12/06/2016 se constató que *“...todos los detenidos tienen graves dolencias de salud, ninguno de ellos accede a*

---

<sup>29</sup> Sistema de Coordinación y seguimiento de control Judicial de Unidades Carcelarias <http://sistemacontrolcarceles.gob.ar/inspecciones-por-carcel/?idcarcel=119>

<sup>30</sup> Sistema de Coordinación y seguimiento de control Judicial de Unidades Carcelarias <http://sistemacontrolcarceles.gob.ar/inspecciones-por-carcel/?idcarcel=115>

*tratamientos de rehabilitación, particularmente necesarios para los afectados por cuestiones traumatológicas graves, patologías crónicas respiratorias o neurológicas...”.*

En suma, la precariedad, la improvisación y el desinterés son adjetivos que describen el estado de la atención a la salud de las personas privadas de su libertad dentro de las cárceles federales. En otras palabras, no existe una política penitenciaria universal y eficiente que se encargue de la atención a la salud de las personas privadas de su libertad.

En consecuencia, la asistencia médica en esos establecimientos se obtiene a través de un gran esfuerzo individual que realiza la persona privada de libertad para conseguir que lo atienda personal médico. La intermediación del personal de seguridad, que no suele creerles a las personas presas que padecen dolencias o desestiman su gravedad, conlleva que deban solicitar innumerable cantidad de audiencias o interponer habeas corpus, comunicarse con las oficinas judiciales -por *motu proprio* o a través de sus familiares-, autolesionarse, o cualquier otra estrategia que sirva para llegar al encuentro con el personal a cargo de la atención de salud. Este escenario provoca una dilapidación de recursos y multiplicación de esfuerzos, en virtud de diversos factores distorsionantes en el acceso a la salud. Generando el contexto descrito, un terreno fértil para hechos de corrupción por parte de los funcionarios públicos hacia los detenidos.

Lo relatado hasta aquí deja expuesto de manera palmaria el incumplimiento por parte del Estado -a través del Servicio Penitenciario Federal- de la obligación de garantizar el acceso a la salud a las personas privadas de la libertad.

Ante el escenario descrito precedentemente vamos a detenernos a describir objetivamente el rol del médico del Servicio Penitenciario Federal, en particular respecto a su deber de brindar igual protección a la población penitenciaria, teniendo en cuenta su situación de vulnerabilidad.

#### **E. El Médico del S.P.F. Conflicto de lealtades**

El rol de los profesionales de la salud que se desempeñan en las instituciones carcelarias se impone como problema fundamental a la hora de evaluar el funcionamiento de los dispositivos dirigidos a garantizar el acceso a la salud integral de las personas privadas de la libertad. Numerosos informes y recomendaciones de organismos locales e internacionales de derechos humanos con intervención en materia carcelaria han alertado respecto de los compromisos morales que afectan el desarrollo de



la actividad profesional de los médicos en términos conflictivos de una “doble lealtad”: hacia el paciente, por un lado, y hacia la institución penitenciaria, por el otro (Recomendación IV del Sistema de Control de Cárceles<sup>31</sup>; Procuración Penitenciaria de la Nación<sup>32</sup>; entre otros).

En efecto, es posible analizar el quehacer profesional de los médicos que trabajan en instituciones penitenciarias atendiendo a las constricciones morales que pesan sobre ellos, teniendo en cuenta que los valores morales son parte del conocimiento del que las personas disponen para comprender y experimentar su mundo, y -en tanto- informan su comportamiento. Reparar en la deontología médica desde una perspectiva antropológica implica comprender a la moral no como un sistema abstracto y estático de valores que determinan o motivan la conducta de los profesionales, sino como productos de la acción social cuyas formas y contenidos se concretan en el entramado de relaciones, instituciones y procesos sociales en los que se encuentran inscriptos<sup>33</sup>.

Al respecto resulta pertinente mencionar un estudio de carácter etnográfico que ha permitido observar que las evaluaciones clínicas destinadas al otorgamiento o rechazo del permiso de residencia de personas inmigrantes en Francia efectuadas por profesionales médicos no resultan simplemente de un acto técnico de diagnóstico, sino que presentan una gran variabilidad vinculada a la forma en que esos profesionales inscriben su pericia médica en un espacio político. De esta forma, enunciar un diagnóstico deviene para estos profesionales un problema de conciencia en que se comprometen el imperativo de la institución pública que los emplea (que restringe el otorgamiento del permiso a situaciones excepcionales), las obligaciones de la medicina, la variabilidad de apreciaciones sobre la legitimidad de los extranjeros enfermos y la empatía alcanzada en la relación médico-paciente<sup>34</sup>.

Para el caso en discusión en esta tesis, debe tenerse presente que el personal médico que presta funciones en cárceles ingresa en el sistema jerárquico del

---

<sup>31</sup> <https://sistemacontrolcarceles.gob.ar/recomendaciones/>

<sup>32</sup> [https://www.ppn.gov.ar/pdf/publicaciones/ediciones-especiales/PPN\\_La\\_atencion\\_a\\_la\\_salud\\_en\\_las\\_carceles\\_federales\\_resumen\\_ejecutivo.pdf](https://www.ppn.gov.ar/pdf/publicaciones/ediciones-especiales/PPN_La_atencion_a_la_salud_en_las_carceles_federales_resumen_ejecutivo.pdf)

<sup>33</sup> Balbi, Fernando Alberto (2007). “El análisis antropológico de los valores morales”. En: De leales, desleales y traidores: valor moral y concepción política en el peronismo. Antropofagia, Buenos Aires.

<sup>34</sup> Fassin, Didier (2016). “Un protocolo compasivo”. En: La razón humanitaria. Una historia moral del tiempo presente. Prometeo, Buenos Aires.

Servicio Penitenciario Federal en el marco del cual desarrolla toda su carrera profesional, siendo a la vez médicos y agentes penitenciarios. Esta doble pertenencia genera, inevitablemente, un “conflicto de lealtades”, entre proteger al paciente como deber de su profesión y proteger a sus compañeros como parte del grupo de pertenencia en el que fue insertado institucionalmente. La dependencia laboral del personal de la salud que asiste a las personas privadas de la libertad en instituciones penitenciarias hace imposible un accionar profesional libre de conflictos éticos conocidos como “doble 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. Al respecto, las prescripciones del “Protocolo de Estambul” hacen primar el deber a dirimir conflictos de dobles obligaciones de acuerdo con la ética de la profesión por sobre toda práctica y dispositivo que los contraríen y que emanen de la institución a la que pertenezcan los profesionales de la salud.

Finalmente, con relación a la colisión de deberes que se presente en el caso tratado, el Derecho se propone no sacrificar activamente el bien jurídico que no posee menor valor que el salvado. O, extendiéndolo a todos los casos de justificación del comportamiento omisivo: el ordenamiento jurídico autoriza a omitir todo aquello que irá en detrimento de la salvación del bien jurídico que el Derecho no exige sacrificar activamente.

Si ponderamos los bienes jurídicos en juego, no quedan dudas que el bien jurídico a salvar, debe ser la vida, que se encuentra por encima de cualquier otro bien jurídico que se halle en colisión.

### **III. Relación de causalidad en los delitos de omisión impropia o comisión por omisión**

En principio, corresponde señalar que los delitos de omisión impropia se dan en los casos en que exista el deber de impedir que se produzca un resultado dañoso para el bien jurídico del que se es garante, por el estrecho vínculo que existe entre el sujeto y el bien jurídico protegido.

Numerosas afecciones de la salud y de la vida de las personas privadas de la libertad en establecimientos del SPF tienen su causa en el incumplimiento del deber de



garantizar la salud y la vida de aquellos que pesa sobre los médicos que trabajan en esas instalaciones.

En ese sentido, debemos recordar lo expuesto en el punto II), respecto a las obligaciones y responsabilidad de los médicos que trabajan en el SPF quienes, al aceptar su cargo, quedan obligados a cumplir con numerosos deberes que los colocan como custodios de la vida de las personas privadas de la libertad. Estas obligaciones y la situación de indefensión total de las personas privadas de la libertad los sitúan en una posición de garante y, por lo tanto, tienen la obligación de tratar de impedir las muertes - denominadas no violentas- en el establecimiento penitenciario, como consecuencia de afecciones previas a la salud.

Además, debemos señalar que la fuente de la posición de garante surge de la propia ley, el que debe ser entendido en sentido amplio en los términos de Gimbernat, es decir que abarca no solo la emanada del órgano legislativo sino de los decretos, reglamentos, orden ministerial, etc.

La obligación de evitar surge, de acuerdo con la postura de Frister, en los deberes de protección de la función pública, en la que sostiene que “los funcionarios de ejecución penitenciaria tienen una posición de garante en favor de los bienes jurídicos de los presos que les están confiados. Si no le hacen llegar la atención médica necesaria a un preso que cae enfermo o no lo protegen suficientemente de violentas agresiones de otros presos, son responsables, como garantes, de las consecuencias que resulten de ello. Por tanto, son punibles no sólo por omitir prestar auxilio (§ 323c, StGB), sino, según el resultado producido en cada caso, por lesión corporal u **homicidio por omisión**”<sup>35</sup>.

En efecto, la relación existente entre la normativa nacional e internacional invocada en el punto II -la que debe ser de conocimiento de los profesionales de la salud<sup>36</sup>, como médico del Servicio Penitenciario Federal en su calidad de funcionario público, generan que asuma una posición de garante frente a los hechos donde su omisión sea

---

<sup>35</sup> Frister, H, Derecho Penal, pag. 423/461.

<sup>36</sup> Boletín Público Normativo: Año 11-Nº 179, 30 de abril de 2003, “Programa de entrenamiento intensivo para instructores penitenciarios”; Boletín Público Normativo: Año 13-Nº 214, 18 de abril de 2005, “Proyecto educativo Institucional” para los cursos de formación y perfeccionamiento para el personal subalterno; Boletín Público Normativo Nº 14- Nº 226, 17 de marzo de 2006 “Curso de perfeccionamiento para Oficiales Jefes en el grado de Alcaide Mayor (escalafón cuerpo general y administrativo)” cuyo contenido incluye: a) Diseño curricular del curso de perfeccionamiento para oficiales jefes en el grado de Alcaide Mayor; b) Diseño curricular del curso de perfeccionamiento para oficiales en el grado de Adjutor Principal.

causante del fallecimiento de una persona que se encuentra privada de su libertad en la Unidad Penitenciaria donde presta funciones.

En ese sentido, el Estado tiene el cometido de garantizar en caso de necesidad al menos un mínimo de condiciones de subsistencia, esto es, de ocuparse de que sus ciudadanos sometidos a una relación especial de sujeción -presos- no mueran, en contra de su voluntad, por una enfermedad curable. Si a pesar de ello se produce el daño, los responsables en las administraciones competentes -presuponiendo la capacidad de evitar el daño- son punibles por lesiones u homicidio en comisión por omisión<sup>37</sup>.

En el presente trabajo de investigación, nos centraremos en el comportamiento del médico, específicamente en dos casos puntuales, el primero que dependerá del cargo que el médico ocupara al momento del hecho (Ej. jefe del Área de Sanidad) y en el segundo será el médico que haya tomado intervención (Ej. médico de guardia y/o de planta), -a través de consulta-. En ambos, el paciente se encontraba en una situación de salud que ameritaba otro tipo de atención y, sin embargo, no realizó ninguna acción tendiente a que se efectuara, ni tampoco informó a las autoridades correspondientes.

En general, se considera que esta modalidad de la conducta penalmente relevante admite tanto el dolo como la imprudencia. Ahora bien, para su configuración dolosa, la intención del sujeto debe alcanzar tanto la omisión de la acción debida como la posibilidad y necesidad de evitación del resultado. Significa que, para su imputación a título de dolo, el garante debe conocer que se trata de una situación en la que le corresponde intervenir y voluntariamente opta por no realizar el mandato impuesto (dolo directo), o bien porque permite la producción de un resultado que podía evitar con su proceder (dolo eventual). Mientras que para su atribución por imprudencia (culpa consciente o inconsciente) es necesario que la persona sea responsable por expresión normativa de haber adoptado las medidas de precaución que, al omitir, no evita la situación antijurídica creada.

La situación fáctica de desprotección en las que se encuentran las personas privadas de libertad hace que resulte indiferente la cercanía o lejanía del autor. El acto de abandonar no puede entenderse por el mero hecho de dejar en soledad a la víctima, sino

---

<sup>37</sup> Jakobs, Günter, "Actuar y Omitir" en "Sobre la normativización de la dogmática jurídico-penal", Civitas, 2003, pg. 101/134.

que lo decisivo debe estar en que el autor, más cerca o más lejos, omita el deber de cuidado al que se encuentra obligado *ex ante*, en condiciones reales de hacerlo, no obstante, la situación de desamparo, sin que exista asimismo otro curso causal de salvamento.

El caso de estudio se trata de supuestos de una verdadera situación de indefensión, donde la subsistencia del bien jurídico o su lesión depende exclusivamente de la decisión del sujeto activo, quien se encuentra obligado a protegerlo y, violando su deber, se vale de esa indefensión para lesionarlo. Es decir, que su conducta con dolo directo o necesario (dolo directo de primero o segundo grado), encuadra en el art. 79 del C.P., en la que deberán concurrir circunstancias que determinen su accionar doloso: una especie de aprovechamiento de la situación de desprotección del bien jurídico (vulnerabilidad del sujeto pasivo) y de la posición privilegiada del sujeto activo frente a éste. Una verdadera situación de dominio<sup>38</sup>.

Ahora bien, en caso de que la conducta sea realizada con dolo eventual estaríamos en presencia de abandono de persona contemplado en el art. 106 del C.P., el que no prevé una conducta culposa y al producirse ésta se debería aplicar el artículo 84 del C.P.

Como punto de partida, para comenzar a delimitar la imputación del médico en su calidad de funcionario público dependiente del Servicio Penitenciario Federal, tomamos en primer lugar la postura de Armin Kaufman, quien afirma que la omisión exige conceptualmente, la capacidad (posibilidad) de ejecutar determinada acción, pero esto sólo no basta; es necesario además, para que se pueda hablar de omisión -si es que no se quiere tergiversar el sentido de las palabras-, que esa acción que se podía (aspecto ontológico) se hubiera debido también ejecutar (aspecto normativo de la omisión). Define la omisión como aquel comportamiento pasivo consistente en la no ejecución de una acción determinada que, sobre la base de alguna norma, se esperaba que el sujeto realizara<sup>39</sup>.

Ahora bien, a continuación, corresponde tomar postura respecto a la posibilidad de sancionar a los delitos de comisión por omisión de acuerdo con nuestro

---

<sup>38</sup> Libro Homenaje al profesor Luis Fernando Miño, "El Derecho Penal en tiempos de cambios", La omisión impropia en el Derecho penal Argentino, Ámbitos de aplicación y relación de los artículos 106, 107, 79 y 80 del C.P. Criterios interpretativos para delimitar los supuestos de omisión impropia punibles, Dr. Carlos Caramuti, pag. 27/52.

<sup>39</sup> Gimbernau Ordeig, E.. - los conceptos de omisión y de comportamiento, ADPCP 1987, p. 579 y ss.

Código Penal Argentino y en ese sentido me inclino por la postura tomada por Silva Sánchez, quien sostiene que los tipos penales de la parte especial del Código Penal no tiene porqué entenderse en sentido naturalístico. No hay porqué pensar que cuando el Código habla de “el que matare”, está refiriéndose al que “cause activamente” la muerte a otro y, por ello, está utilizado el término “matar” en un sentido descriptivo-naturalístico y está pensando en quien realiza un movimiento corporal que, a través de un curso causal físico-natural, produce el resultado físico<sup>40</sup>.

Superada la cuestión referida brevemente al concepto y a la punibilidad de los delitos de comisión por omisión, se deben señalar los presupuestos bajo los cuales la omisión impropia adquiere relevancia penal por estar el omitente en condiciones de responder por el resultado desde el punto de vista normativo.

Los elementos del tipo objetivo del delito de homicidio en comisión por omisión que, deben darse de manera acabada, son los que se mencionan a continuación:

Tipo objetivo.

Situación generadora del deber de actuar: se encuentra conformada por la persona privada de su libertad que padece una dolencia en su salud, que se encuentra bajo el cuidado y la responsabilidad del médico que presta funciones en la Unidad Penitenciaria donde se encuentra alojada, tanto en su carácter de jefe del Área como el médico de guardia y/o de planta que (no) intervino en el curso causal -a través de atención médica- tomando conocimiento de la dolencia que padecía.

En un contexto de encierro, la persona que se encuentra detenida, los únicos medios que tiene para poder adquirir atención médica a la dolencia que padece es a través del área de sanidad, la que implica ciertas neutralizaciones a cualquier otro tipo de acceso directo a la salud y del riesgo que enfrenta. De este modo, el médico como sujeto activo, se erige en barrera de contención de los posibles riesgos para la vida del paciente intramuros y cabría apreciar la equivalencia estructural y normativa con el actuar positivo a efectos de imputar los resultados producidos en comisión por omisión.

Afirma Silva Sánchez que, el sujeto ha asumido previamente el compromiso de actuar a modo de barrera de contención de riesgos concretos que

---

<sup>40</sup> Jesús María Silva Sánchez, El delito de omisión, Conferencia dictada en la Escuela de Derecho de la Universidad Católica del Norte- Sede Coquimba.

amenazan a bienes jurídicos determinados. Este compromiso provoca un efecto de confianza y de abandono tanto en el sujeto potencialmente afectado como en terceros potenciales intervinientes<sup>41</sup>.

No realización de la acción mandada: Ante la consulta y/o pedidos de asistencia médica intramuros, presentaciones efectuadas por los familiares o por derecho propio ante el Juzgado o Tribunal que se encuentre a disposición el detenido, hubieren determinado antecedentes previos sobre pedidos de acceso a la salud, que no se satisfizo (atención médica-tratamiento-seguimiento-pedido de turnos extramuros, etc.), deberá el jefe del Área de Sanidad, acreditar los motivos por los cuales no pudo brindar el acceso a la salud de manera oportuna, cuando dicha omisión desencadenara en el fallecimiento de la persona que se encuentra privada de la libertad.

Asimismo, deberá acreditar el médico de guardia y/o planta que tuvo intervención -a través de consulta y/o estudios realizados-, los motivos por los cuales omitió continuar tratando la dolencia que padecía y/o en su defecto si existía una imposibilidad de realizarla, los motivos por los cuales no puso en conocimiento de las autoridades correspondientes.

El médico asume la responsabilidad frente al paciente-detenido, frente a la familia del paciente y, frente a la sociedad en su conjunto, sobre lo que ocurra en relación a la salud del detenido, mientras permanezca en la unidad penitenciaria donde presta funciones.

En este caso, la asunción determina que, si se produjera la muerte, siempre y cuando hubiera posibilidad de actuar -como veremos a continuación-, se podría responsabilizar al médico por homicidio en comisión por omisión.

La posibilidad y/o capacidad física o material de realizarla: en esta oportunidad debemos determinar si el médico tuvo la capacidad de realizar la acción mandada, si tenía la capacidad física y real de asistir la dolencia que padecía la persona que se encontraba privada de su libertad.

La capacidad de acción debe comprender la capacidad de evitar dicho resultado. Este requisito es esencial. Para que se configure o se consuma la conducta de

---

<sup>41</sup> Silva Sánchez, Jesús María, “Desarrollo de una propuesta de tripartición (gradualista) de los delitos de omisión”, en “Estudios sobre los delitos de omisión”, Grijley, Lima, pg. 285/301.

comisión por omisión, el sujeto activo (el médico) debe tener capacidad individual de actuar.

La base para imputar el resultado al garante se encuentra en la posibilidad real de evitarlo, debido a que el sujeto tiene en sus manos la “posibilidad de controlar la no producción del resultado típico”. Bajo esta perspectiva, el galeno que presta sus servicios profesionales en una unidad penitenciaria conoce la ciencia médica y en su actuar debe ser guiado por sus competencias y actitudes para obtener una buena práctica a menos que, con justa causa, no lo pueda hacer.

En ese elemento es preciso efectuar algunas aclaraciones respecto a situaciones que se pueden presentar en contexto de encierro. Por ejemplo, cuando un detenido necesita ser atendido por un médico especialista y se solicita un turno extramuros, el que se suspende por motivos razonables y/o de público conocimiento. Considero que en el ejemplo brindado el médico ante una situación en la que haya brindado atención médica a un detenido y las acciones posteriores para continuar su atención no dependan de él y/o las vea obstaculizadas, debe poner en conocimiento de la situación al jefe del Área de Sanidad, al director de la Unidad Penitenciaria y al Juez a disposición de quien se encuentre el privado de la libertad.

En ese caso, considero que acreditar que él mismo entendió que su capacidad de acción se vio excedida y puso en conocimiento de alguna de las autoridades mencionadas, sería una prueba viable y en principio suficiente para deslindar su responsabilidad.

En el caso del jefe del Área de Sanidad, le competarán las mismas obligaciones inherentes al cargo que ocupaba al momento del hecho y el deber de garantizar el acceso a la salud de la población penitenciaria, siendo un eximente de la responsabilidad poner en conocimiento del hecho al director de la Unidad Penitenciaria y/o al Juez a disposición de quien se encontraba el paciente detenido.

En esa línea de pensamiento, entiendo que ambos médicos deberán acreditar qué acciones realizaron para evitar que se desenlace el fallecimiento de la persona privada de la libertad que había atendido previamente y conocía las dolencias que padecía.

Posición de garante: El médico del Servicio Penitenciario Federal se encuentra obligado a asegurar a la población penal alojada en el Complejo las prestaciones de prevención, diagnóstico y tratamiento médico, las programadas y de urgencia a través de los recursos sanitarios propios y/o de la comunidad; preservar las condiciones de higiene y salubridad del complejo, específicamente atender la salud psicofísica (control y seguimiento) de la población penal del Complejo; a controlar la aplicación de los estándares, protocolos médicos y/o prácticas médicas de acuerdo a las exigencias vigentes, brindar la prestación médica ininterrumpidamente, ordenar y evaluar los estudios médicos que resulten apropiados para la elaboración del diagnóstico del interno-paciente y la aplicación del tratamiento adecuado; realizar el seguimiento del tratamiento médico y verificar que se brinde a cada interno alojado en ese sector, el tratamiento adecuado a la patología que padece<sup>42</sup>.

Las leyes, reglamentos, normativa nacional e internacional a la que se encuentra obligado a responder el médico respecto al paciente fue desarrollado en el punto II, al que me remito.

En consecuencia, para que tenga lugar una imputación por el delito de homicidio en “comisión por omisión” no basta, pues, con que el sujeto ostente una posición de garantía entendida como posición estática de deber jurídico-cualificado. Mas bien, es preciso que el sujeto haya asumido frente a la sociedad de modo concreto, un compromiso específico y cualificado de hacer frente a situaciones de peligro precisas para bienes jurídicos determinados. El compromiso tiene una doble vertiente. Por un lado, parece que el bien jurídico queda mucho más protegido, pues no en vano el sujeto afirma frente a todos su disposición de hacerse cargo de él. Pero, por otro lado, también el compromiso tiene una faceta negativa para el bien jurídico en cuestión: que la sociedad se despreocupa en cierta medida del mismo, pues confía en que el garante cumplirá su deber.

Al comprometerse, ha generado una expectativa de poder evitar el resultado lesivo y, pudiendo impedir que pasara, no lo ha hecho. Este es **el principio de las situaciones de garantía materialmente equivalentes a la comisión activa**. El principio de compromiso incumplido, el de la expectativa defraudada, es el que nos

---

<sup>42</sup> Resolución D.N. N° 1.304 CUDAP: EXP-S04:0001089/2011 M.J. y D.H. “Manual de Organización específico del Complejo Penitenciario Federal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”.



permite afirmar, con todo fundamento, que el sujeto dominaba el curso lesivo como si lo hubiera producido activamente, en los términos del art. 79 del Código Penal.

En los supuestos de dolo eventual o indirecto, pese a querer los medios, el resultado solo es tomado en cuenta como posible, pero incluido, solo indirectamente, en la voluntad realizadora, se encuentran abarcadas las conductas descriptas en el inciso 3° del artículo 106 del Código Penal.

Finalmente, en los casos de imprudencia el médico produce el resultado muerte o no lo evita infringiendo un deber de cuidado, encuadrando esta conducta en las prescriptas en el art. 84 del Código Penal.

#### Tipo subjetivo:

Para el tipo subjetivo es suficiente con que el omitente haya considerado posible impedir el resultado. Quien, como garante, reconoce la chance de salvar a un niño que se ahoga, está obligado a usar de ella. Si omite esto, realiza al menos el ilícito de motivación de un delito doloso y, entonces, será punible por lo menos por tentativa de homicidio por omisión (§§ 212-I, 22, 23-I, 13-I, StGB). Sólo el disvalor del acontecer y, con ello, la punibilidad por consumación depende de que la acción omitida habría impedido la muerte del niño con probabilidad lindante con la seguridad.

Del mismo modo, ocurre con el médico que presta funciones en una unidad penitenciaria y que, ante determinada situación de salud de una persona privada de su libertad, omite su intervención pese a que sabe y conoce que podría modificar el curso causal del fallecimiento. El médico conoce a partir de la atención del paciente, sobre la dolencia que padece y sin embargo, decide omitir su atención o realizarla de manera defectuosa.

Si el sujeto actuante tiene aptitudes o conocimientos especiales, evidentemente a efectos de determinar lo que le era exigible, deben serle considerados en tanto que pertenezcan al ámbito de relación donde el sujeto actúa. A partir de estas ideas, se asume la previsibilidad como una facultad de anticipación mental en cabeza de la persona concreta, recuérdese que “la previsión es la facultad psíquica por medio de la cual el hombre se anticipa mentalmente a un hecho”.

Así, a partir de las circunstancias personales del médico es que se debe establecer la previsibilidad del resultado, puesto que solo para quien tiene capacidad de



representarse las consecuencias de su acto para el bien jurídico protegido, es relevante el significado de obrar de conformidad a la norma de mandato.

### **A. Riesgo jurídicamente relevante**

Cabe destacar que en situaciones como la reseñada nos hallamos ante el análisis de hechos que involucran deberes de garante que emergen de una relación preexistente entre el autor y el bien, que es definida tanto de modo negativo como un no-lesionar, pero además positivamente por un estatus del autor vinculado a contextos regulados, es decir, instituciones definidas como la forma de relación permanente y jurídicamente reconocida en una sociedad.

En estos casos, el obligado, además de garantizar que de su organización no se derivarán efectos lesivos, tiene que preocuparse por la existencia no disminuida -o incluso el fomento- de un círculo de organización y, en ese sentido, conformar un mundo en común con la persona favorecida. La importancia de preservar esas instituciones es lo que determina que la infracción de tales deberes positivos derivados de aquéllas dé lugar a la imputación del resultado en comisión por omisión -equivalente a la acción- y no a la eventual apreciación de una omisión pura<sup>43</sup>.

En particular, la relevancia de los deberes institucionales genuinamente estatales implica que “el Estado, a través de sus funcionarios, cada uno en el ámbito de su competencia, i) debe velar por la seguridad de las personas sometidas a su autoridad (p. ej., en el servicio militar o prisión); ii) debe ocuparse de la seguridad interior y exterior (y la policía, por eso evitar, la comisión de delitos); iii) debe brindar también asistencia social elemental (p. ej. en caso de catástrofe o peligros masivos); y iv) debe asegurar los principios básicos del Estado de Derecho (esto es, la sujeción a la ley de la administración pública y de la administración de justicia, la observancia de la legalidad en la persecución penal y el cumplimiento de las penas, etc.)<sup>44</sup>.

Respecto del fundamento de los derechos institucionales genuinamente estatales, como lo señalamos precedentemente, Pawlik ubica la génesis de la posición de garante del funcionario policial en relación con la evitación de delito en la idea de contrato

---

<sup>43</sup> Robles Planas, Ricardo, “Deberes negativos y positivos en Derecho Penal”, publicado en InDret 4/2013, Barcelona, 2013, p.4, con cita a Jakobs, Günter, System der strafrechtlichen Zurechnung, 2012, ps. 83 y 84.

<sup>44</sup> Córdoba, Fernando J., “Delitos de infracción de deber”, en En Letra. Derecho Penal, año I, nro. 1,2015, p.103.

social hobbesiano donde ante la hipótesis de un estado de naturaleza caracterizado por una especie de “derecho a todo” en el que la vida de un individuo se vería gravemente delimitada, los participantes de la vida social renuncian a ese libertinaje en pos de un estado de juridicidad con la consecuente monopolización del poder físico legítimo en defensa de terceros -son consecuentemente limitados de forma normativa-, con la implicancia entonces de que el Estado representado por sus funcionarios es el que al proteger los derechos de sus ciudadanos recién hace que sean reales sus libertades jurídicas. Es por ello por lo que, el portador primario del cometido de impedir delitos es el Estado, concebido como institución<sup>45</sup>.

Con el objeto de procurar que los agentes del Estado portadores de ese deber hagan valer efectivamente esos derechos es que se deriva en cabeza de ellos una posición de garante en la evitación de delitos, de modo tal que, en caso de no evitar un delito pudiendo hacerlo, se le imputará al personal policial su responsabilidad en el hecho por la omisión de su deber de actuar<sup>46</sup>.

El que un funcionario ocupe una posición de garante implica que le atañe una posición que lo vincula a un especial deber jurídico de evitar un resultado determinado en la medida en que el ordenamiento jurídico pone a su cargo la supervivencia del objeto del bien jurídico, hasta el punto de hacerlo responsable de la lesión que pudo evitar, exactamente igual que si la hubiera causado, eso en razón del específico deber de las fuerzas del orden de impedir delitos, establecido expresamente por la ley reguladora de sus funciones<sup>47</sup>.

---

<sup>45</sup> Pawlik, Michel, “El funcionario policial como garante de impedir delitos” (trad. De Marcelo Lerman y M. Sancinetti), publicado en [www.indret.com](http://www.indret.com), Barcelona, enero 2008, ps. 13 y 14.

<sup>46</sup> En opinión contraria Rudolphi, como señala Gimbernat, niega una posición de garante en cabeza de los funcionarios de seguridad, al entender que el cometido de defender sus propios bienes jurídicos corresponde primariamente al ciudadano, distinguiendo casos en que es incapaz total o parcialmente de realizar tal cometido por encontrarse en una relación especial de dependencia con respecto al Estado, como ocurre con los internos en instituciones penitenciarias y similares en los que sí se da la posición de garante derivada del cargo; de casos en los que el ciudadano no se encuentra en una situación de dependencia especial, sino en una relación general con el Estado y ciudadano, por lo que no está limitado para defender sus bienes jurídicos y, por tanto, los agentes estatales no tienen deber de garante alguno respecto de esa protección de tales bienes jurídicos. Cfr. Gimbernat Ordeig, Enrique, “La omisión impropia en la dogmática penal alemana. Una exposición”, en Ensayos Penales, Tecnos, Madrid, 1999, ps. 342 y ss.

<sup>47</sup> Serrano González de Murillo, José Luis, “La responsabilidad penal de los miembros de las fuerzas policiales por no impedir delitos”, Revista de Derecho Penal y Criminología, 3º época, nro. 2, 2009, p. 130. Existe al respecto una discusión sobre la responsabilidad que le cabe al agente en estos supuestos, si deberíamos hablar de un agente autor o más bien partícipe, toda vez que le imputamos una conducta que se desarrolla junto a la acción de otro que actúa como autor “intermedio”.

En el caso de la responsabilidad del médico como funcionario público, perteneciente al Servicio Penitenciario Federal, se debe ponderar desde la relación de poder general descrita entre Estado y ciudadano. Relación que se presenta no sólo respecto de las personas en libertad -violencia policial-, sino también con los detenidos -violencia en contexto de encierro-, de modo tal que quien actúa de forma pasiva ante las torturas propinadas por sus compañeros contra un detenido, deberá responder por su omisión, de acuerdo a lo previsto en el art. 144 cuarto inciso 1° del Código Penal, dada su posición de garante en la prevención de hechos delictivos, el auxilio a la justicia y la protección de la integridad física del detenido, sumado a la inhabilitación especial para el ejercicio de su profesión por doble tiempo de la condena impuesta, en los términos del art. 144 cuarto inciso 2° del Código Penal.

Como destacó precedentemente, dicho deber de garante debe ser ubicado en las normas que regulan la actividad de los funcionarios estatales y, en el caso que nos ocupa, en general, las reglas sobre las que se fundan las resoluciones judiciales mencionadas anteriormente prevén tres tipos de deberes en cabeza de los funcionarios encargados de velar por la salud del detenido, contemplados en el “Manual de Organización Específico del Complejo Penitenciario Federal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires –Resolución D. N. N° 1304”:

a) Por un lado, se prevé que al momento del ingreso el detenido a la unidad penitenciaria debe ser examinado por un médico para determinar las patologías y estado de salud en general.

b) Por otra parte, se dispone la obligación de los funcionarios médicos de efectuar controles periódicos sobre la población penitenciaria, específicamente: “controlar y efectuar el seguimiento de la salud psicofísica de la población penal, siendo este seguimiento clínico y farmacológico respecto de las patologías ambulatorias”, “solicitar las prácticas y/o estudios que el profesional médico considera necesario”, “realizar el seguimiento del interno – paciente y evaluar su evolución”, “solicitar interconsultas con las especialidades médicas del Hospital Penitenciario Central II y consultas extramuros con Hospitales Zonales” y “realizar las anotaciones correspondientes en la Historia Clínica de los internos que sean atendidos”.

c) Por último, corresponde al jefe de la División Cuerpo Médico “atender la salud psicofísica de la Población Penal del Complejo”, “controlar la aplicación de los

estándares, protocolos médicos y/o de las prácticas médicas de acuerdo con las exigencias vigentes”, “supervisar diariamente los Libros de Guardia que lleven cada uno de los profesionales” y “controlar el normal funcionamiento de las dependencias a su cargo”.

### **B. Producción del riesgo lesivo**

Conforme lo expuesto precedentemente, el incumplimiento de tales obligaciones constituiría una infracción al deber de garante que le compete al funcionario, Así, de no practicar un control regular de la salud de los detenidos, tanto al ingreso de la Unidad Penitenciaria, como durante su vida intramuros y puntualmente si tuvo una afección en su salud, el funcionario debería responder como garante respecto de hechos posteriores que se encuentran causalmente conectados, aun cuando ellos ya no dependan directamente de él, si este no los puso en conocimiento de la Dirección de la Unidad Penitenciaria o de la autoridad judicial correspondiente.

Cabe recordar que, para la imputación del resultado típico al comportamiento del agente, debe concluirse que el riesgo al cual estaba sometido el bien jurídico involucrado (en los casos que nos ocupa el presente trabajo: la salud y la vida), hubiese podido ser conjurado y, en consecuencia, se hubiese evitado su lesión con una probabilidad rayana en la certeza -o seguridad- mediante una conducta realizada con observancia de dichos reglamentos y deberes.

El estándar de la “probabilidad rayana de la seguridad” es reconocido como el prisma del cual debe ser analizada la acción omitida en el caso concreto para poder derivar de ella responsabilidad penal por omisión: “...para el autor debe haber sido posible evitar el resultado, con una probabilidad rayana en la seguridad...”<sup>48</sup>.

Dicho estándar, según lo afirma Roxin, parecería tener origen en la jurisprudencia del Tribunal Superior Federal de Alemania en tanto, conforme la jurisprudencia por él comentada, sostuvo que “la realización del resultado se debe imputar al autor cuando la acción omitida no puede ser añadida mentalmente sin que se suprima el resultado producido. Debe darse una probabilidad rayana en la seguridad del resultado, de realizarse la acción omitida, no se habría producido, o se habría producido considerablemente más tarde, o en una envergadura especialmente menor”<sup>49</sup>, de modo tal

---

<sup>48</sup> Righi, Esteban, Derecho Penal, Parte General, LexisNexis, Buenos Aires, 2007, p.366.

<sup>49</sup> Roxin, Claus, Derecho Penal, Parte General, t. II, La Ley -Civitas, Buenos Aires, 2014, ps. 768/769.

que se plantea una inversión de la fórmula de la supresión mental hipotética *-conditio sine qua non-* aplicada a los delitos comisivos como constatación de la causalidad relevante.

Tal referencia deriva en que no es suficiente la constatación del incumplimiento respecto de las obligaciones emanadas de reglamentos o normas que regulan la profesión, aun cuando la finalidad sea la de proteger el bien jurídico en riesgo o lesionado, sino que es necesario verificar si, de haberse realizado las acciones omitidas en cada caso, tal resultado lesivo no se hubiese producido, con una probabilidad rayana en la seguridad.

Lo contrario sería normativizar una relación causal, de modo tal de establecer una regla que determine una relación entre la creación de un riesgo y la producción de un resultado, sin interiorizarse respecto del curso causal que los une.

Así, pueden existir -y existen- normas que prevén la realización de una acción a fin de evitar una consecuencia, lo que -sin un juicio de causalidad y/o imputación objetiva- permitiría abarcar resultados extremadamente alejados del posible riesgo creado originalmente con la acción. Es decir, en definitiva, que el riesgo que surge de un incumplimiento con un deber de garante institucional previsto normativamente debe necesariamente ser aquel que con seguridad se materializó en un resultado lesivo.

### **C. Constatación del riesgo lesivo en el resultado**

El incumplimiento de los deberes del funcionario puede seguirle la comisión de un delito indeterminado como relación causal comprobable *ex post* -de hecho, toda violación de un deber de garante encierra un incumplimiento o deficiente cumplimiento de funciones - pero ello no resultaría, en todos los casos, evidente *ex ante*.

Al respecto indica Silva Sánchez que la acción indicada, que se omite, ha de ser necesaria para la evitación del resultado, capaz *ex ante* para el logro de tal fin y, por último, posible para el sujeto a quien se dirige el requerimiento típico<sup>50</sup>.

Al determinar el grado de peligro alcanzado por la situación dada que permita concluir que resulta suficiente para estimar como precisa una acción de terceros como acción indicada, es decir, cuya no realización constituye una omisión penal -o, en igual sentido, el incumplimiento de un deber de garante-, se debe constatar una

---

<sup>50</sup> Silva Sánchez, Jesús María, El delito de omisión. Concepto y sistema, B de F, Buenos Aires -Montevideo, 2010, p. 375.

probabilidad inminente de producción del resultado de lesión o de peligro concreto del bien jurídico -por ejemplo: el padre observa que su hijo se está ahogando en la pileta-. Pero puede ocurrir que se entienda también como omisiva la no realización de una conducta cuando la situación aún no ha alcanzado tal grado de peligro, por ejemplo, debido a un deber de actuar fundado en una posición de garante en el control de una fuente de peligro<sup>51</sup>.

En efecto, en estos casos existe una situación que podría denominarse de “peligro de peligro”, donde para afrontarla se requiere por parte del garante el cumplimiento con un deber cuya finalidad es evitar en ese momento el surgimiento de peligros que normalmente provienen de esa fuente que corresponde controlar -p. ej., el agente penitenciario tiene que controlar que los visitantes no ingresen con armas a la unidad penitenciaria. Se puede hablar entonces de un “peligro genérico” y ya en ese instante el incumplimiento de ese deber daría lugar a una omisión imprudente respecto de los acontecimientos causales concatenados que surjan de ese riesgo, debido a una omisión precedente contraria al deber que, para ser típica, requerirá que se constate la efectiva lesión de un bien jurídico.

De lo expuesto se puede concluir que, no solo cuando el agente esté frente a una situación inminente de peligro para el bien jurídico que debe proteger, es que deberá responder como garante, sino también cuando exista una situación de “peligro de peligro” que requiere, por su parte, el cumplimiento de un deber cuya finalidad es evitar en ese momento el surgimiento de riesgos no admitidos que normalmente provienen de una situación que debe controlar.

Quizás el principal problema al momento de identificar el sentido de los deberes omitidos en casos como los analizados deriva de la falta de precisión de las normas que los regulan, sumado al contexto en que ellos deben desarrollarse. Por ejemplo, respecto del deber del funcionario en efectuar recorridos regulares en los pabellones, celdas o habitaciones de los detenidos, no se predeterminan horarios, siendo el término “regulares” o “frecuentes” vacuos a los fines de la evitación de delitos. Del mismo modo, cuando se refiere a los médicos y la atención que deben impartir, se refiere a “controlar y efectuar el seguimiento de la salud psicofísica de la población penal, siendo este seguimiento clínico y farmacológico respecto de las patologías ambulatorias”, sin

---

<sup>51</sup> Silva Sánchez, Jesús María, El delito de omisión. Concepto y sistema, cit., p. 359.



precisar un plazo temporal máximo tolerable sin que la persona privada de la libertad pueda estar sin un seguimiento médico.

Podrá decirse que sin la omisión de actuar tal homicidio no habría tenido lugar. Ante situaciones análogas se pregunta Roxin: "... ¿basta ya para la imputación del resultado con que la actuación requerida hubiese disminuido el riesgo de producción del resultado...? La solución correcta habrá que buscarla en el término medio sobre las posiciones extremas y habrá que atender a si una disminución del riesgo únicamente parecía posible desde una perspectiva *ex ante* (y entonces no hay imputación del resultado), o si también desde una perspectiva *ex post* se habría producido realmente una disminución del riesgo (y entonces imputación)...aquí, contra una imputación del resultado son válidas todas las objeciones que se derivan de una falta de causalidad.

Prescindir de ellas, como propone Schafftein...no es posible conforme al derecho vigente, porque, por ejemplo, el art. 22 [similar a nuestro art. 84 del C.P.] exige expresamente que el autor haya causado el resultado por imprudencia. Tampoco es suficiente para la constatación de la causalidad que, como exige Otto...se haya realizado el peligro que el garante habría debido evitar o disminuir, pues con ello no se prueba que en realidad fuera posible una disminución. Y tampoco basta, como pretende Baumann, con una posibilidad de disminución del riesgo que se deducía solo de un juicio *ex ante*, sino que esta dicha posibilidad debe consistir en un juicio *ex post*.

Si entre la omisión y el resultado no puede constatarse una relación o conexión conforme a las leyes (naturales) y, por tanto, no es segura una real disminución del riesgo a través de una actuación requerida, la imputación del resultado chocaría contra el principio *in dubio pro reo* y se convertiría el delito de lesión en un mero delito de peligro. El omitente sería castigado de ese modo por provocación de un resultado aun cuando fuera dudoso si él hubiera podido intervenir realmente en el curso causal<sup>52</sup>.

#### **IV. Participación de terceros en el hecho: división de tareas**

Como señalamos en el punto II C, durante el transcurso de la vida intramuros pueden suceder diferentes situaciones y, ante eso, tomar intervención terceros

---

<sup>52</sup> Roxin, Claus, Derecho Penal. Parte General, cit., t. II, ps. 773 y ss.

en el hecho de que una persona privada de su libertad padezca una afección a la salud y en consecuencia requiera atención médica.

Será relevante al momento de analizar cada caso concreto, evaluar la afección sufrida por el detenido, así como los síntomas que generó la mencionada, cuya advertencia -dado el caso- se debería efectuar, a la luz de las circunstancias dadas.

Ello por cuanto, si la persona privada de la libertad sufriera síntomas y solicitara atención médica en reiteradas oportunidades, tanto intra como extramuros y, no le fuere debidamente proporcionado, el riesgo resulta ya existente y admitido de antemano en el contexto determinado.

En ese orden, pueden suceder que, en dicho contexto, se sucedan diferentes situaciones, las que serán descriptas a continuación:

Por ejemplo, si un detenido hubiese sufrido dolores y/o síntomas constantes, conocido y exteriorizado a sus compañeros de pabellón, y sus requerimientos de asistencia médica (pedido de audiencia) no fueron debidamente tramitados por los celadores (a cargo del Jefe de Seguridad Interna), entonces diríamos que el deficiente control por parte del personal penitenciario mencionado incorporó un riesgo no admitido que permitió ese desenlace, incumpliendo con su rol.

En este caso, entendemos que el personal del Área de sanidad no sería responsable por el delito de homicidio en comisión por omisión, sino que habrá que investigar la presunta responsabilidad de los agentes penitenciarios encargados de tramitar el pedido de audiencias.

Además, se deberá tener en cuenta el tiempo transcurrido desde la última consulta, si hubo consulta y si el médico estuvo en contacto previamente con el paciente, si este se encontraba en condiciones físicas aptas y si la dolencia surgió con posterioridad.

En caso de que el profesional de la salud acredite que no tuvo conocimiento de la dolencia que padecía -por causa de no haber recibido los pedidos de audiencia- y el detenido no fue atendido previamente, entonces, en principio, será eximido de responsabilidad, en caso contrario, si no realizó los controles periódicos correspondientes debería responder por el delito de incumplimiento de los deberes de funcionarios públicos.



## V. Casos emblemáticos. Valoración

Antes de dar inicio al análisis de los casos citados, debo señalar que no existe hasta la fecha jurisprudencia nacional en la que se responsabilice a los médicos en su carácter de profesional médico y personal del servicio penitenciario federal -por el delito de homicidio en comisión por omisión- en casos de muertes “no violentas” en contexto de encierro.

A continuación, se analizarán dos casos, el primero de ellos será el fallo “Aranda” que llegó a la Corte Suprema de Justicia de la Nación y, en segundo lugar, la causa “Pelozo Iturri” juicio realizado en la provincia de Neuquén, cuya sentencia fue confirmada por la Cámara Federal de Casación Penal.

En el primer caso se observarán las actividades desplegadas por los médicos como funcionarios públicos de la Unidad Penitenciaria donde se encontraba alojada la víctima y, en el segundo caso, se tratará de demostrar la necesidad de despojarse de la versión oficial, para poder trabajar su propia teoría del caso, basada en los elementos de prueba que recaben en el marco de la investigación judicial.

### **1. Caso Aranda, caratulado “Grageda, Gilberto Rolando y Gómez, Elida Edith s/homicidio culposo” Expte. FSM 33271/2014/TO1.**

A continuación, se presenta un caso de fallecimiento en contexto de encierro mediante el cual, en la que se investigó la responsabilidad de dos médicos de guardia del Complejo Penitenciario II de Marcos Paz por el delito de homicidio culposo (art. 84 del C.P.). El 6 de agosto de 2016, el Tribunal Oral de San Martín decidió absolver a los imputados llevados a juicio oral, como consecuencia de ello, la parte querellante -Procuración Penitenciaria de la Nación- interpuso recurso de casación y la Cámara se expidió confirmado -por mayoría- la sentencia recurrida, se interpuso recurso extraordinario en contra de la resolución mencionada, el que fue declarado inadmisibile y se recurrió en que ante la CSJN, quien –el 03/05/2022- la declaró inadmisibile en los términos del art. 280 del C.P.C.C.N.

Mas allá de la resolución final de la causa penal, analizaré el fallo dictado por la Cámara Federal de Casación Penal<sup>53</sup> mediante la cual no se hizo lugar al recurso

---

<sup>53</sup> Cámara Federal De casación Penal - Sala 4, FSM 33271/2014/TO1/CFC1, Registro N° 774/2020.

de casación interpuesto por la querrela (Procuración Penitenciaria de la Nación) en contra de la sentencia que absolvió a dos médicos por el delito de homicidio culposo en los términos del art. 84 del Código Penal, para dejar plasmado lo interesante y enriquecedor de esta resolución, la diferencia de criterios y posturas de los jueces intervinientes - Hernán Mariano Borinsky, Carlos Javier Carbajo y Gustavo Hornos-.

Es importante analizar los votos emitidos por los magistrados mencionados, para comprender la perspectiva y prisma desde el que realizaron su ponderación con respecto a: contexto en el que ocurrieron los hechos, la valoración de la prueba y la reprochabilidad a la conducta de los imputados.

En primer lugar, haré una breve reseña de los hechos por los cuales la causa se elevó a juicio en contra de los imputados médicos; Gilberto Rolando Grageda y Elida Edith Gómez, a quienes se les atribuyó que “en su carácter de integrantes del Servicio Penitenciario Federal, como profesionales médicos del Módulo Médico Asistencial del Complejo Penitenciario Federal II de Marcos Paz, actuaron, en forma conjunta e indistinta con imprudencia, negligencia e impericia en su profesión y, con inobservancia de los deberes a su cargo, con relación a quien en vida fuera Gustavo Benito Aranda, mientras permaneció detenido y alojado en el Complejo Penitenciario Federal II de Marcos Paz (L.P.U. nro. 287461/P), desde el día 9 de marzo de 2.014 –en que ingresó procedente de la Unidad nro. 28 del Servicio Penitenciario Federal-, de forma tal que derivó en la muerte del nombrado, ocurrida el 17 de junio de 2.014. Ello, debido a que no recibió la atención médica adecuada para la evidente dolencia que presentaba, patología por la que ingresó al Hospital Penitenciario Central y la que causó su deceso. Máxime, tomando en consideración que presentó sintomatología de acidez y dolor epigástrico habiendo sido tratado en forma sintomática sin profundizar en estudios o diagnósticos que hubieran podido aclarar la etiología de este, resultando la causa de muerte congestión y edema pulmonar, pleuritis química. El hecho se verificó el día 17 de junio de 2.014, en oportunidad en que el interno Gustavo Benito Aranda fue hallado sin vida, recostado boca arriba en un colchón en el piso de la celda 2648, en la que se hallaba alojado en el Complejo Penitenciario Federal II de Marcos Paz.

Ahora bien, con respecto a **la sintomatología y atención médica**, se expidieron los Jueces Carbajo y Borinsky y sostuvieron que “Los razonamientos del *a quo* para considerar que no se encuentra probada la transgresión al deber de cuidado que

pesaba sobre los profesionales en el caso, se apoyó, además, en que no contaron con acceso a la historia clínica del paciente, que el seguimiento de éste era obligación de los médicos de planta y que, dados los resultados de los exámenes físicos, el único tratamiento posible era el sintomático; proceder que es el que en definitiva se comprobó que hicieron todos los médicos que atendieron a Aranda hasta su fatal desenlace, incluso los encartados”.

En las particulares circunstancias en que se sucedieron los hechos, debía estarse al resultado del examen físico del paciente, a sus manifestaciones, a que se quejaba de dolor o ardor en la boca del estómago y de vómitos, a que el tratamiento que se imponía, ante ello, era el sintomático y a que la situación no aparecía de gravedad ni de urgencia.

Y en este sentido, para los magistrados fueron esclarecedoras las explicaciones de los peritos en punto a la inespecificidad de los síntomas que presentaba la víctima, la rareza de la patología que en realidad sufría y que fue detectada luego de los estudios efectuados *post mortem*.

De adverso, no logró probarse que los profesionales que estaban de guardia contaran con los registros médicos que, tal vez, les hubiese permitido advertir que los síntomas de Aranda se podían deber a una consecuencia provocada por la herida de arma blanca que había sufrido en el hecho que determinó su detención.

Así, el examen físico realizado por Grageda, cuyas conclusiones de normalidad no pueden descartarse con base en meros argumentos hipotéticos, y la circunstancia de que los síntomas remitían y cedían luego de cada intervención del personal sanitario, al proporcionarle medicación, impidieron arribar al diagnóstico correcto.

Con respecto a idéntico tópico y con una opinión opuesta, el juez Gustavo Hornos sostuvo que, en la sentencia impugnada no se hace la más mínima remisión ni a los informes ni a las declaraciones prestadas por el Dr. Zoccoli, sin justificar el *a quo* el fundamento por el cual decidió no ponderar tales pruebas junto con el resto de las obrantes en autos.

Continuando con el análisis lineal de las atenciones médicas recibidas por el fallecido, refirió que el *a quo* omitió ponderar que el 2 de junio de 2014

Aranda fue atendido por el médico de la Unidad Médico Asistencial del CPF II Dr. Ortiz, quien consignó el antecedente de la herida de arma blanca en el tórax región posterior y solicitó un control radiológico.

El *a quo* resaltó los quehaceres de los imputados para demostrar las numerosas tareas que se encontraban a su cargo, como revisión médica de los ingresos y egresos en comparendo de los diversos detenidos, participar de los procesos de requisa, atención de las emergencias que pudieran suscitarse durante su guardia, atención de los internados en el H.P.C., entre otras.

También ponderó que “en ese periodo tampoco contaban con la posibilidad de realizar estudios de control, ya de por sí mínimos (radiología y laboratorio)”. A su vez, también ponderó que los médicos de guardia no tenían acceso a las historias clínicas fuera del horario administrativo, así como además consideró que el responsable del tratamiento y seguimiento de los detenidos es únicamente el médico de planta y no así los médicos de guardia.

Ahora bien, contrario a lo expuesto por el *a quo*, el Juez Hornos en su voto resaltó que “aquellas deficiencias estructurales propias del sistema carcelario no pueden de ningún modo justificar la inacción o la actuación negligente de alguno de los intervinientes en tales contextos. En todo caso, debiera presuponerse exactamente lo contrario, es decir, la presencia de un supuesto de causalidad acumulativa que proyecta en dirección a la extensión de responsabilidades sobre todos aquellos intervinientes que obraron negligentemente intentando escudarse en tales deficiencias coyunturales en casos que terminan generando resultados lesivos o mortales como el aquí investigado”.

En tal sentido, sostuvo que resultaba también particularmente erróneo suponer que, fuera del horario en que los médicos de planta prestan funciones, no existe autoridad que bregue y responda jurídico-penalmente por la salud de los internos, si atendemos a lo expuesto en el acápite I del presente voto, en el cual se enfatizó el rol de garante del Estado –y consecuentemente de sus funcionarios públicos que lo representan- sobre la salud y la vida de los internos detenidos en establecimientos penitenciarios.

Por ende, entendió que **el tribunal debió haber proyectado su valoración del caso en torno a si, a pesar de la coyuntura deficitaria del sistema penitenciario, los imputados pudieron haber tomado mayores diligencias al**

**momento de atender a la víctima las cuales podrían haber evitado el resultado lesivo,** o al menos determinar que actuaron apropiadamente conforme a su deber de cuidado.

Por otro lado, a los fines de determinar la posibilidad de los imputados de representarse el grave padecimiento que aquejó a Aranda previo a su deceso, el *a quo* estimó que “el examen físico arrojaba resultados normales, sin que se vislumbraran circunstancias de consideración fuera del dolor que refería el interno. Ello no solo se verificó en la evaluación llevada adelante por el imputado Grageda sino también al ser revisado por los doctores Luna, Susanno y Cufre”. A partir de ello, el tribunal entendió que el diagnóstico resultaba acertado dado que, según su interpretación, se confirmaba “por la buena respuesta al tratamiento verificada en Aranda”.

Contrariamente a ello, el Juez Hornos realizó un análisis de toda la prueba producida en autos y sostuvo que **no es posible inferir que la víctima en algún momento haya dado buena respuesta a los tratamientos.** Esencialmente, porque en el lapso de las últimas setenta y dos horas de vida, Aranda solicitó atención médica por la misma sintomatología en al menos ocho ocasiones distintas. Y todas aquellas que resultaron previas o que generaron la intervención de los imputados, pudo al menos brindarles un panorama lo suficientemente claro de que el dolor no resultaba inocuo, y que su insistencia continua para que lo atiendan sobre la misma dolencia podía inferir un padecimiento más grave del habitual, que lógicamente demandaba un análisis más profundo.

En otras palabras, expresó que la reiteración en la sintomatología que diera continuamente necesidad de atención por parte de los imputados pudo haberles permitido representarse que las dolencias incesantes podrían ser pautas de alarma como para realizar un análisis más exhaustivo sobre el paciente, o bien como para derivarlo a un hospital extramuros a fin de garantizar su correcta atención.

Dijo expresamente que “**deviene necesariamente absurdo**” considerar que el área médica que atiende en el horario nocturno de un establecimiento penitenciario –con las obligaciones que representa para el Estado en su posición de garante de la salud de los allí detenidos- no tiene la posibilidad de acceder de ningún modo a las historias clínicas de los internos por estar guardadas en un lugar bajo llave.

Principalmente porque, de haber ocurrido alguna emergencia que demande una atención inmediata de algún interno por un padecimiento manifiestamente

externo –imaginemos un corte muy profundo que demanda atención quirúrgica inmediata-, resultaría obtuso creer que los galenos de guardia no pueden acceder bajo ninguna circunstancia a la historia clínica de tal paciente a fin de suministrarle, por ejemplo, alguna dosis de calmante, que previo a su inyección se debe saber si el paciente es alérgico a alguna medicación (cuestiones que surgen esencialmente de las historias clínicas) que les permita trasladarlo al hospital extramuros y que no fallezca en el interín.

En consecuencia, el argumento de que, por estar las historias clínicas bajo llave, los imputados no pudieron acceder a ella para conocer con mayor detalle los antecedentes de la víctima, resulta inverosímil e implausible en el marco de hechos como el aquí investigado donde la salud y la vida de los detenidos depende exclusivamente de las diligencias que lleven adelante los funcionarios públicos a cargo de ello.

En todo caso, se trata de un nuevo reflejo de las deficiencias estructurales propias de los establecimientos penitenciarios, pero que de ningún modo pueden justificar que los galenos que allí prestan funciones contraríen –omitiendo en este caso- su deber de actuar conforme a la *lex artis* por un obstáculo burocrático.

En conclusión, podemos ver reflejado no solo las diferentes posturas, sino la diferente valoración de la prueba incorporada en la causa, “la justificación” sostenida en deficiencias estructurales para deslindar de responsabilidades a quienes debían actuar de determinada manera, el modo en que se valoró el acceso a la historia clínica de un detenido, así como también la interpretación sobre el tratamiento impartido a Aranda y la respuesta que tuvo sobre el mismo.

#### En relación a la **valoración de los testimonios de la esposa de Aranda y sus compañeros de pabellón**

Con respecto a los cuestionamientos efectuados por la querrela dirigidos a privilegiar los dichos de otros detenidos o los de Arce Souto -pareja de Gustavo Benito Aranda- respecto al cuadro presentado por el nombrado y las dolencias que padecía, el tribunal destacó que la doctora María Cristina Interlandi fue contundente al destacar que, más allá de los dichos y apreciaciones de los particulares sobre el caso, la documentación médico legal que tiene peso es la historia clínica y las constancias médicas que asentaron los profesionales de la salud.

El *a quo* desestimó los dichos de la pareja de Aranda y de otros internos del pabellón que manifestaron que éste había empezado, aproximadamente una semana previa a su muerte, con vómitos de sangre. Según el tribunal, los únicos síntomas probados eran aquellos que constan en los registros médicos, por lo que desestimó las demás versiones sobre tales circunstancias.

Ahora bien, según lo ventilado por los Dres. D'Addario y Nigro, la hematemesis es un signo característico de la isquemia que estaba sufriendo Aranda. Contrariamente a ello, el *a quo* desestimó infundadamente testimonios como los mencionados en el párrafo anterior que pudieron haber arrojado luz sobre las dolencias que podrían haber demostrado el procedimiento que estaba ocurriendo dentro del organismo de Aranda, que terminó finalmente ocasionando su muerte.

En tal sentido, si los imputados hubiesen tomado en consideración tales versiones, las cuales a su vez resultan congruentes con las conclusiones vertidas por Sotelo, que fue el enfermero que pudo advertir, luego de tratarlo en tres ocasiones en un mismo día, que las dolencias de Aranda no eran sencillas, las diligencias a realizar pudieron ser otras.

Sentado cuanto precede, es posible afirmar que el *a quo* ha efectuado una sesgada valoración del material probatorio producido para arribar a la sentencia absolutoria.

### **Valoración de los testimonios del personal penitenciario**

El Tribunal sostuvo que la mera circunstancia de que se trate de quienes se desempeñan en el ámbito carcelario deba poner en tela de juicio, *per se*, la veracidad de sus exposiciones, sin perjuicio de que, claro está, quedarán sujetas al escrutinio jurisdiccional, de conformidad con las reglas de la sana crítica racional y, en cada caso y con la debida prudencia, deberán ser sopesadas junto con el resto del material convictivo rendido en la causa.

Adviértase, además, que la objeción de la querrela no atiende a la particular naturaleza del contexto en el que tuvieron lugar los hechos en juzgamiento, en el que, naturalmente, deberá acudirse a lo percibido por quienes resultaron testigos de lo acontecido en ese ámbito de encierro.



No se ha demostrado por medio de datos objetivos que lo declarado no se condiga con lo que realmente sucedió o la existencia de intencionalidad en las declaraciones, por lo que la descalificación pretendida aparece huérfana de fundamento y, por ende, tampoco será de recibo.

En este caso, podemos advertir como el Tribunal toma como cierto lo relatado por el personal penitenciario (versión oficial) y en el caso de los testimonios de la pareja de la víctima y sus compañeros de pabellón con respecto a su cuadro de salud, los descalifica sosteniendo que, solo se pueden considerar válidos los asientos y/o registros obrantes en los libros e historias clínicas de Aranda.

Vemos de ese modo que, el Tribunal y los jueces de la mayoría - Borinsky y Carbajo- efectúan una valoración sesgada de la prueba y en este último tópico toman como válido y por encima de cualquier testimonio, los registros asentados por los propios imputados, perdiendo de vista justamente que, son ellos mismos quienes tienen en su poder la prueba documental hasta el momento de su secuestro por orden judicial.

Podemos advertir, con el voto del Juez Hornos, el modo en que se expresa en comparación con la opinión de los demás jueces, la distancia en el modo de valorar la prueba, tener en cuenta las deficiencias estructurales sin que ello implique justificar, la importancia de los testimonios de las personas que viven intramuros y la responsabilidad en un contexto de encierro. La diferencia sustancial -considero- es que el magistrado conoce realmente lo que sucede en una cárcel, no debemos pasar por alto que el juez mencionado es quien encabeza el Sistema de Control de Cárceles y efectúan monitoreos constantes, así como también se efectúan recomendaciones.

Por ese motivo, refuerzo mi convicción de que, es fundamental conocer la cárcel y su funcionamiento, para analizar desde ese lugar el contexto en el que ocurren los hechos y poder despojarse de la versión oficial para generar su propia teoría del caso. Esta afirmación no implica invertir de la carga de la prueba en cabeza de la acusación, sino de su valoración conforme a las reglas de la sana crítica y la experiencia, tomando en cuenta el particular contexto del encierro, la situación de vulnerabilidad que genera para la víctima y la situación de dominio o control de los imputados, no solo respecto de la documentación médica que acredita no solo la situación de salud de los internos sino su actuación médica.

**2. Caso Pelozo Iturri, caratulado “VERGARA, CARLOS ROBERTO Y OTROS S/ IMPOSICIÓN DE TORTURA AGRAVADA (ART. 144 ter inc. 2º y otros” EXPTE. NRO. FGR. 31000047/2008/TO1.**

La investigación que origina el presente expediente comienza en fecha 8 de abril de 2008 a las 17.50 horas, cuando ingresa un fax al Juzgado Federal de esta ciudad (fs.1) mediante el cual el por entonces Director de la Unidad 9 del Servicio Penitenciario Federal, hoy condenado, Prefecto Héctor Oscar LEDESMA, comunica el deceso del interno Argentino PELOZO ITURRI -ocurrido en esa jornada por presunto paro respiratorio-, y que como consecuencia de ello, impartió la orden de instruir el correspondiente sumario de prevención al Subdirector del Establecimiento, Subprefecto José Roberto SOSA, informando además lo ocurrido, al titular del Juzgado Nacional de Ejecución Penal N°1 -doctor Sergio DELGADO-, a cuya disposición se encontraba la víctima, agregando sucintamente que: “aproximadamente a las 11:45 hs.” el condenado de mención fue “asistido en la enfermería por parte del médico y enfermero de la Unidad, se corroboró que el interno causante se encontraba en paro respiratorio, realizándole las maniobras de rehabilitación del caso. Al no tener resultados positivos es trasladado en ambulancia... al Hospital Castro Rendón... ingresó...aproximadamente a las 11:50 hs... siendo asistido por la Dra. Zaffino... que continuó realizando las maniobras de RCP. La misma informa el óbito del interno... 12:25 hs.”.

Al dictarse auto de procesamiento, la “a-quo” concluyó que la investigación llevada a cabo en función de ese hecho, permitía considerar demostrado, con el grado de probabilidad previsto para dicha etapa, que el interno Argentino PELOZO ITURRI habría sufrido –previo a su deceso diferentes tormentos por parte de varios agentes de la U.9 del S.P.F., donde aquel se encontraba alojado, circunstancia que, a su vez, se intentó ocultar, tanto por parte del personal médico que lo atendió en un primer momento como por diferentes autoridades de la cárcel, para procurar eludir responsabilidades propias en el hecho.

Finalmente, resultó objeto de la presente investigación las actuaciones de los auxiliares de salud que tomaron conocimiento del hecho relacionado a la muerte del interno Pelozo Iturri. En este sentido los médicos Juan Carlos Heredia y Mario Humberto Leyría y el enfermero Miguel Ángel Carrilao omitieron denunciar los hechos perpetrados en su presencia. Concretamente Heredia, como médico de guardia de la Unidad n° 9, fue

convocado telefónicamente a las 11:06 horas del día referido por el técnico Diomedi y se hizo presente en la misma cuando la víctima se hallaba aún con vida, habiendo presenciado en forma directa la aplicación de castigos físicos sufridos por Pelozo Iturri. Asimismo, falsificó el informe de fojas 8 en cuanto consignó falazmente la aplicación de la medicación diazepam 10 mg. por vía intramuscular. En cuanto a Leyría, este tomó conocimiento de la aplicación de las torturas que provocaron la muerte de Pelozo Iturri en forma inmediata a su comisión el 8 de abril de 2008 en ocasión de contactarse telefónicamente con el imputado Juan Carlos Heredia y de concurrir a la Unidad 9, esto último acaecido a las 12:35 horas de dicha jornada. Por último, Carrilao, como enfermero de guardia de la Unidad 9, se encontraba en el Servicio Médico y presenció en forma directa cuando a la víctima, que se hallaba aún con vida y fuera ingresada en horario posterior a las 11 horas, le fueron aplicados castigos físicos por parte de agentes penitenciarios durante el período en que permaneció en ese sector...”.

En el debate oral se presentan dos versiones respecto de los hechos:

1) La versión oficial que surge de las actuaciones administrativas confeccionadas por el personal penitenciario, como así también de lo declarado por Muñiz tanto en instrucción como en audiencia y de la declaración de Huenul en instrucción (fs. 871/877), aun cuando en debate, agregó Muñiz un cuadro de epilepsia y convulsiones que habría sufrido Pelozzo Iturri.

En contraposición, los internos alojados en cercanías a la celda de Pelozo brindaron una versión muy distinta, sosteniendo que la requisita ingresó a la celda de Pelozzo a golpearlo y castigarlo, siendo ese el motivo por el que fuera trasladado a la enfermería, concretamente, porque “se les había ido la mano”, como dijo el testigo Figueroa que le contaron que eso se le escuchó decir a “Caballo”.

Se pregunta el tribunal *“por qué motivo un interno que sufre un desmayo, convulsión o desvanecimiento en su celda, puede negarse o resistirse a ser trasladado para una debida y necesaria atención médica. Una sola puede ser la respuesta: PELOZZO no sufrió ninguna de esas dolencias sugeridas o inventadas por el personal penitenciario, sino que, a raíz de la golpiza recibida y al advertir los mismos violentos que se la propinaron, que su accionar podía traer consecuencias trágicas y complicadas para ellos mismos, deciden –no por compasión, sino por temor- intentar que en la enfermería puedan recuperarlo, trasladándole –además- ese “problema” al servicio*

médico”.

Específicamente a la función del médico de la unidad y su intervención en el hecho, corresponde extraer de la sentencia su parte pertinente:

A Juan Carlos Heredia se le imputó en indagatoria *“haber omitido auxiliar a Argentino PELOZO ITURRI en la emergencia, función que le correspondía atento el carácter de auxiliar de la salud que revestía, en la jornada del 08/04/2008, falseando el informe de fs. 8 en cuanto a la aplicación de la medicación diazepam 10 mg. por vía intramuscular, así como haber omitido denunciar los hechos perpetrados en su presencia -obligación inherente a su cargo en virtud de lo preceptuado en el art. 177 del CPPN-, en su doble carácter de funcionario público y auxiliar de la salud. Cabe consignar que como médico de guardia de la Unidad 9 fue convocado telefónicamente a las 11:06 horas del día referido por el técnico DIOMEDI y se hizo presente en la misma cuando la víctima se hallaba aún con vida, habiendo presenciado en forma directa la aplicación de castigos físicos sufridos por PELOZO ITURRI en forma inmediata anterior al paro cardiorrespiratorio”.*

El a quo tuvo por acreditado, y no se encuentra controvertido, que fue requerida su presencia en la unidad a raíz del llamado telefónico que le realizara Diomedi. Cuando llegó al Servicio Médico, Pelozo se encontraba vivo y consciente. Según se expuso en la sentencia, Heredia vio como le pegaban y vio el sangrado de la nariz consecuencia de los golpes.

Respecto a ello, se hizo alusión a la tardía mención por parte del imputado -en su última declaración- en punto a que, cuando Pelozo se encontraba en el suelo se golpeaba la nariz, recuerdo que trajo después de 10 años de ocurridos los eventos siendo un intento, según el a quo, por justificar el sangrado nasal. También se destacó la actitud asumida por Heredia el cual -pese a la gravedad de la situación vivenciada- se habría retirado a anotar los pormenores de la situación en la historia clínica del interno, y que a su regreso constató que el interno se había calmado advirtiendo que, en realidad, se encontraba en paro cardíaco respiratorio motivo por el cual procedieron a realizar las tareas de reanimación e intubación y posteriormente, trasladarlo al nosocomio de la zona.

Luego de volver del hospital, el a quo afirmó que Heredia comenzó a colaborar con el sumario encubridor de Sosa. Así pues, revisó a los agentes lesionados y describió un cuadro de excitación psicomotriz sin preguntarse qué fue lo que sucedió

antes. En abono a ello, se destacó que Heredia lleva 24 años de médico y 23 años como miembro del SPF, motivo por el que se consideró que en determinadas circunstancias actuó más como penitenciario que como médico.

En lo descripto precedentemente, queda de manifiesto, no solo la responsabilidad que le cupo al médico en la intervención del hecho, sino todas las acciones realizadas en su calidad de médico, claramente efectuadas como agente de la institución policial a la que pertenece. Su condición de encubridor, en honor a esa doble lealtad, y cuanto menos, en casos como el descripto, testigo presencial de hechos de torturas, demostrando su indiferencia y falta de aptitud para comportarse como un servidor de la salud.



Universidad de  
**San Andrés**

## **VI. Conclusión**

En el trabajo de investigación se pretendió dejar plasmada la responsabilidad que le puede caber al médico de la unidad penitenciaria federal -sin perjuicio de las demás responsabilidades que pudieran surgir- frente al fallecimiento de una persona privada de su libertad.

En ese sentido, se detalló la normativa nacional e internacional que debe conocer el médico, referida al acceso a la salud, específicamente en contexto de encierro y las disposiciones legales que obligan su capacitación en la materia.

Con posterioridad y en aras de describir el contexto donde ocurren los hechos, se hizo un esfuerzo por narrar detalladamente la modalidad o metodología que se implementa en las unidades penitenciarias para que las personas que se encuentran privadas de la libertad puedan acceder al Área de Sanidad y de ese modo, concretar la consulta con un profesional de la salud. Así como también se describió el conflicto de lealtades que recaen sobre el médico en su carácter de funcionario público y personal de la salud.

En ese marco, se persiguió determinar la relación de causalidad entre la acción disvaliosa y el resultado lesivo. Detallando cada uno de los elementos del tipo objetivo y subjetivo -del artículo 79 del Código Penal- que deben concurrir para que se le atribuya responsabilidad al médico, cuando haya actuado con dolo directo y se detalla en qué tipo penal encuadra la conducta cuando se realiza con dolo eventual y finalmente con imprudencia. Asimismo, se tuvo en cuenta algún supuesto en donde la conducta desplegada por el médico, diera lugar eventualmente al encuadramiento de incumplimiento los deberes de funcionario público.

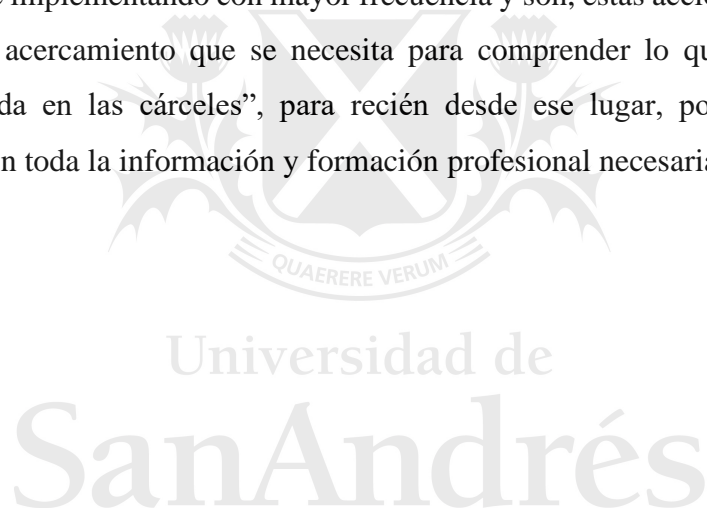
Para ello se describió su posición de garante tanto de vigilancia como de protección en la que se encuentra respecto de la persona privada de su libertad, en los casos en los que existe una presunta reprochabilidad, así como también los casos que serían excluyentes de responsabilidad para el médico.

Finalmente, se describieron dos casos en los que se pudo observar la conducta desplegada por los médicos en su carácter de profesionales de la salud y funcionarios públicos pertenecientes al Servicio Penitenciario Federal en relación a la atención médica impartida a las personas privadas de la libertad, así como también se

señaló y detalló cada uno de los temperamentos asumidos por jueces sobre un fallecimiento en contexto de encierro.

De ese modo, se pretendió resaltar la importancia de conocer de manera acabada el contexto en el que ocurren los hechos para así, poder valorar correctamente la prueba documental -teniendo en cuenta a disposición de quien se encuentra al momento del hecho- y la testimonial -de los familiares de las víctimas, así como sus compañeros de alojamiento intramuros-, para finalmente poder exigir determinada conducta a los médicos.

Considero que nos queda un largo camino por recorrer de experiencia y aprendizaje a quienes trabajamos en el Poder Judicial y Ministerio Público Fiscal, pero también creo que los monitoreos y las visitas a las cárceles en nuestro país se fueron incrementando e implementando con mayor frecuencia y son, estas acciones positivas las que generan el acercamiento que se necesita para comprender lo que sucede en las cárceles, “la vida en las cárceles”, para recién desde ese lugar, poder realizar una investigación con toda la información y formación profesional necesaria.





## **Bibliografía:**

Córdoba, Fernando J., “Delitos de infracción de deber”, en En Letra. Derecho Penal, año I, nro. 1, 2015.

Dias Leandro A., “División de tareas y responsabilidad por omisión del funcionario policial”, Revista Lecciones y Ensayos, Nro. 95, 2015, pp. 387-399.

Dias Leandro A., “El delito de omisión. Concepto y sistema”. BdeF, Buenos Aires-Montevideo, 2010.

Gimbernat Ordei Enrique, “la causalidad en la omisión impropia y la llamada “omisión por comisión”, Rubinzal Culzoni, septiembre 2015.

Gimbernat Ordei Enrique “La omisión impropia en la dogmática penal alemana. Una exposición”, en ensayos penales, Tecnos, Madrid, 1999.

Gimbernat Ordeig, Enrique, “Sobre los conceptos de omisión y de comportamiento”, Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales, Tomo 40, Fasc/Mes 3, 1987, pags. 579/608.

Kaufmann, Armin, Dogmática de los delitos de omisión, Marcial Pons, Madrid, 2006.

Pawlik, Michael, “El funcionario policial como garante de impedir delitos”, (trad. de M. Lerman y M. Sancinetti, publicado en [www.indret.com](http://www.indret.com), Barcelona enero 2008).

Robles Planas, Ricardo, “Deberes negativos y positivos en Derecho Penal”, publicado en InDret 4/2013, Barcelona, 2013.

Roxin, Claus, Derecho Penal, Parte General, t. II, “Especiales formas de aparición del delito”, Civitas, Buenos Aires, 2014.

Sosa Barón, Santiago (2018). Muerte natural: alcances y limitaciones del concepto como dispositivo de desciframiento de las muertes en custodia. Epistemología e Historia de la Ciencia, 3(1), 61-74. ISSN: 2525-1198. (<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/afjor/index>)

Serrano González de Murillo, José Luis, “La responsabilidad penal de los miembros de las fuerzas policiales por no impedir delitos”, Revista de Derecho Penal y Criminología, 3° ed; nro. 2, 2009, pags. 127/155.

Silva Sánchez, Jesús María, “Desarrollo de una propuesta de tripartición (gradualista) de los delitos de omisión”, en “Estudios sobre los delitos de omisión, Grijley, Lima, pg. 285/301.

Silva Sánchez, Jesús María, “El delito de Omisión”, Conferencia dictada en la Escuela de Derecho de la Universidad Católica del Norte, sede Coquimbo.

Silva Sánchez, Jesús María, “El delito de Omisión”, Segunda Edición actualizada, Ed. B de f, 2020.

Schünemann, Bernd “Fundamento y límites de los delitos de omisión impropia”, Ed. Marcial Pons, 2009.

Jakos, Gûnter, “Actuar y Omitir” en “Sobre la normativización de la dogmática jurídico penal”, Civitas, 2003, pg. 101/134.

Salinas, Raúl, “Servicio Penitenciario Federal y modelo militarizado. Algunas ideas para una democratización institucional”, Inecip Ensayo, 2005.

Informe anual 2017 “Muertes bajo Custodia”, Procuración Penitenciaria de la Nación.

Boletín Público Normativo del Servicio Penitenciario Federal Argentino Año: 20 N° 515, “Manual de organización específico del Complejo Penitenciario Federal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, 16 de octubre de 2013

Tenca, Adrián “La responsabilidad penal de los médicos en los delitos de omisión impropia: entre el “ser” y el “deber ser”, La ley, 20/07/2010.

Balbi, Fernando Alberto “El análisis antropológico de los valores morales”. En: De leales, desleales y traidores: valor moral y concepción política en el peronismo. Antropofagia, Buenos Aires, 2007.

Fassin, Didier “Un protocolo compasivo”. En: La razón humanitaria. Una historia moral del tiempo presente. Prometeo, Buenos Aires, 2016.

Libro Homenaje al profesor Luis Fernando Miño, “El Derecho Penal en tiempos de cambios”, La omisión impropia en el Derecho penal Argentino, Editorial UNIJURIS, 2016.