

## Procesamiento Homicidio Culposo Culpa Del Medico Muerte Del Paciente

### JURISPRUDENCIA

### Procesamiento. Homicidio culposo. Culpa del médico. Muerte del

paciente Se confirma la resolución que ordenó el procesamiento de los imputados en orden al delito de homicidio culposo, por haber obrado en forma imperita, negligentemente y sin observar las reglas del arte de curar, en ocasión de realizarle una video endoscopia digestiva alta a la víctima, quien falleciera como consecuencia de una perforación en el esófago provocada con el endoscopio, tardíamente advertida, y seguida de un inadecuado control de la vía aérea. Buenos Aires, 9 de agosto de 2018. Y VISTOS: I. Debe intervenir el tribunal en virtud del recurso de apelación deducido por las defensas contra la resolución de fs. 837/877vta. Que, en los puntos dispositivos I y III, ordenó el procesamiento de D. A. B. y N. I. P. en orden al delito de homicidio culposo. La defensa de B. recurrió además el punto dispositivo II que trabó embargo sobre sus bienes hasta cubrir la suma de \$1.700.000. Celebrada la audiencia que fija el art. 454, CPPN el pasado 2 de agosto, concurrió por la parte recurrente, los Dres. Roberto Isaac Churba y Eduardo Gerome, a cargo de la asistencia técnica de B. y P. respectivamente; los Dres. Débora Lichtmann y Diego Pirota, letrados apoderados de los querellantes M. L. V. y A. P. V.; y el Dr. Mauricio Viera, titular de la Fiscalía General n° 3. Concluido el debate, habiéndose resuelto dictar un intervalo conforme lo indica el art. 455, ibidem, el tribunal se encuentra en condiciones de resolver. II. Del hecho imputado Conforme surge de las actas de declaración indagatoria, se le atribuyó a D. A. B. y N. I. P. ?el provocar la muerte de la Sra. D. D. P. V. al haber obrado en forma imperita, negligentemente y sin observar las reglas del arte de curar, ello en ocasión de realizarle una video endoscopia digestiva alta (VEDA), el día 6 de febrero de 2018, a las 17.20hs aproximadamente, en el Sanatorio ... -sito en Av. ... de esta ciudad-. Específicamente, durante dicha intervención practicada sobre D. D. P. V., quien no presentaba ninguna deficiencia en su salud o integridad física que impidiera u obstase una práctica de rutina, el Dr. B. en su carácter de médico endoscopista, por el modo imperito y negligente en que se condujo durante la ejecución, en el manejo de los instrumentos y en la evaluación y tratamiento de la paciente durante la práctica, provocó diversas lesiones en el interior del tracto digestivo de la paciente -en particular, infiltración hemorrágica del esófago desde su inicio hasta 11 cm por debajo; finaliza a 13 cm por arriba del diafragma; a 4,5 cm por debajo de la horquilla epiglótica hay una solución de continuidad de la mucosa, redondeada de 0,3 cm de diámetro, que genera un saco submucoso de por lo menos 3 cm, con infiltración hemorrágica; y demás lesiones que surgen de los informes médicos obrantes en autos-, los que ni advirtió ni trató tempestivamente, lo que sumado a la posterior insuflación de aire causó un barotrauma de planos musculares y subcutáneos de tórax que generaron en la nombrada neumomediastino, neumopericardio, neumotórax bilateral, revistiendo tal gravedad las lesiones que, seguido a las maniobras desplegadas por la Dra. P., resultaron en la muerte de la nombrada P. V. a las 18.15 hs. Por su parte a la Dra. P. se le atribuye que, en su rol de anestesista obró negligentemente al desatender el estado y los valores multiparamétricos de la paciente P. V. mientras el Dr. B. realizaba la VEDA, no advirtiendo a tiempo el cuadro que presentaba la misma como consecuencia de la perforación instrumental antes mencionada, siendo que notó tardíamente una desaturación de oxígeno y enfisema facial, obrando imperitamente al no actuar con la diligencia y rapidez que le era exigible dadas las circunstancias conforme a su deber de profesional de la salud, procurando largamente y sin éxito intubar a la paciente continuando insuflando aire a presión mediante máscara laríngea, lo que acrecentó el daño que inició el endoscopista y contribuyó a la generación de las lesiones del estómago, al neumoperitoneo e incrementó el enfisema pulmonar que desembocaron en su fallecimiento. Que, si bien requirió la colaboración de una médica cardióloga y terapistas, a su arribo instantes después de iniciada la crisis, el cuadro que presentaba P. V. importaba tal gravedad que no lograron revertirlo y evitar el desenlace de su muerte. Así fue señalado en el informe de fs. 351/412 por los galenos del Cuerpo Médico Forense que la congestión, el edema pulmonar y encefálico resultaron ser la expresión final de la falla cardíaca y que la misma se produjo por barotrauma en el tórax y el abdomen y que la causa del barotrauma tiene su origen en el tórax y es de tipo instrumental. En definitiva que las causales del fallecimiento de D. P. V. se encuentran en relación directa a una perforación instrumental del esófago torácico, seguido de insuflación que provocaron: neumomediastino, neumopericardio, neumotórax bilateral y enfisema subcutáneo de cara y cuello y que las lesiones del estómago son consecuencia del barotrauma intragástrico, producto de las maniobras instrumentales endoscópicas; de las maniobras de reanimación cardiopulmonar; o de su accionar conjunto?. III. De los agravios y las réplicas Brevemente, se señala que inició el debate el Dr. Eduardo Gerome quien, en primer lugar, refutó que P. no hubiese controlado debidamente los valores multiparamétricos de la paciente dado que tenía colocado el oxímetro de pulso, elemento que según la Organización Mundial de la Salud es un aparato de alerta precoz para detectar hipoxia durante una cirugía. Seguidamente, expuso que, tal como lo indicara su asistida al prestar declaración indagatoria, al sonar las alarmas, consideró como primer motivo una reacción alérgica y, por ello, colocó una dosis de dexametasona. Sin embargo, al advertir la crepitación en la

mandíbula de la víctima, sostuvo que su tarea primordial debía ser la ventilación de la paciente, tal como así lo indicaron los profesionales del Cuerpo Médico Forense en las preguntas 21 y 22. En cuanto a las tareas desarrolladas para ello, indicó que primeramente lo hizo con una máscara facial, para luego intentar una intubación endotraqueal pero, al no poder lograrlo debido a la enfisematización de la paciente, colocó una máscara laríngea. Así, el procedimiento efectuado por la profesional era el adecuado, y refuta la imputación formulada en segundo término. Ello, porque además la cantidad de aire advertida durante la autopsia no pudo haber sido a consecuencia de su accionar, desde que fue el ingreso de aire por la perforación en el esófago de carácter instrumental - el endoscopio- lo que determinó el neumomediastino, neumopericardio, neumotórax bilateral y enfisema subcutáneo de cara y cuello que desencadenara el barotrauma y, con ello, la falla cardíaca que culminó con congestión y edema pulmonar. Por último, si bien reconoció que el Dr. H. B. pudo intubar a la paciente, ello obedeció a que colocó un laringoscopio distinto al que provee la institución médica, toda vez que aquél era de propiedad de dicho profesional, con características diversas. Por ello, solicitó se dicte el sobreseimiento de P. en los términos del inciso 4° del art. 336, CPPN. Por su parte, el Dr. C. en su exposición cuestionó la imputación formulada a B. toda vez que, por un lado, la perforación esofágica fue ubicada en la cara anterior, lo que no tiene antecedente bibliográfico alguno, puesto que se inicia el procedimiento de VEDA por la cara posterior. Además, el resultado de la autopsia y el informe realizado luego del estudio histopatológico, aunque afirmaron que se trató de una perforación instrumental, no indicaron -pese a haberlo solicitado- qué tipo de lesión fue provocada, esto es, si fue perforante, por incisión o punzante, así como tampoco con qué instrumento fue realizado. Ello adquiere vital importancia puesto que la caña del endoscopio no provoca incisión filosa, sino, en todo caso, desgarró. En este sentido, los instrumentos utilizados pudieron haber provocado la lesión hallada, desde que las tareas de reanimación fueron realizadas durante 55 minutos, mientras que el profesional inició el estudio y a sólo 5 minutos, debió concluirlo, a pedido de P. por la abrupta desaturación. Es por ello, que no se explica cómo no se halló lesión en la vía aérea. Se refirió también a los antecedentes convulsionantes y cardiológicos que surgen de las constancias médicas que, a su criterio, pudieron haber influido en la desaturación de la víctima, lo que tampoco fue ordenado, pese a haberlo solicitado. En consecuencia, solicitó se amplíe el peritaje médico y se realice otro sobre el aparato endoscópico. En cuanto al embargo, se remitió a los fundamentos expuestos. Por su parte, ambos acusadores peticionaron se homologue el auto recurrido. La querella inició su réplica y señaló, en primer lugar, que D. P. V. ingresó ¿sana? al ingresar al quirófano, ya que no tenía patología alguna que impida la realización del estudio, más allá del dolor agudo abdominal por el que quedara internada el día anterior en el sanatorio. El único riesgo informado de éste era una perforación y ésta fue provocada por B. como profesional a cargo del estudio y quien manipuló el endoscopio. Por ello, la discusión acerca del lugar de la lesión -en cara anterior o posterior- no es más que filosófica, ya que fue advertida en los estudios de autopsia como una lesión contusa y, claramente, obedeció a un procedimiento equivocado del imputado, al haber sido el único instrumento que ingresó a la zona. Luego, producida la lesión y las fallas físicas que de ello derivaron, P. omitió controlar los valores paramétricos de la paciente, toda vez que no está acreditado que tuviera colocado el oxímetro, por lo menos, al inicio del estudio. Ello, en base al registro acompañado por el sanatorio que da cuenta que el primer registro indicó una saturación del 67%. Tampoco se ha obtenido un registro cardiológico que diera cuenta la alarma del paro cardíaco. Ahora, advertida tardíamente la desaturación así como la crepitación al tacto, no debió haber realizado maniobras de ventilación, sino requerir la urgente presentación de un cirujano para revertir el cuadro con mayor probabilidad de riesgo, es decir, una perforación. Tampoco auscultó los pulmones. Sólo luego de ello, debió efectuar las maniobras de intubación pues, de lo contrario y como sucedió, continuó el ingreso de aire y, con ello, que éste continúe pasando por la perforación producida, lo que agravó el cuadro y contribuyó a su muerte violenta; máxime que el Dr. B. logró la intubación tantas veces fallida por P.. El Sr. Fiscal General, se expresó de manera coincidente al acusador particular, al destacar que B. no advirtió la lesión esofágica que provocó el inadecuado uso del aparato endoscópico e impidió el tratamiento médico necesario. En cuanto al tipo y forma de producción de la lesión, se remitió a las conclusiones de los expertos que intervinieron en los informes del Cuerpo Médico Forense obrantes en autos. Con relación a P., reiteró tanto la omisión del debido control al inicio del estudio como las maniobras realizadas que contribuyeron al desenlace, en lugar de disminuir el riesgo en tanto deber de la anesthesióloga; máxime tras reconocer el enfisema facial y de cuello.

IV. De la decisión del tribunal Oído el debate entre las partes, tras el análisis de las constancias de la causa, concluimos que la resolución debe ser homologada. En este sentido, el estudio endoscópico fue ordenado el 6 de febrero pasado por la médica clínica M. I. C., debido al ingreso de D. P. V. al Sanatorio ... el día anterior, con un cuadro de epigastralgia, a efectos de poder arribar a un diagnóstico. Así, previa consulta telefónica con hepatólogo Dr. A. por parte de la jefa de piso, Dra. C. D. F. y tras ser revisada por el Dr. F. B. L. L., se decidió tanto la necesidad de su realización, como que la paciente se encontraba en condiciones clínicas adecuadas. Ello fue corroborado en el informe ampliatorio de la autopsia que, en el punto 3 de las conclusiones se indicó que no se han detectado patologías preexistentes de causas inflamatorias, infecciosas, vasculares y/o neoplásicas, idóneas para producir o contribuir con la muerte. Luego, en el informe de fs. 676/699, a la pregunta 4 de la fiscalía a

cargo de la instrucción, reiteraron que ni de los antecedentes de la víctima, su estado físico y clínico, surgen contraindicaciones a la práctica del estudio endoscópico. Lo mismo, a la pregunta 10 de las aclaraciones formuladas por la defensa de B.. Sentado ello, se estableció la siguiente secuencia fáctica de los hechos: ?17.20 hs se da inicio al procedimiento instrumental endoscópico. Tiempo en el que se produce una solución de continuidad por efracción de la mucosa esofágica (cara anterior a 4.5 cm por debajo de la orquilla epiglótica). Pasaje de gas al mediastino con neumomediastino, neumopericardio y neumotórax bilateral. Le sigue la infiltración gaseosa por barotrauma de planos musculares y subcutáneos de tórax. Se produce una desaturación de 99% a 90%, advertida por anestesióloga. Enfisema subcutáneo ascendente de tórax, cuello y cara. Aumento de presión de la vía digestiva que produce efracciones múltiples de la mucosa gástrica por distensión, pasaje de gas a la cavidad conformando un neumperitoneo. En ese tiempo se produce la infiltración hemorrágica del epiplón menor. Líquido serohemático libre en cavidad peritoneal (200 ml) por pasaje desde el estómago lesionado, siguiendo la vía de pasaje que lo hiciera el gas. Evolución al paro cardio respiratorio a las 17.25 hs. Se inicia RCP, aumentando la presión en el tracto digestivo, sin respuesta a maniobras básicas y avanzadas. Se constata el fallecimiento a las 18.15 hs. La congestión, el edema pulmonar y encefálico son la expresión final de la falla cardíaca. La misma se produce por barotrauma en el tórax y en el abdomen. La causa del barotrauma tiene origen en el tórax y es de tipo instrumental. Posteriormente involucra el abdomen.? Luego de resaltar que los hallazgos en la autopsia son coincidentes con los mayores riesgos que presenta esta intervención y que fueran señalados en el consentimiento informado a la paciente ?perforación-hemorragia? concluyen que: ?1. Las causales del fallecimiento de D. P. V. están en relación directa a una perforación instrumental del esófago torácico, seguido de insuflación que provocaron: neumomediastino, neumopericardio, neumotórax bilateral y enfisema subcutáneo de cara y cuello. 2. Las lesiones del estómago son la consecuencia del barotrauma infragástrico, producto de las maniobras instrumentales endoscópicas; de las maniobras de reanimación cardio pulmonar; o de su accionar conjunto?. Tras señalar algunas cuestiones ya referidas y otras a las que luego haremos referencia, indican en el punto 7 que se trató ?de una muerte violenta?. Así, pese al esfuerzo puesto de manifiesto por la defensa del imputado B., en coincidencia con las explicaciones vertidas por éste al ser indagado, los datos objetivos antes referidos -en conjunto con las explicaciones previas a las que nos referiremos- evidencian, por lo menos a esta altura del proceso, lo contrario. En efecto, en su descargo, además de negar haber producido y, por ende, advertido, una perforación, respondió reiteradamente que al finalizar la VEDA la víctima no tenía el volumen que presentaba al concluir las tareas de reanimación; que no puede ingresar tanta cantidad de aire en el poco tiempo que duró el procedimiento; y que la perforación pudo haber obedecido a las tareas de reanimación. Sin embargo, tras la autopsia y estudios complementarios, para llegar a las conclusiones, previamente determinaron que el esófago evidenció una solución de continuidad transmural (perforación) en el tercio superior (esófago cervical) con extensa hemorragia como signo de vitalidad de la lesión; así como hallazgos morfológicos en toda la extensión del órgano que reconocen una etiología mecánica como puede ser injuria por presión o barotrauma. A su vez, con cita bibliográfica, se indicó que lesiones por complicaciones instrumentales por endoscopia se ubican con mayor frecuencia en la primera porción del esófago torácico, coincidentes con las observaciones de la autopsia en análisis. Que una perforación esofágica puede traer como complicación neumomediastino y neumotórax y que éste y enfisema subcutáneo han sido reportados como complicaciones debido a la perforación del tubo digestivo durante la realización de procedimientos endoscópicos. El barotrauma, entendido como el daño producido por los cambios o diferencias de presión intracorporal, fue comprobado durante la autopsia, en tórax y abdomen. Luego, se señaló histológicamente la existencia de un canal de continuidad que abarca las tres capas del esófago (presión mecánica), con infiltración por gas en su trayecto, descrito en la microscopía como elementos redondeados ópticamente negativos (presión neumática). El enfisema periorbital también puede ocurrir como consecuencia del procedimiento invasivo y debe sospecharse especialmente esta complicación si hay enfisema cervicofacial y mediastinítico asociado. En el caso fue visible y palpable enfisema subcutáneo de tórax, cara y cuello durante la autopsia; mientras que el neumoperitoneo fue visible, palpable y audible al descomprimirse los planos músculo cutáneos abdominales mediante la incisión mento pubiana. Se señaló también que si bien no se comprobó perforación en el duodeno, sí a nivel del estómago, con idoneidad suficiente para que se produzca la salida de gas hacia la cavidad abdominal y generar el neumoperitoneo, acreditado en la autopsia. También, que la mayor infiltración hemorrágica en la zona lesionada del esófago torácico respecto de las áreas gástricas permitió establecer la cronología lesional. Además, durante la autopsia no se identificaron lesiones macroscópicas de la vía aérea superior (epiglotis, cuerdas vocales, laringe y tráquea) y la histopatología confirmó que no existieron lesiones en la vía aérea por intento de intubación. La utilización de una máscara laríngea como método de ventilación de excepción, no ha dejado lesiones traumáticas sobre la vía aérea superior. Se descartó tanto que la lesión pudo haber sido provocada por otro de los instrumentos utilizados (que siquiera alcanzarían la zona donde la lesión fue hallada), como así también que la desaturación pudiera haber sido a consecuencia de un reflejo vaso vagal. Estos hallazgos, entonces, permiten dar crédito a la imputación formulada a B. pues fue quien operó el endoscopio, único elemento instrumental utilizado con capacidad para

provocar una perforación como la hallada en el cuerpo de quien en vida fuera P. V., riesgo propio del estudio a realizar y que fuera informado por él a la víctima verbalmente y en el formulario de "consentimiento informado". La violación a la *lex artis*, radica precisamente, en la imperita manipulación de la caña endoscópica que provocó la lesión esofágica y que no fue advertida de inmediato sino que continuó el procedimiento -pese a tratarse del único riesgo probable- y, con ello, que el aire insuflado pasase al espacio retroperitoneal y luego al hiato diafragmático que causó neumomediastino, neumotórax y enfisema subcutáneo. Las explicaciones dadas por el imputado en su descargo no alcanzan para revertir estas conclusiones pues se hace referencia a una generalidad de datos basados en su experiencia (ubicación de la lesión, posibilidad de advertirlo tanto visual como al tacto) pero sin aplicación al caso, en los que se colectaron datos objetivos con respaldo científico, por lo que resultan insuficientes para sostener alguna otra hipótesis sobre la ocurrencia de la lesión esofágica que, por lo demás, tampoco pudo ser respondida satisfactoriamente tanto por el imputado en su descargo como por el letrado a las preguntas del tribunal. Su versión, en cuanto a que el aire ingresado no fue a consecuencia del aparato no resiste el menor análisis desde que éste insufla aire, precisamente, para distender los órganos y, por ello, la perforación producida, y no advertida, permitió que al aire que continuó insuflando -incluso reconocido en su descargo- hasta llegar al duodeno pasase a través de la perforación esofágica y produjese las lesiones ya descritas. La actuación de P. también es pasible de reproche jurídico penal, por dos razones. La primera, porque si bien asentó en la historia clínica y expuso en su descargo que el cambio en la saturación de oxígeno -de 99% a 90%- fue anómalo y repentino, ello se encuentra seriamente controvertido. Por un lado, porque más allá que la alarma pudo haberse activado al alcanzar el valor de 90%, no habría prestado atención al descenso de los valores sino recién al cambio sonoro. La Organización Mundial de la Salud (citada por el recurrente) especifica que debe tomarse acción a partir de una saturación igual o menor a 94% (ver <http://www.lifebox.org/wp-content/uploads/WHO-Pulse-Oximetry-Training-Manual-Final-spanish.pdf>). Por otro, y aunque no se desconoce que M. E. F., única instrumentadora que estuvo desde el inicio del estudio, afirmó que el monitor y el oxímetro de pulso estaban conectados, la documentación aportada por la clínica da cuenta que el primer registro marcó una saturación de 67%, que se repite al minuto siguiente. El próximo registro que marca saturación es al 75%; a los cinco minutos del primer registro marca 99%; luego recién la próxima marca es a los 15 minutos del primero en 69% en tanto que el último es de 83% (a 29 minutos del primer registro). Así, más allá de la salvedad en cuanto al horario -el primer registro figura 17.20 hs. con un retraso de 23 minutos, que ubicaría el horario en 17.43 hs.-, este dato objetivo resulta relevante a criterio del tribunal toda vez que en los dos minutos anteriores no hay registros, lo que importa que no estaba conectado a paciente alguno, tal como lo afirmara J. M. C. a fs. 606/607vta., quien fuera la persona que el mismo día del fallecimiento fuera convocada para realizar la impresión. También porque no hay constancias de que con anterioridad se hubiese realizado otro estudio o procedimiento en dicho quirófano. Estas circunstancias, por lo menos, contrastan la diligencia con que la imputada dijo haber obrado desde el inicio del procedimiento y que le corresponde en su rol de médica anestesióloga de vigilancia continua del estado de la paciente. La segunda razón se vincula con su accionar frente a la emergencia. Así, tal como lo señalara el magistrado de grado en su resolución, reiterado en la audiencia por los acusadores particulares, se advierte una deficiente respuesta de la profesional, pese a que su rol de anestesióloga le imponía actuar diligentemente para revertir la situación y recuperar su ventilación. Sostuvo la imputada que, ante la desaturación, tras sospechar primero una reacción alérgica, colocó una máscara facial con bolsa reservorio, momento en que se percató la crepitación de la piel, y que no permitía el ingreso de aire. Entonces, optó por una intubación con laringoscopio lo que tampoco pudo realizar debido al edema de lengua, de los tejidos de la cavidad oral con sangre y secreciones que le impedían visualizar la vía aérea. Por ello, finalmente, colocó una máscara laríngea. Si bien la defensa se basa en las respuestas del informe efectuado por el Cuerpo Médico Forense a las preguntas formuladas por esa parte en el ampliatorio (fs. 676/699), no enervan otra de las conclusiones a las que arribaron estos profesionales. Así, los expertos -tras explicar los hallazgos de interés en cuanto a la producción de la lesión perforante -hicieron referencia a las maniobras de reanimación cardio pulmonar, e indicaron que la dilatación masiva del estómago puede ocurrir si las ventilaciones se realizan con una vía aérea incorrectamente posicionada por la alteración anatómica que genera el barotrauma torácico. La hipoxia podría incrementar aún más la resistencia pulmonar de las vías respiratorias y disminuir la complacencia, aumentando la probabilidad de insuflaciones gástricas. Por ello, no puede descartarse un mecanismo de producción único endoscópico para el ingreso de gases a presión; o una combinación de aumento de volumen gástrico por el estudio endoscópico, compresión cardíaca vigorosa y ventilación asistida con máscara laríngea en la reanimación avanzada; lo que elevó la presión intragástrica causando las lesiones observadas durante la autopsia. Esta conclusión -vertida en el punto 2 de la junta médica- en conjunto con las imágenes obtenidas de la autopsia que ilustran el estado que presentara la víctima una vez que se decidiera clínicamente su fallecimiento, permite afirmar, en el estado actual del proceso, que luego de la perforación esofágica que permitiera el ingreso de aire a la cavidad torácica, P. habría incumplió la *lex artis* al no controlar la vía aérea de manera adecuada y, luego, intentar reiterada e infructuosamente intubar a la paciente -hasta la llegada del Dr. H. B.- en tanto que la colocación de la

máscara laríngea recién habría ocurrido con el ingreso de los terapistas G. y C., quienes son coincidentes al afirmar que fue G. la que le propuso ello, en tanto que C. hace referencia a que el hinchazón en el abdomen obedecía a que había sido ambuceada en vía digestiva. Si bien el informe ampliatorio da respuesta afirmativa a que la máscara facial y bolsa reservorio es utilizada por un anestesiólogo frente a una desaturación y que el enfisema crepitante de cara y cuello dificulta todo tipo de procedimiento, incluida la intubación orotraqueal y máscara laríngea, todas estas dificultades fueron superadas por el Dr. H. B. quien en poco más de un minuto intubó a la paciente con un laringoscopio. En este punto, la diferencia de marcas y modelos a la que hizo referencia la defensa en la audiencia no resulta dirimente a esta altura pues ello debe ser analizado dentro del accionar conjunto de la imputada, que estuvo presente desde el inicio del procedimiento en su rol de médica anestesióloga encargada de controlar y mantener estables los valores de la paciente; máxime que la intervención de B. habría acaecido a los 28 minutos desde que se desencadenara la emergencia. Por ello, se advierte en este estado que a la falta de control de los valores multiparamétricos, se adiciona que, una vez advertido, las decisiones habrían sido tardíamente tomadas pues habría intentado reiteradamente una intubación y, recién transcurridos varios minutos - de suma relevancia en la emergencia- colocar la máscara laríngea, sin representarse tampoco la posibilidad de una perforación -riesgo del estudio conocido por ella - lo que contribuyó a la presión de la vía digestiva, y con ello, al neumoperitoneo y barotrauma en abdomen. En mérito a lo expuesto, concluimos que se ha arribado al grado de probabilidad que exige el art. 306, CPPN, que impone que ambos imputados continúen sometidos a proceso, frente al fundamento de la gran probabilidad de seriedad de la imputación... que basta para seguir adelante con el procedimiento y provocar la apertura del procedimiento principal? (Julio B. J. Maier, Derecho Procesal Penal, Ad Hoc, Bs. As., 2015, t. III, p. 356) pues se ha acreditado un comportamiento disvalioso tanto de B. que, como médico endoscópico, provocó la perforación esofágica -sin advertirla y, por ende, revertirla- como de P., quien actuaba como médica anestésista, al no controlar debidamente los valores multiparamétricos y, luego, tomar tardíamente las medidas adecuadas que, en conjunto, ocasionaron la muerte de P. V.. Al diferenciar en imprudencia-negligencia... la norma no sólo está reprochando un hacer de más - imprudencia-, sino también en cuanto al segundo supuesto, está conminando toda omisión que se aleje del cuidado debido, incluida, claro está, la omisión de conjurar un riesgo. En estos últimos casos se estará causando normativamente (no evitando) la muerte, siempre que con la acción debida el resultado no se hubiera producido, con una posibilidad rayana en la certeza? (David Baigún, Eugenio R. Zaffaroni, Código Penal, Ed. Hammurabi, 2010, t. 3, p. 691). Ello, además, como lo reclamaron ambos acusadores, permitirá que en una eventual audiencia de debate su teoría del caso sea contrastada por la de las defensas en mérito al material probatorio reunido, bajo los principios de inmediación, concentración de la prueba y contradicción entre las partes, propios de la oralidad que caracteriza el juicio. V. Del embargo El monto del embargo también luce ajustado a derecho pues se han valorado correctamente los rubros fijados por los arts. 518 y 533, CPPN en cuanto a las sumas que corresponde fijar para hacer frente a una posible indemnización civil y pago de honorarios de letrados particulares (por la querrela y la defensa) y de los peritos de ambas partes que intervinieron en el asunto. Por ello, y sin perjuicio de señalar que B. y P. deberán responder en calidad de autores -en tanto no es posible la coautoría culposa- el tribunal RESUELVE: CONFIRMAR los puntos dispositivos I), II) y III) de la resolución de fs. 837/877vta. en todo cuanto fueron materia de recurso (art. 455, CPPN). Se deja constancia que el juez Rodolfo Pociello Argerich, subrogante de la vocalía n° 4, no interviene en la presente por hallarse cumpliendo funciones en la sala V, sin oposición de las partes a la conformación del tribunal.

Notifíquese a las partes mediante SNE y devuélvase, sirviendo lo proveído de atenta nota de envío. Luis María Bunge  
Campos Jorge Luis Rimondi Ante mí: Vanesa Peluffo Secretaria de Cámara Correlaciones:  
P., C. L. s/procesamiento - Cám. Nac. Crim. y Correc. - Sala VI - 19/06/2014 - Cita digital IUSJU219145D  
030080E