

Abandono De Persona Medico Local Bailable Enfermeria Sobredosis Extasis Fallecimiento

DOMINGO, 10 DE ENERO DE 2021

JURISPRUDENCIA

Abandono de persona. Médico. Local bailable. Enfermería. Sobredosis. Éxtasis. Fallecimiento Se absuelve a la imputada en orden al delito por el cual se la acusara, consistente en haber omitido llevar a cabo las diligencias exigidas por una correcta práctica médica, que derivaron en el fallecimiento de un joven por sobredosis en la enfermería del local bailable a su cargo, por entender que la actitud y las acciones desplegadas por la profesional médica no fueron de abandono.

Ciudad de Buenos Aires, 11 de abril de 2017. Y VISTOS Se reúnen los integrantes del Tribunal Colegiado, la Dra. Cristina Beatriz Lara en su carácter de Presidenta, y los Dres. Horacio Aostri y María Cristina Nazar, vocales, en presencia del Secretario Dr. Mariano A. Sánchez, para redactar, en los términos del art. 248 CPPCABA, los fundamentos de la sentencia dictada el 4 de abril del presente año, en el marco de la causa n° 17661 (1535/D), seguida contra L. C. B. -argentina, nacida el 2 de septiembre de 1960 en General Sarmiento (Provincia de Buenos Aires), titular del DNI n°XXXXXXXX, estado civil casada, médica, hija de G. F. y de M. C. V. M.- con domicilio real en French XXXX, PB, y constituido a los fines del proceso en la Av. Corrientes XXXX, piso ..., depto. ?...?, ambos de esta ciudad. Intervienen en el proceso, el Dr. Walter López, en representación del Ministerio Público Fiscal, el Dr. Rodrigo González, letrado apoderado de la querella, y por la Defensa los Dres. Vadim Mischanchuk y Eduardo El Yar. RESULTA I.- Conforme los acápites respectivos de los requerimientos de elevación a juicio obrante a fs. 1/18 y 19/26, y los alegatos de apertura de la audiencia de debate, el hecho materia de acusación es el presuntamente acaecido ?con fecha 27 de febrero de 2012, entre las 04:30 y las 05:25 hs. aproximadamente, en el interior del sector que funcionaba como enfermería del local bailable denominado ?Big One?, sito en Adolfo Alsina 938/944 de esta ciudad, ocasión en la que L.C.B., médica del lugar, y, en consecuencia garante legal de velar por la salud de los asistentes, omitió llevar a cabo las diligencias exigidas por una correcta práctica médica, que derivaron en el fallecimiento de L. de la C. S. -requería de la asistencia de la profesional que no se produjo en tiempo y forma de acuerdo a la ?lex artis? médica-, quien sufrió congestión, edema, hemorragia pulmonar y edema encefálico difuso. Esta omisión de la profesional, y la omisión de asistencia por valiosos minutos -abandono- determinó directamente el deceso de la víctima. Concretamente, L. de la C. S. fue llevado por el personal de seguridad hasta la enfermería del local en mal estado general, con aparente pérdida de conocimiento, inmóvil, ojos cerrados, cabeza y miembros superiores en hiperextensión, manos con presión palmar (puños cerrados), piernas semiflexionadas, en posición hipertónica (aumento del tono muscular en todo el cuerpo), taquipneico y con respiración superficial, cuando B. le comprimió ambos globos oculares -maniobra vagal- y, luego, atendió a otro paciente con un sangrado nasal, dándole la espalda durante 5 minutos aproximadamente, a S., quien era sostenido por la enfermera y el personal de seguridad. A continuación, B. le colocó a éste una bolsa con hielo en la cabeza, se retiró del lugar y al regresar atendió a una chica con dolor de cabeza. Posteriormente, le tomó a S. los signos vitales por primera vez, tras lo cual comenzó un trabajo de reanimación cardiopulmonar que no se ajustó a las reglas de la lex artis. Finalmente, arribaron los médicos de Emergencias Médicas y del SAME, quienes desplazaron a B. en el trabajo de reanimación, realizándolo correctamente, sin perjuicio de lo cual constataron el deceso de S.. Sobre el particular, los profesionales del Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, asentaron las siguientes irregularidades en la conducta desplegada por B. : -No realizó un diagnóstico correcto del cuadro clínico que presentaba S. -sobredosis o abuso de la sustancia denominada metilendioximetanfetamina (MDMA), comúnmente conocida como éxtasis- que incidió en su muerte provocando una arritmia fatal y un fallo cardíaco; -Debió sospechar de un diagnóstico por intoxicación por consumo de MDMA en pacientes procedentes de locales bailables que presenten hipertermia, hipertensión arterial y taquicardia, asociadas a alteraciones del estado mental y del tono muscular; -No efectuó las debidas prácticas médicas, en tiempo y forma, que el caso requería: -Su desenvolvimiento no fue adecuado a una buena práctica en el arte de curar;-Realizó mínimas maniobras después de haber transcurrido un lapso prolongado desde que recibió al paciente, que no se adecuaron a las normas de RCP básicas. En particular, realizó maniobras de insuflación y compresión irregulares que no siguieron el protocolo indicado, cuando debió, en el siguiente orden: llamar al SAME, realizar 30 compresiones con una frecuencia de al menos 100 por minutos y con una profundidad de 5 cm. cada compresión permitiendo la expansión completa, permeabilizar la vía aérea mediante la hiperextensión (inclinación hacia atrás de la cabeza y elevación del mentón) o subluxación de la mandíbula en caso de traumatismo, proporcionar dos ventilaciones al paciente a través de una máscara con válvula direccional -evitando la respiración boca a boca por razones de bioseguridad-, y finalmente, utilizar un desfibrilador. Sobre la cuestión, se determinó que para iniciar las compresiones sólo hacen falta las manos del médico a fin de no demorar el comienzo de la reanimación?. El Sr. Fiscal y el acusador particular

consideraron que el hecho debía subsumirse en las previsiones del artículo 106, último párrafo, del Código Penal. II.- Los días 20, 22, 27, 28 y 31 de marzo del presente año se llevó a cabo la audiencia de juicio oral y público de conformidad con lo previsto por el art. 227 del CPPCABA. Luego de escuchar a los testigos convocados y presentes en la audiencia de juicio, y una vez exhibida y/o leída la prueba documental admitida, la Dra. B. hizo uso de su derecho a prestar declaración, y manifestó que el día del hecho hizo todo lo que estaba a su alcance, pero no alcanzó. Dio su versión de los hechos, indicando que los peritos tienen una visión objetiva, y comentó que no había visto el video, que cuando declaró en el juzgado lo hizo a ciegas con lo que se acordaba, y no recordaba bien los momentos cómo fueron, pero en la audiencia cuando lo vieron varias veces se acordó de más cosas. Que trabaja hace 11 años ahí, y muchos chicos van con esa sintomatología, muchos se van en ambulancia, otros caminando. Ese día era fiesta prolongada de 12 horas, tocaba un DJ importante. Que ese tipo de música va acompañado de consumo de tóxicos, el 99% consume. Se procedió a la reproducción del video, y al comenzar el que muestra el ingreso de S. a la enfermería, refirió que ahí venía el chico gritando, se sentían los gritos desde abajo. Los tres de seguridad lo pusieron arriba de la camilla. Se puso los guantes, le preguntó si estaba solo, porque siempre vienen con un amigo. Le dijo a la de seguridad que le avise a H. que llame, no sale en escena pero estaba ahí. La de seguridad volvió, le preguntó si había avisado, y la chica le dijo que sí. Refirió que no presionó los ojos del chico, sino que se los cerró, ya que con esta droga el estímulo lumínico los excita más, por eso usan anteojos. Que en observación, tenía una Glasgow de 12 en 15. Hasta ese momento se movía y hablaba. Luego entra un chico al que le fracturaron la nariz, había una pelea arriba. Mientras el chico se mueve, lo limpia, está hablando con los de seguridad. El chico empieza con la excitación, decía palabras. Le dijo que lo tengan para que no se lastime. Cuando no lo pueden sostener, le pidió a los del costado que lo ayuden. Tenía miedo que se cayera y lastimara. Pidió que lo bajen al piso, y el paciente seguía gritando y haciendo fuerza. Terminó de limpiar al chico con la nariz fracturada. Ahí el paciente estaba reactivo. No lo podían controlar, pegaba gritos, gritaba incoherencias. Los que estaban se reían de lo que decía, y en todo momento estaba hablando con ellos. Señaló que estas drogas provocan apneas profundas, como si se relajara y después vuelve a activar, que ella sabe bien cómo continua porque es psiquiatra, sabe lo que hace en el cerebro esta droga. El hielo es para bajar la temperatura, para tranquilizar al paciente. Se ponen violentos y se lastiman, puede hacer un paro por taquicardia, es tan rápida que el corazón queda como una bolsa, se deprime el centro respiratorio, y que es muy posible que le haya pasado eso. Que luego le toma el pulso carotideo, tenía taquicardia impresionante, les pide que no le aprieten el abdomen, que le agarren los brazos, le dice a la de seguridad que lo llame a H., y pide que reitere el llamado. Cuando sale de escena fue para pedir a H. que pida código rojo, para que vengan más rápido los de la ambulancia, y después siguió pidiendo un montón de veces más la ambulancia. Pide que llamen al SAME. Cuando el paciente se tranquiliza lo ausculta. Explicó que cuando sale de cuadro, habrá salido un metro, y que a la chica la atiende, porque el chico estaba reactivo y hablaba, no tenía por qué estar al lado. Que la ambulancia se pidió varias veces, y cuando lo ausculta lo hace porque ve que le entra aire, pero tenía respiración superficial. Le mira la boca, tenía como un caramelo o un chicle. Sopla para ver si tenía más, si la vía aérea estaba liberada. En un momento toca el pulso y empieza con reanimaciones. Paraba porque el paciente hacía espasmos. Piensa que como esta droga hace apnea, tenía miedo de hacer algo que le haga mal. El paciente estaba con la boca cerrada. Que luego le dijo a Vázquez que, qué pasaba con la ambulancia, que llamen al policía de la esquina, y le decían que habían llamado. Que ella estaba como sacada, no tenía nada para hacer, estaba desesperada por la situación. Ante preguntas del Sr. Fiscal, mencionó que cuando ingresó L. o le pidió a una de seguridad que pidiera a H. que llamara ambulancia, cuando recibió al paciente. Le preguntó el fiscal si cuando la indagaron, puede ser que dijo que llamaron 7 minutos después; y B. manifestó que no sabía, cuando fue a declarar no había visto el video. Que nunca le había pasado, y es un hecho doloroso porque nunca se le murió ningún paciente, ni se le suicidó ninguno. Al ser consultada sobre esta última expresión, indicó que es psiquiatra, tiene pacientes que consumen, es una posibilidad por la psicosis. Al ser consultada sobre por qué creía que S. habría consumido, y respondió que por el cuadro que tenía, por como entró, que es común, tiene 6 o 7 por noche en ese estado. Se le exhibieron las copias del libro de enfermería que fueron admitidas para el debate, y se le consultó si ese día anotó varias personas, respondiendo que sí, pero creía que el único en ese estado fue él. Que no recordaba a los otros pacientes que atendió ese día, solo los que vio en el video. Sobre si puede ser que le haya tomado la presión arterial, respondió que no tiene tensiómetro ahí. El fiscal refirió que en el libro está asentado ello, y respondió la Sra. B. que a veces toma el pulso, y les cuenta la presión, que lo puede poner a ojo, pero no es algo relevante. Son pacientes que se van caminando por sus propios medios. A preguntas sobre de qué modo entendía que lo auscultó cuando ingresó, respondió que ya dijo que no era relevante porque se movía. Que el paciente entró gritando y se movía espontáneamente, e intentó ver las pupilas midriáticas arriba de la camilla. Interrogada en torno a por qué no intentó usar el estetoscopio, indicó que porque estaba excitado, respondía, se movía. Tenía un Glasgow de 12/15, quizás ahí no sabía dónde estaba, pero se encontraba reactivo. El fiscal le preguntó si es posible que el 20/11/14 haya declarado algo distinto, y la Sra. B. refirió que no había visto el video, que lo podía jurar. A preguntas del fiscal, respondió que el paciente entró a la enfermería reactivo, se levantaba, se movía, estaba hipolúcido por los tóxicos. Lo agarran

entre 4, eso da cuenta como estaba. Sobre en qué momento realiza maniobras, respondió que lo hace cuando se tranquiliza, cuando está en el suelo, en la camilla tenía taquicardia, se movía, hablaba. En el piso forcejea, se quiere soltar. Los gritos subían de decibels y bajaban. Que cuando pidió que lo suban no hablaba, pero respiraba, le sacó algo de la boca, un chicle. Y le sopló para ver si tenía algo más, ya que quienes consumen se ponen caramelos con azúcar. Estos tóxicos consumen azúcar, mantienen el nivel en sangre para no recaer, y suelen ir con cosas en la boca. A pregunta de la querrela, la Dra. B. indicó que ahí se hace atención primaria, ella deriva a los pacientes. Puede atender un corte, dolor de panza, cosas banales, no de alta complejidad, por eso tienen servicio de emergencia contratado. Sobre el significado del término ?reactivo? que utilizó para referirse al paciente, respondió que significa que habla y se mueve por sí solo. Finalizada la declaración, se escucharon los alegatos de las partes. El Sr. Fiscal, en virtud de los argumentos de hecho y derecho volcados en el acta del debate, solicitó que se condenase a la encausada B. a la pena de siete años de prisión, más la accesoria de inhabilitación por igual término y las costas del proceso, por considerarla autora penalmente responsable del delito de abandono de persona seguido de muerte (art. 106 último párrafo del Código Penal). El acusador particular, en línea con lo requerido por el representante del Ministerio Público Fiscal, solicitó se condene a la encausada a la pena de ocho años de prisión, más accesorias legales y las costas del proceso, por considerarla autora penalmente responsable del delito de abandono de persona seguido de muerte (art. 106 último párrafo del Código Penal). También requirió se disponga la inhabilitación de la Dra. B. por el mismo término, y que se extrajeran testimonios por la presunta comisión de los delitos de falso testimonio por parte de los testigos L. y G., también por las presuntas infracciones a la ley 23.737 que podrían haberse cometido, y por lo relativo a la habilitación y control del lugar, que debía estar clausurado, pues debían contratar a una emergentóloga y contrataron a una psiquiatra. En cuanto a la desaparición de objetos pertenecientes a S., adujo que no solicitaba la extracción de testimonios en atención a que los ilícitos se encontrarían prescriptos. A turno de la Defensa, el Dr. Mischanchuk realizó su alegato de clausura, solicitando la absolución de su asistida. Hizo hincapié en que la acusación dirigida contra B. es la delineada el requerimiento de elevación a juicio, donde nunca le dijeron si la llamada a los servicios de emergencias debió ser antes o después, no hay reproche sobre la llamada, sino con prácticas médicas no realizadas en tiempo y forma. Cuestionó también la valoración de la prueba efectuada por las acusadoras. Refirió que la conducta es atípica respecto del tipo de abandono de persona, ya sea en su modalidad agravada o el tipo básico, al considerar que en el caso no hubo dolo, concepto delineado como intención, conocimiento y voluntad de realizar el tipo objetivo. Señaló que durante el debate no hubo acuerdo entre lo declarado por los testigos, y no se puede contar con el video en atención a que fue desgrabado sin control judicial. Que no había certeza probatoria, ya que aún como lo reconstruyeron no encuadra en la figura, pues el ?no diagnóstico? puede ser negligencia, el ?no tratamiento? por impericia, ?desidia? puede ser imprudencia porque no identificó el caso. Sostuvo que ninguna de las acusadoras pudo probar con el grado de certeza requerido, la hipótesis delictiva del requerimiento de juicio al que se han agregado cosas como la obligación de hacer la llamada. También dijo que han mostrado defectos en la reconstrucción del hecho. Aun de ese modo, con un hecho reconstruido de forma difusa y subjetiva, jamás la calificación se acerca al tipo penal del Art. 106 del Código Penal, porque no hubo dolo y no está probada la relación directa con la muerte III.- No se han planteado cuestiones preliminares que ameriten ser resueltas en este proceso (art. 228 del CPPCABA), razón por la cual corresponde dictar sentencia, conforme las reglas de la sana crítica y lo establecido en los arts. 247, 248 y concordantes del CPPCABA. Y CONSIDERANDO: La Dra. Cristina B. Lara dijo: PRIMERO I.- Conducta atribuida Tengo por debidamente acreditado, a partir de las probanzas producidas durante el debate, y de conformidad con las reglas de la sana crítica racional, que L.C.B. día 27 de febrero de 2012, entre las 04:30 y las 04:50 hs. aproximadamente, en el interior del sector que funcionaba como enfermería del local bailable denominado ?Big One?, sito en Adolfo Alsina 938/944 de esta ciudad, donde se desempeñaba como médica del lugar, y, en consecuencia garante legal de velar por la salud de los asistentes, omitió la asistencia por valiosos minutos -abandono- de L. de la C. S.. Concretamente, el nombrado fue llevado por personal de seguridad a la enfermería en donde se encontraba la encausada. Una vez ingresado en dicho sector, la víctima S. quien se encontraba en mal estado general, con aparente pérdida de conocimiento, inmóvil, ojos cerrados, cabeza y miembros superiores en hiperextensión, manos con presión palmar (puños cerrados), piernas semiflexionadas, fue colocado en la camilla ubicada en ese recinto. Específicamente, y ante el cuadro antes descripto, la labor de la encausada se circunscribió a comprimirle ambos globos oculares y, luego, a atender a otro paciente con un sangrado nasal, para lo que tuvo que darle la espalda durante 5 minutos aproximadamente a S., quien era sostenido por el personal de seguridad. A continuación, B. le colocó a éste una bolsa con hielo en la cabeza y luego atendió a una chica con dolor de cabeza. En particular, la omisión de la conducta debida -y que le era exigible por su rol de garante- consistió en no realizar ninguna de las siguientes acciones: efectuar el diagnóstico del cuadro clínico, llamar inmediatamente al SAME, para luego realizar maniobras de reanimación cardio pulmonar básica a razón de treinta compresiones con una frecuencia de al menos 100 por minuto y con una profundidad de cinco centímetros, permeabilizar la vía aérea y proporcionar dos ventilaciones. II.- Prueba de la materialidad de los hechos y de la responsabilidad de la encausada Los

extremos legales indicados en el epígrafe se encuentran debidamente acreditados con las pruebas que fueron producidas durante el debate.

1.- En ese orden, se cuenta con la declaración de M. A. A., tío de L. S., quien dijo que el día del hecho se enteró del fallecimiento, y concurrió a la comisaría aproximadamente a las 8:00 horas del 27 de febrero de 2012. Allí le informaron lo que había pasado, le mostraron las pertenencias personales y constató que el fallecido era L.. Que entre las pertenencias había un tubito similar a uno de manteca de cacao, a rosca, sin tapa. y un montón de efectos, y le dijeron que falleció por sobredosis. También indicó que la policía le había dicho que ese tubito estaba con sus pertenencias, en un bolsillo, y que normalmente allí había estupefacientes. Sostuvo que L. fue a Big One con dos o tres amigos, uno de los cuales dijo que se había ido temprano, y otro que estaban charlando con unas chicas, y lo perdió de vista, y se fue alrededor de las 4 de la mañana de ese día, ya que no lo encontraba a L.. Refirió que uno de ellos dijo que le mandó dos o tres mensajes para comunicarse con él ese día, y como no respondió, pensó que se había ido con una chica.

2.- También declaró durante el debate S. M. A. G., madre de S., quien señaló que la última vez que vio a su hijo fue el 25 de febrero de 2012. Añadió que sabía que iba a ir a bailar a Club One, en Alsina 940, que comenzó a investigar sola, se apersonaba diariamente en la Fiscalía nº 12, e hizo pedir enseguida las filmaciones, las cuales demoraron en ser entregadas. Señaló que el abogado Rodolfo Ruiz, quien es el abogado de la sociedad de la discoteca que esa mañana de feriado se apersonó en Alsina 940 para anunciar que había fallecido un joven que había consumido estupefacientes, y que estaban a disposición de las autoridades las filmaciones de las cámaras de seguridad, lo que no sucedió, ya que se demoraron muchos días. Que las únicas que consiguieron, y porque insistió mucho, son las que existen actualmente. Indicó que el día del hecho su hijo fue al lugar con dos ex compañeros de colegio, E. D. y C. Z., quienes eran consumidores de drogas.

3.- Brindó su testimonio E. P. D., quien recordó que el día del hecho fue con tres amigos a aquél boliche, habiendo ingresado entre las 11 y las 12 horas. Que C. Z. y J. P. B. se retiraron del lugar en horario cercano a la 1 de la mañana, el lugar estaba muy lleno de gente, y se quedaron con L. S. hasta aproximadamente las 3 am, quien hasta esa hora estuvo con él. Que se desencontraron cuando S. fue al baño, y no volvió a verlo pese a que intentó buscarlo, fue allí a buscarlo pero no lo encontró. Refirió que se quedó hasta lo último a ver si lo encontraba, recordó que se cerró un rato antes del horario de cierre, que era a las 7 hs. Que cuando perdieron el contacto, aparte de ir a buscarlo al baño, intentó enviarle mensajes de texto, pero no tuvo respuesta, ya que no se enviaron, por falta de señal. Después de eso fue al baño y volvió a donde estaban, y no lo pudo encontrar. Que cuando L. fue al baño, le ofreció acompañarlo, pues notó que estaba muy transpirado. Que mientras estuvieron juntos no consumieron alcohol, o eso creía, pero agua sí. Recordó haber estado presente cuando L. en otras oportunidades consumió éxtasis o marihuana, y que era algo recreativo, muy esporádico. Expresó que no sabía si L. consumió droga el día del hecho, y que no vio que llevara consigo un estuche contenedor de polvo, ni esa vez ni en otras oportunidades. Dijo saber que en el lugar se vendían estupefacientes, se decía eso, él había consumido en el lugar, pero no la compró, sino que consumió algo que le dieron ahí, sin vendérsela. Aclaró que le habían dado para probar drogas en el local, que no preguntó quién pero le había pasado en varias ocasiones, y suponía que esto ocurre para ver si le gusta y quiere comprar, pero a él no le gustó, no le hizo bien, y no volvió a probar. Negó haber visto esa droga muchas veces, pero indicó que se parece a una aspirina, y, según sabía, no se aspira en polvo. Al ser consultado en torno a si ese día lo revisaron al ingresar, respondió que suponía que sí. Que no sabía lo que pasaba con los que eran revisados y les encontraban estupefacientes. Recordó que había también un detector de metales, que también eran palpados, y que ese día lo revisaron ?más o menos?.

4.- También depuso durante el debate A. E., quien indicó que el día del hecho había ido a bailar al boliche en cuestión, que el evento estaba anunciado para durar desde las 18 o 19 hasta las 7 am del día siguiente, recordando inicialmente haber entrado cerca de las 11 o 12 de la noche aproximadamente, que había mucha gente en la entrada, y que tardó un buen rato en ingresar. En cuanto al horario de ingreso, luego se rectificó e indicó que habría sido alrededor de las 3 am. Indicó que dentro del lugar vio un chico en la última barra, sosteniendo la puerta, le pareció que estaba convulsionando y dio aviso a una persona de seguridad o un patovica del lugar, quien bajó de dónde estaba y se lo llevó. Que serían las 3 o 4 de la mañana. Explicó que se trató de una persona subida a una tarima, que estaba mirando al público, le levantó la mano y vino. Que estaba vestido todo de negro, y el chico estaba mirando hacia la barra. Procedió a realizar un plano del lugar al que hiciera referencia, y explicó sus dichos, ubicando los eventos en dicho plano. Refirió que desde que ingresó y vio al chico convulsionando pasaron una o dos horas, que fue poco tiempo que estuvo adentro, ya que cerca de las 5 prendieron las luces y no entendía por qué. Cuando salieron se dieron cuenta que algo había pasado, porque había cámaras, un camión de la policía, y mucha gente.

5.- Brindó su testimonio también la Sra. Flavia Mariana Almirón, quien al momento del hecho trabajaba en la Comisaría 4ª de la PFA en calidad de Jefe de Servicio Externo. Recordó haber tomado intervención el día del hecho en el local bailable ?Big One?, habiendo sido desplazada en la madrugada, por una persona de sexo masculino con ataque cardíaco. Que al llegar al lugar el personal de seguridad le dijo que era abajo, y en un sótano o depósito encontró a un chico de su edad aproximadamente. En el lugar estaba personal de seguridad, uno o dos enfermeros, y también había un médico presente del lugar. Que fue convocada después de las 4 am, y que llamó al SAME cuando ve al chico, inmediatamente antes de la consulta a la

Fiscalía, ya que es una medida que toman preventiva. Cuando se le preguntó si al momento en que ingresó había personal policial, indicó que sí, un cabo o agente, que habría escuchado la modulación de comando, porque no estaba de parada en el lugar, que suponía que se habría acercado por estar próximo, pues siempre se ponen en zonas alejadas por posibles disturbios. Señaló que además de la ambulancia, se presentó un servicio que cree que era uno de Emergencia u otro servicio además del SAME, no recordando el nombre. Que desde su ingreso hasta que los médicos establecieron el deceso, transcurrieron varios minutos. También indicó que dio directivas en el lugar, solicitando al encargado el listado de personal de seguridad, si había cámaras, realizó un plano y un acta circunstanciada, pidió listado de empleados y filmaciones, pero éstas no se las dieron personalmente, y por orden de la Fiscalía se sacó a la gente y se cerró el lugar, según se acuerda. Indicó también que llamó al fiscal desde el sótano, a través de su teléfono celular. Dijo que la requisa del cuerpo la hizo ella y que encontró un frasquito de plástico transparente que tenía un polvo blanco, que lo colocó en un sobre y lo envió a la comisaría, ya que la orden de la Fiscalía había sido mandarlo a laboratorio químico. Que el tubito fue secuestrado del bolsillo del pantalón de S.. También señaló que entrevistó a la médica, le tomó sus datos, y al personal de seguridad también. En esa oportunidad reconoció el contenido, la letra y las firmas insertas en aquéllos instrumentos como propias. A preguntas de la querrela, indicó que el trayecto entre la puerta y el subsuelo duró un tiempo mínimo, ni siquiera un minuto. Que eran unas escaleras ?en doblés?, y estaba a un metro de la entrada. Puso de manifiesto que al hacer la consulta con la Fiscalía le ordenan que determine la existencia de cámaras, y le informaron que había dos o tres por parte del personal de seguridad, pero que nadie controló la descarga de los videos. Están agregadas en el legajo de prueba el acta circunstanciada y el acta de secuestro labradas por Almirón ante los testigos de procedimiento Diego Leyton y Jorge Rodríguez, el día 27 de febrero de 2012 a las 06.30 y 06:35 horas respectivamente (fs. 1 y 2 del legajo de prueba) En el primer instrumento Almirón indicó que fue desplazada por la División Comando Radioeléctrico al lugar por una persona con ataque cardíaco, quien fue identificado como L. S., que estaba siendo atendido por la Dra. C.B., arribando luego ambulancia del SAME y de Emergencias Médicas a cargo del Dr. Ruiz, quienes atendieron a S. realizando tareas de resucitación sin tener éxito. Que el Dr. Pacheco del SAME constató el deceso a las 05.25 horas, y se hizo consulta con la Fiscalía de Instrucción nº 12, y se ordenó que se le tome declaración al personal de seguridad, a la Dra.B. , que el encargado indique si hay cámaras y que aporten las filmaciones de las mismas, y se solicite la presencia de la Unidad Criminalística y luego Transporte Forense. Dejó constancia que se secuestró el documento de identidad de S., un frasco de plástico de aproximadamente cinco (5) centímetros con boca a rosca conteniendo en su interior vestigios de sustancia polvorienta de color blanco (el cual por orden de la Fiscalía se remite a División Laboratorio Químico para ser analizado), una tarjeta de débito, una tarjeta SUBE, un juego de tres llaves, monedas por escasa suma de dinero, y un paquete de caramelos de menta. Obran glosados también el croquis realizado en el lugar por la Subinspectora Almirón, el listado del personal que prestara de servicio el día del hecho por parte de MCM Security SRL, como así también fotografías del material secuestrado (fs. 3, 4 y 5/6 respectivamente). En el croquis se da cuenta del lugar donde se encontraba el cuerpo sobre la camilla, y donde estaba ubicada la cámara de seguridad, dentro de la sala de enfermería, próxima al hall de entrada y a las escaleras existentes en el lugar. 6.- Depuso también durante el debate Johanna Rembersade, Subinspectora de la Policía Federal Argentina. Recordó que el 27/02/2012 entre las 6.10 y 6.30 horas se constituyó en Alsina 940 por la Unidad Criminalística Móvil. Que ingresaron al lugar, bajaron una escalera, fueron a un depósito que la gente del boliche decía que era la enfermería, y allí estaba el cuerpo del chico. Que llegaron con la médica legista, tuvieron que caminar entre cinco y diez metros aproximadamente, y había bastante gente saliendo del lugar. Señaló que al bajar la escalera estaba el depósito, y ahí estaba la camilla, que el lugar era ?un desastre? (sic), preguntó y le dijeron que era la enfermería, pero había cajas de bebidas alcohólicas. Recordó también que había un biombo y una mesa al costado, y también recordó haber visto el cuerpo de L.. 7.- Se cuenta también con el testimonio que brindaron los expertos que intervinieron en los diferentes informes periciales. a) Inicialmente, declaró Cristina Angélica Bustos, perito médica de la morgue judicial. Indicó que tomó intervención en la autopsia 525/12, que se practicó sobre una persona de sexo masculino de 26 años, que fue asistido médicamente y al cual se le practicaron maniobras de reanimación, pues habían surgido una serie de datos, como una fractura del esternón, sin signos de vitalidad, lo que implicaba que estaba muerto cuando se practicaron esas maniobras, pues se hace una reanimación y está en paro, no hay infiltración en planos profundos, se hace porque tiene la obligación como médico de realizar RCP, pero si el paciente no tiene la respuesta favorable, queda a nivel de la autopsia sin signos de vitalidad. Dijo que en el caso surgía una gran congestión y un edema pulmonar, que es la expresión final de un fallo multiorgánico, un fallo a nivel cardiovascular y a nivel pulmonar, otra cosa desde el punto de vista de la autopsia no había. Que todos los órganos fueron remitidos a histopatológico para ver si había alguna patología que podría haber sido la causa de la muerte, y que se hizo hincapié en la parte toxicológica, remitiéndose estómago y vísceras. Agregó que a raíz de hecho se hizo un informe pericial el 21 de junio, en donde se pregunta si el paciente había muerto de causa natural, y en el informe se puso que dentro del peritaje de vísceras se encontró éxtasis. Que la presencia de esa sustancia es coadyuvante de la muerte, hace que no sea natural, hubo

algo toxicológico que desencadenó el cuadro que lo llevó a la muerte. Indicó que en sangre y orina tenía dosificaciones en trazas no tóxicas ni letales, que cuando se habla de éxtasis, no hay dosis mortal, la dosis que puede matar a uno, a otro no, pero sí provoca estado de excitabilidad y un trastorno a nivel del organismo, bastante particular, aumento de temperatura, una secreción inadecuada, eso le va a dar sed, que va a terminar en un cuadro, de excitabilidad de fibras musculares, que puede generar una arritmia que desencadene la muerte. Que no es necesaria una sobredosis para el éxtasis, el cuadro toxicológico depende de cada persona. Refirió que en el pelo no se encontró MDMA, y que ello se debe a que el consumo es agudo y no crónico. El informe hace referencia a cantidades no cuantificables, ya que es una prueba cualitativa, no se sabe cuánto hay exactamente. De la autopsia no surgen datos que indiquen enfermedad preexistente, el cuerpo tenía punturas vasculares, cuando coloca una vía, en el antebrazo izquierdo, y también la fractura de que fue reanimado. También reconoció haber confeccionado la autopsia exhibida, y el informe, y confirmó que las fotos se corresponden con la autopsia 525. Se cuenta con el informe de la autopsia n° 525/12, efectuada el 27 de febrero de 2012 por la Dra. Bustos (fs. 12/18 del legajo de prueba). En el mismo se da cuenta que el cadáver presentaba la fractura del tercio superior de esternón sin signos de vitalidad, y lesiones en el dorso de la muñeca izquierda y en el tercio distal de pierna izquierda. En las conclusiones se asienta que la muerte de L. de la C. S. fue producida por congestión, edema y hemorragia pulmonar, edema encefálico difuso. Está glosado también el peritaje n° 19832/12 del Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, efectuado por la Dra. Bustos el 21 de junio de 2012 (fs. 45/47). Allí se da cuenta que no había constancias de que el fallecido tuviera alguna enfermedad de relevancia. Que la congestión, el edema y la hemorragia pulmonar son la expresión anatomopatológica de la falla cardio-hemodinámica final, que llevaron al deceso de S.. Se aclaró que las causales del deceso no obedecieron a etiología natural, ya que se encontró la presencia de tóxicos (éxtasis, también denominada metilendioximetanfetamina -MDMA-). Que esa es una droga popular en la escena "rave" y en las discotecas de fiestas electrónicas, tiene propiedades estimulantes y alucinógenas, a partir de estímulos sensoriales como la luz o la música fuerte -algo que es corriente en aquellos lugares-. Después de su consumo, puede producir aumento de la presión arterial, arritmias cardíacas, paro cardíaco, colapso cardiovascular y sangrado interno entre otros síntomas. Asociados al consumo extenuante durante el baile, puede producirse la insuficiencia renal aguda por daño muscular llamado rhabdomiólisis, convulsiones, aumento severo de la temperatura corporal y deshidratación. El aumento de la temperatura, unido al aumento de la actividad (bailar sin descanso) y la sudoración, puede producir un golpe de calor que conlleva a la deshidratación severa y a arritmias cardíacas que pueden producir la muerte. En función de esas razones, concluyó que el consumo de éxtasis incidió en la muerte de S., provocando probablemente una arritmia fatal y un fallo cardíaco expresado a través de la congestión, el edema de pulmón, hallado en la autopsia practicada. Asimismo, dentro de sus conclusiones indicó que el hallazgo en la autopsia responde a una sobredosis o abuso de las sustancias hallada en el estudio toxicológico y que generaron una descompensación hemodinámica que culminó con la muerte del joven. b.- También declaró durante el juicio Susana Lidia Rodríguez Wallach, médica legista del Cuerpo Forense de la Policía Federal Argentina, quien reconoció como propia la letra y la firma obrante en la pericia n° 323/12 (fs. 23/25). El objeto de la pericia era el examen del lugar del hecho y determinar, dentro de lo posible, la causa y data probables de la muerte. Allí se indicó que el 27 de febrero de 2012 siendo las 06.20 horas se constituyó en Alsina 940 de esta ciudad, y que se puede inferir que la data de la muerte podría estimarse en aproximadamente una o dos horas previas al examen. Señaló también que no se observaban signos de lucha y/o criminalidad en el lugar, ni se detectaron lesiones que indiquen la existencia de violencia reciente sufrida por el occiso, por lo cual concluyó que se trataba de una muerte no violenta. c.- Prestó testimonio también Flavia Alejandra Vidal, médica toxicóloga forense del Cuerpo Médico Forense, quien reconoció haber intervenido en este proceso en dos informes, uno del 16 de agosto de 2012 y otro de junio del 2015. Recordó el caso, y dio su versión en relación a cuál era la sintomatología que presentaba la víctima, qué cuidados necesitaba una persona en ese estado, y cuáles eran los riesgos ante la falta de atención. También dio detalles en torno a las características de los pacientes con intoxicación por consumo de MDMA, analizando concretamente la situación que había podido ver en los videos. Hizo referencia a las medidas necesarias para poder diagnosticar al paciente, y cuáles eran las medidas que podrían tomarse en un supuesto como éste, y las comparó con lo que había podido observar del caso. También se la consultó en torno al informe en el cual se expidió sobre el desenvolvimiento de B., reconoció haberlo confeccionado, y que allí concluyó que la médica a cargo no realizó prácticas correctas en tiempo y forma, en relación a lo que hace el médico con paciente descompensado. Que en tales circunstancias se lo revisa, se le toma la presión, indicando que no hace falta ser emergentólogo, lo puede realizar cualquier médico. Señaló que de la actividad desarrollada por la médica no surge que haya realizado diagnóstico del cuadro clínico de la víctima, ya que no vio que haya revisado al paciente. Que esas las consideraciones ratifican el informe anterior, en torno a que el desenvolvimiento de la médica no fue adecuado a una buena práctica del arte de curar. También que realizó mínimas maniobras, después de un lapso prolongado, que no se adecuan a maniobras de RCP básicos. El fiscal la consultó en torno a la importancia de la desfibrilación, y la testigo refirió que dentro de los tres minutos del paro, se

demostró una sobrevida del 80%, y a los cinco minutos, del 55%. Al ser consultada en torno a cuál era el momento para llamar a la ambulancia, respondió que desde el ingreso, ya que en ese momento tendría que haber ido a un hospital. También indicó que creía que un paciente con paro cardíaco para el SAME es Código Rojo, y que no sabía si para el SAME hay código negro. A preguntas de la defensa sobre el informe de fecha 16/08/2012, vinculada a si en caso que se hubiese atendido en un centro asistencial adecuado y se hubiese aplicado la terapéutica específica de forma inmediata, se podría haber evitado el desenlace fatal, la testigo respondió que aunque se le hubiera brindado, no podría decir que se hubiera muerto o no. Obra el informe pericial efectuado por la Dra. Vidal el día 11 de junio de 2015 (fs. 106/108). Allí se consignó que ¿acorde a lo que se desprende de los videos agregados en autos podemos decir que de la actividad desarrollada por la médica a cargo de la emergencia, no surge que haya efectuado un diagnóstico del cuadro clínico que la víctima presentaba?. Que B. realizó mínimas maniobras después de haber transcurrido un lapso prolongado, las que no se adecúan a las normas de RCP básica. Indicó que la desfibrilación aplicada dentro de los 3 minutos del paro cardíaco demostró una sobrevida del 80%, y si se realiza a los 5 minutos es del 55% de sobrevida. d.- Se cuenta también con las declaraciones de los galenos que intervinieron en la pericia conjunta efectuada el 21 de octubre de 2016. d.1.- En primer término, brindó testimonio de Eduardo Gabriel Martella, médico, quien recordó el informe por el cual fuera convocado a declarar. Señaló que en los videos vieron a una persona que llegó con signos focales neurológicos, en un ambiente donde probablemente existía consumo de sustancias. Que la persona entra a un lugar supuestamente con características de ser un área de primeros auxilios, y a partir de ahí se desenlaza una serie de acontecimientos que terminan con el deceso de esta persona, e intercurrentemente se atienden otras personas por cuestiones menores. Hizo mención a que desde el punto de vista del quehacer médico, la situación en circunstancias agudas o de emergencias en zonas de cantidad de público como el lugar en donde se estaba, evidentemente dista mucho de una situación ligada a algoritmo de procedimientos, o situación estándar, donde puede mantener un mínimo de práctica asistencial a un cuadro agudo, de la dificultad que presentaba el caso. Que a partir de ahí transcurrieron minutos en donde el estado se va deteriorando, y la situación no se va dando por parte de quien estaría a cargo de la atención primaria. En esa secuencia va transcurriendo el tiempo y termina la situación del modo indicado. Se refirió también al modo en que ingresó el paciente desde el punto de vista médico, y dio una explicación pormenorizada sobre qué debía hacerse en tales circunstancias, señalando que S. era un paciente crítico por las circunstancias en las que accede a la sala. También se le exhibieron los videos en cuestión e hizo un análisis detallado de la secuencia transcurrida en los mismos, valorándola desde su especialidad. Se le exhibió el informe respectivo y reconoció su firma. d.2.- Brindó su testimonio durante la audiencia de juicio Omar Ángel Gabrielli, médico forense del Poder Judicial de la CABA. En relación al informe por el que fuera convocado, refirió que fue un informe médico legal basado en un audiovisual y en todo lo que estaba en el expediente. Indicó que se tiene que tomar este evento como si estuviera en etapa pre hospitalario de una emergencia o situación crítica. Que el hecho ocurrió en un lugar sin elementos que permitan una atención de la calidad del enfermo, pero hubo indicadores que determinan que hubo una demora. Que no le pareció que hubiese diagnóstico, dado el cuadro, salvo una inspección ocular de la cabeza del paciente, ya que no se observa que tome otra medida por lo menos para determinar pulso carotideo, signos vitales, y que le parecía que un paciente en esas condiciones ameritaba otro tipo de examen o abordaje del médico hacia el paciente. Hizo también un análisis de la situación en la que ingresó el paciente, y el accionar de la médica. En cuanto a acción terapéutica, indicó que salvo la comprensión ocular, no hubo ningún otro tipo accionar médico. Ni diagnóstico ni terapéutico, hasta que esta persona estaría sin pulso palpable, y comienza con reanimación. La defensa le preguntó si aun llevándose a cabo las maniobras de reanimación de protocolo, con rigor científico, puede decirse que el resultado era diferente, respondió que cuando se hace reanimación, cuanto más precoz tome e implemente las maniobras, más efectividad tendrá en sacarlo de depresión cardio circulatoria, y que después depende de la causa. Se le exhibió el informe y reconoció haber participado en él. d.3.- Prestó declaración también Laura Peretti, médica del Cuerpo de Investigaciones Judiciales del Ministerio Público Fiscal, quien recordó los informes realizados para este caso. Hizo referencia a la situación en la que se encontraba S., indicado que cualquier persona hubiera identificado que estaba en una situación grave, que se desmayaba en cualquier momento, podía hacer un síncope, se encontraba en falla hemodinámica, que se lo veía pálido y sudoroso, con trastornos de conciencia y del equilibrio, analizando también su estado posterior. Hizo posteriormente un relato de lo que había visto en el video, y de la valoración que ella hacía del actuar de la Dra. B. con los elementos que tenía a su disposición el día de los hechos. Indicó que hasta que se comienza con RCP no se puede considerar que lo que hizo la médica tiene relevancia terapéutica. La nombrada también suscribió el informe medicolegal de fecha 11 de abril de 2016 (fs. 122/124). Allí indicó que aún siendo tratado en un centro de complejidad suficiente, puede suceder que no surja efecto el tratamiento suministrado. Con una desfibrilación antes de los 3 minutos existe una posibilidad de sobrevida el 80%, mientras que si se practicara dentro de los 5 minutos, la sobrevida puede ser del orden del 55%. Concluyó que de los videos obrantes en autos, surge que la Dra. B. no procedió a efectuar las prácticas correctas de atención hacia el enfermo (que a prima facie se lo veía descompensado) en tiempo y forma. No surgió la

realización del examen clínico, las maniobras mínimas transcurrieron luego de un tiempo que impresionaba prolongado y no adecuándose a las normas protocolizadas de RCP. d.4.- Declaró durante el juicio también María Silvina Podrez Yaniz, médica y consultora de parte de la querella, quien recordó haber participado dos pericias efectuadas en esta causa. Indicó una fue realizada por ella y una en forma conjunta. Hizo referencia al modo en que S. ingresó a la enfermería sin poder deambular, considerando que era un cuadro de shock, con demostraciones físicas observables de sufrimiento celular, y de falta de oxigenación de los órganos.

Hizo un análisis y valoración a partir de su experticia del accionar de la Dra. B., y qué se debió hacer hecho en el caso concreto. Indicó que los demás pacientes atendidos eran supuestos banales, sin riesgo de vida, frente a S. que sí lo estaba. Refirió que de haberse identificado el paro en momento oportuno y RCP como se debía, el paciente tenía 50-75% chances de sobrevivir, y que cada minuto que deja de hacer masaje, cuando está en paro, le va quitando 10% de chance de sobrevivida. Indicó que la ciencia médica no puede contestar si un paciente se salva o no, no es ciencia exacta, pero se puede decir qué hay que hacer correctamente para que una persona tenga probabilidad de vida, y menos chance de morir. Se le exhibieron los informes efectuados y reconoció su firma inserta en ellos, refiriendo en relación al último informe, que no coincidió sólo en que el lugar físico no era apto para RCP, ya que no creía que se necesite lugar distinto para hacerla correctamente, pues la básica la tiene que hacer en la calle o en un tren. También se cuenta con el informe pericial preliminar efectuado por la Dra. Podrez Yaniz el 28 de mayo de 2014 (fs. 68/71). Allí concluyó a partir de los videos que el Sr. L. de la C. S. ingresa a la enfermería en mal estado general, hipertónico (aumento del tono muscular general), con sensorio alternante (estado que incluye momento de depresión neurológica y de excitación psicomotriz), taquipneico y con respiración superficial. Que la médica del local no realiza ninguna conducta de evaluación del paciente (ausencia de palpación, auscultación, control de pulso o tensión arterial), y no se observaron conductas frente a la observación del cuadro del paciente (asegurar la vía permeable, la ventilación y la estabilidad hemodinámica). Sólo indica compresión ocular durante 10 minutos 5 segundos, sumándose la incorporación de frío (con bolsa de hielo) en los últimos dos minutos, ambas maniobras vagas para disminuir la frecuencia cardíaca. Que a lo largo de todo ese tiempo atiende a otros pacientes que consultan en la enfermería. A los 10 minutos 5 segundos de su ingreso, ausculta por primera vez al paciente. A los 11 minutos 39 segundos del ingreso, comienza con maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) que no corresponden a ningún protocolo de actuación aceptado por la ciencia médica. Que esa situación se prolongó durante 13 minutos 16 segundos. A los 24 minutos 55 segundos del ingreso de S. se constata atención médica con RCP básica inicialmente y luego avanzada (con administración de drogas) según procedimientos habituales. Durante los 14 minutos de ese procedimiento el paciente siempre presentó asistolia (sin latidos cardíacos), y a los 46 minutos 59 segundos del ingreso del paciente se decide finalizar con el tratamiento por falta de respuesta. También obra glosado el informe médico pericial de parte efectuado por Podrez Yaniz el 28 de noviembre de 2014 (fs. 89/99). Allí se concluyó que de acuerdo a la observación de la videofilmación de la enfermería del local bailable, S. ingresa con signos patognomónicos de estado de shock. Independientemente de su etiología, ello implica la necesidad de inmediato diagnóstico y constante control por parte del médico presente por el alto riesgo de paro cardiorespiratorio. Dice que el paciente presentaba un deterioro progresivo y ostensible de sus funciones motoras y estado de conciencia sin que B. realice el mínimo control de parámetros vitales en tiempo y forma, centrando su atención en el socorro de otros concurrentes a la guardia con dolencias menores (sangrado nasal y aparente cefalea). Señaló que desde su ingreso y por más de once minutos S. es sometido a maniobras vagas que son inaceptables actualmente en la medicina por sus contraindicaciones, y fueron indicadas sin el diagnóstico preciso, en un ámbito no apto por no tener control electro cardíológico ni medicación de rescate. Que la gravedad de ello radica en que aún realizada en la oportunidad correcta, en el punto anatómico y ámbito asistencial recomendado, sólo se practica durante cinco segundos ya que al aumentar ese período de tiempo aumenta exponencialmente el riesgo de provocar paro cardiorespiratorio. Refiere que ante la presencia de un paro cardiorespiratorio, la reanimación básica debe hacerse bajo un protocolo estandarizado y con extrema rapidez, y la Dra. B. diagnostica este hecho fuera del ?tiempo de oro? y realiza maniobras erróneas, sin secuencias identificables y de manera ineficaz. Concluyó que la Dra. B.: 1) incurrió en una omisión del deber de médica colocando a S en una situación de desamparo y desatención por parte de quien justamente tenía la obligación de cuidarlo y el deber de actuar para intentar evitar su fallecimiento; y 2) tomó la decisión de aplicarle un tratamiento al paciente contrario a la ciencia médica que agrava su cuadro y/o puede provocar per se su deceso. d.5.- Brindó su testimonio también Ana Gloria Aramburu, médica y consultora de parte de la defensa, quien reconoció haber participado en un informe realizado en forma conjunta en el año 2016. Se le pidieron precisiones de características de MDMA en una persona que lo consume, e hizo una mención a las características de la droga y a su influencia en la conducta. También al modo en que se consume, para qué se utiliza y cuáles son las consecuencias que puede tener a nivel físico. Al ser consultada sobre si el caso se atendía en un centro asistencial adecuado podría haberse evitado el desenlace, respondió que no se podía asegurar eso, y que las maniobras de RCP básicas se podían realizar exitosamente en la vía pública. 8.- Asimismo, se cuenta con la pericia efectuada el 21 de octubre de 2016 por los Dres. Gabrielli, Martella, Peretti, Aramburu y Podrez Yaniz -con la

remisión de esta última a sus informes previamente presentados- (fs. 130/139). Allí se realiza un análisis detallado de los videos correspondientes a las cámaras obrantes en el lugar, que transcribiré en sus partes pertinentes, a fin de realizar un adecuado análisis de la información allí volcada por los galenos. Al analizar el DISCO 1. VIDEO TS. 2012/02/27 - 04:36:29. ENTRADA, indicaron que ?Se observa un joven masculino en aparente estado de extrema flacidez e incapacidad para deambular, siendo cargado por dos personas de sexo masculino?. En el examen del DISCO 2. VIDEO L20120227 - 041354 - ENFERMERÍA, hicieron las siguientes referencias (entre otras): ?23:17. Ingresan dos masculinos con paciente vistos en Disco 1; 23:23. Paciente es colocado en camilla; 23:30. Paciente tendido sobre camilla con ambos miembros superiores en extensión y miembros inferiores extendidos en camilla; 23:38. Médica de espaldas paciente abriendo maletín. 23:41. Paciente súbitamente se sienta en camilla, siendo contenido por dos individuos; 23:48. Paciente yace en camilla inmóvil con cabeza fija al cenit; 23:56. Médica colocándose guantes; 24:12. Médica se acerca al paciente y procede a la compresión de ambos globos oculares; 24:58. Queda realizando compresión ocular una mujer y sujetando al paciente inmóvil un masculino.; 25:21. Paciente moviliza ambas manos sobre abdomen; 25:30 Se observa médica asistiendo al individuo con herida de mano y rostro; 25:44. Paciente levanta su cabeza, siendo contenido por una mujer.; 25:50 Se puede observar que el paciente expande su tórax y moviliza cabeza y miembros superiores; 26:06. Paciente que se moviliza sobre camilla con miembros inferiores en flexión, siendo contenido por dos individuos; 26:47 Paciente con movimientos en miembros superiores e inferiores, siendo sujetado por tres personas. Mo se observa médica en pantalla; 27:03 Igual situación; 27:07 Igual situación; 27:17 Reaparece médica en pantalla; 27:23. Médica desaparece de pantalla; el paciente es tendido sobre el piso por cuatro personas; 27:29. Paciente inmóvil con miembros inferiores extendidos y con ligera lateralización a la izquierda de la cabeza; 27:41. Se observa sobre el margen inferior de la pantalla cabellera rubia de la médica asistiendo otro individuo herido; 27:50. Paciente sobre el piso con nuevos movimientos de ambos miembros, contención por terceros; 27:58 Reaparece médica en pantalla; 28:05. Médica observa al paciente desde la cabecera del mismo, continuando contenido por cuatro individuos; 28:25. Médica continúa observando; 28:39. Médica se moviliza hacia mesada.; 28:45 Médica continúa observando paciente; 29:00. Paciente contenido por cuatro personas; 29:23 Médica se inclina a la cabecera del paciente que continúa inmóvil; 29:53. Paciente inmóvil: 30:10 Se observa a la médica que realiza cacheteo mejilla izquierda en paciente?. En relación a las medidas de compresión ocular, se indicó que ?son consideradas como inadecuadas y fuera de todo contexto médico asistencial?. Del DISCO 2. VIDEO L 20120227-044354 - ENFERMERÍA advirtieron lo siguiente: ?00:24. La médica a la cabecera del paciente dirigiéndose a un tercero; 00:35. Médica sale de pantalla; 01:04. Reaparece médica en pantalla; 01:08. Médica asiste a la última persona ingresada en la enfermería. Paciente inmóvil y contenido por cuatro individuos; 02:41. Médica se inclina a la cabecera del paciente en el suelo; 02:54. Los individuos que contenían al paciente se alejan del mismo; 03:00. Médica toma un estetoscopio; 03:10. Médica sobre lado izquierdo del paciente que continúa inmóvil; 03:55. Paciente inmóvil con miembros superiores e inferiores extendidos; 04:05 Paciente es trasladado a la camilla nuevamente; 04:44. La posición que adopta la médica sugiere maniobras de respiración boca a boca; 04:55. Médica se dirige a la mesada; 05:12. Médica nuevamente en la cabecera del paciente que yace inmóvil; 05:21. Médica inicia compresión del tórax. (No hay sistemática de reanimación cardiopulmonar - RCP básica); 05:33 Médica con nuevas compresiones del tórax; 05:44 Médica suspende compresión, tomando pulso radial derecho; 05:53. Médica reanuda compresiones torácicas; 06:04. Médica reanuda compresiones torácicas; 06.:13. Personal femenino a la cabecera del paciente realiza respiración boca a boca; 06:29. Médica reanuda compresiones torácicas; 06:43 Se retira la mujer de la cabecera del paciente, suspendidas las compresiones del tórax.; 06:53. Se reanudan compresiones de tórax; 07:02. Mujer realiza respiración boca a boca; 07:33. Respiración boca a boca; 07:43. Se reanudan compresiones torácicas; 07:56. Continúa paciente en estado de inconciencia; 08:20. Médica reanuda compresiones del tórax; 08:58. Ingreso de personal policial - PFA. SE continúan compresiones del tórax; 09:16. Ingresa otro personal policial; 09:18 Continúan maniobras de reanimación básica sin sistémica; 10:42. se suspende compresión del tórax, respiración boca a boca; 11:13 Nuevo ingreso de personal policial; 11:18 Ingresa un masculino acarreado un tubo de oxígeno que lo deposita a los pies de la camilla; 13:00 Se traslada tubo de oxígeno a la cabecera de la camilla; 14:38. Continúan maniobras de reanimación básica sin sistémica.; 15:05. Ingresa nuevo personal policial; 17:08 Total de 4 policías en enfermería en actitud observadora; 17:17. Ingreso personal de un servicio privado de emergencias médicas? (médico con ambo blanco y auxiliar con ambo celeste); 17:28 Maniobras de reanimación suspendidas; 17:42. Paciente inconsciente en camilla; 18:00. Médico de ambo blanco reanuda RCP básica con sistémica; la médica colocada a la cabecera del paciente. Es de sugerir que el médico coordina la reanimación. 19:10. Ingresa auxiliar con un monitor/cardiodesfibrilador, que es depositado sobre una estructura a los pies de la camilla a fin de permitir la observación del ritmo cardíaco del paciente; 19:59. Médico apoya paletas sobre tórax; 20:09. Se reanuda RCP básica; 20:20. Nuevamente ingresa el auxiliar trayendo un maletín; 20:36 Auxiliar preparando tubo de oxígeno de traslado.; 21:02 Auxiliar entrega ambú y máscara a la médica; 21:47 Ingresa personal del SAME. Médico y chofer.; 22:20 continúa RCP, con rotación de personal. Paciente bajo control del servicio de emergencias y del SAME (...)?. Allí se consignó también que ?recién a

los 03:00 minutos la Dra. B. toma un estetoscopio y, a los 05:21 minutos transcurrido la misma comienza a realizar compresiones torácicas. De esta manera puede apreciarse que luego de 12 minutos desde su ingreso y 5 minutos de sospecha de inconciencia, se comenzaron a realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar básicas (RCP). Interesa puntualizar, que surge de la valoración de los videos en autos que dichas maniobras de RCP básica, nunca se realizaron con la debida sistemática de acuerdo a la metodología recomendada por los consensos internacionales y nacionales?. También que ¿no se observó en ninguna secuencia durante la RCP básica, que los profesionales actuaciones (servicio de emergencia y SAME) hayan practicado descargas eléctricas con el DEA, ante un eventual ritmo por fibrilación ventricular/taquicardia ventricular sin pulso (ritmo potencialmente reversible y recuperable por un DEA) todo lo cual hace suponer que la víctima se encontraba ya en asistolia ventricular o en actividad eléctrica sin pulso (ambas situaciones se consideran paro cardíaco, pero no reversibles por DEA)?. En relación a los efectos del éxtasis (MDMA), indicaron que ¿la clínica de intoxicación grave comienza a partir de los 30 mg, a los 30-60 minutos de la ingestión y suele durar unas 6 horas. Entre los síntomas sistémicos se citan: palidez o enrojecimiento de la piel, cefalea, escalofríos, hiperactividad, hipertermia acompañada de gran sudoración, palpitations, taquicardia, taquipnea, hipertensión midriasis con reflejo fotomotor conservado y visión borrosa, puede haber pérdida de consciencia, crisis convulsivas y muerte?, y que el tratamiento ¿es similar al de intoxicación con cocaína (...). No existen antagonistas específicos, por lo que el tratamiento de la intoxicación será sintomático intentando regular la hiperestimulación simpática. Se basa en los siguientes puntos: 1º. Mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea; 2º. Utilizar si es preciso RCP; 3º. Traslado urgente a centro hospitalario en caso grave; 4º Si está consciente y no han transcurrido 6 horas de la ingestión oral: lavado gástrico o provocación de vómito, seguido de carbón activado y forzar diuresis. Observación 12-24 horas; 5ª. Tratar agresivamente la hipertermia, la agitación y las convulsiones?. En función de todo ello, concluyeron que ¿en virtud de que los hallazgos toxicológicos de la autopsia, demostraron de manera cualitativa trazos de metilendioximetanfetamina (...) configurando un cuadro de intoxicación aguda por MDMA o éxtasis en la víctima,; se considera que de haber mediado una adecuada observación continua e ininterrumpida de la víctima, es decir de un accionar médico (omissivo) con algún grado de sospecha por patología más grave en curso, además de una correcta RCP básica, la víctima podría haber tenido mayores probabilidades o chances de sobrevivida?.

9.- También se cuenta con los DVD's que contienen los videos de las cámaras de seguridad y de la enfermería, aportados por G. H. L., apoderado de ¿Diversiones Star S.A.?, quien acreditó tal calidad con copia del poder otorgado el 19/03/2010 por los socios de aquella sociedad (sobre obrante a fs. 7, copia de poder a fs. 8/10 y escritos obrantes a fs 11 y 28). Los videos de la enfermería fueron presentados el día 2 de marzo de 2012 ante la Fiscalía Nacional en lo Criminal de Instrucción n° 12 (fs. 11), y el video correspondiente a la cámara de seguridad de la entrada del local el día 25 de abril de 2012 ante la misma dependencia (fs. 28). Ahora bien, en cuanto a la valoración de estos videos -cuestionada por la defensa- debo decir que, sin perjuicio de que los mismos fueron aportados a la causa por la empresa ¿Diversiones Star S.A.?, y fueron descargados sin control de funcionarios judiciales o policiales, lo cierto es que ello no basta para descartar su valor probatorio, como lo pretende la parte. Nótese que el Dr. Mischanchuk ha indicado que ¿no se podía contar? con esta prueba por aquella circunstancia. No obstante, omitió indicar específica y concretamente en que hechos concretos se basaba su crítica y como podría haber incidido ello en el análisis de la conducta imputada a su defendida. Véase en este sentido, que el letrado defensor, ha cuestionado desde el mismo momento en que formulara su alegato de apertura, que la investigación y el presente debate tuviera como única imputada a la Sra.B.. Alegó en ese entonces, que le parecía inaceptable que no estuvieran sentados en el banquillo de los acusados los dueños del lugar. Pareciera ser, entonces, que la crítica de la supuesta edición de los videos se encuentra dirigida en esa dirección. Ha señalado, asimismo, que le resultaba llamativo que faltaran los videos de otras cámaras que se encuentran en el lugar. Ahora bien, a esta altura, corresponde señalar lo que resulta ser casi una obviedad; ¿los videos de la totalidad de las cámaras del lugar debieron haber sido secuestrados o al menos, su descargar, debió haber sido contralada por funcionarios judiciales y/o policiales? Por supuesto que sí. De ese modo, se habría podido observar el cuadro de situación de manera completa. No obstante ello, entiendo que esa circunstancia de modo alguno le quita valor probatorio a los videos aportados. En este sentido, debo inicialmente señalar que la falta de los restantes videos de las demás cámaras de los distintos lugares del local bailable, en modo alguno tiene algún tipo de incidencia en la conducta juzgada. Si en verdad, y tal como deja entrever el letrado de la defensa, el comercio omitió intencionadamente aportar aquellos videos en los que se podría visualizar que es lo que en verdad sucedió en la planta baja del lugar, o si ellos no fueron aportados para evitar la atribución de responsabilidad a otras personas, no lo sé ni me consta. De lo que no tengo dudas es que los videos aportados, que filman la sala de emergencias en donde se encontraba B. y el joven S., no presentan ningún tipo de anomalía que ameriten su descarte probatorio. Al menos de su reproducción a lo largo del debate, no encuentro indicio alguno que me hicieran sospechar su edición; no hay saltos de imagen (más que el correspondiente al pase de un archivo al otro y que resulta lógico que así sea), no visualice cortes parciales ni continuidad de imágenes que resultaran incongruentes entre sí. Por otra parte, debo preguntarme; si los videos (a entender de la defensa) fueron editados maliciosamente para desligarse de toda responsabilidad y por

ende endilgársela a la Sra.B. , ¿porque no propuso en su momento la realización de una pericia sobre los mismos?, ¿o porque no postuló su nulidad? Por el contrario, esa parte ofreció en la correspondiente audiencia de admisibilidad de la prueba el mencionado soporte digital (cfr. inc. G, putno 11 de fs. 37 de este legajo de juicio). Pero aún más, si justamente el aporte de ¿videos editados? pretendía ocultar alguna otra situación que pudiera mejorar la actuación de la imputada B., como pudiera ser por ejemplo alguna imagen de ella utilizando un celular para llamar inmediatamente al SAME, o escenas en las que se lo veía activamente revisando al paciente y adoptando medidas en consecuencia, ¿Por qué entonces la Sra. B. no contó esa parte de la historia que -supuestamente- nos fue negada? Contrariamente, la encausada declaró al momento del debate y nada de eso hizo saber. Es más, la Sra. B. pidió que a su declaración se le acompañara la reproducción del video para poder ir relatando como fueron acaeciendo los hechos. En ese entonces, la Sra. B. no hizo ninguna observación a la falta de tal o cual evento que no se encontrara en ese archivo de video. En este escenario, entiendo que no se debe prescindir de la valoración de esa prueba, que insisto salvo en el alegato de clausura, la defensa no ha cuestionado. A mayor abundamiento, debe tenerse en cuenta que la orden de la Fiscalía al momento de que la preventora Almirón hiciera la conducta respectiva, fue ¿que el encargado del lugar indique si hay cámaras y que aporten las filmaciones de las mismas? (fs. 1), por lo cual, sin perjuicio que pueda no compartirse la decisión del representante del Ministerio Público Fiscal de la Nación, lo cierto es que los videos han sido incorporados sin vicio legal que pueda conllevar su descarte del cúmulo de pruebas a valorar para la resolución del caso. De este modo, resulta claro que lo pretendido por la defensa es una exclusión procesal que no se ha fundamentado en ilícito ni vicio legal alguno, sino únicamente en consideraciones genéricas dirigidas a mejorar la situación procesal de la Dra. B.. Por lo expuesto, el cuestionamiento no puede tener favorable acogida, y las grabaciones aportadas mantienen su pleno valor probatorio. 10.- Asimismo, se cuenta con la prueba documental aportada en autos. a.- Se cuenta con la pericia realizada por las Claudia Petinari y Silvana García Bartulovic, y el informe de análisis de cromatografía gaseosa/espectrometría de masas, realizado por Adriana Balzano, pertenecientes a la División Laboratorio Químico (fs. 21 y 22). El material a peritar era un tubo de plástico blanco con tapa a rosca, conteniendo una sustancia pulerunta de color rosa pálido, y se concluyó que de la muestra retenida se comprobó la presencia de MDMA (Metilendioxi metanfetamina; n.v. éxtasis), derivado anfetamínico alucinógeno. b.- Obra agregado al legajo de prueba la pericia suscripta por Mario Raúl García, del Laboratorio de Toxicología y Química Legal (fs. 34/39). Dicho informe pericial tuvo por objeto establecer si existían elementos o compuestos de interés toxicológico en el material de peritación extraído del cadáver de quien en vida fuese L. de la C. S. en la autopsia 525-12. Allí se concluyó que en sangre, orina y vísceras se encontró metilendioxi metanfetamina en trazas no cuantificables. También que en orina y vísceras se encontró cafeína en trazas no cuantificables (no tóxicas ni letales) y cafeína en los cabellos. c.- También se ha aportado la copia certificada de la partida de defunción de quien fuese en vida L. de la C. S., remitida por la Dirección General del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, donde se da cuenta que la muerte del nombrado ocurrió el 27 de febrero de 2012 a las 05.25 horas (fs. 26/26 bis). d.- Asimismo, se cuenta con las copias certificadas del libro de guardia, copias del libro de novedades de personal de seguridad y listado de personal, aportados por el apoderado de ¿Diversiones Star SA? G. H. L. (contenidas en once fojas dentro del sobre obrante a fs. 27, y escrito de fs. 28). Del primero surgen diversas notas sobre pacientes atendidos el día 27 de febrero de 2012, atendidas por la Dra. B., de las cuales se desprenden (más allá de lo ilegible de la letra) algunos datos importantes respecto a lo sucedido en la fecha del deceso, instantes previos al ingreso de S.. Del folio 186 surge que a las 1:35 hs. se atendió a una persona de DNI ..., a quien ¿se le tomó la TA 120/60?. Del folio 187 se desprende que a las 1:55 a una persona cuyo DNI es el n° ... ¿se le tomó la TA 120/60?; a las 2:26 se atendió a una persona de DNI ..., ¿se le tomó TA 120/60?, y luego a las a otra persona DNI ... ¿se le tomó TA 110/60?. En el folio 188 surge que a las 3.20 hs ¿se le tomó la TA 140/70? a la titular del DNI ...; a las 3.30 hs a la titular del DNI ... ¿se le tomó la TA 100/50?. A las 4:40 hs (corregido el horario a 4:45 hs) según el libro se produce el ingreso de S., pero llamativamente al nombrado no se le realiza ningún tipo operación para medir su tensión arterial o de otros signos vitales, pese a la gravedad de su situación, punto sobre el que volveré más adelante. e.- También se cuenta con el informe de International Health Services Argentina, como así también el ¿detalle del incidente? y la ¿ficha prehospitatoria? de la atención brindada (fs. 62, 63 y 64/65 respectivamente). Del primero surge que un masculino NN fue atendido el 27/02/12 por el Dr. Carlos Ruiz Morla. Por otra parte, del detalle de incidente n° ..., surge que el servicio se solicitó a las 4:50 horas y arribó al lugar a las 05:01 hs, es decir con 11 minutos de demora. Que fue solicitado desde el teléfono ..., sito en Adolfo Alsina 940 de esta ciudad, y se requirió la empresa Emergencias Médicas S.A., por parte del cliente Dance Electronics S.A. Allí se consignó que se solicitó como código ¿ROJO?, y que el problema era ¿dificultad para respirar, PACIENTE CONSCIENTE, EXISTEN OTROS SÍNTOMAS, cianosis (coloración azulada en labios o aextremidades)?. También que el paciente fallece post arribo, y el diagnóstico ¿PCR NO REVERTIDO?. También en las observaciones cronológicas se indicó ¿Zona en rojo... ¿paciente inconciente, le están realizando rcp*-*-pac convulsiones, morado (...) intervino policía Almirón Flavia?. Por último, en la ficha prehospitatoria n° ..., efectuada el 27/02/2012 en Adolfo Alsina 940,

se indicó en el acápite ?motivo de consulta?: ?PCR?. En el acápite ?Electrocardiograma? también se consignó ?PCR?. Asimismo se encuentra marcado en la opción ?desenlace?: ?Fallecido antes de llegada del equipo de emergencia?, y como ?diagnóstico presuntivo?: ?PCR?. De lo expuesto surge claramente que, pese a que en el informe se haya consignado que el paciente estaba ?consciente?, lo cierto es que todos los demás elementos incluídos en el informe dan cuenta de la gravedad del cuadro que sufría, y no puede pasarse por alto que la asistencia se solicitó bajo el código rojo, que es el correspondiente a las personas con un paro cardiorrespiratorio. Todo esto, da cuenta que la aseveración de que el paciente se encontraba ?consciente? ha correspondido a un error ya sea de la persona que solicitó la ambulancia o en la transcripción del pedido, pues de ningún modo puede aseverarse que en tales circunstancias efectivamente S. estuviese consciente, sobre todo si se tiene en cuenta la opinión de los galenos consultados al respecto (que analizaré infra). f.- Por otra parte, obra agregado el informe remitido por el Director General del Sistema de Atención Médica de Emergencias (SAME) (fs. 66/67). Allí se informó que, compulsada la documentación respectiva, surge que el día 27 de febrero de 2012 se recibió un pedido de auxilio médico para Alsina 940 Boliche, solicitado desde el teléfono ... a las 4:50 horas. Que en el motivo de la solicitud era ?L (Convulsiones)?; Categoría ?Código Rojo? (Emergencia)?. Que el móvil comisionado arribó al lugar a las 5.02 horas, y el auxilio médico finalizó a las 05:29 horas sin traslado del paciente L. de la C. S., habiendo sido asistido por el Dr. Pacheco. En cuanto al diagnóstico presuntivo, se informó ?Código 19 (Obito hizo RCP por consumo de droga?. En el campo observaciones se indicó ?En el lugar Móvil de Emergencias, Subinspector Almirón LP 7 Com. 4º?. g.- Asimismo, obra el informe socioambiental efectuado por Magdalena Budano Roig en el marco de la causa 8543/2012 del Juzgado Nacional en lo Criminal de Instrucción nº 16 (fs. 118/120). Allí se indica que B. habría realizado la carrera de medicina en la Universidad de Barceló con especialización en psiquiatría, y un post grado en medicina legal en la misma universidad. Que aproximadamente a los 25 años de edad comenzó a trabajar en el Hospital Militar Central ejerciendo su profesión hasta ese momento allí. h.- Se cuenta también con el informe socioambiental efectuado por Saúl Fabián Gaitán (fs. 11 del legajo de personalidad de la Dra. B.). Allí se consigna que la nombrada es médica psiquiatra del Hospital Militar hace 28 años, y desde el año 2009 hasta 2015 realizó guardias de emergencia en el Palacio Alsina. i.- También se cuenta con la Nota nº NO-2015-06302649-DGHP de la Dirección General de la Dirección General de Habilitaciones y Permisos (fs. 100/105). De la misma surge que el local sito en Adolfo Alsina 938/944 de esta ciudad, se encuentra habilitado como local de baile ?clase c?, con una superficie habilitada de 1498 m2, y capacidad para 1086 personas. Se indicó que la Resolución Nº 2/GCBA/SSCC/05 en su artículo 5º reglamentó el inciso 1 del artículo 5º del DNU nº 1/05, ?los locales que posean una capacidad habilitada superior a mil (1000) personas (como es el caso del local que fira con nombre de fantasía ?Big One?) deberán contar con una guardia permanente efectuada por un médico, que deberá poseer experiencia mínima de dos (2) años en servicios de emergencias?. También declararon durante el debate los testigos G. H. L. e I. A. G., cuyas declaraciones desde ya adelanto que descartaré, pues carecen de toda credibilidad para esclarecer el hecho que he tenido por acreditado. Arribo a tal conclusión, pues sus declaraciones durante la presente investigación han sido contradictorias e incluso rebatidas por lo que surge de los videos de la cámaras del lugar. Esta última situación incluso motivó que se formara la causa nº 8543/2012 del Juzgado Nacional en lo Criminal de Instrucción nº 16, por el delito de falso testimonio (fs. 72/74 y 75/77 respectivamente). En estas actuaciones, L. indicó inicialmente que la Dra. B. asistía a S. con un desfibrilador, previo a que se tomara contacto con el personal policial y a que llegaran los servicios de emergencias, lo cual luego se demostró resultaba falso. Asimismo, durante la audiencia de juicio dio versiones contradictorias en relación a quién habría llamado al SAME, pues inicialmente indicó haberlo hecho él, pero luego refirió que lo hizo D. L. Teniendo en cuenta éstas son cuestiones centrales para la resolución del caso, me persuaden de que sus declaraciones carecen de credibilidad a fin de arribar al esclarecimiento de lo realmente acontecido. Por otra parte, el testigo G. indicó en el marco de aquella causa ?no recuerdo quién llamó a la ambulancia, pero sé que no llamaron apenas llegó el muchacho sino a los diez o quince minutos?. Pese a ello, durante el debate señaló que ?apenas lo bajaron al muchacho, no lo podían retener, En el estado en que estaban, cuando lo vieron, enseguida se pidió la ambulancia?, todo lo cual da cuenta que su testimonio nuevamente ha sido contradictorio, y en consecuencia no puede considerarse veraz. Tales circunstancias analizadas en su conjunto me persuaden de que sus testimonios no resultan creíbles, por lo cual prescindiré de los mismos. Ahora bien, ante el panorama probatorio reseñado corresponden esclarecer algunos extremos que entiendo resultan de fundamental importancia para emitir seriamente mi voto. En primer lugar debemos identificar en qué estado (psicofísico) ingresa el joven L. S. a la enfermería para ser asistido por quien se encontraba a cargo del lugar como médica, la Dra. L. C. B.. La imputada en ocasión de hacer uso de su derecho constitucional de declarar en la audiencia de juicio dijo que S. ingresa gritando, y por lo que decía; ?la gente se reía?, esto es, estaría ?consciente?. Refirió que estaba reactivo que tenía un Glasgow 12/15, que entró gritando y se movía espontáneamente. Ahora bien no puedo soslayar que no es esta la única versión que nos brindara la Sra. B. sobre este punto. Nótese que en ocasión de prestar declaración indagatoria en la causa nº 8543/2012 del Juzgado Nacional en lo Criminal de Instrucción nº 16, del día 20 de noviembre de 2014 (fs. 78/81) indicó. ?... La evaluación que

yo hago del estado y los signos del paciente es a través de la escala de Glasgow, que consiste en evaluar los signos que tiene el paciente que son respuesta ocular, motora y verbal, eso es lo que evalúa la escala, eso uno ya lo tiene incorporada apenas vemos a un paciente (...) una persona en condiciones normales tiene una escala de quince en quince, 15/15, en este caso evalué que el paciente tenía 3/15, porque no hablaba, tenía ojos de muñeca, no tenía respuesta motora sino sólo refleja, en el video se ve cómo al apoyarlo en la camilla él se incorpora pero de manera refleja (...)? Con posterioridad el 13 de julio de 2015, presta nuevamente declaración indagatoria ante el mismo Juzgado de Instrucción (fs. 113/116). Donde dice ?apenas tomé contacto con S. advertí la urgencia del caso?. Lo propio sostiene en su descargo por escrito ante la Fiscalía en lo Penal, Contravencional y de Faltas n° 17 (fs. 124/126 y fs. 127/128) en ocasión de celebrarse la audiencia del art. 161 del CPPCABA. Al ser interrogada en la audiencia de juicio respecto de tales diferencias, la imputada refirió que en sus anteriores declaraciones no había visto los videos. La excusa alegada es desvirtuada con una simple lectura de las piezas procesales en cuestión, las cuales no resulta sobreabundante poner de resalto que fueron ofrecidas como prueba para el juicio por la defensa de la imputada. Ahora bien, en cada una de las ocasiones anteriores en que la Sra. B. declaró se dejó constancia de la exhibición de los videos. Aún más, la imputada en sus declaraciones alude distintos momentos de los videos, individualizándolos con los minutos, por lo que mal puede argumentar en esta ocasión un supuesto desconocimiento de tales probanzas. Todo ello me autoriza a concluir que la imputada fue mendaz en cuanto a este punto. Resultan ilustrativas al respecto sus menciones de fs. 80: ?el lugar que se ve en el video no es siquiera una enfermería? (...) a veces ese mismo lugar que se ve en el video lo utilizan como depósito?, y de fs. fs. 127 vta. ?ya que confrontados los videos, atento que no poseía los conocimientos de resucitación (...) confrontados la video filmación con los informes del servicio de Emergencias S.A. (...)?. Todo ello da cuenta que la imputada ha faltado a la verdad en sus declaraciones para mejorar su situación procesal, lo cual surge no sólo del cotejo de los testimonios, sino también del análisis de los mismos con el resto de las probanzas obrantes en autos. En función de ello, cabe concluir que tales declaraciones carecen de todo sustento para desvirtuar la acusación dirigida en contra de B., por lo cual no cabe tenerlas en consideración a ningún efecto. Por ende, a fin de despejar el punto bajo tratamiento debemos recurrir a los dictámenes de los expertos convocados al juicio, quienes luego de ver detenidamente los videos así se expidieron: a) La Dra. Cristina Angélica Bustos, perito médica de la Morgue judicial, quien luego de describir lo que médicamente se llama shock como un ?cuadro de claudicación de todos los órganos, caracterizado por fallo cardíaco, alteración y fallo a nivel respiratorio y sensorio? y serle preguntado por el Fiscal si ?una persona con problemas respiratorios, con aparente pérdida de conocimiento, inmóvil, con los ojos entrecerrados, cabeza y miembros con hiperextensión, manos con presión palmar, puños cerrados, convulsiones?, podría ser considerado como un cuadro clínico de shock, la nombrada dijo que ?podría ser? y que no necesariamente era toxico, por eso lo primero que había que hacer era estabilizarlo y estudiar el porqué. b) La Dra. Flavia Alejandra Vidal del Cuerpo Médico Forense del PJN, toxicóloga, luego de exhibírsele los videos refirió que: ?ve ingresar al paciente con deterioro del sensorio, que le está pasando algo hemodinámico.. Que ello implica que puede estar obnubilado, perdido, en coma, excitación psicomotriz, toda la gama de algún problema neurológico en el sistema nervioso central, repercutiendo en lo físico... Inestabilidad hemodinámica, es cuando un paciente está hipotenso o sea su corazón no responde de una manera adecuada, para mantener los signos vitales mínimos, la frecuencia cardíaca, la presión. Puede llegar a hipotermia, y se lo puede relacionar con el consumo de alguna sustancia. Cuando hay un deterioro hemodinámico el paciente necesita una asistencia rápida porque cardiovascularmente puede tener un shock hemodinámico. Se puede o parar el corazón, o puede ser secundario a una arritmia, insuficiencia cardíaca, o edema de pulmón. Hay algo que bombea para que las presiones de los vasos se mantengan estables. Eso está descompensado. No se sabe la causa, está descompensado?. c) El Dr. Eduardo Gabriel Martella, integrante del Cuerpo Médico Forense del PJCABA, sostuvo que ?hay un compromiso neurológico, que los signos están marcando que hay un deterioro del sensorio y por sus características es un paciente crítico, prioritario.? d) A su turno el Dr. Omar Angel Gabrielli, integrante del Cuerpo Médico Forense del PJCABA dijo que ?tenemos a un individuo que ingresa en estado de flacidez, en estado de semiconciencia? e) La Dra. Laura Peretti, medica forense del MPF, sostuvo que: ?cualquier persona hubiera identificado que el paciente estaba en situación grave, que se desmayaba en cualquier momento, podía hacer un síncope, que se encontraba en falla hemodinámica. Aún sin haberlo tocado. Se lo veía pálido y sudoroso. Con trastornos de conciencia y del equilibrio de acuerdo a las imágenes...vino muy mal. Después de ese episodio de excitación psicomotriz, se agrava. Cuando lo ponen en el suelo, tal vez hizo convulsión, ya sea por MDMA o por asfixia. El cerebro necesita azúcar y oxígeno. Ahí cambió el estado en el piso. Después de la convulsión viene periodo de coma. Podría haber sido que termina de fallecer cuando lo ponen de nuevo en la camilla. Ahí cambia la cara, está más angulada, terrosa, está peor?. f) La Dra. María Silvina Podrez Yaniz, médica y consultora de parte de la querella, sostuvo que: ?el joven ingresa sin poder deambular, con estado neurológico del sensorio alterado. Con sensorio deprimido, pálido, sudoroso. Se observa respiración superficial. Que era un cuadro a simple observación de estado de shock, quiere decir que hay demostraciones físicas observables de sufrimiento celular. Añadió que un paciente en ese estado tiene riesgo de paro cardíaco, riesgo

de vida.? Es decir todos los expertos calificaron cuanto menos como critico el estado del paciente. En segundo lugar encontrándose acreditado que el cuadro que presentaba el joven S. era crítico, corresponde preguntarnos ¿Cuál era la conducta debida del médico a cargo del lugar? La Dra. Bustos sostuvo que: ?El médico debe actuar dentro de lo que es el ABC. Procurar una vía área permeable, tratar de estabilizar al paciente colocando una vía, ver hasta dónde es el shock, determinar que tenga frecuencia cardíaca, auscultarlo (maniobra básica), o tomarle el pulso; ver cómo están los reflejos,...?. Añadió que: ?las maniobras de reanimación cardiopulmonar son maniobras básicas y avanzadas. Las básicas son las que se hacen a nivel pre hospitalario y deben hacerse recomendablemente dentro de los 8 minutos. Y las avanzadas, se hacen a nivel hospitalario, con intubación, con cardioversión, se hace dentro de los 4 o 5 minutos. Entran a jugar todos los fenómenos de hipoxia. No está establecido hasta cuándo se puede hacer reanimación, porque uno lo masajea y espera. Hay quien masajea una hora o dos, pero deben tenerse en cuenta los fenómenos de hipoxia que se van produciendo paulatinamente porque ese paciente puede salir con un ritmo cardíaco y puede quedar con cuadro neurológico irreversible. A medida que pasa el tiempo, los minutos son muy importantes para la RCP básica. Después en el hospital, seguirán con las maniobras avanzadas. Que no hay que tener especialidad para hacer RCP, que hasta un bombero las hace.? Por su parte la Dra. Vidal dijo que ?Lo primero que debe hacer un profesional para advertir algo es revisar al paciente. Por lo menos los signos vitales, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, observarle las pupilas, si esta lúcido o no, si esta excitado, cuál es su temperatura, vía área permeable. Cuando hay un deterioro hemodinámico el paciente necesita asistencia rápida porque cardiovascularmente puede tener un shock hemodinámico, se puede parar el corazón, o puede ser secundario a una arritmia, insuficiencia cardíaca o edema de pulmón.. Se supone que si hace todo eso, tiene que estar con el paciente. Que los estados se clasifican en verde, amarillo, rojo y negro, y claramente S. era rojo. Era una emergencia, debía actuar ya, y si es grave o urgente se tiene que llamar al SAME....Debe comenzarse cuando el paciente no tiene pulso, tiene un paro. Si tiene pulso irregular, hoy en día se trata de que haya en todos lados un desfibrilador DEA, monitorea al paciente y ve en qué estado está. Si está en paro. Si no tiene nada, tomando la frecuencia cardíaca ve si tiene pulso o no, en cualquier lugar. Generalmente se trata de encontrar el pulso, se lo busca radial, femoral, o carótida. Si tiene estetoscopio, ausculta primero, después busca. Ve si hay ingreso de aire en el pulmón. Son sucesos muy rápidos. ...para hacer este tipo practicas no hace falta ser emergentólogo, lo puede hacer cualquier médico. Para iniciar las compresiones solo se necesitan las manos, o se demora la reanimación. Añadió que debe dársele oxígeno también... Desde el ingreso debió llamar a la ambulancia, en ese momento tendría que haber ido a un hospital...?. Asimismo el Dr. Martella dijo que: ?Hay que determinar primero el ABC. Qué presión tiene, qué pulso tiene, qué frecuencia cardíaca tiene. Cómo está respirando, y si responde a órdenes simples, es un punto para establecer una escala que se llama Glasgow. Una escala en la que se sabe si está en condiciones de estar sin asistencia, o si debe ser asistido. O sostenido, porque sus condiciones vitales están en riesgo de caducar frente al problema que puede estar teniendo. Probablemente, podría ser toxicológico, como después lo muestra el informe forense. Que más allá de la presunción o lo subjetivo, en un área de estas características, más o menos es de público conocimiento y notorio que existe cierta relación con uso de determinado tipo de sustancias, la presunción es clara frente a la situación. Lo primero que hay que hacer es maniobras de mantenimiento que conlleven a sostener la vida y hacer un diagnóstico. Hubiera resultado útil tomar presión, tener un monitor, tomar pulso, ver las pupilas, reacción, tomar reflejos calificar estado neurológico, presumir si había cuestión toxica, si era oral que había que removerla etc...Y si supone que está intoxicado tiene que poner sonda nasogástrica, hacer un lavado gástrico, y llamar a alguien de mayor soporte. Que debe pedirse ayuda cuando no puede superarse la situación. También se expide respecto de la técnica de recuperación cardiopulmonar, RCP cuando debe comenzarse?. La Dra.Peretti manifestó que: ?Se requiere una conducta activa del profesional, esto es examen clínico para llegar a un diagnóstico y por ende tratamiento. Determinar la escala de Glasgow que es un score que utilizan para saber si hay una lesión cerebral aguda. Le va a decir el grado de conciencia que tiene ese paciente. Se ven las respuestas de la parte motriz, verbal y ocular. La parte motriz tiene un máximo de 6 y un mínimo de 1, que es cuando no tiene respuesta. La máxima sería cuando mueve espontáneamente. En la parte verbal, cuando está orientado tiene un 4, y un 1 es cuando no tiene respuesta. En la parte ocular, cuando abre los ojos espontáneamente tiene un 5, cuando no los abre, tengo un 1, 15 sobre 15 la persona está bárbara. Neurológicamente por este signo no tengo nada. No se apura en pedir resonancia. Pero si tengo 1+1+1, o sea, 3 en 15 está muerto. Es para trasplante cerebral. Con 8 es muy delicado el pronóstico. Con 4 ya es ominoso. Debe realizarse lo que llaman el ABC, mantener vía aérea permeable, respiración, y estado hemodinámico, con pulso y presión. Si ve que está mal, deja todo, lo pone en la camilla y lo ausculta, toma el pulso. Se fija en la vía aérea. Tal vez como no tenía conciencia, estaba obnubilado, puede haber tenido vómitos. Debí haber visto la parte aérea, lo hubiera acostado y puesto en ligera hiperextensión de columna, para facilitar si tenía que hacer respiración, y controles físicos. Y en seguida llamar al SAME. Tomarle la presión. Preguntarle cómo se llama. Algo mínimo. Determinar si tenía trastornos. Eso lo hace con las manos y los ojos, con tensiómetro y estetoscopio?. Por su parte la Dra. Podrez Yaniz expresó que: ?.desde el momento del ingreso, con un paciente en ese estado de shock tiene riesgo de paro cardíaco, riesgo de vida. Lo primero es reconocer el estado a simple vista,

observando video se llega al diagnóstico por lo menos de gravedad. El segundo punto es llamar a emergencias inmediatamente. Es el inicio de una sistemática de un paciente en alto riesgo de paro. Hay que constatar los signos vitales, con auscultación cardiaca, observación de la respiración, pulsos. Si tiene tensiómetro, la tensión arterial, observación de pupilas, respuesta neurológica. Son todos signos que dan score de gravedad, respecto al paciente. El shock habla de sufrimiento de organismo, puede ser de distintas causas. Frente a un paciente con shock se toman estas variables que se hacen en segundos. El médico está experimentado en hacerlo en segundos sin perder tiempo. Hay que constatar dos cosas fundamentales: la respiración y funcionamiento cardiaco, porque son los puntos a observar para evaluar exactamente en qué momento es necesario comenzar con RCP. Que no es cuando corazón se para o se deja de respirar, sino cuando hay pulso menor a 40 pulsaciones por minuto o cuando hay respiración como boqueo, respiración que no oxigena la sangre. Es paulatino, es la excepción el paro repentino. En caso de shock por la toxicología por ingesta de MDMA, tiene cuadro de deterioro progresivo, hay que estar al lado todo el tiempo?. Del plexo probatorio conformado corresponde inferir que la Dra. B. a cargo de la emergencia no realizó la conducta debida aconsejada por los expertos. Ello es así, por cuanto véase que la médica forense, Dra. Vidal, al ver los videos refiere que: ?no ve que el paciente hubiere sido revisado físicamente al ingreso, por ende no hay diagnóstico del cuadro clínico. No se le toma el ritmo cardíaco, no se observan sus pupilas, no se controla la presión arterial, (no ve un tensiómetro), no verifica la respiración, no le ausculta los pulmones máxime que se advierte una respiración superficial, no se verifica la frecuencia cardiaca fundamental para inicial las maniobras de Rcp, Y cuando las realiza con posterioridad lo hace mal. El primer acto médico es tocar los ojos al paciente. Arriba al lugar un traumatizado y se dedica a atenderlo, mientras S. continua en la camilla con convulsiones, después es colocado en el piso por las personas que lo sostienen. Recién se advierte que toma el estetoscopio al minuto 3.04, le toca la panza y al 5.09 le hace respiración boca a boca y masaje cardiaco al minuto 5.27?. Por último y a los mismos fines, si es que alguna duda queda al respecto en cuanto a que de ningún modo puede concluirse que la Dra. B. realizó la conducta debida contamos con el resultado de la pericia efectuada el 21/10/2016 por los Dres: Gabrielli, Martella, Podrez Yaniz, Peretti y Aramburu donde se realiza un minucioso análisis de los distintos pasos realizados por la Dra. B. los cuales no se compadecen con lo que le era exigido. En consecuencia, entiendo que se ha conformado un robusto plexo probatorio para tener por debidamente acreditado el hecho investigado y la consecuente responsabilidad de la encartada.

SEGUNDO I.- Calificación legal escogida El suceso que tuve por acreditado en el considerando anterior halla adecuado encuadre típico en las previsiones del primer párrafo del artículo 106 del Código Penal, que establece: ?El que pusiere en peligro la vida o la salud de otro, sea colocándolo en situación de desamparo, sea abandonando a su suerte a una persona incapaz de valerse y a la que deba mantener o cuidar o a la que el mismo autor haya incapacitado, será reprimido con prisión de 2 a 6 años?. Inicialmente, debe tenerse claro que este tipo penal ?no es sinónimo de homicidio por omisión, pues fue antiguamente creado con el objeto de sancionar a aquél que no cuidara de las personas que no pudieran bastarse a sí misma en ciertos períodos de su vida (v.gr. durante la niñez; o bien en ciertas condiciones de debilidad o enfermedad)? (SORIA, Juan Manuel, La omisión en el sistema penal. Relación entre las figuras de homicidio y abandono de personas, Ed. Cathedra Jurídica, Buenos Aires, 2009, pág. 150; con cita a CARRARA, Francesco, Programa de Derecho Criminal. Parte especial, Temis, Bogotá, 1997, vol II, 1367 y 1381). Ahora bien, teniendo en consideración las complejidades del tipo en cuestión y del caso sometido a juzgamiento, me detendré a hacer un análisis separado de cada uno de los elementos del tipo penal, a fin de un correcto examen de cada una de las cuestiones relevantes para su configuración. Ingresando en los elementos del tipo objetivo del ilícito en cuestión, concretamente en el verbo típico del delito imputado, a nivel doctrinario se ha establecido que ?el concepto de abandono responde a privar de los auxilios o cuidados imprescindibles para mantener la vida y la integridad actual de la salud, en circunstancia en que la víctima no puede suministrárselos y en situación en que normalmente no es posible que se lo presten los terceros? (BAIGUN, David / ZAFFARONI, Eugenio R., Código Penal y normas complementarias. Análisis doctrinario y jurisprudencial, Tomo 4, 1ª Ed, Buenos Aires, Hammurabi, 2008, pág. 170 -el destacado, en esta y en todas las citas subsiguientes, me pertenece-). En la misma línea, se ha establecido que ?Para que se configure el delito de abandono de personas descripto en el art. 106 del Cód. Penal es indispensable que se coloque a la víctima en una situación de desamparo, que se la prive, aunque sea en forma momentánea, de la vigilancia y cuidado que le son debidos? (CNCrim. y Corr., Sala II, 27/05/1955, "Cáceres, F.", CCC-Fallos, VIII-1; LL, 79-407; JA, 1955-III-332; SC Tucumán, 05/10/1944, "S., V J.", LL, 37-180; JA, 1944-IV-627, cit. en BAIGUN, David / ZAFFARONI, Eugenio R., ob. cit., pág. 214). Siguiendo la misma línea argumentativa a contrario sensu, se ha dicho que ?La simple privación de asistencia o la interrupción de aquélla, no son suficientes para la configuración del delito en la medida que esa duración breve de inasistencia ni genere peligro para la salud o la vida? (CNCrim. y Corr, Sala IV, 12/06/2000, ?Kreimberg, Celia?, inédito, citado en BAIGUN, David / ZAFFARONI, Eugenio R., ob. cit., p. 199), y que ?para que una mera exposición (impune) se convierta en el delito de abandono de persona, debe la víctima expuesta haber corrido un peligro para su vida o salud, aunque sea un peligro momentáneo? (BAIGUN, David / ZAFFARONI, Eugenio R., ob. cit.,, pág. 159). En cuanto a la necesidad del resultado

peligro para la vida o la salud, se ha aclarado que ¿el agente queda incurso en el delito por el sólo hecho de que la víctima haya sufrido o corrido un peligro concreto para su vida o salud, sin ser necesario en absoluto que se produzca ningún resultado como la muerte o el empeoramiento de la salud? (BAIGUN, David / ZAFFARONI, Eugenio R., ob. cit., pág. 171), y que ¿La mera colocación de la víctima en situación de peligro, aunque no se consume dicho peligro, igualmente configura el delito de abandono de persona -art. 106, Cód. Penal-? (Cám. Apel. Penal Sante Fe, Sala III, 16/11/1983, ?S., M. S., ED, 109-175, cit. en ídem, p. 203) Asimismo, al analizar la (in)necesidad de que el agente se aleje físicamente del lugar donde se encuentra la víctima, para tener por consumado el delito, se ha dicho que ¿El abandono de personas es de los denominados delitos puros de omisión, es decir que es la inacción la que se convierte en delictiva, el sujeto debe actuar por imperio legal y no lo hace, y puede perpetrarlo el agente apartándose de la víctima o quedándose con ella pero sin prestarle los auxilios o cuidados necesarios, por lo que no es necesario que el autor se aleje del sitio donde está la víctima, ni que la traslade a otro sitio, siendo estos últimos algunos de los modos comisivos del delito? (C. Apels. Trelew, Sala 1ª, ?A., M. A. rta el 14/11/2001, Cám. 1ª Catamarca, ?G., H. E. y otra?, rta. 10/09/1997, LL NOA 1998/6/36, citados en ROMERO VILLANUEVA, Horacio J. (Dir.), Código Penal de la Nación y Legislación Complementaria. Anotados con Jurisprudencia, 4ª ed. Ampliada y actualizada, Ed. Abeledo Perrot, Buenos Aires, pág.424), y que ¿El delito de abandono de persona puede perpetrarse apartándose de la víctima o quedándose con ella pero sin prestarle los auxilios o cuidados necesarios? (CNCrim. y Corr., Sala IV, 12/6/00, "Kreimberg, Celia", inédito; Cám. Apel. Crim. 1ª Nom. Catamarca, 10/9/97, "G. H. E.", LL, 1999-B-779; LLNOA, 1998-302, cit. en BAIGUN, David / ZAFFARONI, Eugenio R., ob. cit., pág. 214). En el mismo sentido se ha expedido la doctrina, al señalar que ¿No influye en absoluto que el agente se aleje o no de la víctima a los efectos de la tipificación del delito de abandono de personas, dado que los tres supuestos del art. 106 del Cód. Penal se pueden cometer indistintamente de uno u otro modo? (BAIGUN, David / ZAFFARONI, Eugenio R., ob. cit., p. 171). En cuanto al sujeto pasivo del delito, se ha dicho que ¿La víctima del abandono de personas (art. 106, Cód. Penal) es aquella que no está en condiciones de ayudarse a sí misma, por lo que resulta imposible evitar por sus propios medios, es decir sin ayuda externa, el peligro que amenaza su vida o su salud (...) el texto vigente (...) incluye cualquier causa de incapacidad, que puede ser permanente o transitoria, natural o provocada por la propia víctima abarcando los males físicos o mentales como la senectud, el alcoholismo, la drogadicción (...)? (BAIGUN, David / ZAFFARONI, Eugenio R., ob. cit., pág. 172). En relación al contrato como fuente generadora de la posición de garante, se ha dicho que ¿este supuesto incluye todo tipo de contrato, sea verbal o escrito, y es por ello que Donna prefiere llamarlo obligaciones que se derivan de una aceptación voluntaria (...) otro ejemplo, brindado por Zaffaroni, es el del médico que se obliga a atender durante una guardia en algún nosocomio, o la enfermera que tiene una actitud pasiva o indolente al lado de la cama del enfermo? (BAIGUN, David / ZAFFARONI, Eugenio R., ob. cit., pág.165/166) En un supuesto análogo al presente, se ha dicho que ¿Comete abandono de personas agravado por lesiones el médico clínico a cargo del paciente internado, sedado y dormido, que omite brindarle la vigilancia y los cuidados necesarios para mantener la integridad de su salud? (C. Nac. Crim y Corr, Sala V, Mientros de la Clínica Avril, rta. el 11/04/2008, AP 70045917, citados en ROMERO VILLANUEVA, Horacio J., ob. cit., pág. 425).

También la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha sostenido que ¿Incurrieron en abandono de persona los médicos del Servicio Penitenciario Federal, que no brindaron asistencia psiquiátrica al interno que finalmente se suicidó? (CSJN, 1/12/88, "Marinoni, Horacio José", CSJN, Fallos 311:2445, cit. en BAIGUN, David / ZAFFARONI, Eugenio R., ob. cit., pág. 227). Finalmente, en torno a su consumación, el abandono de personas es delito de peligro, sólo eventualmente de daño, y es instantáneo, se consuma desde el instante en que el abandono se ejecuta (Cf. BAIGUN, David / ZAFFARONI, Eugenio R., ob. cit., p. 174) Sobre los requisitos subjetivos del ilícito en cuestión, se ha dicho que ¿El delito de abandono de persona (art. 106) y el delito de omisión de auxilio (art. 108) son figuras exclusivamente dolosas, que admiten dolo eventual, pero de ninguna manera y bajo ninguna circunstancia pueden ser cometidas por negligencia, imprudencia o impericia, pues rechazan la forma culposa? (BAIGUN, David / ZAFFARONI, Eugenio R., ob. cit., p. 169), y que ¿El dolo (directo o eventual) que exige y/o admite el art. 106, CPen. no puede presumirse, por principio dogmático, sino que debe acreditarse mediante elementos de juicio probatorios idóneos que hagan surgir sin dudas razonables la existencia de aquél? (C. Crim. Gualeguay, ?R., N., ? Y otra., rta el 23/03/1981, JA 1982-I-331; Sup. Corte Just. Mendoza, Sala 1ª, 19/04/1974, ?Nuñez, Abelino y otra?, citados en ROMERO VILLANUEVA, Horacio J., ob. cit., pág. 427)

En la misma línea, se ha establecido que ¿Es requisito del tipo doloso omisivo que el sujeto conozca la situación típica y las circunstancias que generan el deber de actuar, siendo que para los casos de delitos de resultado también deberá acreditarse que dispone de los conocimientos necesarios para prever el curso causal que lo generará? (SORIA, Juan Manuel, ob. cit., pág. 80) Al respecto, se ha recalado que ¿Para la existencia de dolo en el abandono de persona el elemento básico exigido para su existencia por todas las escuelas es el cognitivo. Dicho conocimiento debe referirse a los elementos contenidos en el tipo objetivo. Si el sujeto activo no tiene conciencia de la real situación en la que se encuentra la víctima, y por lo tanto, de su deber de atenderlo para así garantizar en la medida de sus posibilidades su vida e integridad física, no puede en modo alguno ser responsabilizado penalmente

en los términos de la figura penal establecida en el art. 106 del Código sustantivo, so pena de contrariar de manera inaceptable el principio de culpabilidad, que tiene una indudable raigambre constitucional. Aún en términos de dolo eventual se requiere ese nivel de conocimiento, pues sabiendo cuál es la situación en que se encuentra el sujeto pasivo, esta especie de dolo se configurará con la conciencia sobre la probable producción del resultado típico: el peligro a la vida o salud del primero? (del voto de la doctora Irigoyen Testa, TOC n° 1 Necochea, 07/09/2007, "Fernández, Germán Ariel y otro s/Abandono de persona seguido de muerte", causa 4131-0234, WebRubinzalppypenal, citado en BAIGUN, David / ZAFFARONI, Eugenio R., ob. cit., p. 205). Ahora bien, sentada las bases teóricas que guiarán mi análisis, debo ingresar en el examen de cada uno de los elementos que en el caso concreto me persuaden respecto a que la calificación pertinente es aquella que oportunamente escogiera (esto es la contenida en el primer párrafo del art. 106 del CP). Inicialmente, en torno a los requisitos objetivos del tipo penal, debo recalcar, en primer lugar, y tal como he expuesto precedentemente al momento de examinar la doctrina y jurisprudencia imperante para este tipo de delito, que ha sido admitida la posibilidad de que los profesionales de la salud fueran sujetos activos en este tipo de omisión típica. Por esto mismo, cabe señalar que resulta adecuada la imputación del ilícito a la Sra. B.. En el presente caso, nos encontramos concretamente en el segundo supuesto de los previstos en el primer párrafo de la norma de referencia, esto es, cuando el sujeto actúa abandonando a su suerte a una persona incapaz de valerse y a la que deba mantener?. En tal sentido, no se encuentra controvertido que la nombrada era la médica del lugar, que se encontraba en posición de garante respecto de las personas que fuesen llevadas hacia ella para ser atendidas, pues estaba contratada por el local "Big One" como galena a cargo de la sala de emergencias, y esa obligación a su vez provenía del artículo 5, inc. 1° del decreto 1/2005, y del mismo artículo de la resolución n° 2/GCBA/SSCC/05. Tampoco se encuentra cuestionado que el joven S. fue llevado al lugar donde se encontraba B., por personal de seguridad del local. En el caso, la imputada recibió al Sr. S. en un estado de salud crítico, según resulta apreciable en las imágenes de los videos detallados en el acápite precedente, y conforme lo indicaron todos los testigos que depusieron durante la etapa de juicio y fueron consultados sobre el punto. El grave estado en el que se encontraba desde el momento inicial ha podido ser advertido de manera unánime por los médicos que depusieron durante la audiencia, quienes no dejaron margen de duda en torno a que el caso se trataba de una emergencia, y por lo tanto se requería una actuación con la más absoluta premura por parte de la médica, al encontrarse en serio peligro la vida del Sr. S.. Según la médica Flavia Alejandra Vidal, apenas se recibió a S. en una situación como la determinada, ¿tiene que revisarlo, evaluarlo, ver que está en una emergencia, no urgencia. Esto es emergencia hay que actuar ya, habría que haber llamado al SAME en el momento y mientras tanto revisarlo?. Asimismo, la nombrada indicó que para realizar tales actividades ¿no hace falta ser emergentólogo, lo puede hacer cualquier médico?, y que ¿no surge que haya realizado diagnóstico del cuadro clínico de la víctima?. No hubo ningún colega de B. que durante el debate haya dejado algún margen de duda sobre el ruinoso estado de salud en que se encontraba la víctima, por lo cual no puede válidamente sostenerse que en aquella situación no fuera necesario que de manera inmediata se solicitara la colaboración de algún servicio de emergencias médicas que tuviese mayores herramientas que las existentes en la precaria sala donde aconteció el deceso. También coincidieron los galenos en que era necesario que se le realizara una evaluación clínica (de frecuencia cardíaca, presión, temperatura corporal, observar sus pupilas, entre otras), a los fines de brindarle la asistencia médica que demandara el paciente, al menos, hasta el arribo de los mencionados servicios de emergencia. Por otra parte, no puedo dejar de mencionar que el diagnóstico y asistencia primaria a la que me encuentro haciendo referencia, era lo mínimo e indispensable que se esperaba del actuar de la imputada. No se exigía un actuar heroico, ni que hiciera aquello que por la falta de elementos de emergencia, no podía hacer. Solo se trataba de evaluar al paciente al menos en sus signos vitales y de adoptar las medidas tendientes a que el deterioro de su salud no siguiera su curso causal ya iniciado por la ingesta de MDMA. Todas las probanzas del caso, en particular los videos de toda la secuencia, dan cuenta que desde el momento en S. ingresa al sector de la enfermería hasta que B. decide iniciar con las defectuosas tareas de RCP básicas, la nombrada omitió realizar toda acción dirigida a un diagnóstico de la situación de S., y omitió requerir los servicios de emergencias médicas de manera inmediata, tal como el cuadro del paciente lo ameritaba. Para definirlo en una palabra: NADA. La imputada no ha hecho nada que pueda calificarse como atención médica; no diagnosticó ni actuó. Volviendo al llamado del servicio de emergencia, debo decir que tal comunicación se originó en un tiempo muy posterior al del ingreso del joven a la sala de "emergencias" en la que se encontraba B. (puntualmente, a las 4:50 horas del 27 de febrero de 2012, 13 minutos después del arribo del nombrado a la enfermería). Para ese entonces, el agravamiento del cuadro clínico era notorio y colocaba a S. en un estadio que lo aproximaba a su deceso, ya que ni siquiera presentaba movimientos espasmódicos ni ninguna otra actividad corporal observable. En torno a este punto debo realizar una serie de consideraciones, pues no paso por alto que la defensa en su alegato de clausura se agravó de que la omisión del inmediato llamado a los servicios de emergencias no se encontraba incluida en el requerimiento de elevación a juicio, por lo cual habría una afectación al principio de congruencia. Ahora bien, de una atenta lectura del requerimiento acusatorio obrante a fs. 1/18, concretamente en el punto "III. HECHO IMPUTADO", se indicó que la

nombrada ¿debió, en el siguiente orden, llamar al SAME, realizar 30 compresiones (...)? (fs. 19) y en el punto de la fundamentación que ¿B. prescindió de llamar de inmediato a la ambulancia -de inmediato en estos casos significa en el primer contacto con el paciente, en el primer minuto, y no 13 minutos después-? (fs. 12 vta.). Previamente, cuando se celebró la audiencia de intimación del hecho prevista en el art. 161 del CPP, al describirse el suceso imputado, se indicó que la Dra. B. ¿debió, en el siguiente orden, llamar al SAME, realizar 30 compresiones (...)? (ver fs.125 del legajo de prueba). Asimismo, durante el alegato de apertura, el Dr. López reiteró que ¿debió haber llamado o haber hecho llamar, ni bien ingresó el paciente a la enfermería. Cosa que no se produjo. Llamado que también vamos a advertir que se produjo varios minutos después (...) cualquier excusa acerca del tiempo que pudo haber transcurrido entre la orden y el llamado, que se produce alrededor de las 04.48, la orden, el llamado 04.50, es inexcusable?. De este modo, surge claramente el alcance de la acusación, el que fue reiterado en el alegato de apertura, momento en el cual la defensa no planteó agravio alguno en cuanto a la pretendida modificación fáctica de la que luego quiso valerse. Al respecto, se ha dicho que ¿La violación del derecho de defensa en juicio, se produce en la medida en que se haya violado el principio de congruencia fáctica. Para que se viole el derecho de defensa (...) es necesario que se haya producido una mutación esencial entre el hecho intimado y la base fáctica contenida en el documento acusatorio, produciéndose un menoscabo en la facultad de la refutación por parte de los imputados. Tal perjuicio sólo concurre cuando la diversidad fáctica le restringe o cercena la factibilidad de presentar pruebas en su interés o si la diversidad comprometió la estrategia defensiva? (C.N.C.P., sala III, Expte. 188043, ¿Cardinal, Ricardo C. s/recurso de casación?, rta. el 15/04/2004). Sentado ello, surge de manera clara que no hubo modificación en la acusación formulada en contra de B., no se ha siquiera alegado afectación a garantía constitucional alguna, y tampoco puede pretenderse una alteración sorpresiva de la acusación que afecte el derecho de defensa, por las razones apuntadas precedentemente.

En consecuencia, cabe concluir que la defensa intentada carece de sustento para desvirtuar la acusación dirigida contra la Dra. B.. Zanjada aquélla cuestión, corresponde continuar en el análisis de la calificación legal escogida. Volviendo al análisis del hecho imputado, cabe resaltar que, pese al estado crítico en que ingresó S. a la sala de emergencias, B. omitió todo tipo de diagnóstico respecto del nombrado, y posteriormente se limitó a llevar adelante una acción que habría consistido en aplicar presión con sus dedos sobre los globos oculares durante aproximadamente un minuto (véase concretamente el video L 201202274-041354, en el cual desde el minuto 24:12 hasta el 25:12). Esta conducta, la de aplicación de presión sobre los ojos, la hizo primero personalmente y luego la delegó en una empleada de seguridad del local. Debo detenerme sobre este punto, pues resulta central atento lo indicado por la defensa en su alegato de apertura, y la tesis sostenida durante todo el debate. Es cierto que B., brevemente realizó aquélla acción, pero aquí lo central es que la acción realizada fue diametralmente distinta a la debida. No se trata de una diferencia de diagnóstico, o de un tratamiento equivocado, lo que implicaría un obrar culposo y por lo tanto ajeno al ámbito de aplicación del tipo penal escogido. En el caso, reitero, lo que aconteció es directamente la ausencia de todo tipo de diagnóstico de la situación de S., y de acciones dirigidas (en un escenario de mínima) a evitar la profundización de su cuadro. Claro que lo deseable hubiese sido la adopción de aquellas medidas tendientes a neutralizar los efectos derivados de la ingesta de ese tipo de estupefacientes. Insisto, la única acción llevada a cabo por B., sin ningún tipo de diagnóstico previo ni posterior, no tiene ninguna relevancia para desligarla de responsabilidad penal. En tal sentido, es dable destacar que los médicos que declararon durante el debate interpretaron dicho hacer como una ¿maniobra vagal? e indicaron que esa era una técnica que se utilizaba hace varias décadas para bajar la presión del paciente, aunque actualmente no se utiliza por sus contraindicaciones. Por su parte, la Sra. B., declaró en la audiencia de juicio que no se trataba de una maniobra como la indicada sino que lo hizo a fin de cerrarle los párpados para evitar que la luz contribuyera a aumentar el cuadro de excitación originado por la droga. Sobre este punto, no puedo menos que evidenciar lo falaz de esta afirmación. Es que si bien el cerramiento de párpados ha sido señalado por la imputada en la última jornada de juicio, lo cierto es que al momento de presentar su descargo en la sede de la fiscalía, ha señalado que ¿Y volviendo al punto anterior, el hecho de que haya colocado la bolsa de hielo en su cabeza y oprimido los globos oculares que estaban contraindicados, habla justamente de mi desconocimiento de la especialidad de emergentología?. No caben dudas que ¿oprimir los globos oculares? resulta ser una acción absolutamente distinta a la de proceder a ¿cerrar los ojos?, pues básicamente en la primera acción se aplica fuerza o presión, en tanto que en la segunda, solo se trata de bajar los párpados. Por otra parte, y aun para el supuesto de que efectivamente se hubiese tratado de una maniobra vagal, lo cierto es que tampoco la Dra. B. constató, luego de ello, si la presión de S. había bajado o no. Claro que tal comparación tampoco la hubiese podido hacer, pues la médica imputada no registró los valores de tensión arterial con los que ingreso el paciente, ni en que niveles estaban al momento previo a iniciar dicha maniobra. Entonces me pregunto, ¿cómo hubiese podido determinar si la presión sanguínea sufrió alguna modificación ascendente o descendente si ni siquiera sabía con qué otro valor compararlo? Más allá de esto, lo relevante es que esa maniobra médica, además de encontrarse actualmente contraindicada, no encontraba sustento en un diagnóstico previo. Al respecto, entonces, cobra relevancia lo dicho por la testigo Peretti, quien indicó que tal medida si no era realizada bajo estricto control podía provocar una bradicardia y en consecuencia el

deceso del paciente. En resumen; con una persona en el estado de semiinconsciencia en el que se encontraba S., en las condiciones clínicas ya señaladas, la maniobra intentada carece de la más mínima entidad para considerarla, ya no una práctica médica deficiente, sino una acción que pudiera tener alguna utilidad para un cuadro como el que padecía el joven S.. Para que se entienda cabalmente; existen tantas maniobras médicas como dolencias o sintomatologías se exterioricen, y todas ellas revisten dicha denominación. Sin embargo, lo esencial es determinar si esa práctica se encuentra vinculada con el cuadro que se pretende revertir o resulta definitivamente inocua. De lo contrario, la examinación de los oídos, de la capa dérmica, del cuero cabelludo o de cualquier musculo de la pierna, nos llevaría a concluir que no hubo omisión sino mala praxis. Pero aun pasando por alto la inocuidad de esa maniobra, adviértase además que la misma fue delegada en una empleada de seguridad, quien presumiblemente carecía del más mínimo conocimiento médico. Debo decir que al momento de observar el video, presumí que esa delegación tendría por finalidad asumir personalmente la ejecución o dirección de algún otra maniobra de mayor relevancia a los fines de resguardar la salud del joven. Lamentablemente me equivoqué. Lo que la imputada procedió a hacer acto seguido, fue desatenderse absolutamente de su obligación y dejar librado a su suerte al paciente. A su suerte, al destino o a la ocurrencia de un milagro, a alguna o a todas ellas juntas. A esta altura quedaba en claro que si el joven S. lograba superar ese cuadro, sin dudas no sería por la labor dispensada por la médica B.. Por el contrario, debo decir que quienes sí tuvieron mayor fortuna fueron los otros dos pacientes que ingresaron en ese entonces en ese recinto con afecciones menores. Ellos sí recibieron la atención de la Sra. B..

Debo mencionar que el modo en que actuó la imputada contraría, además del sentido común, la regla básica que debe imperar en cualquier sala de emergencia, esto es priorizar los casos de urgencia y/o emergencia por sobre los que no traen aparejado riesgo alguno para la salud. De manera tal, que debe ponerse de resalto la notoria actitud de pasividad de la médica frente al cuadro que se encontraba sufriendo el paciente. Así, la Sra. B. se desentendió voluntariamente de su rol de garante como si pudiera confundirse entre el resto de las otras personas allí presentes que no poseían una obligación legal de tal magnitud, todo ello mientras la situación del nombrado se agravaba dramática y sensiblemente. En tal sentido, más allá de que volveré sobre esta cuestión al momento de analizar la tipicidad subjetiva, sorprende desde el primer momento la parsimonia y pasividad con la que B. ?atiende? al Sr. S.. Entiendo que los profesionales que se dedican a esa práctica de emergencia, se encuentran preparados profesionalmente para mantener la calma y así poder evaluar y decidir qué acciones llevar adelante, pero no es el caso. La actitud de la Dra. B. no fue la de aquel que mantiene controlada la situación. Lo único que puede concluirse de su actuar, es una manifiesta desidia y apatía respecto de la delicadísima situación en la que se encontraba el nombrado. Casi como ajena a las consecuencias que pudieran acaecer. Cuando el joven comenzó con el cuadro de sobreexcitación y movimientos convulsivos, las personas que lo estaban sujetando (que claramente actuaban bajo las ordenes de la encartada, que se encontraba al lado de ellos, y que durante el debate dijo haber estado en comunicación con ellos), se limitaron a colocarlo sobre la camilla, y luego en el piso a los fines de contener los movimientos incontrolados que efectuaba S.. Esta directiva, a priori, no resultaba desacertada, pues se encontraba destinada a evitar que el paciente pudiera autolesionarse. Digo a priori, porque a ello debía seguirle necesariamente algún tipo de maniobra conducente. Pues bien, nuevamente B. se limitó a permanecer inerte respecto de S.. Transcurrían valiosos minutos, y ella continuaba atendiendo a otros pacientes con afecciones leves, sin riesgo de vida y que se habían trasladado allí por sus propios medios. Con el paso del tiempo, como consecuencia natural dado el cuadro que tenía S. y la falta de atención recibida, su situación se iba deteriorando progresivamente, frente a los ojos de B.. Al respecto, el Dr. Martella indicó que a partir del ingreso de S. ?transcurrieron minutos en donde el estado se va deteriorando, y la situación no se va dando por parte de quien estaría a cargo de la atención primaria? A la situación de peligro inicial en que ingresó la víctima, inherente en todos los casos de personas que son llevadas para ser atendidas por un profesional de la salud en circunstancias como la descripta, se le adicionaron inevitablemente los peligros derivados de la falta de atención por parte de B.. La falta de accionar en momento oportuno implicó privarlo de oportunidades de sobrevida, ya que todo ese tiempo transcurrió sin ninguna acción positiva dirigida a revertir el cuadro en que se encontraba S.. Dicho de otro modo, el paciente llega en una situación muy grave, por lo cual si no recibe atención médica su situación naturalmente no habría de mejorar sino todo lo contrario. Para graficarlo; fueron casi trece los minutos en los que B. permitió que se agudizara el cuadro crítico. Asimismo, la Dra. Vidal señaló que S. ingresó con un deterioro hemodinámico, y que en esos casos el paciente necesita asistencia rápida porque cardiovascularmente puede tener un shock hemodinámico, se puede parar el corazón, o tener un edema de pulmón. También señaló que durante los minutos en que no se hizo nada, si el está en paro, son minutos valiosos porque no llega oxígeno al cerebro. El Dr. Martella indicó que ?son minutos donde se juegan muchas cosas?, y que las acciones llevadas a cabo por B. no tenían valor para revertir este tipo de caso y que no hubo diagnóstico o pronóstico en un caso de extrema urgencia. Específicamente indicó que la falta de atención, va en desmedro de la salud del paciente. Gabrielli, por su parte, indicó que el caso ameritaba desde el vamos una exhaustiva valoración clínica, lo que no se hizo. También que cuanto antes se hiciera la reanimación, más efectividad tendría ésta a los fines de sacarlo del estado de depresión cardio-circulatoria en la que se

encontraba inmerso. A su turno, Peretti hizo referencia a que se encontraba en un estado de falla hemodinámica. Indicó que si como médico no procedía a efectuar un examen clínico, no podría hacer un diagnóstico y menos aún indicar un tratamiento. Señaló que el paciente entró muy grave, y que su situación se agravó después del episodio de excitación psicomotriz en la camilla. Dijo que si B. actuaba correctamente, hubiese habido posibilidades de que S. sobreviviera. La testigo Podrez Yaniz indicó que S. ingresó sin poder deambular, con estado neurológico del sensorio deprimido, pálido y sudoroso. Que en su opinión era un cuadro de shock, tenía demostraciones físicas observables de deterioro celular y falta de oxigenación en los órganos. Indicó que en tales condiciones tenía riesgo cardíaco, riesgo de vida. Que había que constatar los signos vitales, con auscultación cardíaca, respiración, pulsos. Refirió que para el caso de contar con un tensiómetro, debía revisarse la tensión arterial, observar las pupilas y su respuesta neurológica. Señaló también que en los casos de consumo de MDMA se tiene un cuadro de deterioro progresivo, que obliga a que el médico esté al lado del paciente de manera permanente. B. en su condición de garante estaba obligada justamente a realizar todas las medidas positivas a su alcance para evitar mayores riesgos para la salud y vida del Sr. S., con los medios que tenía a su disposición. En tal sentido, tengo por acreditado, a partir de las constancias del libro de guardia, que B. efectivamente contaba con la herramienta necesaria como para proceder a la medición de la tensión arterial, sin perjuicio de lo cual, optó por no hacerlo. También poseía un estetoscopio que no utilizó hasta luego de aproximadamente diez minutos de ingresado el paciente. Sobre el particular, no puedo dejar de valorar que la imputada B. se trata de una médica con experiencia, con estudios de posgrado en medicina legal y que esos conocimientos le permitían realizar un examen como el que exigía la apremiante situación de S.. Nótese incluso, que la necesidad de facilitar los medios para una atención primaria e inminente, fue lo que ha llevado al Ejecutivo local a dictar el decreto n° 1/2005 y sus normas reglamentarias, que estableció la obligación de tener un médico de manera permanente en los locales bailables de las características de aquél en el que ocurrió el deceso. Tan flagrante fue el apartamiento de las obligaciones derivadas de su posición de garante por parte de la Sra. B., que es dable imaginar que en caso que no se hubiese dictado el decreto antes mencionado, y por lo tanto el lugar no hubiese tenido a B. como médica, muy probablemente S. se hubiese encontrado en mejor situación. Llego a esta conclusión, pues tengo la convicción de que en ese cuadro hipotético, el personal del lugar o cualquier otra persona hubiese llamado a un servicio médico antes del momento en que lo hizo la Sra. B.. Sin lugar a dudas, al advertir que la persona se encontraba en un estado como aquél en que estaba S. inicialmente, o cuando ya dentro de la sala continuó con aquellos movimientos propios de un cuadro de sobreexcitación y similares a convulsiones, cualquier persona hubiese advertido su grave situación y requerido de manera inmediata asistencia médica. Eso no sucedió, justamente porque el deber de ordenar que se efectuara el llamado recaía en la Dra. B. -quien en oportunidad del debate se autodenomino como una ?derivóloga? (sic)-, garante de velar por la salud de los pacientes llevados a su esfera de actuación, y que contaba con conocimientos específicos del que carecían el resto de las personas presentes. B. ordenó que se efectúe el llamado muy posteriormente, esto es, a las 4:50 horas según las probanzas de la causa, cuando el resultado fatal ya se encontraba muy próximo. En tal sentido, tengo por acreditado que ello sucedió pocos instantes antes de efectuado el llamado, pues el lugar desde donde se hizo el llamado no estaba a treinta metros, como dijo B., sino a escasos metros del lugar, concretamente en un entresuelo ubicado entre el subsuelo y la planta baja. Las policías que declararon indicaron que el tiempo que les tomó acceder desde la planta baja fue escaso, menos de un minuto en dichos de Almirón (ver en el mismo sentido declaraciones de Johanna Rembersade durante la audiencia del 20 de marzo de 2017). La conducta debida que omitió realizar era posible de realizar sin mayor esfuerzo, pues se trataba de requerir, sea personalmente o por medio de otra persona, la asistencia de los servicios de emergencia. Las constancias de la causa son claras y acreditan que ambos llamados se hicieron a las 4:50 horas, desde el teléfono del local. Asimismo, mientras se aguardaba esa ayuda, B. aun detentaba en su persona el rol de garante previamente asumido, de manera tal que sus obligaciones no cesaban con la orden de efectuar el llamado. No se trata de achacarle no haber realizado acciones salvadoras heroicas o imposibles, sino de que tuviese un actuar positivo perfectamente posible con los medios a su disposición y los conocimientos especiales que tiene (que son los que permiten y justifican justamente que se encuentre en esa posición de garante). Como dije, la responsabilidad de poner a disposición de S. las herramientas para intentar preservar su salud y su vida recaía exclusivamente en B., en su calidad de profesional de la salud a cargo de la sala de emergencias del local bailable. En función de las consideraciones expuestas en los párrafos precedentes, tengo por acreditados los elementos del tipo básico del artículo 106 del código sustantivo, pues B. abandonó a su suerte a S., quien estaba imposibilitado de valerse por sí mismo, poniendo en serio riesgo la salud y la vida del nombrado con su accionar. Pasando al análisis de la tipicidad subjetiva, debo decir que el conocimiento de la grave situación en la que se encontraba S. resulta incuestionable para cualquier persona, incluso aquél que no sea profesional de la salud. B. es una profesional de la medicina, por lo cual tiene conocimientos especiales que le permiten un conocimiento más acabado de esa situación de peligro que el que podría tener un lego en similar situación. Aún para quien no es un profesional de la salud, la situación en que ingresa S. era de notoria gravedad, por lo cual requería un accionar inmediato. Una profesional de la experiencia

de la Sra. B., quien trabajaba realizando guardias de emergencias al menos desde el año 2009 (ver informe socio-ambiental obrante a fs. 11 de su legajo de personalidad), no desconocía las condiciones en la que entró el paciente, ni la emergencia que implicaba la situación. A ello debe adunarse su experiencia adquirida en las guardias psiquiátricas llevadas adelante en el Hospital Militar, a partir de los cuales, admitió conocer perfectamente los efectos derivados de la ingesta de estupefacientes, de manera tal que, en ese aspecto, no podía confundir el cuadro que llevo a S. a su ámbito de actuación. Se trataba de una persona que se encontraba prácticamente inconsciente, no pudiendo trasladarse por sí misma y que tuvo que ser llevada hasta la enfermería por dos personas que la acostaron en la camilla, en las circunstancias de modo y lugar ya detalladas (en una fiesta electrónica, donde es dable suponer que puede haber consumido drogas sintéticas o de otro tipo) sin dudas dan un cuadro situacional de gravedad para cualquier observador, y más aún para un profesional de la salud como la encartada (en tal sentido coincidieron todos los galenos que declararon sobre la cuestión). En concreto, tengo por acreditado que en las circunstancias de modo en que B. recibió a la víctima, no hubo ningún tipo de elemento o circunstancia que pudiera interferir, dificultar o impedir que advirtiera el gravísimo estado en el que se encontraba S.. En tal sentido, tengo en cuenta que al recibirlo en la sala donde se encontraba, B. no se encontraba atendiendo otros casos de idéntica o similar urgencia o gravedad, ni con su atención centrada en otros focos, sino que debía haberse avocado de manera exclusiva a la atención de S.. Tampoco puedo dejar de advertir que las condiciones de luminosidad del lugar resultaban más que adecuadas para poder percibir el estado de la víctima, no pudiendo aducirse que haya habido algún tipo de circunstancia que pudiera viciar su conocimiento de la delicadísima situación del Sr. S. al momento de su ingreso. Todo esto da cuenta que lo que sucedió no fue un erróneo exámen de la situación por parte de la nombrada -que sería propio de un obrar negligente-, sino por el contrario la ausencia deliberada de toda acción dirigida a diagnosticar y socorrer a S. en la delicadísima situación en la que se encontraba. En tales términos, resulta claro el conocimiento del deber de actuar por parte de la imputada, la ausencia de la realización de la acción debida (diagnóstico de la situación del paciente, acciones tendientes a obtener la mayor cantidad de datos posibles sobre su situación, y llamado inmediato a personal de emergencias), y la voluntad de actuar como lo hizo, pues no hay absolutamente ningún elemento que me lleve a inferir una voluntad distinta a la de abandonar a su suerte al occiso. Lo que se desconoce, claro está, es el móvil del abandono. No sabemos cuál es la razón que llevó a que B. tomara la decisión de abandonar a S. a su suerte, pero ello de ninguna manera implica que en el caso no se haya actuado dolosamente, por las razones apuntadas en los párrafos precedentes. Sostener lo contrario implica desconocer a nivel dogmático que la conducta dolosa es algo distinto que el móvil de ese accionar: una cosa es actuar con conocimiento y voluntad de realizar los elementos del tipo objetivo de la figura en cuestión, y otra muy distinta es poder averiguar qué razón llevó a la persona a actuar de ese modo. Lo que debe probarse con total certeza para poder arribar a una sentencia condenatoria es lo primero, pero de ningún modo se requiere que deba probarse el móvil del accionar del condenado, el cual -eventualmente y en caso de surgir de las probanzas del caso- podrá considerarse a los fines de la mensuración punitiva, pero no como requisito a nivel de la tipicidad subjetiva. En definitiva, por las razones expuestas, tengo por acreditado que la Sra. B. resulta responsable por la comisión del hecho endilgado, como autora penalmente responsable a título doloso. II.- Rechazo a la calificación legal propuesta por las partes acusadoras. Ahora bien, aclarado lo anterior, debo detenerme a justificar mi decisión de descartar la aplicación de la agravante prevista en el último párrafo del artículo 106 del código sustantivo, que establece "Si ocurriere la muerte, la pena será de 5 a 15 años de reclusión o prisión", cuya aplicación fuese requerida durante el debate por el Sr. Fiscal y por el apoderado de la querella. Ingresando en el análisis de los requisitos necesarios para la aplicación de la agravante, se ha dicho que "En la figura de abandono de persona agravado por resultado muerte (art. 106, párr. 3º, Cód. Penal), dicha muerte debe haber acontecido a consecuencia (aunque preterintencional) de la situación de desamparo en que el imputado colocó a la víctima. Si tal extremo no se puede comprobar, corresponde calificar el hecho en la figura básica de abandono de persona? (Cám. Acus. Córdoba, 27/2/87, "Loholaverry, Gustavo A. y otra", LLC, 1988-213, citado en BAIGUN, David / ZAFFARONI, Eugenio R., ob. cit., pág. 209). En el mismo sentido la jurisprudencia ha referido que "Para que se configure el delito de abandono de persona agravado por el resultado muerte (art. 106 in fine) se requiere que la muerte sea consecuencia del abandono? (Cám. 1ª Apel. Crim. Comodoro Rivadavia, 09/11/2001, ?I. M. de C.? el-Dial-BC1AA1, cit. en BAIGUN, David / ZAFFARONI, Eugenio R., ob. cit., pág. 212). Asimismo, en torno al análisis de la posibilidad de imputar objetivamente el resultado al autor en este tipo de delitos, se ha dicho que "En los delitos de omisión, la comprobación física del nexo de causalidad natural es imposible, y por eso la doctrina y la jurisprudencia tradicionales estiman que un resultado típico puede ser imputado a una omisión cuando es posible afirmar que la acción omitida hubiese evitado el efecto con una probabilidad rayana a la certeza (...) En algunos casos la experiencia precedente y en otros la prudente imaginación de qué hubiese podido ocurrir, descartarían adjudicar el resultado a la omisión en caso de duda y sí imputarlo cuando la incertidumbre queda reducida a la mínima expresión? (TERRAGNI, Marco Antonio, Delitos de omisión y posición de garante en derecho penal, 1ª ed., Santa Fe, Rubinzal Culzoni, 2011, p. 94) Yendo al caso concreto, entiendo que el supuesto traído a mi conocimiento resulta

particularmente conflictivo, por las razones que desarrollaré infra, pero adelanto que no encuentro la certeza apodíctica necesaria para arribar a una condena por la tipicidad agravada, por tanto existe un margen de duda razonable sobre la posibilidad de evitación del resultado fatal. En tal sentido, los galenos que declararon durante el juicio, al expedirse sobre el punto, indicaron que no podía afirmarse que, realizando las acciones debidas, se hubiese evitado el desenlace fatal. Incluso se hizo mención a que, ni siquiera ingresando en un instituto de alta complejidad podía afirmarse que el paciente hubiese podido salir exitosamente del cuadro de intoxicación sufrida. Las partes acusadoras basaron su imputación del resultado en los resultados probabilísticos a los que hicieron referencia algunos de los galenos, como Peretti o Podrez Yaniz. Tuvieron en cuenta que la ciencia médica no podía dar una respuesta categórica a aquél interrogante, pero que si se hacían maniobras de resucitación cardio pulmonar en tiempo y forma, las probabilidades de sobrevida eran del 80% dentro de los 3 primeros minutos, u 50% en los primeros cinco minutos. Asimismo, indicaron que de haber actuado B. de inmediato, el personal de Emergencias Médicas y del SAME lo hubiesen encontrado con vida, y se podrían presumir aquéllos porcentajes de probabilidad de sobrevida. Sin perjuicio de ello, y más allá de que comparto el peligro que implicó la omisión de B. y su incidencia en el resultado, no tengo la certeza de que en caso de haber requerido inmediatamente tales servicios, hubiesen efectivamente llegado antes de que se produjera el paro cardiorespiratorio del nombrado, ni que en tales circunstancias lo hubiesen mantenido con vida. Los porcentajes aportados por las médicas, si bien resultan de utilidad para el análisis de la tipicidad básica, no pueden ser contundentes como para afirmar la imputación del resultado, pues se refieren a supuestos generales y no concretamente a casos tan críticos como el bajo examen. En tal sentido, durante el debate no se ha esclarecido concretamente cuál es la probabilidad de sobrevida en un supuesto como el presente, sino que se han hecho consideraciones genéricas en cuanto a aquéllas probabilidades de sobrevida, pero sin vincularlo concretamente a cuadros como el que tenía S.. En esos términos, no puede tenerse por acreditado el nexo de evitación necesario para poder imputar el resultado a la encausada. Tal circunstancia, sumada a la anterior, me llevan a un estado de duda que me obliga a descartar la aplicación de la agravante, como consecuencia natural de la aplicación del principio in dubio pro reo, (art. 2 CPPCABA), derivado del principio de inocencia, que posee jerarquía constitucional en nuestro sistema (art. 11 inc. 1 DUDH, art. 14 inc. 2 PIDCyP, art. 8 inc 2 CADH, art. 18 y 75 inc. 22 CN). En función de lo expuesto, estaré a la calificación legal escogida. TERCERO Graduación de la pena Para establecer el monto de la pena se deberán tomar en cuenta las circunstancias atenuantes o agravantes particulares del caso (cfr. art. 40 del CP), las cuales deberán ser valoradas de conformidad con las pautas enunciadas por el art. 41 del mismo cuerpo normativo. En este orden de ideas, el artículo citado en último término permite al Tribunal evaluar dos aspectos esenciales al momento de determinar la sanción a imponer; el primero de ellos, de carácter objetivo vinculado con la comisión del hecho mismo, y el segundo, de naturaleza subjetiva, relacionado a las diferentes características del sujeto. Así, primariamente corresponde analizar la naturaleza de la acción y de los medios empleados para ejecutarla y la extensión del daño y del peligro causado. Es decir, se trata de valorar las distintas circunstancias que rodearon la producción del hecho dañoso y cómo estas se han traducido en la afectación al bien jurídico tutelado. Huelga aclarar que, en primer término habré de expedirme con relación a la existencia de todas aquellas cuestiones que, a mi entender, deben ser evaluadas como agravantes. Así, lo primero que he de analizar es en qué tipo de posición de garante se encontraba la imputada B.. Para contextualizar, debe recordarse que la profesional médica se encontraba cumpliendo su labor en un local bailable de gran concurrencia de público, en particular, en la celebración de una fiesta electrónica con una duración de 12 horas (de 19 a 7 horas). En cuanto a la cantidad de público asistente, aún sin tomar en cuenta que la totalidad de los testigos concurrentes a ese evento refirieron que el local rebasaba de gente (pues esta circunstancia mal puede ser atribuible a la imputada), lo cierto es que ese establecimiento se encontraba habilitado para una capacidad de 1086 personas. Los factores antes detallados, sin lugar a dudas reflejan -a priori- la vital importancia que tenía la labor para la que había sido contratada la Sra. B., puesto que este tipo de fiestas, lamentablemente, se caracterizan por el acaecimiento de eventos como el que, a la postre, padeció la víctima S.. Es decir, la imputada no desconocía que en ese lugar, y bajo esas condiciones, la ocurrencia de ese tipo de cuadros críticos como el que afectó a S., se producían con cierta frecuencia. Ha sido ella misma quien declaró que, al día de la fecha, ¿(...) muchos chicos van con esa sintomatología, que muchos se van en ambulancia y otros caminando?. La posición de garante que ella tenía en ese momento en particular, ante un cuadro como el que presentó la víctima, resultaba de vital y crucial importancia. Es que, tal como se apreció a lo largo del debate, se trataba de una situación en la que la salud y la vida de esa persona dependían de la atención médica que se le brindara en los primeros minutos de su ingreso al sector de enfermería. En ese entendimiento, entonces, la primera conclusión a la que cabe arribar es que el deber de garante que tenía la encausada (con la certeza de que ante la inacción, el cuadro crítico de la víctima iba necesariamente a empeorar), era de una entidad superlativa. Para graficar la cuestión y tratar de clarificar el pensamiento: no se trataba este caso de una omisión de atención médica de un cuadro leve que, aún resultando típica del abandono, se tradujera en un riesgo potencialmente bajo de afectación de la salud. Por el contrario, insisto, se trató de la falta de atención médica de un cuadro que a simple vista se suponía grave y que requería un actuar inmediato,

urgente y que derivaría en una afectación gravosa de la salud. Pero incluso adviértase que, tal como lo he señalado en considerandos previos, la inacción por parte de la imputada no se circunscribió únicamente a no prestar la debida atención médica, sino que además, omitió ordenar de manera inmediata el aviso a los servicios de emergencia, tanto el público como el privado. Esta circunstancia me lleva a concluir, entonces, que la presencia de la médica en ese lugar, su falta de actuación por un lado y la tardía comunicación con los mencionados servicios, colocaron a la víctima en un cuadro de mayor peligro para su salud. Nótese que si en ese localailable no se hubiese encontrado presente la médica B., era de esperar que los empleados del lugar hubiesen procedido sin demora alguna a requerir la presencia del Servicio privado de emergencia o del SAME, y -claro está- no se hubiese perdido ese tiempo tan valioso. Es por estas razones que entiendo que la omisión atribuida a la imputada, es de una gravedad extrema. Para decirlo llanamente; no hizo ni permitió que otros hicieran. En segundo lugar, debo destacar que la imposibilidad de atribuirle a la imputada el resultado de la muerte de L. S., no equivale a sostener que su falta de realización de la conducta debida, no haya tenido una directa incidencia en su deceso. Me explico; al momento de seleccionar la figura legal en la que entendía que encuadraba la omisión imputada, he optado por su estructura básica en el convencimiento de que, aún en el curso hipotético en el que se hubiese actuado debidamente, el resultado no desaparecía (no al menos en un grado casi rayano a la certeza). Es que la totalidad de los profesionales de la salud que declararon en el debate, indicaron que, aún recibiendo la asistencia debida e incluso para el supuesto en que hubiese logrado arribar a un centro médico con vida, nadie podía asegurar que el fallecimiento no se produjera de todos modos. No obstante, de ello no se infiere que la obscena desatención por parte de la imputada no haya contribuido al resultado fatal. Es que justamente nada ha hecho para tratar de frenar el curso causal que se había iniciado con la ingesta de la sustancia MDMA. Esa omisión, claramente, es la que conllevó un exponencial incremento del riesgo de afectación de la salud. Cabe aseverar entonces, que la postura de la galena debe ser considerada como de un enorme desprecio por la salud de quien minutos antes había ingresado en pésimas condiciones clínicas. Nótese en este sentido que la Sra. B. teniendo un acabado conocimiento del cuadro gravísimo que sufría el joven S. (así lo ha manifestado al momento de prestar declaración indagatoria el día 20/11/14 al señalar que "el paciente tenía 3/15 -en la escala de Glasgow-, tenía ojos de muñeca, no tenía respuesta motora sino sólo refleja (...). Después le tomo el pulso periférico de la mano izquierda y no lo encontraba, el chico estaba muy mal, y busqué el pulso carotídeo que se halla en el cuello y no lo escuchaba?"), optó por asumir un mero rol de espectadora de esa situación. Veamos, sino, su actuar en ese momento: no efectuó diagnóstico alguno del paciente (pese a distintas versiones que dio en diferentes oportunidades), eligió socorrer a otras dos personas con padecimientos menores que no suponían riesgo alguna en la salud de estos y no ha intentado siquiera una sola maniobra tendiente a revertir el cuadro crítico. En ese transcurso sólo ha hecho dos cosas: poner su mano sobre los ojos de L. (luego lo haría una empleada de seguridad), ordenar la sujeción de S. a los fines de que éste no se autolesionara y finalmente, colocar una bolsa con hielo o agua debajo de la nuca del paciente. Insisto; en lo que a su rol de garante concierne, como única profesional de la salud en ese recinto pretensiosamente llamado enfermería, al que las personas concurren en busca de asistencia médica, la Sra. B. no ha desarrollado ninguna conducta para revertir el cuadro o, cuanto mas no sea, evitar el empeoramiento de la salud de la víctima. Siquiera ha permanecido al lado del Sr. S. para poder advertir el agravamiento ante un cuadro semejante. Es decir, a la falta de atención inicial al momento del ingreso de la víctima al sector, debe añadirse la delegación de su labor en otras personas que claramente no poseían el conocimiento médico mínimo como para advertir la exteriorización de algún signo y/o síntoma del que pudiera extraerse algún tipo de conclusión médica. Estas circunstancias, tratándose de un profesional de la salud, adquieren mayor relevancia. Me refiero específicamente a la atribución de deberes especiales que la propia impone a los médicos (Art. 19 de la ley 17132). En tercer lugar, entiendo como agravante la circunstancia de que la imputada, siendo médica psiquiátrica optó por aceptar un trabajo en el que se requería una experiencia mínima de dos años en servicios de emergencia. Al respecto, al momento de efectuar su descargo por escrito en la sede nacional el día 13/7/15; ha dicho que su "especialidad es psiquiátrica y no emergentóloga y que el GCBA exige un mínimo de dos años de experiencia en emergencias, que reitero no detento (...)", manifestaciones que luego reitera en la sede de la Fiscalía de la CABA al referir que "es médica psiquiátra, NO EMERGENTÓLOGA, Y TAMPOCO REUNÍA LA EXPERIENCIA REQUERIDA EN EMERGENTOLOGÍA POR LA AUTORIDAD" (la cita en letras mayúsculas es textual). Esta circunstancia no debe ser pasada por alto. No puedo saber cuál ha sido la motivación que ha tenido la imputada para obrar del modo en que lo hizo, ni qué finalidad ha tenido su comportamiento. De lo que sí tengo certeza es de que no se encontraba debidamente capacitada para prestar ese tipo de labor, en un lugar cuya probabilidad de ocurrencia de eventos como el que sufrió la víctima S., era altísima, o por lo menos cotidiana, según ella misma reconoció. Ello, de modo alguno puede ser interpretado como una eventual imposibilidad de llevar adelante la conducta debida por carecer de los conocimientos básicos para actuar. No debe perderse de vista que, pese a no ser especialista en la materia, la Sra. B. es médica y le era exigible un determinado actuar. Y tan es así que, en un determinado momento ella decide iniciar las maniobras básicas de resucitación. Para ser claros; lo que busco decir es que voluntariamente la imputada

aceptó un trabajo para el que no estaba debidamente calificada y decidió colocarse, previamente, en una situación en la que se necesitaban conocimientos específicos. En cuarto lugar, he de considerar también como agravante del abandono el modo en que la imputada ha decidido desenvolverse con los pacientes que ha atendido previamente y como lo ha hecho con S.. El dato objetivo que debe valorarse al respecto, se refiere a que en las anteriores ocasiones, la imputada B. ha procedido a registrar los valores de la presión arterial y así lo ha asentado en el libro de guardias en el que tomaba nota de los pacientes atendidos y de las practicas realizadas. Inexplicablemente, y pese a que los peritos médicos han considerado que una de las medidas de diagnóstico básica y clave era conocer los valores arteriales, la encausada ha decidido apartarse de lo que allí venia rutinariamente haciendo, cuando -justamente- el cuadro de situación más lo ameritaba. En este sentido, también he de valorar en contra de la imputada las continuas contradicciones en las que incurrió sobre este punto. En particular, B. ha referido que no poseía en ese momento un tensiómetro para cumplir con esa finalidad, y preguntada en relación a como había logrado registrar la presión en los demás pacientes, refirió que lo había hecho con su mano. Dicha explicación no solo no resulta verosímil (no hay que tener conocimientos médicos para saber que la presión no puede ser tomada a través del pulso, pues justamente este valor será el de las pulsaciones y no el de la presión arterial), sino que además, tampoco logra explicar (dentro de su particular lógica) por qué entonces no intentó llevar adelante el mismo procedimiento con S.. En un segundo nivel de análisis, procederé a considerar las características particulares de la Sra. B.. Así, entiendo que la imputada contaba con las herramientas necesarias para poder motivarse en la norma y decidir hacer lo debido, en contraposición a la omisión que se le endilga. Veamos: se trata de una profesional psiquiatra, con una larga trayectoria laboral en el ámbito médico. En particular, señaló haber trabajado en el Hospital Militar en consultorios externos y en guardias psiquiátricas, en las que reconoció atender habitualmente a personas con problemáticas de ingesta de estupefacientes. Es una profesional con estudios de posgrado en medicina legal. En cuanto a sus recursos patrimoniales, debo señalar que la imputada cuenta con una holgada situación económica (así lo ha literalmente expresado ella en su socio ambiental), y de esto da cuenta, por ejemplo, su inmueble ubicado en el barrio de Recoleta, de 450m2, con 5 habitaciones y 6 baños. Esto también lo he de considerar de manera negativa, en tanto da cuenta que la Sra. B. no se encontraba en una situación de necesidad que la obligara a aceptar un trabajo para el que no estaba capacitada y en el que, invariablemente, se suscitarían situaciones de extrema gravedad. Por último, y a los fines de valorar la viabilidad de la aplicación de una pena de inhabilitación, he de considerar en contra de la imputada que permanece en la actualidad prestando labores en ese mismo lugar. ¿En qué condiciones? la misma imputada señalo que al día de hoy no cuenta con desfibrilador, ni tubo de oxígeno, sino que solo le fue agregado el botón pulsador de emergencia, que antes estaba en planta baja, y ahora fue trasladado a la enfermería. Me pregunto entonces; (considerando que la imputada cree haber hecho lo posible en la atención del joven S. y que ella misma ha indicado a lo largo de sus declaraciones que el lugar no contaba con los elementos básicos para hacer frente a este tipo de situaciones), ¿qué es lo que Sra. B. ha internalizado y/o aprehendido respecto de lo sucedido? En su lógica, y aún en el entendimiento que hizo lo correcto, ¿es consciente de que al día de hoy sigue sin contar con los más mínimos elementos de emergencia para contrarrestar un cuadro crítico de salud? Cuesta entonces pensar que efectivamente la Sra. B. se encuentre acongojada por lo sucedido (tal como lo alegara durante el debate) o al menos imaginar que haya exigido a su empleador la adopción de medidas tendientes a evitar la reiteración de hechos como el aquí juzgado. Hasta aquí, las circunstancias de objetivas y subjetivas que entiendo deben ser valoradas como agravantes. Antes de introducirme en aquellos extremos que han de ser considerados como atenuantes, debo hacer una aclaración. Con relación a ello, he de indicar que no paso por alto que la imputada ha prestado declaración en el debate y se ha mostrado predispuesta a responder preguntas de las partes acusadoras, a los fines de -según sus propias palabras- ?contar lo que sucedió?, lo que podría ser considerado como un aporte a los fines de averiguar la verdad histórica de lo ocurrido. Sin embargo, no es menos cierto que las palabras de la Sra. B., lejos de echar luz sobre lo ocurrido, evidencian manifiestas contradicciones con las distintas versiones que a dado desde el comienzo de la causa. Por este motivo, es que este punto en particular, directamente no he de considerarlo a los fines de merituar la pena. Pasando entonces a lo que respecta a las atenuantes, el primero de ellos que he de valorar es su falta de antecedentes, lo que permite vislumbrar que el hecho aquí juzgado, se trata de un suceso aislado dentro de su comportamiento frente a la ley. Por otra parte, también he de considerar como atenuante la conducta que la médica ha desplegado al momento del arribo de los servicios de emergencia, puesto que, conforme surge de los videos reproducidos, en todo momento se mostró colaboradora con la actividad desplegada por sus colegas, que no era otra más que la de lograr reanimar a la víctima. En consecuencia, teniendo en cuenta la totalidad de agravantes y atenuantes que he analizado precedentemente, encuentro adecuado imponer a la imputada Cristina Liliana B., la pena de cinco (5) años de prisión de efectivo cumplimiento, accesorias legales (cfr. art. 12 del CP) y la pena de inhabilitación especial para ejercer la profesión de médica durante el mismo tiempo que dure la condena, esto es cinco (5) años (cfr. art. 20 bis del CP), y las costas del proceso. CUARTO Resolución de los pedidos de extracción de testimonios Durante su alegato de clausura, la acusación realizó una serie de

solicitudes al tribunal, vinculadas con la formulación de distintas denuncias por hechos advertidos tanto durante la tramitación de la investigación como en la realización del debate oral y público que nos convocó. Dicho esto, corresponde, ahora sí, que me expida sobre las peticiones formuladas; las que serán analizadas de forma individual para un mejor abordaje. a) Sobre la posible infracción a la Ley 23.737 La primera solicitud efectuada se encuentra vinculada a la denuncia por comercialización o facilitación de drogas para el consumo dentro del local en cuestión, por personas indeterminadas que se encontraban allí dentro. Entiendo que, sobre este punto, asiste razón a los acusadores. En efecto, hemos podido tomar conocimiento, de acuerdo a lo narrado por los testigos E. P. D. y A. E., que dentro del local bailable de la calle Alsina 940 de esta ciudad, conocido bajo el nombre de "Big One", se ofrecerían estupefacientes conocidos como "éxtasis" (MDMA), tanto para su venta como para el consumo gratuito (art. 5 de la ley 23737). En concreto, D. refirió "Que sabe que en el lugar se vendían estupefacientes, se decía eso. Que él ha consumido en el lugar, pero no la compró, sino que consumió algo que le dieron ahí, sin vendérsela. A preguntas de la querella, el testigo responde la droga que él mismo refirió haber consumido en el local, que se la dieron, le fue dada por alguien que estaba ahí. Que le dieron para probar, no preguntó quién era. Que ha pasado en varias ocasiones. Que supone esto ocurre para ver si le gusta y uno le quiere comprar. Que a él no le gustó, no le hizo bien, no volvió a probar. Que no vio esa droga muchas veces. Que se parece a una aspirina. Que según sabe, no se aspira en polvo? Por otro lado, E. afirmó que "...en ese lugar le han ofrecido droga, como en muchas fiestas electrónicas, pero que no le regalaron. O al menos hoy es lo que recuerda, aunque sí le ofrecieron para que compre. Que era gente que iba a bailar como ella, asistentes que van a bailar y aprovechan...? Asimismo, la testigo S. M. A. G. indicó haber sido citada a Comodoro Py por el fiscal Federico Delgado, haciendo su aporte a través de la situación que vivió su hijo en una causa que se encuentra vigente. En efecto, de los testimonios señalados surge la posibilidad de que en el interior del establecimiento se produzca (o se hubiere producido por lo menos al momento de que ocurriese el hecho que aquí nos ocupa) alguna de las conductas que prohíbe la Ley 23.737. De esta manera, y siendo que el propio art. 34 de aquella ley otorga competencia material exclusiva a la justicia federal para entender en la investigación y juzgamiento de las conductas allí previstas, es que accederé a lo solicitado y se procederá a la remisión de testimonios de las piezas correspondientes a la Oficina de Sorteos de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional Federal, para que se designe el Juzgado de aquél fuero que deberá intervenir en la investigación de las presuntas conductas puestas en conocimiento de este tribunal. b) Sobre la desaparición de los efectos personales de L. de la C. S. Durante el transcurso del debate, pudimos conocer que el damnificado llevaba consigo ciertas pertenencias que, luego del devenir de los acontecimientos, no fueron hallados en su poder. En primer término, el testigo A., tío de la víctima, indicó que su sobrino tenía teléfono celular y una cámara fotográfica, pero que tales elementos no se encontraban entre los efectos secuestrados que le fueron exhibidos en la comisaría luego del hecho. En igual sentido declaró la madre de S., S. M. A. G., quien indicó que a su hijo "le habían robado el celular y la cámara de fotos? Asimismo, el testigo D., quien estuvo en el lugar con S., confirmó que el nombrado ese día "tenía un celular, una cámara de fotos, no recuerda con exactitud, cree que billetera, él usaba?. Por otra parte, la testigo Flavia Almirón, oficial de la Policía Federal, declaró que "...la requisa del cuerpo la hizo ella y que encontró un frasquito de plástico transparente que tenía un polvo blanco. Era un frasquito que tenía tapa, no sabe si a rosca, porque no lo abrió. Lo colocó cree que en un sobre. La orden de la Fiscalía fue mandarlo a laboratorio químico. Que eso lo remitió a la comisaría. Que no estuvo cuando le exhibieron los efectos al tío de L.. Que entre las pertenencias no había ni un celular ni una cámara. Ni siquiera tenía billetera, tenía monedas? De esta manera, considero que deberá investigarse la desaparición de las pertenencias de L. de la C. S., ante la supuesta comisión del delito previsto en el Art. 163, inciso 2, del Código Penal, que sanciona a quien se apodera de ilegítimamente de una cosa mueble, total o parcialmente ajena, en ocasión de un infortunio particular del damnificado. Teniendo en cuenta la escala penal prevista en aquella norma, esto es, de uno a seis años de prisión, entiendo que la acción penal no se encuentra prescripta aún, puesto que no ha transcurrido el tiempo correspondiente al máximo contemplado en esta figura, partiendo de la fecha en que presuntamente habría ocurrido el hecho, esto es, el 27 de febrero de 2012 (Art. 59, inc. 3, y 62, inciso 2º, Código Penal) De esta manera, corresponde remitir testimonios de las piezas correspondientes a la Oficina de Sorteos de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para que se designe el Juzgado de aquél fuero que deberá intervenir en lo sucesivo, respecto de la conducta presuntamente constitutiva del delito de "hurto calamitoso" (Art. 163, inc. 2, del C.P.) c) Sobre las condiciones del establecimiento A lo largo de lo extenso del debate, varios de los testigos se han expedido sobre las condiciones higiénico-sanitarias del sector denominado "enfermería", del establecimiento en donde falleciera L. de la C. S.; algunos de ellos por haber estado presentes allí y otros, los galenos convocados en razón de sus especialidades médicas, se expidieron sobre las imágenes que surgen de los distintos videos reproducidos durante sus declaraciones testimoniales. Hemos podido observar una deficiente manutención higiénica, puesto que se observó en los videos la existencia de una camilla con muchos papeles encima, basura en el piso, la coexistencia de un fichero y un freezer en el mismo ambiente en el que se debería tratar a las personas que acuden a recibir asistencia médica, un objeto que parecería ser un cenicero de

pie o un tacho de basura, un balde colocado en el piso, además de la notoria suciedad que se puede percibir en las baldosas del piso del recinto; todo lo cual surge a simple vista de las imágenes que se reprodujeron durante el debate. Sumado a ello, debe destacarse que, en ese entonces, se carecía de termómetro, desfibrilador externo automático (DEA), resucitador manual o bolsa autoinflable (instrumento conocido comúnmente como AMBU, por sus siglas en inglés correspondientes a Airway Mask Bag Unit) y demás elementos indispensables para preservar la salud de aquellas personas que se acercasen a la enfermería por necesitar asistencia o auxilio médico especializado. Incluso, al momento de expedirse al respecto, la testigo Laura Peretti refirió que ?...el hábitat no era ideal, estaba sucio, la médica fumaba. Cualquier RCP se puede hacer en el piso, en cualquier lugar, no necesitamos una camilla, más vale algo duro. El ambiente no estaba limpio, por lo menos no se veía. Había un balde. Ambiente malpraxógeno, que puede generar mala praxis. No tiene estetoscopio, ni buena camilla...? También el testigo Eduardo Gabriel Martella fue igualmente crítico respecto a las condiciones en que se encontraba el lugar. Refirió que ?el medico tiene que saber de antemano que el lugar tiene idoneidad suficiente como para esperar un caso crítico y tener disposición de elementos para atender (...). Es un principio elemental que si tiene que estar en una sala de primeros auxilios supuestamente con la condición externa de un montón de personas de determinadas características, debo presumir que puedo tener accidentes o tratamientos que tiene que ver. Se le ocurre que no podría estar en un lugar, salvo desconocimiento, sin elementos que puedan colaborar en la primera fase hasta conseguir un traslado. Tiene que haber una sistematización básica, aceptable, para decir que hace lo que puede en esas condiciones. A nadie se le tendría que ocurrir que puede funcionar eso así. Ni al médico, ni al policía, ni a la que se sienta a atenderse, ni a los de este recinto. Nadie puede decir que se abre de buenas a primeras esto que es para atención primaria en casos críticos, con un archivo, una manguera de bomberos, un matafuego y una caja que no sabe que debe tener. Si le preguntan con qué haría una caja de primeros auxilios para ir a veranear, es un tema. Si le dicen cómo atender una atención primaria en un lugar en que pueden pasar estos hechos, es otro tema. Este es el requerimiento. Si lo tengo estoy, sino no estoy?. Asimismo, la testigo Rembersade indicó que el lugar donde falleció S. era ?un desastre? (sic), que le dijeron que era la enfermería, pero ella consideraba que era un depósito, ya que había cajas de bebidas alcohólicas. Teniendo en cuenta todo lo narrado en el correspondiente acápite, sumado a la gravísima consecuencia a la que se ha visto expuesto el joven L. de la C. S., en gran parte debido al completamente insatisfactorio estado del recinto al que fuera trasladado, considero indispensable poner en conocimiento de esta situación a la Dirección General de Habilitaciones y Permisos e instruir a su director a que disponga lo necesario para que se lleve a cabo, de modo urgente pero también periódico, una exhaustiva inspección del establecimiento existente en la calle Adolfo Alsina 940 de esta ciudad, que funciona como local bailable, especialmente en el sector destinado a funcionar como enfermería, y se verifique su correcta y debida adecuación a la normativa específica que regula la materia. d) Sobre el falso testimonio de los testigos G. H. L. e I. A. G.. Respecto de estos dos testigos, se ha solicitado que sean denunciados por considerarse que han cometido el delito de falso testimonio durante la audiencia de juicio que tuve la oportunidad de presidir. En concreto, la parte querellante sostuvo que L. había mentido al declarar que no conocía a una persona a quien como ?Rodo?, que, según afirma el Dr. González, apoderado de la acusadora particular, se trataría del ?Abogado Ruiz?. Sostuvo que ello es así, dado que a fs. 35 del legajo éste se presentó como abogado del local. Lo primero que debo señalar al respecto es que, debido a las limitaciones formales del régimen procesal imperante en este fuero porteño, el Juez (o Jueza) que sea designado para intervenir en la etapa de plenario, es decir, de juicio oral, necesariamente debe hacerlo sin tomar contacto con el legajo que se hubiera conformado en la etapa investigativa. En la actualidad, y ante la entrada en vigencia de la doctrina ?Galantine?, emanada del más alto tribunal local, quien esté llamado a llevar a cabo el juicio oral que prevé el Art. 213 del Código Procesal Penal local, sólo podrá contar con el requerimiento de juicio y la resolución en la cual el Juez de la etapa intermedia se haya pronunciado sobre la admisibilidad de la prueba. (Tribunal Superior de Justicia, Expte. 9443/12, rta. 18/12/13) Se destaca de este precedente jurisprudencial lo que surge del voto de las Dras. Ruiz y Weinberg, quienes sostuvieron que ?[d]e admitirse la legitimidad de la remisión del legajo tal como lo requiere la jueza de juicio [esto es, conformado con las pruebas que fueron declaradas admisibles], pierde todo sentido la norma procesal que dispone ?el/la juez/a que entenderá en el juicio? sea uno distinto al que intervino en la etapa de investigación?. Concluyen las citadas magistradas afirmando ?de ese modo (...) se evitará que el juez tenga la posibilidad de conocer por adelantado los elementos incriminantes aportados por los acusadores, quienes podrán hacerlo en el debate, pero en presencia de su contradictor y será recién allí cuando el juez podrá apreciar su valor probatorio?. A su vez, en el voto del Dr. Lozano, se afirma que ?el juez de garantías resuelve acerca de la procedencia de la prueba que las partes ofrecen para valerse de ellas en el juicio, y remite, únicamente, el requerimiento de elevación a juicio y el acta de la audiencia donde se resolvió qué prueba, de la ofrecida, resulta admisible?. En la actualidad, esta cuestión no admite mayores discusiones, y se trata de un verdadero estándar consolidado: El juez que intervenga en el debate oral no contará con el legajo de investigación, ni tendrá acceso a él. Hecha esta pequeña introducción a los fines de clarificar sobre la cuestión, debo decir que, entonces, en nada conmueve a esta jueza lo aseverado por el Dr. Rodrigo González en cuanto a que si bien el testigo L.

conocía a Rodolfo Ruiz, lo negó. Más aún, si partimos de la base de que esta supuesta mendacidad surgiría de la ?foja treinta y cinco?, presumo del legajo de investigación, a la cual no he tenido acceso ni las partes han solicitado su incorporación durante el debate. Debe resaltarse, además, que el acusador privado omitió hacerse cargo de destacar qué importancia hubiera tenido esta supuesta contradicción en la que habría incurrido el testigo L., como para permitir al tribunal evaluar la cuestión desde otra perspectiva. Es decir, aún en el caso que le asistiera razón y que el testigo hubiera mentido, la parte no logró demostrar, tampoco siquiera invocó, qué implicancia pudiera haber tenido, no sólo en el resultado final del juicio sino en cuanto a la valoración de su testimonio en este caso concreto y sobre esta cuestión específica. Dicho de otra manera: a los efectos de la toma de decisión sobre el veredicto de culpabilidad de la imputada, en nada importa si el Sr. L. conocía o no a Rodolfo Ruiz. En cuanto al caso del testigo I. A. G., la querella reeditó la postulación de la extracción de testimonios para investigarse su presunto falso testimonio. La cuestión respecto de él giró en torno a un momento muy específico: el instante exacto en que se llamó a la ambulancia, luego de que el damnificado en autos ingresara en la enfermería del establecimiento. Oportunamente, tanto el Sr. Fiscal como el Dr. Rodrigo González, enfáticamente resaltaron que el testigo había mentido al afirmar que ese llamado había ocurrido inmediatamente después de que ingresara al lugar con L. de la C. S., puesto que consideraron que las imágenes reproducidas durante el debate contradecían lo afirmado. Básicamente, su acusación sobre esta incidencia giró en torno a que el testigo declaró que la Dra. B. dio esa orden a ?H.? (quien, en concreto, se trata de G. H. L.), y, según ellos, eso resultaba imposible puesto que esa persona no se encontraba en el lugar, de acuerdo a lo que se logró acreditar mediante la exhibición del video correspondiente. Esta incidencia ocurrió en el preciso momento en que el testigo G. depuso testimonialmente ante este tribunal; lo que generó que el Dr. Walter López llegase a pedir, incluso, la detención del testigo al considerar que había cometido un delito flagrante en la propia audiencia. Esta cuestión ya fue resuelta por el tribunal en pleno, durante el debate, y se llegó a la conclusión que, respecto a ese punto, no se podía aseverar que G. hubiera sido mendaz respecto a la presencia de L. en el lugar, sino todo lo contrario. Véase que L. se encontraba presente en la enfermería, y sobre ello no hay lugar a dudas. Ello así, puesto que a simple vista, y durante la reproducción del video identificado como ?L-20120227-041353?, en el minuto 23.27 se observa con meridiana claridad que L. se encontraba en el lugar. Tal es así, que al minuto 23.44, por ejemplo, se lo observa parado al lado de una persona no identificada en el juicio, que tiene en su mano un trapeador, y recién desaparece de imagen al minuto 24.01. No debemos confundirnos. El Art. 275 del Código Penal sanciona con pena de un mes a cuatro años de prisión a aquel ?...testigo, perito o intérprete que afirmare una falsedad o negare o callare la verdad, en todo o en parte, en su deposición, informe, traducción o interpretación, hecha ante la autoridad competente?. Pero calificada jurisprudencia ha afirmado que ?El delito de falso testimonio, requiere de la existencia de oposición entre lo afirmado y lo que el deponente conoce como verdad, y no una divergencia entre lo aseverado y lo objetivamente verdadero, es decir, requiere una discrepancia entre lo afirmado y lo sabido. Por otra parte, el falso testimonio debe incidir sobre algo sustancial, que pueda desviar o turbar el curso de la actividad judicial, y no sobre circunstancias secundarias que no alteran el contenido objetivo de la deposición. Se sostiene que si el testimonio falso no influye de manera alguna en la decisión del proceso, falta el elemento del perjuicio? (Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional, Sala V, Causa Nro. 14.817, del voto de los Jueces Navarro, González Palazzo y Filozof, rta. 31/10/00) A su vez, y respecto a la incidencia que debe tener en la decisión final sobre la cuestión, también se ha sostenido que ?...para que se configure el delito de falso testimonio la mendacidad debe recaer sobre determinados acontecimientos y éstos deben influir en la persona que debe decidir una cuestión bajo su análisis, quedando fuera de este alcance aquellas expresiones que no logren tal fin? (Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional, Sala VI, Causa Nro. 14.964, del voto de los Jueces González y Escobar, rta. 16/11/00) Es que en este caso, la baja credibilidad de los testigos cuestionados han generado que se prescinda de la valoración de sus dichos, tal y como lo sostuve al analizar el plexo probatorio producido durante el debate. Y es esta, y no otra, la consecuencia que entiendo debe asignársele a la cuestión. No obstante lo referido, habré de poner a disposición de las partes las piezas que podrían resultar de interés para la formulación de las denuncias que entiendan que correspondan. Por todo lo expuesto y de conformidad con lo normado por los arts. 248, y 334 del CPPCABA, propongo a los distinguidos colegas que integran el Tribunal Colegiado en las presentes actuaciones: I.- CONDENAR a L. C. B., de las demás condiciones personales obrantes en autos, a la pena de CINCO AÑOS DE PRISIÓN, más la INHABILITACIÓN ESPECIAL para ejercer la profesión de médica por el tiempo que dure la condena, por considerarla autora penalmente responsable del delito de abandono de persona, MAS ACCESORIAS LEGALES Y COSTAS (artículos 5, 12, 20, 20 bis, 29 inc. 3, 45, y 106, primer párrafo del CP, artículos 248, 342 y 343 del CPPCABA).II.- DISPONER LA EXTRACCION DE TESTIMONIOS del acta de debate y remitirlos mediante oficio de estilo a las siguientes dependencias: a) Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional Federal, ante la posible infracción a la ley 23.737; b) Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional, ante la posible comisión de un delito contra la propiedad (art.163 inc. 2 del Código Penal) y, c) Dirección General de Habilitaciones y Permisos, a sus efectos. III.- PONER las presentes actuaciones a disposición de las partes para que en

caso de así considerarlo extraigan testimonios de las piezas que estimen pertinentes. En tal sentido emito mi voto. Los Dres. María Cristina Nazar y Carlos Horacio Aostri dijeron: Llegó al debate oral la Sra. L. C. B., en función de los requerimientos de elevación a juicio efectuados por el Representante del Ministerio Público Fiscal y por la representación legal de la Sra. Silvia G. quien actuó como querellante. De dichos instrumentos se desprende que la hipótesis acusatoria versó puntualmente sobre el suceso que habría acaecido el 27 de febrero de 2012, entre las 4.30 y las 5.25 horas aproximadamente, en el interior del sector que funcionaba como enfermería del local bailable denominado 'Big One', sito en Adolfo Alsina 938/944 de esta Ciudad, ocasión en la que la imputada, médica del lugar y en consecuencia garante legal de velar por la salud de los asistentes, omitió llevar a cabo las diligencias exigidas por una correcta práctica médica, que derivó en el fallecimiento de L. de la C. S.. Tal conducta fue calificada por los acusadores como constitutiva del delito previsto y reprimido por el artículo 106 del Código Penal, con el agravante del último párrafo, que se corresponde con la figura de abandono de personas seguido de muerte. De este modo quedó delimitado el objeto del proceso, que determina los aspectos sobre los cuales nos debemos pronunciar exclusivamente -demás está adentrarnos en temáticas que son de aceptación pacífica tanto en la doctrina como en la jurisprudencia acerca de los principios y garantías que rigen tal delimitación-. Y es éste, el norte específico que tendrá este voto.

Primera cuestión Creemos que si existe algo determinante para abordar el caso, más allá de lo elemental que parezca, es establecer desde el comienzo el significado del término abandono. Así en primer lugar podemos recurrir a la definición que aporta la Real Academia Española, y encontramos: Abandonar (Del fr. abandonner, y este del germ. *banna 'orden'). 1. tr. Dejar solo algo o a alguien alejándose de ello o dejando de cuidarlo. Han abandonado este edificio. 2. tr. Dejar una actividad u ocupación o no seguir realizándola. 3. tr. Dejar un lugar, apartarse de él. Abandonaron el lugar del suceso. (...) (1). En este entendimiento y en lo que refiere a la persona cabe destacar las acepciones establecidas en los puntos 1, 2 y 3 de la definición, como base de consideración. Por su parte, vamos a cotejar esto con las palabras utilizadas en el Código Penal, Capítulo VI, Abandono de personas, Artículo 106, que establece "El que pusiere en peligro la vida o la salud de otro, sea colocándolo en situación de desamparo, sea abandonando a su suerte a una persona incapaz de valerse y a la que deba mantener o cuidar o a la que el mismo autor haya incapacitado, será reprimido con prisión de 2 a 6 años. La pena será de reclusión o prisión de 3 a 10 años, si a consecuencia del abandono resultare grave daño en el cuerpo o en la salud de la víctima. Si ocurriere la muerte, la pena será de 5 a 15 años de reclusión o prisión".

Segunda cuestión Nos referiremos a las pruebas vertidas durante el debate y a su respectiva valoración. Luego de varios días de audiencias es innegable la afirmación de que la principal prueba sobre la que se apoyó la acusación, en cuanto a la comprobación del hecho en sí, fue la filmación de las cámaras de seguridad de la entrada y el sector denominado enfermería del local bailable antes mencionado. En cuanto a ello vale aclarar que dicho video no fue secuestrado al momento del hecho sino que fue aportado con posterioridad por la empresa organizadora o responsable del evento que se llevó a cabo en el local bailable de la calle Adolfo Alsina 938/944 de este medio, en sede de la Policía de la Ciudad, el video correspondiente al sector denominado enfermería se aportó el 2 de marzo de 2012 en tanto que el video del hall de entrada el 24 de abril del mismo año, sin que se sepa hasta la fecha quién editó el mismo, ya que como se puede observar se encuentra fraccionado en tres archivos diferentes y delimitados a una franja horaria, además de no contar con audio. Asimismo contamos con los variados informes y los testimonios de las personas que depusieron en la audiencia. Aquí es donde cobra especial relevancia lo que fue aclarado sobre la filmación, ya que hubo varios testimonios (especialmente de los profesionales médicos) que no fueron por presenciar el suceso al momento de acaecer el mismo, sino que declararon a través de lo que podía verse del video, con las limitaciones mencionadas. De hecho, puede verse en las imágenes que la Dra. B. asistió a L. S., quien lamentablemente, momentos más tarde falleció. Es precisamente sobre la asistencia efectuada donde radicaron las críticas por parte de ambas acusaciones, basadas en las observaciones realizadas por otros profesionales, considerando de este modo como no atención, la atención, brindada por la imputada. Pasando concretamente al video, a saber, tres (3) soportes ópticos, en el primero de ellos, que a partir de ahora será nombrado como 'Video 1' (y en igual sentido se dará la numeración a los próximos siguiendo el orden de continuidad, y la indicación de los minutos y segundos que en todos los caso será un dato aproximado) a los 23:14 minutos se observa la llegada de L. quien fue llevado por personal de seguridad del local bailable quienes lo colocaron en la camilla, y a los 24:11 minutos comienza su atención. Continuando, a los 25:03 minutos ingresa otro paciente y B. comienza a atenderlo, a los 26:05 minutos ante los movimientos de L., advertidos por la médica, quien da indicaciones y deja de atender al otro paciente. A los 27:16 minutos vuelve a la camilla donde estaba L., da indicaciones, lo bajan al piso y sigue atendiendo al otro paciente herido. A los 28:08 vuelve a dar indicaciones respecto de L. y 29:24 procede a ponerle hielo a L. en la parte posterior de la cabeza. Seguidamente en el soporte óptico que identificamos como 'Video 2', a los 00:22 segundos hay comunicación con emergencias, a los 00:34 minutos la Dra. B. sale de escena y en el minuto 01:14 vuelve y atiende a otra paciente que se encontraba en la enfermería. Luego, a los 02:08 minutos se da vuelta, a los 02:09 minutos atiende a otro chico y segundos más tarde, a los 02:35 minutos continúa con la atención de L., a los 02:58 minutos busca el estetoscopio y ausculta a L., luego de lo cual se observa que a

los 04:45 minutos vuelven a subir a L. a la camilla el personal que lo estaba conteniendo y la médica comienza a practicarle respiración boca a boca, a los 17:13 minutos ingresa el servicio de emergencias y a los 17:49 minutos comienzan a atender a L.. Más allá que para la relevancia del injusto, la intervención de los nuevos médicos que entran en escena con posterioridad (servicio de emergencia) no revestiría interés, sí nos puede aportar un dato relevante sobre el que versó el comienzo de la discusión durante el debate, respecto de lo que las acusadoras atribuyeron como una demora, con desidia, por parte de la médica. Y ello por cuanto la simple suma del tiempo que demoró cada profesional en la atención de L., da una diferencia de escasos segundos entre lo que habría tardado B. y lo que habría tardado el profesional del servicio de emergencia. En este sentido, cabe destacar que los médicos que realizaron las pericias y concurrieron al debate, analizaron el actuar de la Dra. B., y tampoco fueron coincidentes, sino que entre ellos también hubo disidencias en cuanto a los modos del actuar médico. Conforme el orden de sus declaraciones (para lo que se citarán sólo fragmentos que a juicio de estos opinantes son los más destacados, más allá de lo cual, claro está, se tomó en consideración la declaración entera de aquellos), luego de explicar las consecuencias de una intoxicación por metilendioximetanfetamina (conocido como MDMA o éxtasis) y de indicar que los efectos de dicha droga dependían de la susceptibilidad de cada persona y del momento, cuyos efectos pueden conducir a la muerte (que cabe recordar es la sustancia que los peritos encontraron en el cuerpo de L. producto de su ingesta), puntualmente la Dra. Flavia Alejandra Vidal dijo que el desenvolvimiento (de B.) no fue adecuado a una buena práctica del arte de curar (...) que realizó maniobras mínimas (...) que no está normativizada esa reanimación (...) que sigue haciendo reanimación, pero a su criterio poco efectiva (...) es una mala técnica (...) para luego finalizar su relato, preguntada que fue por la defensa sobre si se hubiese atendido a L. en un centro asistencial adecuado y se hubiese aplicado la terapéutica específica de forma inmediata, se podría haber evitado el desenlace fatal, comentó que aunque se le hubiese brindado no podría decir que se hubiera muerto o no. Sobre estas últimas palabras cabe poner el acento ya que son relevantes en cuanto a la atribución o no, a quien se pretende establecer como autor a título propio de un resultado. Por ello, nos llama la atención que tanto el Fiscal como la querella, aún habiendo contado con los informes escritos y luego con la declaración de la profesional citada, intentaron hasta último momento efectuar tal atribución de la muerte de L. S., cuando las evidencias rendidas [\(2\)](#) no sólo no lo arrojan, sino que no lo podrían arrojar, con lo cual se anula cualquier tipo de certeza (factor determinante). A su turno, el Dr. Eduardo Gabriel Martella, también fue claro y específico al momento de dar su testimonio del cual queremos destacar que además de coincidir en cuanto a la imposibilidad de aseguramiento de la consecuencia muerte, hizo hincapié en el lugar y el contexto de actuación. Recapitulando el profesional indicó (...) no se puede hablar de área de primeros auxilios, porque no hay elemento alguno salvo camilla (...) El ámbito no muestra elementos de monitoreo. Quien tenga que verse al frente de esta situación, está prácticamente en indefensión, no tiene elementos que sustituyan lo que uno puede hacer con la parte clínica (...) Están los signos que uno puede recoger y los síntomas que en este caso no son dables porque el paciente no está en condición de lucidez o conciencia. Los signos están marcando que hay un deterioro del sensorio (...) intentar presión ocular está ligado a frecuencia cardíaca alta (...) el procedimiento fue malo (...) hay pacientes que puede prestarle atención porque tiene como resolverlos, y otros que no puede prestar atención porque no puede resolverlos, generalmente la conducta es a los que puede resolver (...) La prioridad siempre es en base a la posibilidad de atención (...) no veo una atención como debería haber sido asignada por los elementos que hablan de este tipo de paciente, incluyendo el lugar, no quiero dejar de lado el lugar (...) la médica tiene ojo clínico, yo no estoy en el lugar estoy viendo una película (...) Debe estar viendo al paciente e imaginando cosas (...) Está viendo lo que puede hacer. Evidentemente lo hace mal (...) Los actos que se cometen son incompletos, insuficientes, no revisten valor como para determinar que tiene una posibilidad de revertir este tipo de casos (...) En el medio de un teatro caótico es un caso para sala crítica muñado de elementos. La única posibilidad es haber tenido una vía colocada, respiración con oxígeno, un monitor que marque la frecuencia cardíaca (...) Pero determinar si el tratamiento en estos casos por más que hubiera sido eficiente, para determinar el resultado de sobrevida, dado el resultado de la autopsia, no hay certeza, es difícil establecer (...) Para culminar señalando que Queda claro que lo que hizo no es lo que se debió. Resultó una declaración por demás relevante en función de las afirmaciones y observaciones que efectuó. Introdujo a la consideración las condiciones del lugar en el que se da la actuación médica, siendo terminante en cuanto a que se trató de un hacer, y que los momentos de inacción, lo son sólo en apariencia ya que el profesional puede estar evaluando los pasos a seguir y el desarrollo de la situación. En lo que hace a este punto, también cabe reseñar y valorar (bajo los lineamientos que hacen a toda declaración de un encausado) que la imputada hizo uso de su derecho a declarar, y lo hizo en la audiencia, explicando desde su punto de vista el video momento a momento con las acciones que realizó y el sentido de las mismas. Así por ejemplo podemos recordar las discrepancias que hubo durante el debate entre los profesionales médicos sobre si constituía una acción mantener la mano sobre los ojos del paciente (cerrarle los ojos, presión ocular), a lo que B. finalmente indicó que ello obedecía a impedir la excitación que produce la luz directa respecto de quienes se encuentran bajo el efecto de determinadas sustancias. Es así que no queremos dejar de lado todo cuanto explicó al respecto. Tercera cuestión En base a lo que fuese explicado precedentemente,

arrojamos la primera conclusión: no fue posible realizar la adecuación típica de la conducta como se pretende. En principio para centrar la cuestión traída a examen es menester indicar que ¿El núcleo de la estructura omisiva viene dado por la exteriorización de una acción distinta a la indicada, esto es, no dirigida a prestar la asistencia reclamada por el bien jurídico en peligro. Así dada la situación de peligro, es posible hablar de la existencia de una omisión penal desde el momento en que el sujeto lleva a cabo una conducta distinta a la típicamente indicada como prestación positiva de salvaguarda de aquel bien" (3). Y es en ese sentido que debe orientarse la averiguación de la verdad procesal en el delito previsto y reprimido por el Art. 106 del CP, imputada a la Dra. B.. Cabe aclarar que, tanto al momento de realizar su alegato de apertura como durante el desarrollo de la audiencia, el Sr. Fiscal hizo hincapié en lo informado por el SAME, con referencia que el llamado se realizó a las 04.50 horas, mientras que el ingreso a la enfermería de L. fue a las 4:37, horas pasaron 13 minutos hasta que se produce el llamado?. Ello indica la importancia que el representante del Ministerio Público Fiscal otorgó al llamado a una unidad de emergencia dada la situación delicada de salud en la cual se encontraba la víctima y que a lo postre será el núcleo principal de ¿lo que se debería haber hecho?, es decir la conducta típicamente indicada, entre otras, que referencia el distinguido autor supra citado. Sin embargo, tal como sostiene la defensa, en el requerimiento de juicio, en ningún momento se imputa la falta del llamado a emergencias como uno de los causales del desenlace luctuoso de L.. Tal cuestión no es menor, porque privó a la defensa de producir prueba para intentar rebatir la hipótesis que introduce el fiscal, en la audiencia, como ser testigos, vistas fotográficas de donde se encontraba el botón de emergencia, que a esta altura del proceso no sabemos si realmente existía al momento del hecho. No escapa a los suscriptos que el Sr. Defensor contaba con normas procesales que le hubieran permitido pedir la suspensión de la audiencia en virtud de la ampliación del objeto procesal y producir la prueba que haga a la defensa de su prohibida procesal, cuestión que no ocurrió por lo que seguiremos con las contingencias del debate. Siguiendo con el relato de apertura del fiscal éste manifiesta que ¿...no se efectuaron las debidas prácticas médicas en tiempo y en forma, en tiempo no se hicieron y lo que se hizo a destiempo se hizo mal, realizó maniobras de insuflación y comprensión irregulares y muchas veces simultáneas y sin la frecuencia que indican los protocolos aceptados universalmente. Cuando comenzó con las tareas fueron inapropiadas, que si hubiera sido posible deberían existir válvulas direccionadas para una buena ventilación del paciente, la utilización de un desfibrilador hubiera sido conveniente. Que al minuto de ingresar le tapó los ojos?. Al parecer, el Fiscal, más que un abandono, imputó una mala praxis, en todo momento utiliza la palabra ¿HIZO?, es decir realizó maniobras pero mal o a destiempo, no se condice con el abandono de persona endilgado. Cabe recordar que la obligación de los médicos no es de resultados sino de medios, y que lo central del reproche que se les formula es que con su conducta han privado al paciente de una mejor chance. En ese norte y de la valoración de las constancias volcadas durante el debate y de las explicaciones de los peritos, se puede sostener que con los elementos con los que contaba la Dra. B., no podría realizar otra acción médica que no sea la de llamar a una ambulancia, toda vez que según su relato y experiencia, comprobó hipertermia, taquicardia de la víctima que podría tratarse de una arritmia que para poder diagnosticar con certeza necesitaba de monitores, con los que no contaba, debería colocar una vía, oxígeno, drogas para revertir la arritmia, un desfibrilador, todos elementos inexistentes en el depósito devenido en enfermería. También fue dicho que compraron alcohol, agua oxigenada y Pervinox, es decir el lugar estaba preparado para atender un contuso, lo mínimo e indispensable para atender una cuestión médica leve, no para tratar el cuadro que presentaba L. de insuficiencia cardíaca que según lo manifestado por los peritos, no se puede asegurar que en un centro con todos los medios podrían revertir la situación de emergencia que presentaba la víctima. Entendemos no corresponde forzar tanto los términos como los hechos conocidos. Máxime cuando se pretendió establecer que un hacer, fue un no hacer, por su defectuosidad, reencausado en las cosas que podría y debería haber hecho la persona imputada según los criterios en particular de cada parte, cuando, por ejemplo, respecto de las maniobras básicas de reanimación, los profesionales que depusieron no fueron consecuentes con las cantidades (se sostuvo que debían hacerse quince compresiones seguidas de dos ventilaciones mientras que por otro lado se afirmó que ya no se priorizaban más las ventilaciones y que debían hacerse treinta compresiones). En este sentido sostuvo el doctrinario ¿La segunda forma de abandono que puede producirse es por el alejamiento del sujeto activo, discutiéndose si precisa también la separación espacial entre el abandonante y abandonado, o si basta la omisión de cuidados debidos, es decir, una especie de aislamiento moral. En este último caso, es preciso no llevar la tesis a términos muy extremos, ya que se correría el riesgo de llamar abandono a cualquier omisión de deberes, identificando el abandono de un deber con el abandono de una persona. La ley exige que se abandone a una persona, y si se refiere luego al deber de mantener o cuidar lo hace para que queden individualizadas las personas que antes ha mencionado. Por otra parte, si se tiene en cuenta que la acción delictiva consiste en dejar abandonada una persona, difícilmente podrá darse la figura en el abandono o en el incumplimiento de algún deber singular, aunque referible a la persona. Puede suceder que en casos excepcionales el médico sea responsable de esa situación, pero cuando la ley habla de cuidar no se refiere a la atención médica eventual, sino a la situación jurídica de asistencia personal. Un enfermero puede abandonar, un familiar también y esa es la situación normal" (4). Pero es claro que la imputada, bajo los adjetivos que se quieren aplicar realizó

una atención médica, y es bajo estas circunstancias es que estuvimos en condiciones de afirmar que la actitud y las acciones -lo que se subraya ya que estamos ante un delito de omisión- desplegadas por la imputada no fueron de abandono, en los términos que fuesen aclarados como primer cuestión del presente voto. Obligatoriamente, en cuanto a la muerte ocurrida, hemos de remitirnos a lo adelantado en el punto anterior al momento de referirnos luego de valorar algunos puntos de la declaración de la Dra. Flavia Alejandra Vidal, donde claramente quedó sentado el criterio de imposibilidad de atribución de la muerte de L. S., a la Dra. B. como propia de su intervención. En cuanto a lo que no habría realizado, cabe también reditar lo dicho al momento de citar a declaración del Dr. Eduardo Gabriel Martella, quien enfatizó en la importancia del lugar y en que el profesional tiene ojo clínico que viendo al paciente imagina cosas arrojando de este modo una nueva consideración sobre lo que puede ser considerado una atención médica, sin necesidad de contacto físico directo con el paciente. Es por ello que arribamos a la conclusión del fallo absolutorio que se diera durante el debate y ello ya que analizando el tipo penal que se le enrostra a la imputada, con las pruebas vertidas durante la audiencia de debate, resultó imposible determinar que la Dra. B no realizó el verbo de la conducta típica del ilícito, que es el de abandonar. Para mayor abundamiento podemos citar palabras de la jurisprudencia que ha dicho que "El abandono de persona es un delito que solo admite el tipo doloso... el abandono existe cuando el afectado ha sido dejado solo fuera de la vigilancia que le es necesaria y de la posibilidad de ser socorrido y resulta insuficiente la sola falta de cuidados y asistencia, que podría ser medio idóneo para cometer otro delito. No basta una simple dejación fruto de una negligencia o imprudencia, sino que requiere la voluntad de desinteresarse, de sustraerse de un deber de asistencia. No configura el delito de abandono de persona la circunstancia de no haber brindado el acusado la atención medica que el estado de la víctima requería por haber obrado con negligencia o por un desacertado enfoque sobre la situación, pues el dolo específico que impone la figura, demanda del autor que se desentienda del incapaz y lo prive de una protección en sentido amplio" (5). Por su parte la doctrina coincide también en que el objeto central de la conducta abandonar es el no hacer, así se sostuvo "El abandono puede darse apartándose de la víctima o quedándose con ella, pero sin prestarle esos auxilios o cuidados. Se trata de una obligación de hacer -mantener o cuidar, prestar cuidados- que no se cumple -al abandonar- (...) (6). En este sentido puede darse (...) sacando a la víctima del lugar en que se halla y dejándola en otro, o también alejándose el autor del lugar en que se encuentra, dejando allí a la víctima. También puede cometerse el delito quedándose el agente junto a la víctima, pero sin prestarle el auxilio o cuidados necesarios" (7). Y como corolario podemos citar que: "El abandono puede asumir dos formas: O bien llevar a la persona fuera del ambiente de protección en el que se encontraba, dejándolo sin otra, en cuyo caso se procede trasladando al que luego es abandonado, o bien alejándose el sujeto activo mismo del ambiente de protección y dejando en el mismo lugar al abandonado." (8). De todas estas citas doctrinarias hemos podido determinar que en ninguna de estas situaciones estuvo incurso la persona que fue traída a juicio, ya que no se apartó de la víctima, cuando estuvo con ella le prestó los auxilios, no se alejó ni lo sacó del lugar y cuando estuvo junto a L. S. le dio los cuidados que a su entender eran los necesarios. Por lo tanto, tal como lo afirmamos, el hacer (más allá de las consideraciones o adjetivaciones que se puedan hacer) no constituyó abandono y en consecuencia el reproche penal que se le hiciera no se encuentra abarcado por la figura legal, contenida en el artículo 106 del código de fondo. Es por todos estos motivos que consideramos que, respecto de L. C. B., el fallo absolutorio era lo que correspondía de acuerdo a derecho. Respecto a los puntos II y III del veredicto que ya fue leído, adherimos a las consideraciones vertidas por la Dra. Cristina Lara en su voto. En función de ello, el Tribunal, por mayoría, RESUELVE: I.- ABSOLVER a L. C. B., de las demás condiciones personales obrantes en autos, en orden al hecho materia de acusación fiscal y particular, sin costas (art. 106 párrafo 3ro. del Código Penal, y art. 248 del CPPCABA). II.- DISPONER LA EXTRACCION DE TESTIMONIOS del acta de debate y remitirlos mediante oficio de estilo a las siguientes dependencias: a) Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional Federal, ante la posible infracción a la ley 23.737; b) Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional, ante la posible comisión de un delito contra la propiedad (art.163 inc.2 del Código Penal) y, c) Dirección General de Habilitaciones y Permisos, a sus efectos. III.- PONER las presentes actuaciones a disposición de las partes para que en caso de así considerarlo extraigan testimonios de las piezas que estimen pertinentes. Regístrese, notifíquese y, firme que sea, practíquense las comunicaciones de estilo. Oportunamente archívese. Notas: (1) <http://dle.rae.es/?id=01yxXv6> (2) Además de la declaración testimonial, ver el punto 4 de la pericia elaborada por la Dra. Vidal y agregada como prueba. (3) SILVA SÁNCHEZ, El delito de omisión. Concepto y sistema, 2da ed. 2010, pág. 360 (4) SOLER, Sebastián, Derecho Penal Argentino, ED. TEA, Bs. As., 1987, pág. 189 (5) Cámara Nacional en lo Criminal y Correccional, Sala VII, en la causa 23376 resuelta el 5 de septiembre de 2005, autos "Colegio Pestalozzi" (6) D'ALESSIO, Andrés José Código penal comentado de la nación, Tomo II, Parte especial, 2da Edición actualizada y ampliada, Editorial La Ley, 2004, pág. 136, 1er párrafo. (7) BOMPADRE, Jorge Eduardo Derecho penal, parte especial, Tomo I, 3ra Edición, Editorial Astrea, 2009, pág. 227, 1er párrafo. (8) Ídem 4, pág. 186 Correlaciones: C., J. s/abandono de persona- Trib. Crim. N° 1 - Mar del Plata -

09/09/2015 - Buenos Aires

022748E