

Homicidio Culpa Mala Praxis Deber De Cuidado Negligencia

JURISPRUDENCIA

Mar del Plata, 9 de Diciembre de 2019

AUTOS Y VISTOS: La presente causa n° 6852 en trámite por ante este Juzgado en lo Correccional n° 4 departamental (IPP n° 08-00-2190-14), seguida a G. A. R. M.; DNI. ?, estado civil divorciada, nacida el 12/09/1969 en Mar del Plata, hija de I. S. M. y de J. D. R., médica con especialidad en Terapia Intensiva, domicilio en calle Storni ...; S. M. P.; DNI. ..., estado civil soltero con una relación de pareja estable conviviente, nacido el 28/03/1942 en La Plata, hijo de N. G. B. y de M. A. P., médico, domicilio en calle Mendoza ... Dpto. ...; A. H. G.; DNI. ?, estado civil casado, nacido el 25/04/1958, en Trenque Lauquen, hijo de L. I. C. y de R. G., médico, domicilio en calle Quintana ?; G. A. H. DNI. ..., estado civil casado, separado de hecho, nacido el 16/04/1956, en Montevideo, Uruguay, hijo de I. H. y A. A., médico, domicilio en calle ? de septiembre ?, ?; A. M. G.; DNI. ?, estado civil casado, nacido el 2/01/1957, en Tafí Viejo, provincia de Tucumán, hijo de A. S. y R. M. G., médico, domicilio en Acha ... por la presunta comisión del delito de HOMICIDIO CULPOSO (art. 84 del C.P). **RESULTA:** I.- En la audiencia de debate llevada a cabo los días martes 26, miércoles 27, jueves 28 y viernes 29 de noviembre de 2019 (puede verse constancias de actas de fs. 617/621; fs. 632/633; fs. 639/640 y fs.641/653 vta.), concluida la recepción de las pruebas ofrecidas, se dispuso que se lleve a cabo la discusión final (art. 368 CPP). El Sr. Agente Fiscal, Dr. Pablo Cistoldi sostuvo su acusación respecto de los médicos G. A. H., A. H. G. y A. M. G., por resultar a su criterio coautores del HOMICIDIO CULPOSO cuya víctima fuera D. B., acaecido en la Clínica Mitre de Mar del Plata, el día 28 de julio de 2011, solicitando se les imponga la pena de UN AÑO DE PRISION EN SUSPENSO y de CINCO AÑOS DE INHABILITACION para el ejercicio de la medicina para los acusados G. y G. y de SIETE AÑOS DE INHABILITACION para A. H. por el carácter de Director de la Clínica que implica mayor responsabilidad. Sin eximentes, como atenuantes la ausencia de condena anteriores. Como agravante para el Dr. A. H. su rol de Director de la Clínica y el factor de desorden y descoordinación en la atención médica. Por su parte, el Fiscal solicitó la libre absolución de los médicos G. A. R. M. y S. M. P. Respecto de la Dra. R. M. consideró el Fiscal que su turno terminó a las 8 de la mañana del día 28/7/11, y refirió que si el hecho hubiera ocurrido a las 10 hs, su situación procesal sería distinta. En cuanto al Dr. P., puntualizó que hay dos versiones de igual peso. Una que fuera un reemplazo de la interconsulta ordenada con A. y la otra versión que haya sido una especie de ?gauchada? a pedido de A. En ese punto consideró que no se llega al standard de prueba exigido en materia penal, generando una duda razonable. En tal sentido, dio por probado que el lamentable desenlace fatal de D. B. se debió al actuar en forma conjunta de los otros tres médicos acusados, A. H., G. y G. Todo ello circunscripto al marco del proceso penal, más allá de los diversos aspectos del conflicto legal, sus aristas civiles, administrativa, disciplinarias, el funcionamiento del sistema sanitario, control de servicios médicos, que no resultan el objeto de este proceso. Tuvo por probado el Ministerio Público Fiscal que la descompensación de D. comenzó el 25/07/2011, en base a los dichos de los familiares de D. y las constancias de las varias llamadas a S., previas a la internación. A su criterio, no hay duda tampoco de que ?D.? (como así la llamaban sus familiares) era una paciente delicada, con antecedentes registrados en la Clínica, con antecedentes conocidos, con conocimiento que tenía malformaciones en el cerebro. El propio Dr. P. lo dijo. La Dra. A. puntualizó que no se trataba de cualquier paciente. Señaló las constancias de S. respecto al traslado a la Clínica Mitre el día 27/07/2019 (informe de S. a fs. 124) y constancias que obran en el anexo del expediente de PAMI. También el Fiscal tuvo por acreditado que la paciente recibió atención del Dr. G. en la guardia pero que no fue internada, sino que volvió a su casa y que ante las pautas de alarma señaladas por S., trasladaron en forma particular a la paciente a la Clínica y conforme el testimonio de la Dra. F. S. -hermana de la víctima- y de su madre, que al llegar a la Clínica su hermana no podía sostenerse, y que el Dr. E. al recibirlas en la guardia les dijo ?siempre esperan hasta último momento pobrecita?. Señaló que se le prescribió Tegretol y que no hay constancia que se le haya administrado ese día, habiendo constancia que le administraron Clonazepam por vía oral. Más tarde, sostuvo que el Dr. A. H. (primero el Fiscal sindicó a G. y luego se rectificó) cambió Tegretol por Epamin por vía endovenosa por existencia de vómitos y que si bien éste es el único registro de los vómitos en la Historia Clínica (además del "vómito bilioso" referido en la Planilla de Enfermería), éstos estaban presentes en el cuadro que presentaba la paciente. Puntualizó que si bien se le prescribió Epamin endovenoso, tampoco hay constancia de su aplicación. A todo ello añadió que D. se arrancaba la vía, estaba sofocada, tenía fofobia, vómitos a chorros, y no deambulaba sola, conforme testimonio de sus familiares. Expresó que si bien puede haber una discordancia con la Historia Clínica, ésta fue descalificada por el PAMI. Indicó que a la noche, la paciente presentaba dolor de cabeza y nauseas. Su hermana R. y su hoy marido P. T., cuidaron a la paciente y relataron lo difícil que fue llevarla al baño, que D. sentía episodios de frío y calor, y el llamado a las enfermeras sin respuesta. P. dijo que la paciente se movía para todos lados en la cama, como que se zarandeaba, R. dijo que se

sacó dos veces el suero, lo que motivó una discusión con una enfermera. Eso fue la noche del 27 hasta la mañana del 28. Sostuvo el Fiscal que no se pudo acreditar en autos si existió o no una comunicación con el médico especialista de la paciente, el Dr. R. J. A., ni el propio A. ni la Dra. G. R. M., pudieron confirmar esa supuesta comunicación. El Dr. C. señaló que a las 8 de la mañana del día 28 de julio de 2011, y siendo que se había ordenado medicación por vía endovenosa (Epamin), aparece el suministro de Tegretol por boca, esto dentro de un cuadro de vómitos y su madre O. S. dijo que su hija le decía que se ahogaba, que pedía aire y nadie tomó ninguna medida. Agregó el Fiscal que el Dr. P. señaló que muchos sospechaban de hipertensión endocraneana y que él fue llamado para dar una opinión y no para brindar atención a la paciente que iba a ser atendida por el Dr. A. Recordó que controló la válvula a media mañana y que funcionaba a su criterio perfectamente, aunque en su declaración del art. 308 del CPPto. expresó que no bastaba con bombear la válvula para una adecuada atención. Relató que el Dr. A. H. autorizó el desayuno, y que apareció en la paciente una mejoría momentánea, Silvia y su mamá mencionan el tema de la caída de la tostada de la mano y la búsqueda desesperada del médico de guardia, en ese momento el Dr. G. y su posterior llegada con bastante demora y que ese episodio de la mano no fue registrado en la Historia Clínica, sí por personal de enfermería en sus planillas, preguntándose la razón de tal omisión. Insistió que la madre de la víctima dijo que no iba sola al baño, que le explicó al Dr. G. como había estado su hija. Relató que su hija repetía "mama te amo" y añadió que los testigos V. y F., no la vieron caminar y este último destacó el tema de los episodios de frío y calor. Ambos dijeron que no vieron suero ni vía colocada. Señaló el Ministerio Público Fiscal que en lo atinente a las rutinas en la Clínica, se observa que las cosas no funcionaban bien. La enfermeras decían que una vez por día recibían una visita médica. La enfermera Hinojosa refirió que llamaban a los médicos si lo necesitaban, sin una pauta clara de atención de los pacientes. La Dra. R. M. precisó que iban a la mañana aún sin dejar constancia en la Historia Clínica Hinojosa dijo que pasaba mañana y tarde el Dr. A., que no era médico de guardia ni terapeuta ni médico de piso. Preciso que a su criterio había un factor de desorden en las visitas médicas que impactó en el estado de salud de D. Se habla de un control de signos vitales por turno, decía S. Las enfermeras S., C. e H. manifestaron no recordar otros pacientes con hidrocefalia y relataron que si un paciente se saca la vía se consulta al médico o se habla con la familia por contención física, y nada de esto se registró en la Historia Clínica. Le llamó la atención al Fiscal que la enfermera C. dijera que no eran frecuentes los fallecimientos. Pero ni ella ni H. recuerdan comentarios de lo que pasó. Sobre todo H. manifestó ignorancia total, incluyendo nombres de compañeras de trabajo, versión -acoto ahora- difícil de creer. El Dr. C. reafirmó que la Historia Clínica no fue llevada conforme el buen arte de curar, como dijo A. Conde con experiencia como auditor del PAMI de 35 años, que no se realizaron estudios complementarios ni la consulta con especialista en neurología, provocando inclusive una sanción del PAMI a la Clínica. Dejó constancia que la Dra. G. A. R. M. dijo que se revisan hojas de enfermería, pero dichas hojas estaban incompletas, surgiendo una diferencia entre lo que se indicó y lo que se aplicó, además que el control de signos vitales fue insuficiente, aún cuando fuera cada 8 hs. También el Fiscal expuso que encuentra acreditado en autos que una causa de una convulsión es la hidrocefalia "activa", tal como sostuvo el Dr. A. También dijo que presenta tres síntomas juntos, dolor de cabeza, vómito y bradicardia, y que ante una hidrocefalia "en actividad" debe imperiosamente ser tratada. Dijo que la TAC es indispensable, y que la urgencia la decide el médico tratante. En cuanto a la constatación de la válvula, el Perito de Parte (Defensa) Dr. M. G. apuntó a que esa constatación de su funcionamiento tenía un efecto contundente en cuanto a la inexistencia de una hidrocefalia "activa" y la Perito Oficial Dra. A. contestó que la paciente aún continuaba con síntomas clínicos. En tal sentido el Fiscal compartió lo sostenido por el Dr. P. cuando al inicio de su presentación dijo que "la clínica es soberana". No se trató a su criterio de una cuestión de dinero, sino administrativa, de manejo de los tiempos. Preciso además que cuando el Perito G. hablaba del funcionamiento de la válvula, el propio Dr. P. relativizó ese control, precisando otros métodos, control de tensión arterial y frecuencia cardíaca. Dijo en su declaración escrita que como la vio requería control de signos vitales cada hora o cada dos horas, lo que no surge de las hojas de enfermería. Puntualizó el Dr. C. que hay casos urgentes que se convierten en emergencia, por lo que debía tenerse en cuenta el cuadro de la paciente, tal como lo dijo A. y B., contando incluso con resultados de estudios (fs. 284/285) que denotan malformaciones en el cerebro, que la paciente presentaba un tipo de hidrocefalia más complejo y más delicado que otros, con recambios valvulares precedidos de idénticos síntomas a los que presentaba en esta última internación, como resaltó la Perito Oficial A., pudiéndose haber realizado la TAC incluso esa misma noche. Alegó que todo esto existió en el contexto de una atención sin controles, sin medicación, sin vigilancia de los médicos sobre los enfermeros, la demora en la interconsulta con el neurocirujano, una Historia Clínica mal hecha, incompleta, fragmentada, estudios no realizados, no se hizo la TAC, ni la interconsulta con A. que estaba ya prevista en piso por la Dra. R. M., los controles fueron incompletos, ausencia de vigilancia de los médicos sobre esos controles de signos vitales, se aplicó una medicación diferente a la prescripta pese a que se registró que se cambiaba la modalidad de aplicación por los vómitos, nunca se dio endovenosa y no se controló que se estuviese cumpliendo ese plan, no se controlaron los tiempos. En todo momento una presunción diagnóstica muy liviana. Tantos médicos que intervinieron y no sabemos que pasó. Y esto con una paciente delicada, que podía tener más complicaciones por su cuadro. Todo

esto va más allá de los recursos y equipamiento. Otra señal desatendida en este cuadro neurológico, fue la caída de la mano, no existiendo registros en la Historia Clínica de lo que pasó y qué se hizo, sólo una enfermera que anota en sus planillas. Sostuvo luego que los profesionales médicos A. H., G. y G., no cumplieron con el deber médico. A su criterio, A. M. G. se movió en todo momento con liviandad, en un primer momento no disponiendo la internación de D. y en una segunda oportunidad con el síntoma de la mano y una demora importante en la llegada a ver a la paciente, y no anotó nada en la Historia Clínica de ese episodio. G. A. H., Director de la Clínica Mitre, ha promovido una actuación desorganizada, descoordinada entre los médicos. En vez de insistir en la TAC, en análisis de laboratorio, la interconsulta, el suministro de medicación, la labor de las enfermeras en cuanto al control de los signos vitales, no controló. El representante del Ministerio Público enfatizó que la muerte de D. se produjo por una deficiente atención médica, más aún teniendo presente la complejidad que presentaba su caso. Había un cuadro neurológico, en esto concuerdan los Peritos, en el que se permitió que la urgencia se transformara en emergencia en un lugar no preparado para eso. II.- Cedida la palabra a la particular damnificada, la Dra. S. F. S., letrada patrocinante de la S. O. S. y a su vez hermana de la víctima D. B., procedió a la lectura de un texto escrito de su alegato. Destacó que los cinco médicos imputados resultan responsables del fallecimiento de D., el día 28/07/11 en la Clínica Mitre, solicitando que se los condene por la comisión del delito de HOMICIDIO CULPOSO -art. 84 del C.P.- a la pena de 5 años de prisión con inhabilitación máxima para el ejercicio de la medicina tomando en consideración la existencia de los agravantes del art. 41 C.P., extensión del daño muerte y demás circunstancias del caso, con costas.

A su criterio los cinco aquí acusados, son responsables a su criterio por mala praxis y una evidente infracción del deber de cuidado de la paciente D. B. Con respecto a los hechos señaló que se remite a la denuncia, y lo constatado en el transcurso de estos 8 años largos de proceso. El día 26/7/2011 D. empezó con una descompostura muy fuerte, vómitos y cefaleas siendo atendida por S., se le inyectó K. y R., el 27/7/2011 continuando con los mismos síntomas, fuertes vómitos y cefaleas es también atendida en forma domiciliaria por S. repitiendo la medicación. Añadió que el mismo día 27/7/11 se agravaron los vómitos y la cefalea, y cuando es atendida en la guardia de la Clínica Mitre por el Dr. G. indicó la misma medicación, reposo domiciliario, no disponiendo su internación. Recordó que al no cesar los vómitos la cefalea ni la fotofobia se trasladó a D. en auto particular a la Clínica Mitre el mismo día 27/7/11 con los síntomas agravados y que no cedían con los remedios aplicados, Reliveran y Klosidol. Allí es atendida en la guardia por el Dr. E., que luego del relato de la paciente y su familia y atento a su impresión diagnóstica da la orden de internación en una sala común. Durante los días 27 y 28 de julio, D. continuó con los vómitos cada vez más intensos, cefalea, fotofobia y agregó a su cuadro una inmovilización de su brazo y falta de aire. Destacó que durante los días en que estuvo internada, días 27 y 28 de julio de 2011, a pesar de sus antecedentes médicos, paciente con antecedentes neurológicos crónicos, hidrocefalia y 3 intervenciones de cambio de válvula y los antecedentes de varios días de vómitos, cefalea no refractaria a los analgésicos, no se le realizó en la Clínica ningún acto médico acorde a su patología, esto es, no existieron análisis de sangre ni TAC ni una revisión neurológica adecuada, lo cual sin duda alguna provocó el fallecimiento de D. el día 28/07/2011 a las 14:15 hs. Enfatizó la Dra. F. que los imputados omitieron los cuidados básicos, omitieron tomar todas las precauciones que la clara y delicada patología ameritaba encontrándose D. internada, solo recibiendo el paso del tiempo, es decir dejando transcurrir las horas, agravando su estado de salud y sellando con eso su certera muerte. Se deja constancia que a pedido de la Dra. F. S., al quebrarse su voz, continuó la lectura de su alegato escrito el Dr. C. B. Expresó que los acusados tenían entre otros deberes, el deber de cuidado de la persona que se encontraba bajo su guarda y más allá de discusiones técnicas del caso, no obraron con la prudencia que exigía la situación al omitir irresponsablemente tomar las medidas que solucionarían el cuadro presentado por la víctima por lo que el deceso de D. se produce en un escenario de descuido y omisión de tareas por parte de los acusados que no puede excusarse con sus explicaciones llenas de pretextos pero sin fundamentos. Preciso que la Ley nacional 26529 establece los derechos del paciente, entre ellos, la información sanitaria, vinculada a su salud, a recibir interconsulta médica, a saber diagnóstico y pronóstico, riesgos y complicaciones. Este derecho no fue respetado, al día de la fecha los mismos imputados cuestionan la causa del deceso de la víctima, cuando resulta evidente que ellos son los que debían informar diagnóstico y pronóstico de D. Esto no ocurrió. En la Historia Clínica de D. sólo hay síntomas pero no diagnóstico, y sin esto no hay tratamiento ni rumbo posible. La Dra. R. M. consignó que la paciente había comenzado desde hacía cuatro días con cefaleas intensas, vómitos y fotofobia y en su declaración consignó que sólo tenía fotofobia, que ordenó estudios de rutina y TAC. En la Historia Clínica sólo dice TAC. En su declaración dice que pidió interconsulta con el neurólogo de guardia, en la Historia Clínica dice Dr. A., quien no forma parte de la Clínica Mitre y que esta interconsulta debió requerírsele al Dr. P. que es el neurólogo de la misma. Añadió que el Dr. P., cuya firma ni sello figuran en la Historia Clínica, reconoció en ambas declaraciones haber revisado a D., y constatado el funcionamiento de la válvula, con un examen normal, y que había que debía esperarse el resultado de la TAC. En su declaración dijo que atendía consultorios externos y que el Dr. G. A. H. le pidió el favor de ver a una paciente con hidrocefalia, y que como no consideró A. que fuera grave, a las dos horas cuando terminó atención de consultorio externo fue a ver a la paciente. Puntualizó que la víctima era de emergencia, una

paciente de riesgo y que cualquier médico lo hubiera considerado al determinarse la presencia de vómitos a chorro, cefalea persistente, hidrocefalia, con intervenciones quirúrgicas anteriores, sin necesitarse autopsia. La causa de muerte de la paciente fue el minimizar su patología, no actuar con la premura del caso, y como lo expresó la Perito Oficial A. la medicación vía oral era inadecuada por la patología y características de la paciente siendo exacto que por la cantidad de vómito era imposible que la medicación quedara en su cuerpo. Añadió que con relación a la medicación por vía endovenosa, la vía no fue vuelta a colocar. La enfermera dijo que no se la iba a volver a colocar porque manchaba las sábanas. Si ello pasaba, no tenía convulsión. No había tiempo para esperar turno para la TAC porque la realización depende de la urgencia o emergencia con que la pide el médico. La Dra. R. M. para descartar hidrocefalia ordena TAC. El 28/7 sin firma ni sello se puso a la espera de TAC de control. Agregó que la Dra. R. M. dijo que no vio los síntomas, ella los consignó en la Historia Clínica y fueron examinados y descriptos por el Dr. E., quien decide que por la gravedad de su estado era necesario su internación, resultando responsabilidad exclusiva de los médicos que la atendieron el diagnóstico y tratamiento de la paciente. Respecto del Dr. A. G., éste declaró que es médico de terapia intensiva, y que compartía su trabajo con el Dr. G. A. H. quien era el Director de la Clínica. Que el Dr. U. se dedicaba a los pacientes clínicos estables y resto de los intensivistas entre los que se incluye veían a los pacientes más inestables y que si ingresaba un paciente grave le avisaban y prontamente bajaba. Detalló que recibió la guardia de la Dra. R. M. entregándole un informe, que B. tenía que ser vigilada. De todas maneras no lo hicieron, el "vigilarla" era control de fiebre, presión arterial cada dos horas, según dichos de otros médicos, lo que no surge del reporte de enfermería. Agregó que existen contradicciones entre las declaraciones de los médicos en el año 2015 y en debate oral. En 2015 A. G. dijo que solicitó TAC con urgencia y que se quedó tranquilo cuando supo que la evaluó P. Ahora P. dijo que la revisó de favor y la Dra. R. M. sostuvo que estaba a la espera de A. En relación al Dr. A. H. puntualizó que en su declaración de septiembre de 2015 refirió revisar a la paciente dos veces, ratificó que la internaron por guardia con cefaleas y vómitos y se contradijo con P. cuando dijo que le pidió que la revise neurológicamente. Se esperaba consulta de A. Añadió que respecto de medicación dice el Dr. A. H. indica Clonazepam 0,5 un comprimido hora 21 Epamin endovenosa cada 8 hs. si no tolera medicación oral. Manifestó que la revisó que la interrogó, la auscultó, midió su presión su pulso, pero no consignó nada de eso en la Historia Clínica porque no lo consideró necesario. Alegó que el Perito de Parte (particular damnificado) B. en su dictamen manifestó que un médico residente puede hacer una punción endocraneana, sin embargo cinco médicos experimentados en esta Clínica no pudieron determinarla. Referenció que el Dr. A. médico tratante de D., quien no la atendió en este caso, explicó que vómitos, dolor de cabeza y fiebre puede indicar hidrocefalia "en actividad" y esto es el signo que determina la gravedad del caso, y aquí se resuelve la cuestión si era una urgencia o emergencia. Se trata de una urgencia que se transformó en emergencia. su madre y sus hermanas. Resaltó que no se trata de un tema económico, habiendo inclusive rechazo el ofrecimiento de reparación dineraria de los imputados sino que persiguen el conocimiento de la verdad, tras 8 años de lucha en el sistema judicial argentino. Puntualizó que D. era una paciente de riesgo, por la patología preexistente, pero que no por ello tenía una sentencia de muerte, habiendo incluso sido operada por el Dr. A. en el 2010 por un recambio de válvula. Refirió que los síntomas evidenciados al momento de internación y durante la misma daban señal de la urgencia. Si se hubiera hecho la TAC y traslado a un centro de mayor complejidad, tenía chance de vida. No se llevó a cabo el procedimiento adecuado. Manifestó que afirmaciones como "todos nos equivocamos", o "en medicina 2 mas 2 no es 4", producen como señala la OMS 2.600.000 muertes al año. Expresó que no se trató de un acto ni de un error médico, se trató de una sucesión de errores médicos que le privaron la vida a una persona, y en cuanto al nexo causal entre el acto y el resultado, cinco médicos no determinaron la gravedad del cuadro de una persona de 33 años con patología de hidrocefalia, con vómitos a chorro durante cuatro días, sin solucionar su dolor de cabeza, que se le adormece su brazo y que tiene fofobia. III.- Cedida la palabra a la Defensa, el Dr. Juan Pablo P. expresó en primer término que entiende el dolor de la familia, y que por otro lado entiende que hay cinco médicos que hicieron todo lo posible para que la paciente sanara, peticionando la absoluciónde todos sus defendidos. Enfatizó que la "clínica es soberana", y que controles como una TAC son estudios complementarios, que se suman a los signos y síntomas que presenta un paciente. Por ello determinó que los signos y síntomas que presentaba D. nunca hicieron pensar que estábamos en una emergencia, que fue incluso lo que sostuvo la Dra. A. Argumentó que no hay violación al deber de cuidado, no hay relación entre el acto médico y la muerte. Relató que la paciente comenzó con sus primeros síntomas el día 25/7 con una atención de S. a las 23 hs. Los médicos consignaron vómitos, tuvo un segundo control médico el día 26 de julio de 2011 a las 17 hs. y la paciente ya tenía cefalea y vómitos. Al otro día el 27 de julio la paciente fue internada por la familia, las dos intervenciones de S. están probadas en el expediente y confirmado por el testigo. Destacó que no coincide con lo que dice la familia, no hubo actividad de ida y vuelta, el 27 S. no intervino, solo lo hizo el 25 de julio por la noche y el 26/7 por la tarde. Que al 27 de julio a las 11 hs D. B. fue atendida por el Dr. E. quien ordenó su internación, siendo ajustado su actuar, siendo incluso sobreseído en autos. Refirió que después de 35 y 40 hs de los primeros síntomas de la paciente, ese miércoles 27 de julio, a las 11:15 hs se produjo internación. Que la paciente estuvo internada 27 hs aproximadamente. Alegó

que en 27 horas de internación, en primer término la paciente fue controlada por la Dra. R. M., quien hizo revisión y descripción completa en la Historia Clínica, dejando constancia de información suministrada por la familia. Revisó a la paciente y consignó que estaba estable, Glasgow 15/15 y luego de ese análisis consideró una "I.D", una impresión diagnóstica, un diagnóstico presuntivo, y que al no observar vómitos prescribió Tegretol vía oral, dieta liviana y ordenó la realización de una TAC y una interconsulta con el neurocirujano que no formaba parte de la clínica sino del EMHSA, indicando al Dr. A. por referencia de la familia. Añadió la Defensa que durante esas horas estuvo controlada primero por enfermera S., en cuatro contactos, 13, 15, 16 y 21 hs., primero colocó suero, y después recolocó a las 2 hs. La enfermera constató "abocat 24" en la Historia Clínica, indicando aguja más pequeña que la habitual. Se le recolocó varias veces y ello provocó un conflicto, dado que provoca dolor. La paciente estaba descompuesta y durante su internación la enfermera S. constató un vómito bilioso, no era vómito constante. Precisó que ese día 27 de julio, a las 21, el Dr. A. H. tomó contacto con la paciente, constando en la Historia Clínica sus indicaciones médicas, Clonazepam un anticonvulsivante y además dijo que si tenía vómitos, no más Tegretol sino Epamin. Esa anotación en la Historia Clínica es del Dr. A. H. Resaltó que la atención del Dr. A. H. era un "plus" que proporcionaba la Clínica a sus pacientes, y que en tal oportunidad atendió a D. buscando que sanara. Esa noche quedó controlada, por la enfermera P. C., que tomó contacto con la paciente dos veces a las 24 hs y a las 6 hs de la mañana, y que luego la paciente fue asistida por la enfermera M. V. a las 8 hs y a las 12 hs. Asimismo destacó que también consta en Historia Clínica la anotación del Dr. P. el día 28 de julio, las actividades del Dr. G. también, y que es real que no consta la atención del Dr. G. pero fue referenciado y probado por la testimonial de la madre. Puntualizó que la paciente en las 27 horas de internación tuvo siete controles médicos y ocho contactos con la enfermera, por lo que a su criterio, no puede hacerse referencia a que no tuvo control médico o de enfermería. Que el objetivo era que se cumpliera la TAC, siendo mientras tanto observada por los médicos. Sostuvo la Defensa que la paciente no tuvo fofobia, alegando que testigos dijeron que había luz en el cuarto el día 28 de julio de 2011, y hasta a un testigo amigo de la familia le llamó atención la pregunta. No consta vómitos a chorro. Un vómito el día 27 y uno el 28 relatado por la madre. Concluyó que existe un principio de confianza entre los médicos y las enfermeras, y de todos igual efectúan controles. Tres controles médicos el primer día y cuatro el segundo. Que en relación a los vómitos y la medicación, la Defensa sostuvo que la familia declaró que la paciente tomaba su medicación por la mañana y que ese día 27 de julio, la familia se la suministro y referenció vómitos, sin saberse los horarios por lo que no se puede saber si hizo o no efecto la medicación. Y ese mismo día a las 21 hs. se le da Clonazepam que es anticonvulsivante. Por Historia Clínica se registra un vómito bilioso el día 27 de julio y por la noche no vomitó. La hermana R. y su marido dijeron que estaba muy descompuesta, incómoda por la vía, que la ayudaron para ir al baño pero no referenciaron vómitos. Alegó la Defensa que ante la no referencia de vómitos, a las 8 hs. del día 28 de julio de 2011, el suministro de Tegretol vía oral era correcto, el Epamin era solo para caso de vómitos y había pasado toda noche sin vómitos, haciendo así efecto la medicación. El Dr. J. P. P. destacó que a media mañana, la paciente desayunó, en horario de la Clínica, y que si bien la madre relató que luego del desayuno comenzó con vómitos, ya había pasado horas de la ingesta del té y la Dra. V. dijo que en dos horas ya hace efecto la medicación. La paciente estaba atendida en la Clínica por un sistema relacionado con PAMI y consta a fs. 212 que PAMI había resuelto que D. B. tenía que atenderse en Clínica Mitre y que la TAC se realizara fuera de allí, en el caso con turno asignado en la Clínica Pueyrredón. Remarcó el Dr. P. que fue el PAMI quien decidió que B. fuera asignada a una Clínica de segundo nivel, que no tenía equipo neuroquirúrgico, y que desde la Clínica se consiguiera el turno y se disponga los correspondientes traslados. D. B. era una paciente que asistía a la Clínica Mitre y era habitual, los médicos la conocían y a la familia, con una adecuada relación médico paciente con A. H., E. y G. En más durante las testimoniales no se mencionó a R. M. ni a G. Refirió que no debe dejar de tenerse en cuenta que la Clínica Mitre es una clínica de segundo nivel, que se la internó a la paciente, se la observó, se buscaron signos y síntomas, se ordenó una TAC, de modo urgente, no había emergencia, y lo aclaró el Dr. A. Por el sistema de salud instaurado por PAMI podía ser recibida en el Emhsa pero para ser admitida debía comparecer con resultados de una resonancia y/o TAC. Agregó que el Dr. A. no tuvo contacto con la paciente en esos días. Había que esperar la TAC, y se esperó con una paciente estable, que se sentía mal, dolores de cabeza y vómitos, pero con esos datos A. consideró que no era una emergencia. Y existía relación de familiaridad entre A. y la familia. Este otro dato importante, funcionamiento PAMI, Clínica Medica y Emhsa. Alegó el Dr. P. que los médicos obraron conforme la lex artis, no violaron el deber de cuidado. Paciente con hidrocefalia con dos signos, cefalea y vómitos, tratada como una urgencia, estimando que la paciente no contaba con peligro de vida. A su criterio, los médicos hicieron todo correctamente con los tiempos correctos, indicaron una TAC había que descartar una complicación por obstrucción de válvula para ver si se actuaba. Era un paso a dar. Había que esperar esa TAC. Destacó que hasta la madre de la paciente y su hermana comentaron que ese día 28 de julio de 2011 durante la mañana la paciente estaba mejor, tuvo noche mala pero esa mañana estuvo mejor. Señaló que después de esa disminución de fuerza en la mano temporal, la madre contó que cuando llegó el Dr. G. ya no tenía ese síntoma, un signo que se va y que viene, había que esperar a la TAC, es real que no lo anotó y se lo comentó a la enfermera

y ella sí lo hizo. A ello se suma el relato de tres personas por lo menos fueron ese 28 de julio, después de media mañana, tomaron contacto con la paciente, descartaron la fotofobia y hablaba, con O. de un viaje, fue clara, no la veía ni bien ni mal, pero hablaba. Un paciente que habla tiene estado neurológico estable, Glasgow 15/15 no es emergencia y ni una urgencia. Otro de los testigos, Sra. V., conversó y le dijo dame un anillo, no puedes ir a hacerte la TAC con anillo. D. estaba descompuesta, bajo efecto de medicación Klosidol descompone se sentía mal pero consciente, hablaba, sin síntoma de hipertensión endocraneana. Su padrino, relató que estaba con estado de conciencia estable, hablaba. Estaba internada en observación. Añadió que el responsable de S. reconoció en juicio oral las constancias de fs. 84 y 184, en la que las observó dos intervenciones sin tratarse de una emergencia. Que también declararon tres enfermeras, destacando que H. reconoció que A. H. por la mañana y la tarde con enfermeras controlaba a los pacientes internados, lo que hizo con B. Expresó la Defensa que declaró en juicio el Dr. A. que no recordaba las llamadas de la Dra. F. y relató que era necesaria la TAC o resonancia para una derivación de la paciente al Emsa. Respecto de los dictámenes periciales, todos fueron contestes en afirmar que no se trataba de una emergencia sino de una urgencia. El Perito de parte Dr. B., es cardiólogo y reconoció no estar a la altura de un especialista, y a su vez efectuó su relato siempre de una manera general, sin referirse con precisión al caso concreto. La Perito Oficial Dra. V. destacó que los médicos actuaron correctamente, indicación y tiempos correctos, que el clonazepam era anticonvulsivante y que el tegretol bien dado el día 28/7, acto médico sin violación al debido cuidado y hablando en concreto, no abstracto como A. y B. El perito de parte G., especialista, sostuvo que no se trató de un caso de hipertensión endocraneana, en el caso concreto. Explicó lo importante de semiología de la válvula, su funcionamiento, que el Dr. P. controló la válvula y dejó constancia que funcionaba bien, no era urgencia ni emergencia. Respecto de la pérdida momentánea de fuerza en un brazo el propio Dr. A. destacó que no fue un fotomotor porque hubiera persistido y el Dr. G. que si hubiera tenido relación con una hipertensión endocraneana hubiera sido en ambas extremidades. El Dr. Peralta señaló que nadie esperaba que D. muriera esa mañana. La Dra. F. fue a trabajar y la madre fue a comprar un perfume para su hija, nadie esperaba que muriera, ni la familia ni los médicos, que había esperar a la TAC, a las 13:30 iban a llevarla para su realización. La Dra. R. M., hizo referencia completa en la Historia Clínica, ingreso de internación, y todos los médicos sabían que pasaba por eso lo referenciado detalladamente, hizo todo correctamente a tal punto que el Fiscal retira acusación, ordenó la TAC interconsulta con A., controló la paciente y durante el día de internación bajo su control no tuvo síntomas o signos que algo variara. Ese mismo día intervino el Dr. A. H., que era un plus en la atención, la paciente estaba bien atendida por la Dra. R. y el Dr. G., pero igual preocupado por la paciente habló con el neurólogo que estaba en la Clínica y le pidió colaboración, no era paciente de P., quería darle la mejor atención que se podía, que la controlara un neurólogo. P. no actuaba como neurocirujano pero tenía los conocimientos, al mediodía aproximadamente controló válvula, y funcionaba. Por eso el Dr. A. H. le pidió su intervención. El Dr. G. cuando controló a la paciente anotó paciente vigil, Glasgow 15/15 y debía esperar TAC para luego evaluar conducta. La TAC era un requisito necesario. Se quedó tranquilo el Dr. G., había un plus, el Dr. A. H. se encargó, el Dr. P. controló a la paciente. También el Dr. G. intervino cuando la paciente convulsionó y la tuvo que reanimarla, lo relató la enfermera C. también. Todo lo que hizo el Dr. G. fue correcto, y había que esperar la TAC. Destacó que todos actuaron conforme la lex artis, no hay violación al deber de cuidado, cada uno quería que la paciente sanara. Solicita la absolución de los médicos. Por otro lado, argumentó que en autos no se ha acreditado la causal de la muerte de B. El valor probatorio de autopsia y de examen histopatológico, es determinante, y las mismas no se han realizado en este caso. Hay una duda insuperable. No hay forma de afirmar responsabilidad médica, ni nexo de causalidad. Los cinco médicos deben ser absueltos. Cada médico es responsable por el acto propio, no por la organización. En el delito culposo hay un autor por un resultado causándolo en un 100 por ciento. No está probado que ninguno haya causado el resultado. El hecho de trabajar en un grupo de trabajo nos hace pensar en el principio de confianza que nos rige en los delitos culposos, no hay razón para aplicar pena, actuaron conforme lex artis, solicita absolución sin costas para los cinco médicos, ellos quisieron sanar a la paciente. IV.- Concluidos los alegatos, se invitó a los acusados a hacer uso del derecho que le asiste a la última palabra (CPP, 368 7mo. párr.), ante lo cual manifestaron que no deseaban hacer uso del mismo. Se deja constancia que previo al comienzo de los alegatos, hicieron uso de su palabra la Dra. G. A. R. M. y el Dr. S. M. P. Y CONSIDERANDO: I.- Consideraciones preliminares. Nos encontramos frente a un hecho intrínsecamente doloroso como es la pérdida de una vida humana, en el caso de una joven paciente de 33 años de edad, que fallece a las 27 horas de su última internación durante la cual estuvo acompañada de sus familiares más directos (madre, hermanas, cuñado) y otras personas muy allegadas (padrino y amigos). No hay palabras para describir el intenso, profundo y desgarrador dolor, en el caso muy especialmente de una madre y dos hermanas, quienes por otra parte asistieron al complejo período de internación que incluyeron situaciones de descompensación de la paciente hasta los últimos minutos de su vida. Por otra parte, aún cuando la intensidad del dolor o padecimiento no puede equipararse en modo alguno, también es cierto que profesionales de la salud que han sido traídos a juicio y cuyos actos médicos -por acción u omisión- han sido cuestionados en sede judicial atraviesan situaciones difíciles, que eventualmente, por imperio legal

podrían en el futuro afectar su ejercicio profesional. Resulta asimismo menester aclarar en primer lugar, y en modo que pueda ser entendido por todo ciudadano, que de ninguna de las pruebas reunidas en este largo y complejo proceso puede inferirse la existencia de un Homicidio doloso, por cuanto ha quedado absolutamente claro que ninguno de los médicos traídos a proceso ha obrado con intención de ocasionar la muerte de la paciente B. Por el contrario, todo el debate incluyendo los alegatos de la propia parte damnificada, apuntan a determinar si ha habido una violación penalmente reprochable al deber de cuidado que pesa en este caso sobre los profesionales de la salud. La violación eventual a las exigencias del deber de cuidado en un Estado Constitucional de Derecho deben surgir de pruebas que de manera inequívoca indiquen que todos o algunos de los profesionales sometidos a proceso hubiese procedido con imprudencia, negligencia o impericia. Esto último es lo que determina el objeto del juicio oral y público que ha de culminar con la presente sentencia, o la que eventualmente en caso de mediar recursos puedan dictar Tribunales Superiores.

II. Caso complejo. La ponderación de toda la prueba recepcionada durante todas las audiencias de debate, y su confrontación con todas las constancias incorporadas por lectura a partir del ofrecimiento de prueba de las partes (fs. 424/425; 440 y fs. 446/451) y su proveimiento por parte del Juzgado (507/508), y las posturas notoriamente contradictorias de los alegatos de las partes, aunados a la falta de consenso entre los peritos intervinientes en la causa, se infiere la complejidad del caso. Es dable destacar aquí, que hubiera sido sumamente ilustrativo y decisivo, no sólo para el Juez que debe resolver en estos autos, sino además para las partes involucradas y ciudadanos que presenciaron las audiencias de debate y para los propios médicos que dictaminaron en autos, el haber podido contar con un último dictamen en la Investigación Penal Preparatoria, de un jerarquizado especialista en neurología y neurocirugía, o eventualmente de una Junta Médica que debía necesariamente incluir a dicho profesional. Mas aún cuando de los testimonios vertidos en debate oral por los Peritos X. P. V.; M. S. C. A.; G. A. B. y M. G.; lejos de alcanzarse un consenso, las opiniones quedaron divididas "dos a dos", por un lado la Perito Oficial Dra. A. y el Perito de Parte (por la particular damnificado) Dr. B. se expidieron respecto de un obrar negligente por parte de la Clínica Mitre, mientras que otra Perito Oficial Dra. V. y el Perito neurólogo de parte Dr. G. (ofrecido por la Defensa, particularmente respecto del Dr. A. G.) dictaminaron en el sentido que todo el accionar médico se ajustó a la *lex artis*. Asimismo objetivamente, como luego se analizará más exhaustivamente, la Historia Clínica de la paciente resultó manifiestamente irregular, incompleta y deficiente por no ajustarse a los parámetros de la legislación ya vigente al momento de su confección (Ley Nacional de los Derechos del Paciente 26.529). A ello se añade, y también objetivamente, que el transcurso del tiempo ocurrido entre la fecha de fallecimiento de la paciente (28 de julio de 2011; fs. 5) y la radicación de la denuncia penal (denuncia del 30 de marzo de 2012, fs. 1/4; ampliada el 4/4/2012, fs. 8) como asimismo a la fecha de la denuncia presentada por ante la autoridad de contralor del PAMI (24 de octubre del año 2011, fs.2/3 del expediente administrativo n° 580-2011-26197-0-0000), no ha permitido contar con la realización de una autopsia, ni prueba histopatológica. En este contexto, el tema de la participación punible o coautoría (art. 45 del C.P.) en los delitos culposos resulta materia de serias controversias doctrinarias al igual que lo que atañe a la determinación en concreto de algunas de las conductas que implican imprudencia, negligencia o impericia, todo ello a su vez en relación con un resultado jurídicamente disvalioso en el caso, la muerte de una persona. Se añaden aquí cuestiones complejas que giran alrededor de la existencia de un nexo causal, entre la conducta penalmente culposa y el resultado muerte de una paciente. Más allá de las diversas teorizaciones sobre estos temas ahora señalados, existe cierto consenso en remitir a última instancia al concepto de "violación del deber de cuidado" relacionado con modalidades, por acción u omisión que encuadran en una figura penal, en el caso el art. 84 del Código Penal. Sin embargo, los marcos teóricos conceptuales, ciertamente valiosos a modo de orientación, no conducen por sí a la formulación de juicios respecto de autoría y responsabilidad penal (es menester destacar que no hablamos aquí de responsabilidad civil, patrimonial o administrativa) teniendo también presente en toda circunstancia que en el Derecho Penal y en un Estado Democrático y Constitucional de Derecho no existe al menos en materia penal una mera "responsabilidad objetiva". El tránsito de las teorías o marcos conceptuales a lo concreto ocurre a partir de una prudente y cuidadosa ponderación de todas y cada una de las circunstancias jurídicamente relevantes, meritadas conforme a las reglas de la sana crítica, que permita arribar a una sincera y razonada convicción.

Las infracciones normativas (aquí por ejemplo) la inobservancia de las reglas jurídicas vigentes respecto de los recaudos exigidos para la elaboración de una correcta Historia Clínica, y más allá de eventuales responsabilidades civiles y/o administrativas no resultan por sí suficientes, para desde allí atribuir responsabilidad penal a todos los médicos que en algún momento, durante esas 27 trágicas horas de internación, tuvieron intervención en la atención de la paciente. Ello importa que para que exista responsabilidad penal, en el caso, culposa, debe haberse infringido, de manera personal por cada uno de los profesionales traídos a proceso el deber de cuidado, en orden a un obrar culposo jurídicamente relevante. Lo dicho no obsta a la atribución eventual de un mayor grado de responsabilidad vinculado con la inobservancia de normas o reglamentos en el supuesto que uno de los médicos inculpados, el Dr. G. A. H. era al mismo tiempo médico de la paciente y ejercía de hecho funciones de Dirección y Administración de la Institución sanitaria, una institución en el caso relativamente pequeña, con relación a una ciudad con un alto índice poblacional.

Si algunos de los médicos inculpados pudo y debió cumplir una función de "coordinación" respecto de los actos médicos -por acción u omisión- lo era el Dr. G. A. H., quien inclusive hizo anotaciones en la Historia Clínica. En la determinación concreta de la culpa, y como un concepto general de la Teoría del Derecho, en el clásico Código Civil de Velez Sarfield, en su artículo 512, se vincula el concepto de culpa con la "omisión de aquellas diligencias que exigiese la naturaleza de la obligación y que correspondiese a las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar". Rescatamos de esta norma -hoy sustituida por el nuevo Código Civil y Comercial, aunque continúa formando parte de los principios generales del derecho- la precisa referencia, de particular interés "a las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar", lo cual indica que las teorías o marcos conceptuales siempre deben ser ponderados con referencia a las triples circunstancias de "personas", "tiempo" y "lugar".

III.- Judicialización del caso.

Investigación Penal Preparatoria no acorde con las connotaciones propias de los hechos denunciados La paciente D. B. falleció el día 28 de julio de 2011. Que conforme proveimiento de prueba de fs. 507/508, y el acta de inicio de debate (fs. 617/624) se incorporaron por lectura constancias de la Investigación Penal Preparatoria (IPP). El Expediente del PAMI (580-2011-26197-0-0000), fue iniciado por la denuncia incoada por la Sra. O. S., madre de D., el día 24 de octubre de 2011. La Investigación Penal Preparatoria n° 08-00-7382-12/00 fue iniciada el 30 de marzo de 2012 con la denuncia de la Sra. S. con el patrocinio letrado de su hija Dra. S. F. S. (fs. 1/4), y su constitución como particular damnificada; denuncia que fuera ampliada el día 4 de abril de 2012 (fs. 8), radicada en la Fiscalía n°11 (Fiscalía temática de Delitos Culposos). La denuncia tiene por objeto la investigación del fallecimiento de la hija de la Sra. S., de nombre D. P. B. (DNI. ...), poniendo en conocimiento de la autoridad judicial la ocurrencia de una serie de acciones u omisiones que denotarían una mala praxis médica a consecuencia de lo cual se habría producido su fallecimiento. En esta primerísima etapa de la Investigación Preliminar resulta relevante destacar que se solicitó en la misma presentación de fs. 1/4, dentro de las "urgentes medidas probatorias" el inmediato "secuestro" de la Historia Clínica de la paciente, solicitud que extiende a la "incautación" de la totalidad de información obrante en la Clínica Privada Bartolomé Mitre, tanto en registros manuscritos o computarizados y del "secuestro" del Libro de Enfermería. Se encuentra glosado e incorporado por lectura copia de libro de enfermería de fs. 27/29; copia de historia clínica de fs. 30/60, todo ello con certificación por parte de personal de la propia Clínica Mitre. Obra a fs. 61/61 informe suscripto por personal de la Clínica, de fecha 29/06/2012 y que cotejado con demás prueba y producida en debate, pone en evidencia que el listado de profesionales médicos que tuvieron intervención en la internación de la paciente D. B. resulta incompleto. Informe de SAMAK de fs. 76/77 de fecha 13/09/2012 y un segundo informe a fs. 124, de fecha 4/11/2013. Dictamen pericial de la Dra. X. V. fs. 81/85, con cargo de recepción de fecha 27/11/2012. Pericia de la Dra. M. S. C. A. a fs. 114/116 con cargo del 21/07/2014. Dictamen médico de fs. 102/103, Perito de Parte (particular damnificada), Dr. G. A. B., de fecha 21/05/2013. Actas de fs. 141/142 (de fecha 29/10/2014, registro en la Clínica) y fs. 182 (registro domiciliario en la sede de la empresa SAMAK, efectivizado el día 24/02/2015) y consecuentemente de ese registro se incorporó constancias de fs. 183/187 de SAMAK. Se añade informe de SAMAK de fs 191/192 informes de SAMAK, de fecha 5/11/2014 sin cargo. Informe del PAMI (fs. 211/212) recibido en la Fiscalía el 8/06/2015. Informe del Colegio de Médicos (fs. 217) con cargo de recepción de fecha 19/06/2015. Declaraciones conforme art. 308 del CPPto. (declaración de los imputados en la sede de la Fiscalía y durante la sustanciación de la IPP) llevadas a cabo en audiencias previstas durante los meses de septiembre y octubre del año 2015, ahora con intervención del Agente Fiscal Pablo Cistoldi (fs.230/233 GARCIA; fs. 234/235 A. H.; 236/237 P.; 238 y vta. G. y fs. 240/243 R. M.). Constancias de antecedentes médicos de la paciente, anteriores a la última internación de B. en la Clínica Mitre (fs. 287/288). Informe pericial de fs. 301/302, Perito de parte Dr. M. G. (por la Defensa de Adhemar G.), con cargo de fecha 2/06/2016. De la confrontación de las constancias de la IPP incorporadas por lectura resulta que el período de menor inactividad procesal lo fue durante el período de instrucción a cargo de otra Fiscal. Data desde la radicación de la tardía denuncia penal, 30/03/2012 (cargo de fs. 4) hasta el año 2015 en que comenzara a intervenir un nuevo Agente Fiscal, en el caso Dr. Pablo Cistoldi. Luego de lo cual, y elevada a juicio la presente causa quedó radicada por ante este Juzgado en lo Correccional n°4 a mi cargo, bajo el número 6852, el día 14 de septiembre de 2018 (fs. 422 vta.) con primer despacho y citación a juicio de las partes, de fecha 24/09/2018 (fs. 423). Ofrecidas por las partes las pruebas, y mediando además una solicitud unilateral de la Defensa respecto del instituto de suspensión del proceso penal a prueba, a fs. 452 se convoca a las partes a una audiencia preliminar para el día 30/10/2018 y recepcionada la misma (fs. 469/472) con fecha 1/11/2018 se denegó la suspensión del proceso penal a prueba peticionada (fs. 473/475 vta), resolución confirmada por la Excm. Cámara de Apelación y Garantías con fecha 28/02/2019 (fs. 502/504) por lo que a fs. 507/508 se proveyó prueba y se solicitó a la Secretaría de Gestión de Audiencias la designación de fecha de debate, que fue prevista para los días 26 al 29 de noviembre de este año (fs. 513) Asimismo el día 4/11/2019 (fs. 575/577) no se hizo lugar a la petición de la Defensa de sobreseimiento de los imputados ni al planteo subsidiario de suspensión del proceso penal a prueba. Finalmente, durante los días martes 26 a viernes 29 se celebró audiencia de debate oral y público (confr. actas de fs. 617/621; 632/633; 639/640 y 641/653 vta.). Todo este breve racconto de las

actuaciones judiciales producidas desde la radicación de la denuncia se realiza a raíz de las observaciones críticas efectuadas por la particular damnificada en su alegato al culminar la audiencia de debate en cuanto a la demora de la tramitación de la causa judicial.

Por lo demás, se sustanció asimismo durante el tiempo de tramitación de la causa en sucesivas etapas, vías recursivas, inclusive luego de radicada la causa en este Juzgado. IV. LA EXISTENCIA DEL HECHO EN SU EXTERIORIZACION MATERIAL (conf.art. 371 del CPPto) 1) Historia Clínica y sus deficiencias. Hubiera sido importante sin duda contar con una "traducción" de las registraciones efectuadas en la Historia Clínica de la paciente, toda vez que resulta parcialmente de dificultosa lectura, y en algunas partes ininteligible. Que de una mera compulsión de la Historia Clínica glosada a fs. 30/60 (copia certificada por propio personal de la Clínica), surge palmariamente y tal como indicara en su declaración en debate el médico auditor del PAMI Dr. Abelardo Alvarez Conde, en concordancia con lo actuado en el ya referido Expediente Administrativo de PAMI, que no fue confeccionada la misma conforme a la *lex artis* y a la legislación en vigencia a la fecha de su confección Ley 26529. Resulta por cierto lamentable que habiendo la Sra. O. S. denunciado ante el PAMI diversas irregularidades en cuanto a la atención médica que le fuera brindada a su hija D. B. durante toda su internación en la Clínica Mitre, dicha Institución a partir de una auditoría a cargo del Dr. A. C., se limitó a observar y sancionar con una multa ante la constatación de deficiencias en la Historia Clínica, resolución que por cierto no fue recurrida. Frente a la gravedad de la denuncia, hubiera resultado de particular interés la realización de una amplia auditoría en la Clínica Médica denunciada, ya sea por intermedio de funcionarios del propio PAMI o por derivación de éste a las autoridades del Ministerio de Salud competentes. La Ley 26529 (Ley Nacional De Derechos del Paciente), en su art. 12 prevé que la Historia Clínica debe obligatoriamente ser llevada en forma cronológica, foliada y completa, en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud. Cabe destacar que en el ámbito de la provincia de Buenos Aires, la Ley 14.464 en su art. 1 adhiere a la Ley Nacional 26.529 que regula los Derechos de los Pacientes en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Ello, así, la Historia Clínica 20945/2011 perteneciente a D. B., DNI. ..., con ingreso en internación en la Clínica Mitre con fecha 27/07/2011, a las 11:15 hs. y consignándose fecha de fallecimiento el 28/07/2011, a las 14:15 hs. presenta espacios en blanco, registraciones sin indicación de hora, dos firmas sin sello y aclaración, no contiene la evolución del estado de salud de la paciente internada, no surge el seguimiento de la indicación suscripta por la Dra. R. M. respecto de una interconsulta con el especialista en neurocirugía Dr. A. 2) Paciente de 33 años con hidrocefalia congénita. Se tiene por probado en autos, que la Clínica Mitre SRL y los profesionales médicos que asistieron a la paciente D. B. desde su internación, tenían pleno y cabal conocimiento que la nombrada padecía una hidrocefalia congénita que durante el desarrollo de su edad cronológica ya había tenido diversas y sucesivas complicaciones, incluyendo intervenciones quirúrgicas a cargo de neurocirujanos, entre las que se encontraba una de fecha relativamente reciente (año 2010) realizada en el Sanatorio Emhsa y que estuviera a cargo del neurocirujano R. A. Aún más, en el año 2002 la paciente fue intervenida quirúrgicamente en la propia Clínica Mitre, por el propio Dr. Guillermo A. H. y S. M. P., a lo que se suma que con posterioridad la misma paciente fue atendida en otras ocasiones por el nombrado Dr. A. H. (fs. 38/39). Jerarquizada bibliografía médica define a la Hidrocefalia como "trastorno caracterizado por la acumulación anormal de líquido cefalorraquídeo, habitualmente con una presión aumentada, dentro de la bóveda craneal, con la dilatación subsiguiente de los ventrículos..." (conf. Diccionario MOSBY de Medicina y Ciencias de la Salud, Ed. Mosby / Doyma Libros, Traducción de la versión original inglesa, publicada en España, Madrid, 1995, Tomo 2, p. 567). Al ingresar un paciente afectado por la Hidrocefalia en un período de "actividad" de la patología, manifiesta síntomas típicos tales como vómitos, cefaleas, náuseas e inclusive convulsiones a causa de la hipertensión endocraneana. Todos estos síntomas en distintos momentos y con grados diversos de intensidad se encontraban presentes en la paciente D. B., al menos desde 48 horas antes de su internación en la Clínica, y se prolongaron con distintos intervalos durante la misma, agudizándose finalmente con el cuadro convulsivo que precedió a su muerte. Si bien en la Clínica no se arribó a un diagnóstico definitivo, ya a partir de la primera registración en la Historia Clínica se hace referencia a la "hidrocefalia", patología repetida en otras anotaciones. Se trató en el caso de una paciente de alto riesgo, vulnerable, con una patología de base estrictamente neurológica congénita y que a sus 33 años, ya había pasado por varios períodos de agudización de su cuadro ("hidrocefalia en actividad"), que originó sucesivas intervenciones quirúrgicas por parte de neurocirujanos para corregir deficiencias o en su caso reemplazar las válvulas de drenaje de líquido cefalorraquídeo (la última en el año 2010), ya que la omisión de llevar a cabo dicho acto médico agudizaba la complejidad del cuadro de la paciente y eventualmente la colocaba en riesgo de vida. Que si bien la paciente B., en períodos de "hidrocefalia no activa", compensada, debidamente controlada y medicada podía recibir adecuada atención médica de seguimiento en la Clínica Mitre, a la cual fue asignada como señala la Defensa por parte del PAMI, lo cierto que ante un período crítico de su padecimiento, indicativo de un cuadro de "hidrocefalia activa" debió haber sido derivada a un Centro de mayor complejidad, en el caso y en ese momento al Sanatorio Emhsa (actualmente Sanatorio Bernardo Houssay), también prestador del PAMI. Que como norma general, como bien puntualizó el testigo R. J. A. (neurocirujano del Sanatorio Emhsa y que interviniera en la cirugía anterior) y recogiera la Defensa en

su alegato, el Sanatorio Emsha en aquella época no aceptaba derivaciones de pacientes con patologías análogas a la B. sin contar con una TAC, lo cierto es que en el caso concreto, no se trataba de cualquier paciente -como señalara la Perito Oficial Dra. María Sandra Cecilia Amalfitani-, sino de una paciente neurológica severa, que ya desde un primer momento requería de un Sanatorio o Clínica de mayor complejidad. Se trata en este caso particular, de una paciente que había tenido prestaciones médicas complejas, siempre con intervención de un especialista en neurocirugía y cuyos antecedentes médicos obraban tanto en poder de la Clínica Mitre como del propio Sanatorio Emsha, por lo que debió la Dirección de la Clínica Mitre en este caso particular plantear ante el mencionado Centro de mayor complejidad -y también prestador del PAMI- una excepción a la regla general, gestiones respecto de las cuales no existe constancias ni se alegó haberlas realizadas y en su caso consignar la evaluación correspondiente. Sin desmedro de lo anteriormente expuesto debió urgirse desde la Clínica una inmediata evaluación neurológica exhaustiva, ya sea a través del Dr. A. o de otro neurocirujano competente en cuadros de esta naturaleza. Cabe aquí destacar que la Dra. G. R. M., médica asignada a la Sala de Terapia Intensiva, consignó en la Historia Clínica "IC c/ neurocirugía Par. DR. Aldinio", prescribiendo la medicación de un anticonvulsivo ("Tegretol") No existe en la causa prueba fehaciente que el Dr. A. hubiese sido convocado, o en caso de haberlo sido, de su omisión en concurrir a la Clínica, lo cual tornaba imperioso, una amplia y profunda evaluación neurológica -sin perjuicio de gestiones urgentes para su derivación al Emsha. Más aún el propio Dr. A., quien conocía de manera pormenorizada los antecedentes médico neurológicos de la paciente, y quien a esa fecha era profesional del Sanatorio Emsha podía facilitar las gestiones para una urgente derivación de la paciente a dicho Sanatorio. Frente a ello, contamos con una muy escueta atestación en la Historia Clínica a fs. 31 vta. última parte, fechada el 28/07/2011, que cuenta con una firma ilegible -y sin consignar hora- que pertenecería al Dr. S. M. P., profesional que en la audiencia de debate admitió su intervención de "gauchada" a pedido del Dr. G. A. H., para "ver a una paciente". Admitió asimismo el Dr. P. que su intervención fue por lo demás limitada, ya que esperaba la concurrencia del Dr. A. Esta registración constituye un indicador más de la desprolijidad y falta de confiabilidad de todas las registraciones de la Historia Clínica, ya que fue escrito en los últimos renglones de la fs. 31 vta., fechada el 28/07/11, sin indicación de hora, observándose que posteriormente ya a fs. 32 la Historia Clínica prosigue con anotaciones correspondientes al día 27/07/11, con sello y firma de la Dra. R. M. A continuación de la registración de la Dra. R. M., también con fecha 27/07/2011, se consigna una indicación de "Clonazepam 0,5 1 c/ hora 21. Epamin 1 ap e/v c/8 hs. (no tegretol x vómitos)" Esta indicación, con firma pero sin sello, y sin indicar hora, resulta atribuida al Dr. G. A. H., y la prescripción de Epamin (anticonvulsivo) ampolla e/v cada 8 horas, con el agregado de "no tegretol x vómitos" resulta congruente con el cuadro de la paciente que debido a los vómitos que padecía no retenía la medicación oral. No surge de las constancias documentadas y tal como señala la particular damnificada la administración del Epamin. El propio Dr. A. H. en su declaración a tenor del art. 308 del CPP, incorporada por lectura (fs. 234/235) -no habiéndolo hecho en el debate- admitió conocer a la paciente B. al menos desde el año 2002 en que la operara agregando que periódicamente continuó viéndola hasta su última internación donde fallece, agregando haberla visto en dos oportunidades durante su breve y última internación. Omite el Dr. G. A. H. referencia concreta al conocimiento que él poseía en el sentido que se trataba de una paciente con una hidrocefalia compleja, admite ser el Director de la Clínica Mitre, y que PAMI sancionó a la institución con una multa aunque no aporta mayores datos respecto de ésta, restándole importancia. También dijo en aquella oportunidad (9/09/2015) que en el segundo día de la internación de la paciente, ésta "había pasado la noche un poco molesta, con dolor de cabeza, pero sin novedades", no explicando la fuente de esa información debiendo señalarse que lo que el Dr. A. llama "un poco molesta" no se condice con las explicaciones brindadas por los familiares directos de la paciente sobre lo ocurrido durante dicha noche. A. H. dijo además que luego de haber visto a la paciente se cruzó con el Dr. P., "quien también conocía a la paciente" y le pide que la vaya a controlar neurológicamente, pedido cuyo alcance es minimizado por el Dr. P., en su declaración durante el debate, al sostener que el pedido fue de "gauchada" por cuanto se esperaba la evaluación por parte del Dr. A., y que incluso luego del pedido del Dr. A. H. primero atendió su consultorio existente en la Planta Baja de la Clínica y que luego fue a ver a la paciente. Ninguna referencia hizo el Dr. A. H. al pedido de interconsulta y evaluación del Dr. A., no obstante haber visto la Historia Clínica en la que dicho dato estaba consignado por la Dra. R. M., a lo que se debe añadir que al momento de ver a la paciente B. e indicar y prescribirle el Epamin endovenoso la Dra. R. M. ya había consignado la referencia a la hidrocefalia y a la necesidad de la evaluación por parte del Dr. A. (fs. 31 vta) A fs. 30 última parte, la misma profesional ya había consignado los antecedentes de la paciente referidos a la Hidrocefalia que padecía, "con múltiples recambios valvulares" Cabe asimismo destacar que dentro del cuadro que presentaba la paciente se añade la total imposibilidad de deambular sola, que ni siquiera podía sostenerse de pie. Son claros en tal sentido los testimonios que merecen credibilidad, el de su hermana S. F. S. y el de su madre O. S. cuando refieren que al momento de internarse no podía sostenerse en pie, y a su vez idéntica situación es relatada por su hermana R. B. y su cuñado P. T., al momento de acompañarla al baño, sosteniéndola. Tal era su debilidad para mantenerse en pie -afectación que se prolongó durante toda su internación- y que según relatan los propios testigos, ya encontrándose en el baño se apoyó en el lavatorio,

desprendiéndolo de la pared. 3) Causal de Muerte. Que si bien y como ya lo adelantara no contamos con una autopsia ni pericia histopatológica, lo cierto es que minutos antes de fallecer, la paciente convulsionó seguido de un paro cardíaco. La paciente ingresó, con vómitos y cefaleas, y convulsionó. Todos ellos, síntomas propios de los cuadros de "hidrocefalia activa". La Defensa refiere como una posible hipótesis entre varias a su criterio, que pudo haberse tratado de una muerte súbita, criterio que el juzgador en base a los antecedentes personales de la paciente, hidrocefalia congénita con varias intervenciones de ajuste o recambio valvular no comparte. Se ha invocado a favor de los profesionales médicos imputados en la causa la ocurrencia del fallecimiento de la paciente D. B. a causa de una "muerte súbita". Para adentrarnos en su análisis debemos señalar de modo preliminar que por "muerte súbita" o "muerte brusca", "como la muerte rápida e imprevista por una causal interna, patológica o fisiológica, desconocida en ese momento" (puede verse, Alfredo Achával, Muerte Súbita, Ed. Abeledo Perrot, Buenos Aires, 1996, p. 13), situación que ha sido encuadrada en el concepto de "fallecimiento inesperado", percibido como un acontecimiento desconcertante (José María Vayo, La muerte no violenta y la muerte súbita en la autopsia médico-legal, Ed. Ad Hoc, Buenos Aires, marzo 1993, p. 55). En cuanto a los aspectos temporales los estudiosos del tema mencionan un tiempo aproximado de 24 hs. a partir de la constatación de los primeros síntomas que anteceden al fallecimiento. En el caso aquí juzgado, si bien es cierto lo que afirma la Defensa en el sentido que la víctima hasta el momento de su fallecimiento había permanecido solamente 27 horas, con internación en la Clínica Mitre, a este espacio temporal debemos añadirle al menos 48 horas más que coincide con la evolución y reiteración del mismo cuadro clínico que motivaron el llamado al menos en dos oportunidades al Servicio de Emergencias SAMAK que concurren al domicilio de la víctima e indicaron medicación para el cuadro que presentaba, principalmente cefaleas persistentes y vómitos, por parte de profesionales médicos del referido Servicio de Emergencias (la primera vez el 25/07/2011 con atención domiciliaria entre las 23 y 23:16 hs -fs. 184- y la segunda vez el día 26/07/2011, atendida la paciente en domicilio entre las 17:03 y 17:30 hs., según constancia de fs. 76, planilla de SAMAK). Asimismo se encuentra probado en autos que el día 27 de julio de 2011, sin especificar hora Empresa SAMAK trasladó a la paciente hasta la Clínica Mitre, sin indicar el informe de la empresa de referencia si en esa oportunidad la paciente quedó internada o si fue reintegrada a su domicilio sin la mentada intervención (ver fs. 124). Aquí existe un vacío probatorio al no poder reconstruirse en base a las constancias documentadas ni a prueba producida en el debate oral y público, si D. B. fue internada en la oportunidad de la tercera intervención de SAMAK, o si por el contrario, como dicen sus familiares directos, O. S. y su hermana S. F. S., fue asistida por el médico de guardia Dr. A. G. quien no habría admitido su internación en la Clínica, y que al arribar a su domicilio y continuar la paciente descompensada fueron sus propios familiares y en automóvil particular quienes efectuaron un nuevo traslado a la víctima. Respecto de esta última hipótesis a estar a los dichos de los mentados familiares inclusive habrían llevado un balde en el automóvil ante la persistencia del cuadro de vómito. El ya indicado "vacío probatorio" se acentuó por no haberse ordenado el secuestro del "Libro de Guardias" de la Clínica Mitre, en el cual deben registrarse estos eventos, en el caso una hipotética atención a la paciente por parte del Dr. G. y su posterior reintegro a su domicilio particular. En razón del varias veces referido "vacío probatorio", que comprende, como ya se señalara la falta de consignación del horario en que SAMAK habría concurrido al domicilio de D. B. por tercera vez sin haberse consignado en el libro de la empresa si la paciente quedó internada en la Clínica Mitre en ese momento o si regresó a su domicilio, luego de una presunta atención médica del médico de guardia, G. Existe en consecuencia, prueba indubitable a partir del análisis efectuado precedentemente que al ingresar a la Clínica Mitre para su internación ya habían transcurrido al menos 48 horas desde la aparición de los síntomas, contados a partir de la primera intervención médica a cargo de profesional de SAMAK el día 25/07/11, ya que resulta verosímil lo declarado por familiares de la víctima que la llamada a SAMAK se realizó en razón de persistir los síntomas (cefaleas persistentes y vómitos) que venía registrando D. B. Todo ello, sumado a la registración efectuada en la Historia Clínica por parte del médico de guardia Dr. J. E. C., en cuanto consigna en la misma "ingresa por guardia con vómitos y cefalea, portadora de cateter...", debiendo al respecto destacarse que el nombrado profesional inicialmente imputado en la causa, cuenta a la fecha con su sobreseimiento firme, que lo exime de toda responsabilidad. 4) Otras deficiencias. No surge de la Historia Clínica ni de la prueba producida en debate, la realización de una interconsulta ni evaluación neurológica exhaustiva y oportuna que el caso requería, no resultando satisfactoria el escueto texto consignado a fs. 31 vta. última parte, cuya autoría reconoció en el Debate el Dr. P. No surge tampoco la realización de estudios complementarios, vgr. resultados de estudios de laboratorios, radiografías, ni existen constancias o testimonios que indiquen la convocatoria al Dr. A., referenciado tanto por la Dra. R. M. en su registración de fs. 31 vta., como por el propio Dr. P. que dijo en el debate oral que la paciente esperaba ser revisada por su profesional de confianza Dr. A. -especialista en neurocirugía-, como se lo transmitiera el Dr. A. H., tema que no era de su conocimiento personal. Que más allá que la hermana de la paciente, Dra. S. F. S. manifestó en su testimonio haberse comunicado con el Dr. A. durante la internación de su hermana, y el que el propio Dr. A., manifestó no recordar haber sido anoticiado de dicha internación hasta después del fallecimiento de la paciente, lo cierto es que a partir de la consignación de la necesidad de una interconsulta con el nombrado

efectuado por la Dra. R. M., pesaba sobre la Clínica, particularmente sobre su Director Dr. Guillermo A. H. el deber de urgir el cumplimiento de dicha indicación, y en caso de su imposibilidad, el consignar razones y urgir la realización de una evaluación neurológica exhaustiva por otro profesional de reconocida competencia. La convocatoria del Dr. A. adquiría en ese momento significativa relevancia por cuanto el nombrado neurocirujano había realizado un reemplazo de la válvula que facilita el drenaje del exceso de líquido cefalorraquídeo en una intervención quirúrgica relativamente reciente en el año 2010, y además era el profesional de confianza de la familia de la hoy víctima, familiares que relatan la continuidad de la relación médico-paciente entre la víctima D. y el mencionado Dr. A. No debemos pasar por alto, asignándole credibilidad a lo sostenido por la hermana de la paciente fallecida, R. B. y a su hoy marido P. T., el actuar desconsiderado y negligente de al menos las enfermeras que se desempeñaron durante la noche del día 27 de julio a la mañana del día 28 de julio. Que si bien las mismas no han sido traídas a juicio, su obrar se enmarca dentro de una esfera de la desorganización institucional de la Clínica a la que ya me refiriera y resulta a su vez violatorio de la ley de los derechos del paciente 26.529 y normas conexas en cuanto al trato digno y respetuoso que todo el personal sanitario debe a los pacientes (art. 2 inc. b Ley 26.529). En tal sentido, y a título ejemplificativo relataron en juicio tanto R. como su marido P., que durante la noche no recibió la paciente adecuada atención médica ni sanitaria en sentido amplio, pese a reiteradas solicitudes efectuadas a las enfermeras de piso a cargo en ese momento de los pacientes internados, agravado ello ante la inexistencia de un profesional médico asignado en forma permanente a la Sala de Internación, que como ya se señalara contaba con al menos 35 camas, y a la fecha de los hechos incluía pacientes afectados de patologías graves (vgr. ACV, hipertensión arterial aguda, hemorragias digestivas, estado confusional, entre otros, conforme constancias de "Libro de Enfermería" de fs. 27/29). Asimismo de la Historia Clínica y las Planillas de Enfermería, surgen dudas respecto a un adecuado suministro de medicación anticonvulsiva prescrita por los médicos. Aún más, de la planilla de enfermería surge un registro de "vómito bilioso" (fs.34) pero sin consignarse hora, por lo que no puede constatar el efecto de la administración vía oral de Clonazeman y Tegretol (fs. 34), a lo que se añade que no hay registro de aplicación del Epamin (fs. 34/35). Otra manifestación de la desorganización funcional de la Clínica se patentizó al momento de la última convulsión que precediera al desenlace fatal de la paciente, ya que en ese momento en el piso no había enfermera ni médico hasta tal punto que la madre en ese momento trágico dejó a su hija a cargo de amigos de la familia para buscar auxilio de médicos y enfermería (tampoco había enfermeras en el piso en ese momento), y que fueron los propios camilleros de SAMAK (que habían sido convocados para efectuar el traslado de la paciente a la Clínica Pueyrredón para realización de la TAC) quienes en definitiva debieron ocuparse ante una situación de emergencia de llevar a la paciente a Terapia Intensiva. V.- AUTORIA Y RESPONSABILIDAD. 1) G. A. H. Obrar negligente y con impericia del médico G. A. H., que con anterioridad asistía a la paciente y que a su vez cumplía funciones en la Dirección y Organización de los Servicios Médicos de la Clínica a su Cargo, realizando incluso rondas diarias de visitas a los pacientes internados. De diversos testimonios, particularmente de las enfermeras que declararon en juicio (C. S., L. H. y G. C.), como por la Dra. R. M. y el Dr. A. G. en su declaración del art. 308 del CPPto. se acredita en estos autos que al momento de la internación de la paciente, la Clínica contaba con una Guardia en Planta Baja a cargo de un único médico de Guardia, una Sala de Terapia Intensiva con 8 camas en un segundo piso, a cargo de un único médico terapista, y una Sala de Internación en un primer piso, al menos con 35 camas, sin un médico a cargo en forma permanente. Se acreditó durante el debate que ante cualquier emergencia suscitada en el primer piso (Sala de Internación) y que a criterio de personal de enfermería así lo ameritaba, se convocaba a uno de los dos médicos en la Clínica (Guardia o Terapia), quienes en tal supuesto debían "abandonar" sus tareas específicas, o la Guardia o Terapia Intensiva. Es de destacar, que la Clínica no contaba con un protocolo de actuación, es decir que quedaba tal decisión al arbitrio exclusivo de las enfermeras del piso y que de una mera lectura del Libro de Enfermería ya referenciado, había pacientes internados con patologías graves. Ahora, en el caso concreto, ante la solicitud expresa de la madre de la paciente O. S. al observar la pérdida de fuerza de uno de los brazos de su hija D., señaló que fue a buscar al médico asignado al sector Guardia, en ese momento a cargo del Dr. G., quien le transmitió que tenía la Guardia llena y que a penas pudiera iría a la habitación, y que cuando pudo llegar a la habitación el síntoma de su hija ya había revertido. Este episodio también se encuentra acreditado por la planilla de enfermería (fs. 35) y por el testimonio de la madre de la paciente. Incluso la enfermera que consignara en su planilla la intervención del Dr. G. también referencia la consulta sobre ese episodio con el Dr. A. H. A ello se añade que ante otra lamentable situación, relatado por R. B., cuando le solicitó a la enfermera a cargo la presencia de un médico, ésta le manifestó que ellas decidían en qué momento y por qué causas llamarlos. De todo ello surge ab initio que el Dr. G. A. H. debió contemplar la designación de al menos un profesional médico a cada uno de los Servicios, Guardia, Sala General de Internación y Sala de Terapia Intensiva, surgiendo de toda la prueba colectada en la causa, y especialmente en la producida durante las audiencias de debate, que la Sala General de Internación carecía de un profesional médico asignado en forma permanente a la misma. Las tareas inherentes a la atención de una Guardia General de una Clínica, que a menudo trabaja con demandas de atención médica urgentes, al igual que los deberes inherentes a un sector tan delicado como es la Unidad de

Cuidados Intensivos, requería la asignación de un médico en forma permanente para la Sala de Internación General, so pena de hacer abandono de la realización de sus funciones específicas (como médico de guardia en un caso y como médico encargado de la terapia intensiva en el otro, lo cual necesariamente redundaba a menudo en explicables demoras para lograr que uno de dichos médicos dejara sus tareas específicas para trasladarse a la Sala General de Internación en el primer piso, la cual como ya se señalara incluía pacientes con patologías de extremo cuidado. Obrar negligente de A. H. en procurar una urgente interconsulta con el Dr. R. A. y simplemente adoptar una actitud "pasiva" a la espera de la realización de la TAC. El Dr. G. A. H. era el médico que atendía en forma habitual a la paciente al menos desde la internación de la nombrada en la propia Clínica Mitre para una intervención quirúrgica en el año 2002, y que en consecuencia conocía de manera fehaciente la compleja evolución que en distintas edades de su vida había tenido la paciente B. a causa de una patología congénita de hidrocefalia. Además de la prueba recepcionada en el debate congruente con constancias incorporadas por lectura, incluyendo aquí la versión aportada por el propio Dr. A. H. en su declaración a tenor del art. 308 del CPP (fs. 234/235) también incorporada por lectura, resulta el contacto directo, y reiterado al menos en dos oportunidades con la paciente D. P. B.S, internada en la Sala General del primer piso de la Clínica Mitre SRL respecto a lo cual el Dr. A. desempeñaba funciones de Director. La doble calidad de médico de consulta -o de cabecera- que revestía a la fecha del hecho aquí juzgado, el Dr. G. A. H. y el desempeño simultáneo de las funciones de Dirección de la Clínica Mitre SRL, adquiere responsabilidad penalmente reprochable con relación al resultado "fallecimiento de la paciente B." el 28/07/2019. En el caso concreto, la persona acusada Dr. G. A. H., teniendo pleno conocimiento de los antecedentes médicos del caso (hidrocefalia compleja, con períodos de reagudización) no urgió con la debida diligencia la interconsulta exhaustiva con el neurocirujano A., como fuera indicado por la médica terapeuta que efectuara la primer evaluación al ser internada por el médico de guardia Dr. E. (con sobreseimiento firme) Más aún, se tuvo por acreditado en el juicio oral, que cuando transmitió su solicitud a título de "gauchada" la evaluación de la paciente por parte del Dr. P., no le habría indicado a éste el grado de urgencia que revestía su paciente, toda vez que el neurólogo mencionado primero atendió su Consultorio para luego ir al Piso de Internación y entrevistarse con la paciente y que tuviera como resultado documentado una muy escueta anotación en la historia clínica en la parte inferior de la misma fs. 31 vta., de fecha 28/07/2011, atestación que rompe la continuidad cronológica de la Historia Clínica, toda vez que a fs. 32 reaparece una registración médica correspondiente al día anterior, es decir al día 27/07/2011. Omitió también en su carácter de médico de la paciente y aún más en cumplimiento de sus responsabilidades asumidas en su rol de Directivo de la Clínica (al menos de hecho, tal como surge de manera prístina de toda la prueba recepcionada en audiencias de debate y registros documentales) urgir la derivación a un Sanatorio de mayor complejidad, en el caso Sanatorio Emhsa, que para ese nivel de patologías complejas la paciente tenía asignada. Que sin perjuicio que los cuatro peritos que testimoniaron en autos, aún la Dra. A., destacaron que no se trataba en autos de una EMERGENCIA, sí le asiste razón a la Dra. A. que se traba de una URGENCIA MUY APREMIANTE, opiniones médicas que deben ser evaluadas por el juzgador en el contexto de todas las situaciones particulares acreditadas en la causa, asignando significativa relevancia a los comprobados antecedentes neurológicos. A todo este se añade, que conforme constancia de Historia Clínica, el Dr. A. H. prescribió: " Epamin (anticonvulsivo) ampolla e/v cada 8 horas, con el agregado de "no tegretol x vómitos", y más allá de las interpretaciones que a esta indicación pueda asignarle el Dr. J. P. P. en su carácter de Defensor Particular (en el sentido que quiso decir Tegretol si no tiene vómitos, y si los tiene utilizar Epamin), lo cierto es que a criterio del suscripto, y contextualizada la prescripción del Dr. A. H. de la misma surge sin dudas "no tegretol x vómitos", cuando de diversas probanzas surge que la paciente había ingresado a la Clínica con cefaleas -que no cedían a la medicación- y vómitos, cuadro que según sus familiares continuó durante la internación. Dicha registración, indicación de Epamin inyectable resultaba compatible con los vómitos de la paciente (sin perjuicio que no surge de las planillas de enfermería el suministro del mismo -fs. 34/35-, por el contrario surgen dos administraciones "via oral", Clonazepam y Tegretol), en una paciente que desde ya 48 hs antes de su internación padecía vómitos y cefaleas persistentes, a lo que debe añadirse la consignación en planilla de enfermería de "vómito bilioso" sin indicar hora.

A. H. además de ser el médico de la paciente, ejerciendo funciones de Dirección en la Clínica, realizaba "rondas diarias de visitas a pacientes internados" -a criterio de la Defensa como un "plus" que brindaba la Clínica-, por lo que él debió corroborar que las indicaciones médicas por él prescriptas fueran cumplidas. Todas las ya referidas circunstancias por acción u omisión encuadran en el concepto de violación del deber de cuidado, de aplicación prevalente en los delitos culposos relacionados con eventual mala praxis médica, que pudo incluir impericia en la debida valoración del cuadro clínico de la paciente (puede verse José Daniel CESANO, La responsabilidad penal médica. Mala praxis. Aspectos sustantivos y procesales, Editorial B de f, Buenos Aires, 2018. En igual sentido Marco Antonio TERRAGNI, El delito culposo en la praxis médica, Rubinzal Culzoni, 2003, y del mismo autor Delito de omisión y posición de garante en Derecho Penal, Ed. Rubinzal Culzoni, 2011). La muerte de D. B. precedida de signos y síntomas en el caso cefaleas que no cedían a medicación, vómitos que tampoco cedían a medicación, y una convulsión que precedió al desenlace fatal, todo ello denotando "un cuadro de hidrocefalia activa", fue causada por la violación del deber de cuidado

atribuible al Dr. G. A. H., en el doble carácter de médico de la paciente y por cumplir funciones a cargo de la Dirección de la Clínica Mitre. La conformación de la plena prueba de cargo surge de la aplicación de las reglas contenidas en los artículos 210 y 271 del CPPto. En síntesis de lo expuesto se concluye como ya lo he sostenido, y como así lo sostuviera en su acusación tanto el Fiscal como la particular damnificada, que la persona aquí enjuiciada G. A. H. es autor penalmente responsable del hecho objeto del presente proceso en virtud de los elementos probatorios individualizados precedentemente, valorados en su eficacia conviccional conforme las reglas de la sana crítica racional (arts. 209, 210, 373 y ccdtes), HECHO CALIFICADO como HOMICIDIO CULPOSO previsto por el art. 84 del Código Penal, con costas (conf. arts. 371, 375, 531 y ccdtes), siendo esta mi sincera y razonada convicción. No se verifican causales de exención de responsabilidad (art. 34 a contrario del CP, arts. 210, 371 y 373 del CPPto).

Con relación a la concurrencia de circunstancias atenuantes, la ausencia de antecedentes penales. Con relación a las circunstancias agravantes, como señalara el Ministerio Público Fiscal, el carácter de médico de la paciente y sus funciones en la Dirección y Organización de los Servicios médico asistenciales de la Clínica Mitre. 2) Actuación médica de la Dra. G. A. R. M. Al respecto cabe señalar en primer lugar que el Ministerio Público Fiscal al formular su alegato, retiró la acusación respecto de la nombrada y solicitó su absolución. De no haberse constituido la víctima en particular damnificado esa sola circunstancia sin más y conforme parámetros de razonabilidad tornaba imperativa la absolución de la Dra. R. M. conforme previsiones del art. 368 último párrafo del CPPto. Adelanto mi postura que por los fundamentos que se desarrollaran seguidamente, resultará coincidente con la posición asumida por el Sr. Fiscal Dr. Cistoldi al propiciar la absolución de la nombrada profesional. La Dra. R. M. era la médica asignada a la Unidad de Terapia Intensiva -y quien se desempeñaba a la fecha del hecho en un turno ininterrumpido de 24 hs- fue convocada para evaluar a una paciente ingresada en internación por guardia. La nombrada profesional consignó en la Historia Clínica (más allá del error material en la fecha), el estado de la paciente, un diagnóstico presuntivo, con mención expresa de la "hidrocefalia" a descartar (debiéndose entender la referencia, como el descartar una "hidrocefalia activa", por cuanto en la primer parte de su evaluación a fs. 31, a continuación de las registraciones del médico de Guardia Dr. J. E. C., ya había consignado expresamente la hidrocefalia, la existencia de un válvula y los múltiples recambios de la misma, consignando asimismo cefalea intensa vómitos y fotofobia) Asimismo indicó interconsulta con especialista en neurología en el caso Dr. A., la realización de una TAC de cráneo e indicaciones farmacológicas que estimó adecuadas al estado de la paciente al momento de su evaluación (ver Historia Clínica de fs. 31/31), circunstancias corroboradas en su relato al solicitar declarar durante la sustanciación del debate. Ciertamente que hubiera resultado de mayor eficacia inmediata si hubiese consignado la urgencia en la realización de la TAC de cráneo, aspecto sobre el cual se expidiera claramente la Perito Médico Oficial Dra. A. Sin embargo, para la propia Dirección de la Clínica, a cargo del Dr. G. A. H. y demás profesionales que intervinieran en su atención durante su brevísima internación en la Clínica Mitre anterior al doloroso momento de su muerte, puede inferirse que la urgencia estaba implícita en conocimiento del cuadro y antecedentes de la paciente, incluso registrados en la propia Clínica Mitre y de conocimiento directo y personal de su Director. Habiendo sido ésta la única intervención de la médica de terapia intensiva de la evaluación de la paciente ingresada en la Sala General de Internación consideró que la prueba de cargo que invoca el particular damnificado resulta insuficiente para un pronunciamiento condenatorio concurriendo a favor de la persona inculpada la norma beneficiante que se corresponde al resguardo del principio de inocencia y toda vez que en nuestra legislación vigente en concordancia con principios y valores constitucionales incumbe a la acusación probar -en este caso- la autoría y responsabilidad penal de la persona traída a juicio (conf. art. 18 y 75 numeral 22 de la CN; art. 15 de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires, arts. 1, 371, 375, 531 y ccdtes.) No dando por probada la acusación sostenida en este caso únicamente por la particular damnificado, corresponde en consecuencia decretar la libre absolución de G. A. R. M., sin costas. 3) S. M. P. Del mismo modo el Fiscal retiró su acusación pero la misma ha sido sostenida por la particular damnificada, resultando aplicables en consecuencia, en lo pertinente las mismas consideraciones efectuadas al tratar la situación procesal de la Dra. R. M. Se da por probado en autos y de manera fehaciente e incluso de manera conteste con los testimonios de los familiares de D., que desde el primer momento de su internación se indicó una interconsulta con el neurocirujano de confianza de la familia, Dr. R. J. A., profesional que tal como ya se señalara intervino quirúrgicamente a la paciente en el año 2010 en el Sanatorio Emhsa, y con quien D. y familiares mantuvieron contacto médico - paciente con posterioridad. Ello otorga credibilidad, a criterio del suscripto, que la intervención del Dr. S. M. P., con fecha 28/07/2011, fue a solicitud a título de "gauchada" por parte de quien cumplía funciones en la Dirección de la Clínica, Dr. G. A. H., y que por lo tanto no tendía a sustituir la evaluación neurológica exhaustiva que debía practicar el Dr. A. Lo escueto de la evaluación efectuada por el Dr. P. y asentada en la Historia Clínica, encontraría su explicación en las premencionadas circunstancias, que la evaluación que le solicitara el Dr. G. A. H. no sustituía a la interconsulta indicada. A este mismo respecto el Dr. A. en su testimonio recepcionado en el debate, si bien reconoce el vínculo anterior médico-paciente fluido con D. y sus familiares, con anterioridad, sostuvo que no recordaba haber recibido una llamada de la Clínica ni de la Dra. F. S. -a pesar de que esta última asegurara haberlo llamado- El

Dr. A. afirma haber tomado conocimiento de la internación y fallecimiento de D. B., unos días después de ocurrido el mismo, mediante una comunicación telefónica de la Dra. F. S. No existen otras constancias probatorias que permitan dar prevalencia a alguna de las versiones en contradicción, es decir la negativa del Dr. A. -en su declaración testimonial en juicio oral- y la afirmación de la Dra. Faienza Sánchez en cuanto refiere sí haberse comunicado con A. al ingreso de la internación en la Clínica Mitre de su hermana D. B. En la deficiente Historia Clínica sólo se repite la consulta al Dr. A., pero en ningún dato se consigna en el sentido que efectivamente hubo comunicación directa con el nombrado, mediante lo cual se lo convocaba para llevar a cabo una evaluación neurológica exhaustiva. Al encontrarnos ahora frente a una situación de insuperable duda, no dando por probada la acusación sostenida únicamente por la particular damnificada, corresponde dictar respecto de S. M. P. su libre absolución, sin costas (conf. art. 18 y 75 numeral 22 de la CN; art. 15 de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires, arts. 1, 371, 375, 531 y ccetes.) 4) A. H. G. En primer término cabe consignar que el Dr. G. era el médico asignado en forma permanente a la Unidad de Cuidados Intensivos, que según surge de prueba concordante, contaba con 8 camas de internación. Considero que tanto el Ministerio Público Fiscal como la Particular Damnificada imputan de manera genérica una corresponsabilidad en la violación del deber de cuidado y a consecuencia de ello en el fallecimiento de la paciente D. B., tratando su situación el Fiscal de la causa en forma conjunta con el actuar de los Dres. G. A. H. y A. M. G. Tal planteo es sostenido a su vez la particular damnificada en su alegato final, quien refiere a "una sucesión de errores médicos". Ni el Fiscal ni la particular damnificada especifican en que habría consistido el acto concreto u omisión, violatoria del deber de cuidado, atribuible al Dr. A. H. G. Una dificultad sería surge de la falta de registración de las horas en que los distintos profesionales médicos vieran a la paciente en la Sala General de Internación. A su vez, de la declaración efectuada por el Dr. G. en la sede de la Fiscalía (fs. 230/233 vta) relató su visita a la paciente y su posterior asistencia en terapia a partir del momento en que D. padeció una convulsión, detallando en su Historia Clínica las medidas que se utilizaron para intentar reanimar a la paciente, circunstancias que resultan corroboradas por la enfermera G. C. al momento de brindar bajo juramento su testimonio en juicio oral. Que sin perjuicio de lo relatado por la Dra. F. respecto al estado de la ropa de la paciente cuando ingresó a ver a su hermana luego de anoticiarse de su fallecimiento, en este momento procesal no hay manera posible de poder reconstruir esas circunstancias, ya que a ese respecto existen, como ya se señalara, dos versiones contradictorias y que por imperativo del art. 1 del CPPto., no puede sostenerse una condena respecto del nombrado profesional. Al encontrarnos ahora frente a una situación de insuperable duda, no dando por probada la acusación sostenida por el Fiscal y por la particular damnificada, corresponde dictar respecto de A. A. G. su libre absolución, sin costas (conf. art. 18 y 75 numeral 22 de la CN; art. 15 de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires, arts. 1, 371, 375, 531 y ccetes.) 5) A. M. G. Como ya lo señalara reiteradamente, era una deficiencia propia de la Clínica el no contar con un médico asignado de manera permanente a la Sala de Internación General. Como ya hiciera referencia no se ofreció como prueba en este juicio oral el "Libro de Guardia" de la Clínica correspondiente al día 27 de julio de 2011 con anterioridad a las 11:15 hs. en que el Dr. J. E. C. indicó la internación de D. No podemos con absoluta certeza probatoria determinar que G. como médico de guardia haya asistido la paciente con anterioridad a su internación, circunstancia tampoco mencionada por el médico de guardia Dr. E., profesional que dispone la internación de la paciente. Respecto del episodio ocurrido en la internación de D., cuando uno de sus brazos perdió fuerza, su propia madre relató en juicio oral que tuvo que ir a la Guardia a buscar a un médico y que el Dr. G. le refirió "tengo llena la guardia, a penas me desocupo voy", y de hecho si bien se demoró, fue a ver a la paciente aunque en ese momento el síntoma había desaparecido. Sin desmedro de ello, y más allá que no dejó constancia en la Historia Clínica de su presencia en la habitación de la paciente a solicitud de su familiar, recordemos que G. debía volver a su Sector, debía prontamente retornar a la Guardia de la Clínica a la que estaba asignado, pero sí dejó indicación a la enfermera en ese momento a cargo, M. V., para que ella lo consignara en la correspondiente planilla de enfermería tal como se encuentra acreditado a fs. 35. La situación reflejada precedentemente, nos indica una vez más la negligencia del Dr. G. A. H., en sus funciones en la Dirección y Organización de la Clínica Mitre en no asignar un médico en forma permanente al Sector de Internación General, tratándose de una clínica polivalente, que recibía pacientes con muy diversas patologías, en su mayoría con cobertura de PAMI, lo que indica por regla que se trataba de personas "adultos mayores". Exigirle en la situación concreta al Dr. A. M. G. que asistiera de modo inmediato al llamado de una paciente internada en la Sala General de Internación podía de hecho implicar un abandono de su lugar de trabajo, desatendiendo el cumplimiento de su deber de cuidado respecto de los pacientes que lo aguardaban en la Guardia a su cargo. De todo ello se desprende, que no habiéndose acreditado la acusación sostenida por el Fiscal y la particular damnificada, corresponde declarar la libre absolución del Dr. A. M. G., sin costas. (conf. art. 18 y 75 numeral 22 de la CN; art. 15 de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires, arts. 1, 371, 375, 531 y ccetes.)

VI.- PRONUNCIAMIENTO Que considero adecuado fijar la cuantía de pena a imponer a la persona acusada G. A. H., en TRES AÑOS DE PRISION DE EJECUCION CONDICIONAL y SIETE AÑOS DE INHABILITACION ESPECIAL PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION MEDICA, en función de las características del hecho y las consideraciones vertidas y en

observancia al principio acusatorio y de contradicción afianzados en la jurisprudencia constitucional de la CSJN (en particular, a partir del caso "Quiroga), con costas (CP 40, 41, 29.3; CPP 375.2. y 531) Se deberá observar como reglas de conducta por el término de TRES AÑOS: a) fijar domicilio; b) Someterse al control del Patronato de Liberados de manera trimestral (conf.arts. 26, 26 bis. y ccdtes. CP) POR TODO ELLO, citas legales vertidas y lo normado por los arts. 99, 104, 105, 106, 107, 371, 380 y ccdtes. del CPP, RESUELVO: I. CONDENAR A G. A. H., ya filiado al comienzo de la sentencia, por ser autor penalmente responsable del delito de HOMICIDIO CULPOSO (art. 84 CP), respecto del fallecimiento de D. B. acaecido el día 28 de julio de 2011 al encontrarse internada en la Clínica Mitre de esta ciudad, imponiéndole una pena de TRES AÑOS DE PRISION DE EJECUCION CONDICIONAL e INHABILITACION ESPECIAL PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION MEDICA POR EL TERMINO DE SIETE AÑOS, con costas, y debiendo observar en el lapso de TRES AÑOS las siguientes reglas de conducta: fijar domicilio y contralor del Patronato de Liberados de manera trimestral, CON COSTAS; II.- DECLARAR LA ABSOLUCION DE LOS MEDICOS G. A. R. M.; S. M. P.; A. H. G. y A. M. G., ya filiados al inicio de la presente sentencia, sin costas (arts. 18, 75 numeral 22 CN, art. 15 de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires, arts. 26, 27 bis, 29, 40, 41, 84 del C.P., arts. 1, 371, 375, 531 y ccdtes. del CPPto) NOTIFIQUESE dándose lectura en audiencia prevista para el día de la fecha a las 12:00 hs, con remisión de posterior de notificación electrónica a los Dres. Cistoldi, Peralta y Faienza Sánchez. Asimismo y cumplido lo dispuesto, se oficiará al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, al PAMI y al Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, IX Distrito con copia íntegra de la sentencia dictada -precisando que no se encuentra a la fecha firme- Pedro Federico Hooft Juez Correccional Geraldina J. Picardi Secretaria Correlaciones: S., P., F., L. A., B., E. R., B., J. E., D., A. J., R., s/homicidio culposo - Trib. de Impugnación Salta - Sala II - 16/04/2018 - Cita digital IUSJU028000E 075095E