



JUSTICIA Y CONCORDIA

Asociación de Abogados por la Justicia y la Concordia

Tucumán 1650 1ºD -C1050AAH- Buenos Aires, Argentina. / Tel.: (54 11) 5273 9978

Buenos Aires, 25 de octubre de 2018.

Señor. Decano del Cuerpo Médico Forense
Dr. Luis Mario Ginesín
Lavalle 1429
Capital Federal

De nuestra consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos nuevamente al señor Decano en nuestro carácter de *Presidente y Secretario de la Asociación de Abogados por la Justicia y la Concordia*.

1. En nuestra nota que presentamos el 30/07/2018 expresamos la gran preocupación que nos causa la actuación de los profesionales que integran el Cuerpo Médico Forense (CMF) en las causas instruidas con personas acusadas de los llamados "delitos de lesa humanidad", en especial aquellas que se encuentran en un grado mayor de vulnerabilidad. Advertimos además que habíamos "*...resuelto atender a la angustia de sus familias y a la inquietud expresada por sus abogados defensores, montando un Observatorio cuyos objetivos serán denunciar los comportamientos de los profesionales médicos y demandar civilmente por daños y perjuicios a quienes no cumplan o ignoren las obligaciones internacionales citadas y se alejen de la tradición humanitaria de nuestras leyes procesales y penitenciarias, inspiradas por la manda contenida en la última parte del art. 18 de la Constitución nacional.*"

Durante la reunión que mantuvimos con Usted y otros miembros del CMF reiteramos esa posición, que abonamos con varios ejemplos, obteniendo de su parte ciertas seguridades con respecto al desempeño de los profesionales responsables de las pericias dispuestas por los jueces en los juicios mencionados.

Con posterioridad esta Asociación, en una audiencia a la que fue convocada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos - celebrada en la ciudad de Denver, Estados Unidos -, denunció el tratamiento que el Estado argentino dispensa a esa población carcelaria, abundando en ejemplos de las condiciones de grave deterioro de la salud/

psíquica y corporal de los detenidos, empeorado por el estado calamitoso de las cárceles argentinas, que los peritos médicos aparentan ignorar.

2. Confirmando nuestras advertencias y denuncias, a nuestro regreso tuvimos conocimiento de lo actuado por profesionales de ese Cuerpo Médico Forense con relación al Tte. Cnl. Alberto Julio Candioti¹, quien al momento del examen se encontraba internado en el Hospital Militar Central.

La Pericia Psicológica fue realizada por la Lic. Mónica L. Herran, Psicóloga Forense del CMF, juntamente con la Perito de Parte Lic. Ester Lis Valero y en presencia del Perito Dr. Marcelo Raposeiras, cuya designación no está explicada. La Pericia Médica Forense estuvo a cargo del profesional del CMF Dr. Raúl Antonio Zoccoli, acompañado por los Dres. Claudio F. Capuano - especialista en Medicina Crítica, Terapia Intensiva y Anestesiología - y Aníbal Villa Segura. A ellos se sumó el Dr. Raúl G. Dallarmellina, médico cardiólogo del CMF.

Aun a ojos profanos llama la atención la incongruencia que se advierte entre el estado de salud que presenta el Tte. Cnl. Candioti informado por los peritos y las conclusiones y recomendaciones de éstos.

En efecto, mientras que los psicólogos expresan que las facultades mentales del enfermo "encuadran dentro de la normalidad", recomiendan no obstante "la derivación a equipo interdisciplinario en salud mental para su inclusión en tratamiento psicoterapéutico por su cuadro distímico a polo depresivo de posible correlación con su cuadro de salud y su internación, el cual puede realizarse en el nosocomio en el cual se encuentra internado."

Por su parte y después de señalar que el paciente es de "alto riesgo cardiovascular (infarto agudo de miocardio, muerte súbita)", por lo que "puede sufrir eventos agudos aun cuando el tratamiento y el seguimiento sean integrales y adecuados, e independientemente de factores externos", los médicos - como se ha visto, cuatro en total - dictaminan "que el alojamiento carcelario no le impediría tratar adecuadamente sus dolencias, provistas que sean las condiciones que a continuación se sugieren, así como todas aquellas que puedan mejorarlas...". Luego indican cuáles serían tales condiciones, sabiendo - o debiendo saber - que ellas no existen ni tienen la más mínima posibilidad de darse en lo que eufemísticamente llaman "alojamiento carcelario".

¹ Pericia N° 31754/18, producida el 13/9/2018 en la Causa N° 90, incidente de detención domiciliaria, a requerimiento del Juzgado Nacional en lo Criminal Federal N° 3 del Departamento Judicial La Plata, a cargo del Dr. Alberto Osvaldo Recondo, Secretaría Especial del Dr. Mariano Orlando Pérez.

3. Por nuestra parte y con base en la pericia comentada, solicitamos la opinión de los Dres. Oscar Iavicoli y Hugo Esteva, con aquilatada experiencia y trayectoria, a la que suman el hecho de que han visitado las cárceles donde se encuentran encerrados los enjuiciados en las causas llamadas de lesa humanidad y no están contaminados por ideologías capaces de deformar su criterio médico.

Agregamos a la presente una copia de dicho informe, que se explica por sí solo.

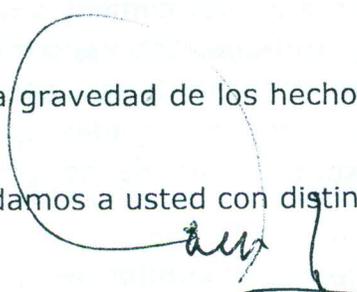
4. Por fortuna el juez que interviene en la Causa Candiotti, pese a la pericia del CMF, concedió a aquel la prisión domiciliaria. Es probable que ello también haya beneficiado a los firmantes de aquella pericia, ya que no habrían podido evitar la responsabilidad incluso penal en que habrían incurrido si el Tte. Cnl. Candiotti hubiera fallecido en prisión, como era altamente probable.

En consecuencia venimos ahora no sólo a reiterar lo expresado en nuestra anterior del 17/7/2018 y presentada el 30/07/2018 y en la audiencia que Usted nos concediera, sino a solicitarle que manifieste expresamente:

- i. Si los peritos del CMF mencionados produjeron su dictamen con conocimiento de las graves carencias y limitaciones que presenta el estado de las cárceles en nuestro país, en especial por la ausencia de medios para la atención del Tte. Cnl. Alberto Julio Candiotti, conforme las recomendaciones por ellos mismos efectuadas.
- ii. Si los peritos del CMF mencionados produjeron su dictamen con conocimiento de las disposiciones de la Convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, y las obligaciones asumidas al respecto por el Estado argentino y no incurrir en su incumplimiento, como lo vienen haciendo en los informes y peritajes que producen respecto de los ancianos prisioneros que visitamos semanalmente.
- iii. Si los peritos del CMF mencionados, en su carácter de agentes estatales, están o no obligados al cumplimiento de las obligaciones internacionales citadas y de la tradición humanitaria de nuestras leyes procesales y penitenciarias, inspiradas por la manda contenida en la última parte del art. 18 de la Constitución nacional.

Por la gravedad de los hechos denunciados, le solicitamos una pronta respuesta.

Saludamos a usted con distinguida consideración.



Carlos Bosch
Secretario



Alberto Solanet
Presidente

Buenos Aires, octubre de 2018.

El presente informe ha sido confeccionado por los médicos abajo firmantes, docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, a pedido de la Asociación de Abogados por la Justicia y la Concordia.

Historia Clínica

Tte. Cnel Alberto Julio Candiotti - 73 años

Antecedentes personales:

Hipertensión arterial (HTA) - Dislipemia (DLP) - Hipotiroidismo - IMC > 30

Medicación: Escitalopran

En 2013: **infarto agudo de miocardio**. Se le realiza **angioplastia** con 3 "stents" coronarios. Aún así presenta **angina post-infarto**.

En 2015: Neumonía.

En marzo de 2017: **cirugía de revascularización miocárdica (CRM)**. Recibe cuatro (4) puentes a cielo abierto. En el postoperatorio desarrolla arritmia cardíaca tratada con radioablación.

El 6 de agosto de 2018 presenta **síncope**. Se interna en el Hospital Militar de Campo de Mayo, desde donde se lo evacúa al Hospital Militar Central.

Con el diagnóstico de **miocardiopatía dilatada de etiología isquémica con fracción de eyección (FEy) deteriorada**, se le implanta un **cardiodesfibrilador (CPI) y se lo anticoagula** con Rivaroxaban.

Tratamiento actual: Losartan - Atorvastatina - Levotiroxina - Bisoprolol - Amiodarona - Escitalopran - Aspirina - Rivaroxaban - Omeprazol.

El tratamiento de la enfermedad coronaria y sus secuelas

El estado actual de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares es uno de los desafíos más importante de la Cardiología.

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en el mundo desarrollado. El objetivo al enfocarla es reducir su morbi-mortalidad.

Vale la pena recordar la evolución reciente del tratamiento de los eventos coronarios agudos:

- Hasta hace cuarenta y cinco años un paciente con diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) ingresaba a la Unidad Coronaria donde se lo monitoreaba con todos los medios disponibles para controlar complicaciones, sin que hubiera forma de intervenir de manera directa sobre la arteria coronaria que producía la enfermedad.

- A finales de la década del 70 aparecieron las drogas trombolíticas (aplicables por vía intravenosa), empleadas para tratar de disolver el coágulo intravascular responsable del infarto.

- En los años 90 la angioplastia coronaria percutánea con catéteres endovasculares y posteriormente los "stents" (tutores intraluminares que mantienen permeables los vasos sanguíneos), cambiaron la historia en el manejo agudo del IAM.

Hoy se trata de iniciar el tratamiento lo más rápidamente posible entre el comienzo de los síntomas y la introducción del catéter en la arteria responsable del evento (tiempo puerta/catéter).

Esto explica que la velocidad en establecer el tratamiento sea fundamental para evitar al paciente con esta patología secuelas como la insuficiencia cardíaca (IC) y/o la muerte ("tiempo es miocardio").

De tal forma, todo lo que impida el acceso rápido a las Salas de Hemodinamia (donde se realiza el cateterismo), sólo disponibles en los centros de alta complejidad, implica mal pronóstico para el paciente (morbi-mortalidad elevada).

Es entonces fundamental que tal acceso esté fácilmente disponible para los enfermos con Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV), como:

Edad avanzada

Hipertensión arterial

Diabetes

Hipercolesterolemia

Tabaquismo

Sedentarismo

Obesidad

La enfermedad coronaria se puede manifestar de tres formas:

- Angina de pecho
- Infarto agudo del miocardio (IAM)
- Muerte súbita (MS)

La terapéutica posible, de acuerdo con la gravedad de cada caso, deberá ser:

- Tratamiento médico (medicamentos - rehabilitación cardiovascular)
- Angioplastia coronaria percutánea
- Cirugía de revascularización miocárdica
- O un mix de ellas.

En la angina de pecho el paciente consulta al cardiólogo en su consultorio.

Ya detallamos cual es la forma de tratar el IAM, que requiere internación.

La MS es una emergencia que depende de dónde se encuentre el enfermo para tener posibilidades de recuperarlo.

Cuando el paciente ya ha padecido alguna de las formas descriptas de enfermedad coronaria y/o sus complicaciones, puede, a pesar de

los tratamientos instituidos, quedar con secuelas debidas al grado de compromiso del músculo cardiaco, como la insuficiencia cardiaca (falla de bomba), o presentar fallas del ritmo cardiaco (arritmias complejas), o presentar muerte súbita.

Son variados los métodos de diagnóstico que se realizan para establecer el grado de compromiso del músculo cardiaco (miocardio) y la funcionalidad del mismo después de un evento coronario:

- Electrocardiograma
- EcoDoppler Cardíaco
- Electrocardiografía dinámica de 24 hs (Holter)
- EcoStress
- Dosaje del péptido natriurético
- Estudio de la perfusión miocárdica con radioisótopos
- Resonancia Magnética cardiaca.

Reuniendo estos estudios hay evaluaciones internacionales que permiten establecer la clase funcional del paciente y, por lo tanto, calcular el riesgo de morbimortalidad. A mayor deterioro de la función del músculo cardiaco el riesgo de sufrir un nuevo evento es mayor y, por lo tanto, peor el pronóstico.

Comentario

Establecidos estos parámetros generales, cabe señalar que, como lo muestra la historia clínica aquí relatada, el Sr. Candiotti ha padecido las tres formas de presentación de la enfermedad coronaria.

En particular, **el Score de Riesgo Cardiovascular del ACC/AHA 2013 para este paciente antes de su episodio inicial de 2013 ya mostraba 46,3 % de posibilidades de sufrir eventos cardiovasculares en diez años.** Y, en efecto, ha tenido tres eventos severos en cinco años.

Por su estado clínico recientemente evaluado se infiere que:

- **Presenta insuficiencia cardiaca clase funcional II de la New York Heart Association (NYHA), caracterizada por la fracción de eyección informada como deteriorada (< 40%).**
- **Presenta arritmias complejas que han determinado el implante de un cardiodesfibrilador.**
- **Está dentro de la proporción de pacientes que mueren por MS, que es mayor en las clases funcionales II y III de la NYHA.**

Por consiguiente, la experiencia y la bibliografía indican como pronóstico un **Alto Riesgo** de repetir un nuevo evento coronario y/o vascular cerebral que está por encima del 46,6% para la población de su misma edad. Al agregar la situación de **prisión en la que se encuentra**, ese riesgo **es mucho mayor que el indicado por los scores internacionales.**

Teniendo en cuenta que la atención médica en la prisión consiste en lo que se define como primaria (comprobada por quienes suscriben) y

que ante un nuevo evento no llegaría a recibir la atención necesaria en el tiempo que hoy se requiere, queda claro que el Sr Candiotti no debe estar en un ámbito que tiene barreras burocráticas/médicas que pueden retrasar su atención, corriendo una muy alta probabilidad de constituir la figura de abandono de persona.

¿Quién se haría cargo entonces?

Bibliografía

Cardiovascular Risk Score - American College of Cardiology/ American Heart Association 2013.

Guías para el diagnóstico y manejo del síncope. Michele Brignole et al. Rev. Esp. Cardiol. 2018; 71: 787-793.

Heart failure after myocardial infarction in the era of primary percutaneous coronary intervention: Mechanisms, incidence, identification of patients. Thomas J. Cahill et al. Am J. Of Cardiology. May 2017; 9(5) 407- 415.

Riesgo cardiovascular en pacientes con infarto de miocardio. Tomas Jernberg et.al. European Heart Journal. 2015: vol 36; 19- 1163-1170.

The Seattle Post Myocardial Infarction Model (SPIM): prediction of mortality after acute myocardial infarction with left ventricular dysfunction.

Eric S. Ketchum et al. Eur Heart J. Cardiovasc Care. 2014 Mar; 3 (1): 46-55.

Dr. Hugo Esteva
Ex Profesor Titular de Cirugía
Facultad de Medicina U.B.A.

Dr. Oscar Iavicoli
Profesor Consultor de Medicina
Facultad de Medicina U.B.A.

