

Expediente IPP trece mil novecientos cuarenta y dos.

Orden Interno Número

Libro de Sentencias N°:

En la ciudad de Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires, **a los veintidós días del mes de Diciembre del año dos mil dieciséis**, reunidos en su Sala de Acuerdos los Señores Jueces de la Cámara de Apelación y Garantías en lo Penal -Sala I- del Departamento Judicial Bahía Blanca, **Doctores Pablo Hernán Soumoulou, Guillermo Alberto Giambelluca y Gustavo Ángel Barbieri**, para resolver en la I.P.P. 13.942/I caratulada: **"S.,L.A. por homicidio culposo (art. 84 del C.P.) en B.Bca. Vict: B.,M.L."**, y practicado que es el sorteo pertinente (arts. 168 de la Constitución de la Provincia y 41 de la ley 5.827, reformada por la nro. 12.060), resulta que la votación debe tener lugar en este orden **Soumoulou, Giambelluca y Barbieri** (Magistrado éste último que intervendrá en caso que corresponda), resolviendo plantear y votar las siguientes:

C U E S T I O N E S

1ra.) ¿Es justo el veredicto dictado a fs. 731/768?

2da.) ¿Qué pronunciamiento corresponde dictar?

V O T A C I Ó N

A LA PRIMERA CUESTIÓN EL SEÑOR JUEZ, DOCTOR SOUMOULOU, DICE: El veredicto dictado por el señor juez en lo Correccional, Dr. José Luis Ares, absolvió de culpa y cargo al procesado L.A.S. respecto de la imputación cursada por el ministerio público fiscal en orden al delito de homicidio culposo (art. 84 del C.P.).

El citado decisorio, resultó impugnado por el ministerio público fiscal, a cargo del Dr. Rodolfo De Lucia, mediante el recurso de apelación que luce agregado a

fs. 784/794. El mismo fue interpuesto en debido tiempo y forma, conteniendo la indicación de los motivos de agravio y sus fundamentos, siendo el pronunciamiento pasible de ser atacado por el medio elegido; de manera que resulta admisible (arts. 422, 423, 439, 2º párrafo, 441 3º párrafo –según ley 13.812- y 442 del CPP.

Como motivo de agravio expone el recurrente la errónea valoración de la prueba y la irrazonabilidad en la duda invocada por el "a quo".

Sostiene que su disidencia con la conclusión del magistrado de grado no trasunta solo una opinión divergente, sino muy por el contrario, ella va destinada a señalar la existencia de prueba que fue omitida de valorar por el sentenciante. Señala en ese aspecto y en referencia a los estudios complementarios que no llevó adelante el encartado, que no se trató solamente de la ecografía sino también de otros estudios y análisis que omitió practicar el Dr. S..

Esos exámenes complementarios incluían radiografías de tórax, abdomen y laboratorio, según lo dicho en el debate por los Dres. So. y C..

Que los mismos debían repetirse cada veinticuatro horas y su realización se encuentra indicada por la Academia Nacional de Medicina y la Universidad de Buenos Aires, conformes los informes agregados a fs. 178/179 y fs. 211/213, respectivamente.

También se duele de lo señalado en lo concerniente a la administración del medicamento "buscapina compuesta", pues los peritos antes nombrados fueron contestes en resaltar que está contraindicado el mismo cuando no se encuentra determinado el diagnóstico, pues puede enmascarar el cuadro del paciente.

Agrega que un indicio de ello es lo relativo al estado febril de la paciente, pues a pesar de que se encontraba cursando un cuadro infeccioso (apendicitis y pelviperitonitis), dejó de constatarse.

Sostiene que la existencia de diferentes cuadros clínicos que suelen

confundirse con la apendicitis, extremaba la necesidad de arribar pronto a un diagnóstico diferencial y no esperar 72 horas la evolución de la paciente sin realizar ningún estudio complementario en ese lapso.

Expresa que, tanto So. como C., resaltan la necesidad de no perder tiempo en estos cuadros y que en todo caso es preferible la realización de una laparoscopia negativa frente al riesgo de una peritonitis.

Señala que no han quedado dudas que el imputado erró el diagnóstico presuntivo de gastroenterocolitis, dado el primer día de la internación, descartando otras patologías más graves que habían sido ya advertidas por los dos cirujanos que previamente habían examinado a la víctima.

Manifiesta que aún así, no se le reprocha al Dr. S. dicho yerro, sino antes bien, la negligencia en que incurrió al omitir la realización de estudios por imágenes, rayos y análisis clínicos con una periodicidad tal, que, permitiese arribar con la debida antelación a un diagnóstico diferencial, pues la conclusión a la que se llega el día 6 de noviembre del 2007, resultó a todas luces tardía.

Agrega el recurrente que resultaba previsible para el imputado las consecuencias disvaliosas de un equívoco en el diagnóstico, pues por su formación y experiencia no podía desconocer los riesgos de una eventual infección pelviana o una apendicitis como la que finalmente tuvo la paciente, no tratada en tiempo oportuno, a la par que ambos cuadros suelen confundirse con el diagnosticado presuntivamente por el encartado al inicio de la atención.

Sostiene el Dr. De Lucia que no resulta relevante deslindar la responsabilidad penal del incuso en lo atingente a si el error fue más o menos grosero o si el diagnóstico diferencial era más o menos difícil de establecer, sino que ella debe analizarse a la luz de lo que debía hacerse y no se hizo para arribar a un posible diagnóstico que hubiera evitado la muerte de la paciente.

Discrepa con el sentenciante cuando afirma que el fallecimiento de L.B. no puede imputarse a S. toda vez que no existe seguridad o certeza de que el resultado se hubiera evitado mediante una conducta alternativa conforme a derecho.

Expresa que muy por el contrario, la imputación no requiere necesariamente esa seguridad, sino que resulta suficiente con que el resultado se hubiere evitado posiblemente, ya que la superación del riesgo permitido ha incrementado de modo jurídicamente relevante la posibilidad de la muerte.

En definitiva, citas jurisprudenciales y doctrinarias mediante, solicita la revocación del fallo impugnado.

Adelanto desde ahora que el recurso ha de tener acogida favorable y en función de ello, quiero reiterar, antes de adentrarme al análisis del plexo probatorio colectado en el debate, algunos conceptos esenciales sobre el injusto que nos ocupa.

En primer lugar cabe tener en cuenta que *"...la característica esencial del tipo culposo finca en su peculiar forma de individualización de la acción prohibida: a diferencia del tipo doloso activo, en que ésta se individualiza mediante su descripción, en el tipo culposo permanece prima facie indefinida y sólo es posible particularizar en cada caso, luego de determinar la conducta que origina el resultado relevado penalmente"* (Zaffaroni, E.R.- Alagia, A- Slokar, A. "Derecho Penal. Parte General". Ediar. 2000, pg. 523). *"...el tipo culposo no individualiza la conducta por la finalidad, sino porque en la forma en que se ha querido obtener esa finalidad se ha violado un deber de cuidado"* (Zaffaroni, E.R. "Tratado de Derecho Penal. Parte General", Ediar. 1981, t. III, pg. 384).

En esta línea de pensamiento y siguiendo las enseñanzas de Zaffaroni, para que una conducta se presente como típica de un delito culposo exige: en el tipo objetivo: que la acción cause el resultado típico; que la causalidad haya sido defectuosamente programada, esto es, que la selección de medios haya sido

descuidada en forma violatoria de un deber de cuidado cuya determinación hace la ley o, en su defecto remite a las pautas sociales de conducta; que entre la violación del deber de cuidado y el resultado medie una relación de determinación (conexión y antinormatividad). En el tipo subjetivo: que el resultado típico no quede abarcado en la voluntad realizadora de la acción (en el fin) o, abarcándolo, lo haga con una causalidad del tipo diferente de la programada; que el resultado típico y la causalidad sean previsibles, o sea, que el sujeto conozca o pueda conocer la peligrosidad de su conducta respecto del bien jurídico afectado.

La inobservancia del cuidado objetivamente debido:

Para que concurra el tipo de injusto de los delitos de acción culposos es preciso, en primer lugar, que el resultado o la cualidad de la acción no querida se hayan producido por imprudencia, negligencia, impericia en su arte o profesión o inobservancia de los reglamentos o de los deberes a su cargo (arts. 84, 94 y 196 del C.P.). El derecho exige para realizar las diversas acciones en la vida social una determinada diligencia o cuidado. Se trata de una medida objetiva, que está en función de la necesidad de protección de bienes jurídicos y de las exigencias de la vida social. (Welzel, El Nuevo Sistema del Derecho Penal, trad. de Cerezo Mir, ed. B de F 2001, p. 113 y ss.).

Así las cosas, sostienen Tozzini y Bustos, citados por Edgardo A. Donna: *"que el deber de cuidado es objetivo porque no es otra cosa que una conducta modelo o rectora sustentada sobre la imagen generalizada del hombre prudente, inteligente, previsor, diligente y nutre su contenido del ámbito de relación en que se injerta el obrar"* ("derecho penal, parte especial", t. I, pág. 109).

"Por ello, la medida de cuidado debido es independiente de la capacidad de cada individuo. El juicio de previsibilidad es objetivo, esto es, la conducta debe ser analizada colocándose el juez en la posición del autor antes del

hecho, teniendo en cuenta las circunstancias del caso concreto que pueden ser conocidas por un hombre inteligente más el saber experimental de la época, sumado al conocimiento propio del autor” (ob. cit. p. 110).

Aclarado ello, soy de la opinión que, la conducta desarrollada por el encartado en la atención médica dispensada a M.L.B., resulta violatoria del deber de cuidado que le demandaba la situación, incumpliendo el rol profesional al que estaba obligado como cirujano actuante, dada la posición de garante asumida con la víctima.

Resulta sobreabundante resaltar a esta altura de los acontecimientos que, el diagnóstico presuntivo realizado el día 3 de noviembre de 2.007 por el Dr. S. a la paciente M.B. resultó erróneo, pues el 6, día que le efectuaron la cirugía laparoscópica se constató la existencia de apendicitis flegmonosa y pelviperitonitis.

Empero ello no es lo que determina la responsabilidad del mismo en la muerte de aquella. Está fuera de discusión que la víctima ingresó el día señalado al Servicio de Emergencias del Hospital Privado del Sur con dolor abdominal, fiebre, náuseas y vómitos, siendo atendida en la ocasión por el Dr. C.M., médico cirujano, quien indica un probable diagnóstico de síndrome de fosa ilíaca derecha.

Que por dicha razón se comunicó con el Dr. H.L., cirujano que se encontraba de guardia pasiva en el nosocomio, refiriendo este último que fue llamado para ir a ver una paciente con abdomen agudo, por la sospecha de una apendicitis aguda.

Que luego de interrogar y examinar físicamente a la paciente en la guardia, dictaminó que era un cuadro de apendicitis y que había que intervenirla mediante laparoscopia. Que la misma presentaba defensas, por lo que vio altas probabilidades de apendicitis.

Que le sugirió a la paciente operarla ese mismo día, pero la familia le manifestó que iban a consultar a otro cirujano de su confianza.

Esa misma tarde en consecuencia, M.B. fue examinada por el imputado, el que dispuso su internación, para observación y con diagnóstico presuntivo de gastroenterocolitis, con base en la anamnesis practicada y la semiología realizada a la paciente, constatándose fiebre, dolor abdominal tipo cólico en hemiabdomen, sin defensa y con peritonismo (ver fs.66).

Se indicó suministrar a la misma Buscapina Compuesta cada seis horas.

El análisis clínico practicado el día de la internación arrojó en lo que resulta de interés, neutrofilia relativa del 86% y un recuento de glóbulos blancos en orden de los 8.100.

Ahora bien. Se encuentra fuera de discusión también que, tanto el abdomen agudo como el síndrome de fosa ilíaca derecha son términos genéricos, sin diagnóstico específico y que pueden obedecer a distintas patologías, algunas de las cuales se resuelven clínicamente y otras mediante la vía quirúrgica. Entre otras enfermedades, ellas pueden involucrar, la enterocolitis diagnosticada por el encartado, de resolución clínica, la apendicitis aguda, de solución quirúrgica o bien una pelvipertonitis que puede ser de resolución clínica o quirúrgica según la fase en que se encuentre.

Dado que todas esas patologías pueden presentar sintomatología similar, de lo que se trataba era de lograr un diagnóstico diferencial en el menor tiempo posible, pues en aquellos casos de resolución quirúrgica, se debe actuar dentro de las 24 a 48 horas, a fin de evitar innecesarias complicaciones ante el desarrollo de un eventual cuadro de peritonitis.

Sostuvo el Dr. So., médico forense de la Asesoría Pericial del Departamento Judicial de Azul, en las "Consideraciones Médicolegales" de su dictamen que: "nos encontramos con la presencia de un cuadro infeccioso que, luego de un

lento comienzo y habiendo presentado signos y síntomas inespecíficos, que podían confundirse fácilmente con distintos cuadros sépticos, desembocó rápidamente en una peritonitis con abundante presencia de pus en cavidad abdominal..."(ver informe de fs. 40/43).

Lo anterior explica en parte las conclusiones a que llegaron los tres cirujanos que atendieron en la guardia del Hospital Privado del Sur, la tarde del 3 de noviembre de 2.007 a M.L.B..

Ahora bien. Lo que el ministerio público fiscal le imputa concretamente al Dr. S., es no haber agotado los estudios médicos complementarios que hubieran permitido establecer un diagnóstico diferencial en tiempo oportuno, a la par que se le prescribió a la paciente Buscapina compuesta, medicamento que enmascaró los síntomas e impidió arribar al pretendido diagnóstico de certeza.

Respecto de este medicamento casi no han quedado dudas que su aplicación en cuadros como los que presentaba la víctima suelen enmascarar síntomas y signos que dificultan llegar a un diagnóstico diferencial, pues provoca la alteración de la motilidad intestinal y oculta la fiebre (dictamen de la Dra. C. a fs. 228/234). Máxime cuando se administra en forma reiterada como ocurrió aquí a partir del día de la internación de B..

La única discrepancia la sostuvo el Dr. Ca., además del imputado claro está, refiriendo que la contraindicación está orientada hacia pacientes ambulatorios, pero no en internados, con control médico y de enfermería permanentes.

Sostuvo el Dr. So. (perito forense), que la buscapina compuesta si existe un cuadro infeccioso, enmascara. Que está contraindicada su aplicación cada seis horas sino hay un diagnóstico concreto, aunque no para un médico entrenado, con control de enfermería y análisis de laboratorio.

Expresó que debieron repetirse los análisis esos días para ver si

cambiaba el cuadro, pues aún no existía un diagnóstico diferencial.

En el juicio, la Dra. C. manifestó que, al ingresar la paciente con fiebre, está contraindicada la prescripción de Buscapina, menos cada 6 horas y sin control de laboratorio.

Por su parte, en la pericia realizada en la causa civil y agregada por lectura al juicio, el Dr. José Eugenio Maison, preguntado sobre la conveniencia de aplicar un placebo a la paciente, manifiesta que, sin un diagnóstico firme, es mejor no tomar ninguna medida que pueda cambiar conductas posteriores, es decir modificar artificialmente el cuadro clínico dudoso.

Por último, en el informe remitido por la Universidad de Buenos Aires, suscripto por el Dr. Hugo A. García, profesor adjunto de la cátedra de cirugía de la facultad de medicina, se refiere: "si se indicó placebo, ante un abdomen agudo, hay un error de interpretación diagnóstica (ver fs. 212/213).

Conforme lo expuesto, se encuentra acreditada la inconveniencia de haberle suministrado a la víctima Buscapina compuesta, cuando no existía un diagnóstico diferencial acerca del cuadro que presentaba.

Pero aún admitiendo su factibilidad, conforme fuera reseñado por el Dr. Ca., su aplicación y control por parte del imputado se encuentra alejada de las recomendaciones observadas por el resto de los profesionales, pues no existió entre la internación del día 3 de noviembre y la cirugía realizada el 6 del mismo mes, análisis clínico alguno que, pudiera advertir la existencia de síntomas disimulados por la aplicación de dicha medicación. Es de toda evidencia que el control médico y de enfermería del que hablaba el Dr. Ca. resultó deficiente.

De igual manera, coincido con la fiscalía en cuanto señala el obrar negligente del imputado en la atención de la paciente B. y en directa relación a la falta de estudios complementarios al examen semiológico que practicara el mismo a la

víctima.

Y aquí la cuestión no se encuentra limitada únicamente a la realización de ecografías como lo señala el juez "a quo", sino también a la omisión de solicitar radiografías de abdomen, tórax y estudios de laboratorios, prácticas que brillaron por su ausencia hasta el día 6 de noviembre, día en que se decide llevar adelante la intervención quirúrgica.

No está puesta en duda la importancia de la semiología de la paciente, pero de ahí a omitir durante 72 horas la realización de cualquier estudio que permita llegar a un diagnóstico diferencial lo más pronto posible, cuando lo único con que se cuenta es un diagnóstico presuntivo, teniendo presente las complicaciones que pueden surgir de un cuadro de abdomen agudo quirúrgico no resuelto en tiempo oportuno, contingencia totalmente previsible para un médico cirujano, es una cosa muy distinta.

Tanto el encartado como los profesionales que efectuaron los informes obrantes en la causa a pedido de la defensa, relativizaron la importancia de los mentados estudios, haciendo hincapié que lo "que manda" en una situación como la de autos, es siempre el examen semiológico, "que la clínica es soberana".

En franca contraposición se expresó la Dra. C., quien resaltó la importancia de las radiografías de tórax, de pie y abdominal, la realización de una ecografía y la práctica de análisis clínicos, al menos cada 24 horas.

Señaló que la ecografía rápida de guardia se utiliza en el país desde hace 20 años.

Ahora bien. Respecto a la importancia de la realización de dichos estudios y análisis, que reitero, no se practicaron en el lapso de 72 horas, el magistrado de la instancia concluyó, bien que limitada su referencia a la utilidad de la ecografía en el caso, que se presenta una cuestión de duda, sin acreditarse en la

causa cual es la incidencia de dicha omisión en el resultado dañoso conocido.

Me referiré por ahora únicamente a señalar la importancia de dichas prácticas y estudios clínicos, dejando para más adelante la conjetura del "a quo" acerca de la incidencia de los mismos en el resultado fatal causado.

Como decía antes de ahora, ante la posición encontrada de las partes, soy de la opinión que la balanza la inclinan los informes de la Academia Nacional de Medicina y la Universidad de Buenos Aires, incorporados al juicio por vía lectural.

Ellos despejan cualquier duda en mi sentir.

En el primer caso, y ante la pregunta (nº 5) acerca de cuáles estudios corresponde realizar durante la internación de un paciente con diagnóstico de síndrome de fosa ilíaca derecha, la respuesta es: un examen clínico completo, laboratorio, radiología convencional de abdomen y tórax y ecografía abdominal (ver informe a fs. 178/179).

No nos olvidemos que el abdomen agudo clínico (gastroenterocolitis), diagnosticado presuntivamente por el Dr. S., se encuentra comprendido dentro de las patologías que puede involucrar dicho síndrome, obviamente como causa no quirúrgica.

En el caso del informe de la Facultad de Medicina de la UBA, a la pregunta referida al tiempo de espera para indicar una intervención quirúrgica, en lo que interesa se señala: 1º) "la claridad clínica con que se manifieste...; 2º) "lo expresado por los métodos de diagnóstico (laboratorio, radiografías, ecografías y aún tomografías";... (ver informe a fs. 212/213).

Más categórica resulta todavía la afirmación en el punto 5º del citado informe. Allí se señala que: "Todo abdomen agudo se analiza con un laboratorio en sangre y orina, radiografía de tórax y de abdomen de pie y acostado. La ecografía tiene indicación ante la sospecha de un abdomen agudo de causa ginecológica, biliar o

si hay hemoperitoneo en el enfermo compensado. No es válido esperar cuatro días para la realización de ningún estudio”.

El prestigio que reviste tanto la Academia Nacional de Medicina como la Facultad homónima de la UBA, despejan cualquier duda que pudiere existir sobre la importancia de las mentadas prácticas no indicadas por el Dr. S..

En cuanto a la utilidad de la ecografía, más allá de que lo expuesto precedentemente descarta la versión de la defensa acerca de la manifiesta ineficacia en cuadros como el que presentaba M.B., la propia historia clínica desmiente tal afirmación, pues a lo largo de la internación que soportó la víctima en el Hospital Privado del Sur, numerosas fueron las oportunidades en que se le practicaron ecografías abdominales.

De la propia literatura científica acompañada a la causa por el Dr. Ca., se desprende la utilidad de la ecografía como elemento a utilizar para arribar a un diagnóstico diferencial en cuadros clínicos como los que presentaba la víctima de autos.

Así, en el Anexo V, capítulo “El apéndice”, obrante a fs. 596/600, más precisamente a fs. 598 se lee: “...En los pacientes con dolor abdominal, la ecografía alcanza una sensibilidad cercana al 85% y una especificidad superior al 90% a la hora de diagnosticar la apendicitis aguda...La ecografía tiene la ventaja de que es una técnica no invasiva y no es necesario preparar al paciente...**La ecografía pélvica puede resultar muy útil para descartar una posible lesión pélvica, como un absceso tuboovárico o una torsión de ovario, que pueden simular una apendicitis**” (el resaltado me pertenece).

Ahora bien. Destacada la importancia de los estudios complementarios omitidos por el encartado, me referiré a la evolución de la paciente los días previos a la cirugía efectuada el día 6 de noviembre.

En ese aspecto, el perito forense de la Asesoría Pericial de Azul, Dr. So., dijo respecto de la descripción efectuada por el Dr. S. en la historia clínica, que es abreviada y escueta. Que leyendo eso no permite comprender la importancia de los síntomas y decidir el camino terapéutico. Que está la descripción del día 3 y cuando ya se declara el cuadro y va a terapia intensiva; pero no hay nada en los días intermedios. Expresa que el cuadro no aparece de un día para el otro. Refiere que durante esos días se generó el problema pero no lo podemos saber bien.

Que la paciente se debe haber ido descompensando, que no sabe si no se hizo una lectura incorrecta del cuadro, pero de la lectura de la historia clínica parece que se subestimó el cuadro que presentaba la paciente esos días. Que no se ve que se hayan pedidos nuevos estudios y que con neutrófilos y glóbulos blancos altos se alteró la fórmula leucocitaria, debiéndose haber repetido los exámenes.

Refirió que no entiende que pasó esos días intermedios para que después tenga el cuadro de peritonitis. Manifestó que debe haber habido signos o síntomas que alertaron.

Que debió hacerse una interconsulta, pues la paciente no mejoraba.

Que ante ello debieron repetirse los análisis. Que es importante lo que pasó el día 4 y 5, porque estos procesos son rápidos, en 24 horas o menos se desarrolla el cuadro infeccioso y la peritonitis. Que no aparece por arte de magia.

Que el cuadro debe haber dado signos que se pudieron detectar.

Que a veces se opera sin saber donde está el cuadro aséptico, pues si se pierde tiempo, se puede perder al paciente.

La Dra. C. por su parte expresó que el tratamiento no fue el adecuado y los exámenes complementarios tampoco lo fueron porque no existieron directamente. Que los análisis clínicos debieron reiterarse al menos a las 48 horas.

Sostuvo que el cuadro abdominal estaba instalado y debía efectuarse un diagnóstico diferencial para llegar rápidamente a determinar si era médico o quirúrgico.

Que muchas veces ante la duda, se utiliza a la laparoscopia como método de diagnóstico rápido.

En el informe acompañado a fs. 228/234 por la citada profesional, se expresa: "los tres días que transcurrieron desde la internación hasta la toma de conductas quirúrgicas resultan, según la documentación adunada en autos, huérfanos de todo ejercicio de diagnóstico y/o terapéutico. Las conductas asumidas por el Dr. S. hasta la primera cirugía, no se ajustaron a la lex artis ya que no se agotaron los medios de diagnóstico y tratamiento en forma oportuna y en relación a la gravedad del cuadro".

También declararon en el juicio distintos profesionales que trabajaban en el Hospital Privado del Sur, destacando entre ellos al Dr. F. y la Dra. Fa., médicos especialistas en terapia intensiva.

Esta última, en relación a la periodicidad con que deben repetirse los controles en una paciente que ingresa con un cuadro de abdomen agudo, expresó - previamente se le leyó la declaración brindada en la instrucción (fs. 167/168), según transcribe el "a quo" en el veredicto- que los controles médicos se renuevan cada 8 o 12 horas y los análisis clínicos cada 24 horas, salvo que se advierta un desmejoramiento en la salud.

Respecto de F. me remito a la aclaración formulada por el imputado en la declaración prestada a tenor del Art. 308 del C.P.P., donde dijo: "...en la declaración del Dr. F. se menciona que el solicitaría frente a un abdomen agudo un laboratorio cada 6 horas; señala que esto no está protocolizado, no es correcto y se entiende su aseveración por ser médico de terapia intensiva siendo que allí en ocasiones pueden

ocurrir cambios rápidos y los análisis se solicitan con mayor frecuencia...”.

En mi humilde opinión no alcanzo a comprender porque los cambios en un paciente con abdomen agudo internado en terapia intensiva ocurren más rápido que en uno internado en sala común. Al menos ello no fue explicado por el imputado.

En definitiva, sean 6, 12, o 24 horas el tiempo prudente para solicitar o reiterar mejor dicho, nuevos estudios y análisis de laboratorio, es lo cierto que ello se encuentra muy alejado de las 72 horas transcurridas entre los estudios realizados a la víctima el día de su ingreso al Hospital y el día de la cirugía.

Ello denota que la conducta llevada adelante por el imputado en el período indicado no se ajustó a la *lex artis*, desde que conociendo por su condición de cirujano las consecuencias disvaliosas que acarrea un abdomen agudo quirúrgico no diagnosticado en tiempo oportuno, corresponde aceptar a las mismas como riesgos inherentes a un diagnóstico tardío, de lo que cabe inferir que, como riesgo científicamente conocido por el profesional actuante, sus consecuencias eran objetivamente previsibles y como garante del cuidado de la paciente en la internación, debía realizar a su debido momento todas aquellas prácticas y estudios complementarios, tendiente a lograr un diagnóstico diferencial lo más pronto posible.

Es de toda evidencia que, el día 6 de noviembre, luego de realizar los estudios que se omitieron practicar los días previos, resultó tardío, pues en la cirugía llevada adelante a la víctima, se encontró en la misma la presencia de una pelviperitonitis, siéndole extirpada además el apéndice, que luego del estudio histopatológico realizado por la Dra. G., demostró la existencia de una apendicitis aguda flegmonosa.

Comparto la afirmación del Dr. So. cuando manifiesta que se subestimó el cuadro que presentaba M.B..

El diagnóstico previo de dos cirujanos de la misma institución

hospitalaria, Dr. M. y Dr. L., referenciando un posible diagnóstico de síndrome de fosa ilíaca derecha, el primero y una apendicitis aguda el segundo, circunstancias conocidas por el Dr. S., pues según el testimonio del progenitor de la paciente, aquella tarde del sábado 3 de noviembre, la madre de M.B. le solicitó al mismo efectuar una interconsulta con los colegas que antes la habían examinado, recibiendo como respuesta, según lo narrado por el citado testigo, "yo soy tu médico, vos me buscaste a mí y esta situación la resuelvo yo", exigía de parte del imputado extremar la realización los estudios complementarios y el seguimiento de la paciente con una periodicidad mucho menor que la llevada adelante, por las razones ya señaladas en cuanto a la previsibilidad de la ocurrencia de una peritonitis en un cuadro de abdomen agudo que resultare de resolución quirúrgica, tal como ocurrió en el caso.

No es de recibo en mi opinión, la excusa ensayada por el encartado en el juicio, cuando al preguntársele si había consultado el diagnóstico con el Dr. H.L., sostuvo que indudablemente, uno no puede basarse en una opinión ajena. Que no es una práctica que se use, agregando que se deben sacar conclusiones propias.

Por supuesto que acuerdo con el procesado que no puede basarse en el diagnóstico realizado por un colega; más no se trata de ello, sino de tener la mayor información posible para poder llegar a un diagnóstico lo más certero posible.

El criterio del Dr. S. respecto a las consultas con otros colegas, impidió también la posibilidad de que la paciente sea revisada por un ginecólogo, a pesar que dentro del síndrome de fosa ilíaca derecha, se encuentran determinadas patologías de la especialidad señalada (ver informe de la Facultad de Medicina de la UBA obrante a fs. 212/213), por lo que hubiera sido prudente una interconsulta en ese aspecto, y prueba de ello es que, finalmente se encontró en la víctima un cuadro de pelviperitonitis.

Respecto a esto último agrego también que, de la literatura científica

acompañada por el Dr. Ca. a fs. 591/592 (Anexo III "Abdomen Agudo", al referirse a la pelviperitonitis, se señala que el diagnóstico diferencial más frecuente es con la peritonitis apendicular y que el cuadro clínico es más florido, con dolor más intenso en el hipogastrio y las fosas ilíacas. Que al examen físico, el abdomen está blando.

Tengo para mi entonces, por acreditada la materialidad delictiva imputada al encartado, consistente en la violación del deber de cuidado que estaba a su cargo como profesional médico responsable de la atención de la paciente, al no haber realizado los estudios y análisis complementarios que hubiesen permitido diferenciar el cuadro de abdomen quirúrgico que presentaba M.L.B., quien había ingresado al Hospital Privado del Sur de esta ciudad, el día 3 de noviembre de 2.007, con dolor abdominal de 72 hs. de evolución, del cuadro estimado presuntivamente por el incuso (gastroenterocolitis), quien prescribió a la paciente Buscapina Compuesta, cada seis horas, medicamento que enmascara los síntomas, alterando la motilidad intestinal, a la par que provoca la disminución o ausencia de fiebre, ocultando los signos que hubieran permitido arribar a un diagnóstico diferencial en tiempo oportuno.

La reprochada conducta del Dr. S., disminuyó las chances de vida de la víctima, provocando su deceso el día 17 de enero del 2.008, a las 18.00 hs. en el citado nosocomio, en razón de una falla orgánica múltiple a punto de partida de un proceso infeccioso de resolución inoportuna (pelviperitonitis), a la cual se le sumaron graves comorbilidades (insuficiencia renal aguda, insuficiencia respiratoria, fallo de bomba, necrosis, absceso y sangrado hepático, shock hipovolémico, sepsis) secundarias a dicho proceso, a pesar de las conductas médicas pertinentes realizadas en la Unidad de Terapia Intensiva del referido Hospital.

Ahora bien. Entrando de lleno en la responsabilidad del encartado, no resulta suficiente que entre el deber de cuidado violado por S. y el fallecimiento de M.B. exista una mera relación de causalidad, sino que es necesario que ese resultado (muerte) pueda considerarse una "consecuencia precisa" de la falta de cuidado de su

autor. En otros términos, no se trata de una relación de causalidad física sino de un nexo de imputación conforme a criterios normativos (Javier Esteban De La Fuente-Cintia Soledad Dettano, "La imputación del resultado en los casos de mala praxis médica", Revista de Derecho Penal 2015, nº 2, Edit. Rubinzal-Culzoni, pág. 337).

Sostienen los autores citados que, tradicionalmente esta exigencia fue asociada con la evitabilidad del resultado, por lo que además de la falta del deber de cuidado, resultaba necesaria la prueba de que una conducta adecuada hubiera evitado el evento dañoso, sosteniendo que dicha evitabilidad debía acreditarse con una probabilidad rayana con la certeza (ver ob. cit. Pág. 337).

Esta pareciera ser la postura adoptada por el magistrado de la instancia cuando afirma respecto a los estudios complementarios no realizados por el procesado que: "...hay una situación de duda, pero aún cuando hubiere sido relevante la realización de una ecografía en los primeros días de la internación, ello hace a la libertad de criterio del médico tratante, y no se acreditó como habría incidido esa omisión en la concreción del resultado dañoso. ¿Cual es el diagnóstico a que se habría arribado?, ¿habría ello adelantado la intervención laparoscópica? Estamos en el campo de las suposiciones y no de las certezas que es lo que esta etapa exige".

A igual conclusión arriba el "a quo" respecto al suministro de Buscapina Compuesta, pues entiende que "es una cuestión sumamente dudosa y no existe certeza, dado que aún cuando fuera desaconsejable el suministro de la droga (lo que está discutido pues se distingue entre paciente ambulatorio y paciente internado), carece de interés para la resolución del caso bajo juzgamiento decir que enmascara síntomas, pues lo que debería haberse probado fuera de toda duda razonable, es que efectivamente enmascaró síntomas, que ello fue causa eficiente para no arribar a un diagnóstico preciso y que ello produjo la muerte de la víctima."

Finalmente el sentenciante concluye que no se ha probado que el

imputado haya violado el deber de cuidado, que como profesional a cargo de la atención de la paciente, le correspondía.

Expresó a manera de interrogación, de qué manera la actuación de S. disminuyó las chances de vida de M.B.; cuántas oportunidades tenía de salir con vida del hospital, en cuánto disminuyeron esas chances por acciones o inacciones del procesado; preguntándose si hubiera cambiado algo si el encartado hubiera operado a la paciente el día 3, o el 4, o el 5; y si hubiera intervenido el primer día de la internación, si habría encontrado algo anormal.

Consideró que ni la sospecha ni la probabilidad alcanzan en esta etapa del proceso para dictar un fallo condenatorio, siendo necesario contar con la certeza absoluta de la culpabilidad del acusado, fuera de toda duda razonable. Concluye que a todo evento, se presenta en el caso una situación de duda que debe favorecer al imputado por imperio legal.

Digo por mi parte, volviendo a la forma en que debe acreditarse esa conexión interna entre acción y resultado, Roxin, frente a la doctrina de "la conducta alternativa conforme a derecho", sostiene que "si el autor rebasa el riesgo permitido y con ello sigue incrementando el riesgo que precisamente aún era tolerable, crea un riesgo en conjunto sencillamente prohibido. Y ese riesgo prohibido en su totalidad también se realiza si se produce el resultado; de ello no cabe la menor duda, por lo que no hay campo de aplicación para el principio indubio pro reo" (autor citado por De La Fuente- Dettano en el trabajo citado supra).

Consideran los autores mencionados en último término, que lo más adecuado no es analizar la evitabilidad del resultado mediante la consideración hipotética de la conducta alternativa conforme a derecho, sino de lo que se trata es de establecer si el daño puede ser explicable a partir de la acción del autor o por el contrario, lo que da sentido es otro riesgo independiente o hasta se podría decir un

riesgo propio de la vida (ob.cit. pág. 339).

Sostienen que “un criterio especialmente útil, sobre todo con relación a los delitos imprudentes, es el del “fin de protección de las normas”, según el cual una consecuencia sólo puede imputarse si pertenece al ámbito protector de la norma de cuidado lesionada por el autor, es decir, cuando el daño causado era de aquellos que se trataba de evitar con esa norma. Dicho de otra forma, para la imputación resulta imprescindible que la norma infringida se encuentre dirigida a la evitación de esa clase de resultados.

Ello no significa que el análisis de la evitabilidad o inevitabilidad del resultado resulte irrelevante. Por el contrario, constituye un dato fundamental para determinar si el desenlace finalmente producido se hallaba o no dentro del ámbito de protección de la norma. Cuando pueda afirmarse, en forma contundente, que el resultado de todas formas se hubiese producido igual, aunque el autor no hubiera desarrollado la acción u omisión contraria al cuidado, es claro que el evento no ha sido uno de los que la norma de cuidado pretendía evitar” (ob. cit. Pág. 341/342).

En palabras de los autores citados, en autos, resulta irrelevante la existencia de certeza sobre las interrogaciones que efectúa el juez de la instancia y que transcribí supra, pues lo concreto es que la muerte producida se encuentra dentro del ámbito de protección de la norma de cuidado infringida.

La inexistencia de un diagnóstico diferencial frente a un paciente con abdomen agudo, requería de la realización de los estudios complementarios ya analizados, teniendo en cuenta los riesgos previsibles de ocurrir en el caso de que el mismo fuera quirúrgico y no se atendiera en su debido tiempo, generando un aumento del riesgo que causó la muerte de M.B.. Y como sostienen De La Fuente_Denatto en el trabajo mencionado, “...el sentido que tiene la aludida norma de cuidado, es procurar que los pacientes reciban la atención médica adecuada en función de las patologías

que presenten, evitando de tal forma riesgos innecesarios en su salud”.

La doctrina en ese sentido ha sostenido que “será imputable objetivamente la conducta omisiva si las faltas consistiesen en la ausencia de exámenes de laboratorio, de radiografías o de otros estudios, al comienzo de la atención y en los distintos momentos de la evolución del enfermo (por ejemplo, en el pre y en el postoperatorio), si el médico no da las indicaciones adecuadas a la persona que esté en condiciones de seguirla y en el momento que corresponda, teniendo en cuenta que el tiempo es un factor esencial e irrecuperable” (Terragni, Marcos Antonio, El delito culposo en la praxis médica, Rubinzal Culzoni, 2003, p. 148).

Como sostuvo la Dra. C. en su dictamen de fs. 228/234, la falta de agotamiento de los métodos de diagnóstico y tratamiento esperable en tiempo oportuno, disminuyó las chances de vida y restablecimiento de la salud de la misma.

En ese aspecto, sostuvo la Cámara de Apelación y Garantías en lo Penal de San Isidro, en las causas nº 29714 y 29715 de la Sala III, en fecha 22-10-2015, con voto del Dr. Gustavo A. Herbel, y en referencia a una paciente, que falleció como consecuencia de una peritonitis fecal no tratada en tiempo, en virtud de haberse omitido la realización de una ecografía abdominal, teniendo en cuenta que 48 horas antes se le había efectuado una cesárea, ocasión en que se le perforó el intestino, presentando luego dolores abdominales, que esa probabilidad –si los estudios se hubiesen realizado en la primera interconsulta (48 hs. antes de que se le efectuara la ecografía abdominal que dio cuenta de la peritonitis) hubiera otorgado mayores chances de vida a la misma, al permitir que la relaparatomía de urgencia se hiciera ese día.

Dijo el Dr. Herbel que: “Esa significativa probabilidad satisface a mi juicio la exigencia requerida para atribuir responsabilidad penal. “...No es admisible renunciar a una sanción penal en todos los casos en que el perito médico no puede

establecer con probabilidad lindante con la seguridad que el paciente habría sobrevivido en caso de haber recibido un tratamiento conforme el deber" (Conf. Werner Wachsmuth y Hans-Ludwig Schreiber, "Seguridad y Probabilidad: aspectos jurídicos médicos (1982)", en Causalidad, riesgo e imputación. 100 años de contribuciones críticas sobre imputación objetiva y subjetiva. Sancinetti, Marcelo A. (compilador Bs. As., Hammurabi, 2009)").

Sostuvo el distinguido colega que: "...ese "incremento del riesgo" (doctrina elaborada por Roxin y seguida, entre otros por Rudolphi, Stratenwert y Bacigalupo, resulta suficiente: no es a mi juicio necesario que "conste con seguridad que el comportamiento adecuado al deber hubiera evitado el resultado", pues "toda contribución al peligro existente perjudica la situación del objeto de la acción" (Conf. Bacigalupo, Manual de Derecho Penal, Colombia, 1994, p. 100).

La atribución de responsabilidad penal a pesar de no existir certeza absoluta en la relación causal entre el acto u omisión indebida y el resultado lesivo no vulnera el principio in dubio pro reo. El punto es desarrollado por Jescheck al señalar que la infracción al deber de cuidado torna imputable el resultado lesivo (en este caso muerte de la paciente), cuando en forma demostrable (y la pericia médica así lo indica), existió una considerablemente mayor puesta en peligro del objeto de la acción, porque los deberes de cuidado con el fin de impedir el resultado, tienen que ser respetados también si no es seguro que esta observancia lo lograría. El principio "in dubio pro reo" sólo interviene cuando se mantiene la duda acerca de si mediante un comportamiento contrario al cuidado se ha producido una elevación esencial del riesgo (doctrina del aumento del riesgo). La actuación peligrosa que ha llegado a ser causal para un resultado típico no puede quedar impune únicamente porque no quepa excluir con absoluta seguridad que el resultado se hubiera producido asimismo con una actuación cuidadosa" (cf. Aut. Cit., "Tratado de Derecho Penal – Parte General", España /Granada, Editorial Comares, 1993, p. 532").

No tengo duda que la mala praxis imputada por el ministerio público fiscal, generó una elevación del riesgo que determinó la muerte de M.B..

Tampoco tengo duda, aunque me apresuro en señalar que ello no fue objeto de la acusación, sólo es que no lo quiero dejar pasar sin mencionarlo, que la atención postoperatoria inmediata dispensada por el imputado a la paciente no fue la indicada.

Prueba de ello es el hecho que la víctima, luego de la cirugía laparoscópica fue trasladada a sala general, ingresando el día 8 de noviembre a terapia intensiva por indicación del Dr. Cas., quien concurrió a verla a pedido del progenitor de M., ante el desmejoramiento de su salud.

Al respecto resalto lo dicho por el Dr. D.B., quien expresó en lo que resulta de interés, que el Dr. Cas. es médico de terapia intensiva, por eso la ingresa a terapia, porque hizo su diagnóstico presuntivo y piensa el peor escenario y la ingresa.

A esa altura de la internación, el análisis clínico arrojaba una urea de 1,45, presumiendo una insuficiencia renal aguda (ver fs. 65).

Sobre ello, dijo la Dra. M.I.F., un aumento de la urea puede indicar insuficiencia renal, pero la paciente no estaba en terapia intensiva.

También sostuvo el Dr. D.F., que la pelviperitonitis informada por los cirujanos generó el cuadro y la respuesta inflamatoria sistémica. Que esta fue una sepsis mejorada y enviada al piso.

El Dr. J.M., también médico intensivista del Hospital Privado del Sur, dijo que la paciente ingresa con disfunción de múltiples órganos, que hay infección y los órganos comienzan a actuar disfuncionalmente. Que ingresa por descompensación, por falla de varios órganos, renal y respiratoria recuerda....Que es habitual esta falla en pacientes luego de una peritonitis, no todas las peritonitis pero sí las más graves,

que está dentro de lo previsible.

Tampoco se echó luz en el debate acerca del origen de los sangrados en el hígado de la víctima, teniendo presente lo dicho en el juicio por el Dr. G.S., quien dijo haber participado en la remoción del packing del sangrado que ellos no habían presenciado, acotando que luego de ello vino su intervención.

Dijo desconocer las causas del sangrado. Que lo más frecuente es que la causa sea accidental, es decir, por un trauma y lo demás es poco frecuente, afirmando que una infección no puede ser la causa de un sangrado hepático, pues una infección puede generar un absceso u otra infección.

En el mismo sentido se manifestó el Dr. A.M., cuando expresó que no encuentra relación entre un proceso infeccioso y una hemorragia hepática. Y reafirma lo que vengo exponiendo, el testimonio del Dr. M.M., cirujano que efectuó la segunda intervención en el hígado a pedido del Dr. S., removiendo el packing puesto a la paciente con anterioridad y colocando uno nuevo.

Sostuvo que el deceso no tuvo nada que ver con el cuadro hepático. Que no se detectó en ningún momento la presencia de pus. Que una infección le puede producir pus al hígado, pero no tiene nada que ver con el sangrado. Tampoco la medicación puede originar éste.

Que una infección tampoco puede generar hemorragia en el hígado ni ella afectar la pelvis.

Que una peritonitis nunca puede desencadenar un sangrado hepático, ni la apendicitis ni al revés. Que no es una patología frecuente.

Por último, también es llamativa y ello sin abrir un juicio de valor sobre la supuesta adulteración de la historia clínica, la diferencia entre lo consignado por el Dr. S., el día 5 de noviembre, cuando expresa respecto de la paciente: "mejora, afebril, abdomen blando, ceden los cólicos. Persiste diarrea leve. Comienza dieta

astriigente" y lo que consta en el parte de enfermería del citado día, cuando se reporta: " Pte. c/leve hipotensión...-cat.(-)...".

Digo ello, porque lo informado en los respectivos partes (médico-enfermería), son totalmente antagónicos. El Dr. S. deja asentado que persiste leve diarrea y por el lado de enfermería, se asienta que la paciente tuvo catarsis negativa (ver fs. 68 y 172).

En definitiva, lo señalado no pone ni quita nada en la acusación fiscal, como así tampoco forma parte del plexo probatorio cargoso en contra del imputado, constituyendo solamente circunstancias o aspectos que no han merecido más que alguna referencia al pasar en el juicio.

Que la materialidad delictiva descripta supra, de la cual resulta autor penalmente responsable el encartado, debe ser calificada como homicidio culposo en los términos del art. 84, primer párrafo del Código Penal.

Que como atenuante se computa la carencia de antecedentes penales del imputado.

Como agravante se computa la edad de la víctima (42 años), en relación a la extensión del daño reclamada por el ministerio público fiscal en su alegato.

En función de lo anterior, propongo al acuerdo que se imponga al imputado, la pena de dos años y seis meses de prisión, de ejecución condicional, en virtud de tratarse de primera condena (art. 26 del C.P.) e inhabilitación especial para ejercer la medicina por el término de siete años, imponiéndose como reglas de conducta para el condenado y por el plazo de tres años, las establecidas en el art. 27 bis, incisos a, b y c del Código Penal, con costas (art. 530 y 531 del C.P.P.).

En el supuesto que la solución que propongo al acuerdo sea acompañada por mis colegas de Sala, corresponde hacer saber a la Defensa que, para

el caso que se articule a favor del encausado un recurso, corresponderá imprimirle al trámite lo resuelto por la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires en la causa P. 108.199 (res. del 24-06-15), caratulada "Carrascosa, Carlos Alberto s/Recurso de Casación. Recurso Extraordinario de Nulidad y que fuere replicado por el Tribunal Címero en la causa P. 124.933, entre otras.

De allí se sigue que, frente a la posible presentación de una impugnación de la defensa contra el fallo de condena, a los fines de garantizar el derecho al recurso (arts. 8.2 de la C.A.D.H. y del art. 14.5 del P.I.D.C.y P) con mayor plenitud que la que permiten las vías impugnativas ante la Suprema Corte (art. 161 de la Constitución Provincial y su desarrollo en el C.P.P.), la Presidencia de esta Cámara desinsaculará jueces hábiles que conformen la nueva Sala que deberá llevar a cabo esa revisión integral.

Con este alcance, voto por la negativa (arts. 209, 210, 371, 373, 530, 531 y concs. del CPP y arts. 26, 27 bis y 84, 1º párrafo del Código Penal).

A LA MISMA CUESTIÓN EL SEÑOR JUEZ DOCTOR GIAMBELLUCA, DICE:

Analizados el contenido del recurso deducido, los fundamentos de la resolución impugnada y el voto que inicia este acuerdo, anticipo que voy a disentir con el colega preopinante en tanto considero que por las razones que expondré el veredicto dictado en los presentes autos debe ser confirmado.

Habré de decir en primer lugar, que los agravios por los que se duele el Ministerio Público Fiscal al momento de formular recurso de apelación en relación a la sentencia de grado en primera instancia, concretamente a fs. 784/794, fueron ya oportunamente detallados por el Sr. Magistrado que me precede en el orden de votación en esta causa y por lo tanto sólo me ceñiré ahora por ello, a lo medular de dichos planteos, obviamente tras un estudio no obstante completo de los mismos.

Asimismo, el señor Agente Fiscal a cargo de la Fiscalía General, doctor

Eduardo Quiros a fs. 798/799 vta. alegó en lo esencial que mantenía el recurso deducido por el señor Agente Fiscal en la instancia de origen, compartiendo los fundamentos vertidos por dicho funcionario.

De este modo la Fiscalía sostuvo en sus agravios la errónea valoración -a su criterio- de la prueba existente en autos, y a su vez la irrazonabilidad en la duda planteada por el señor Juez en lo Correccional.

Así fue que el recurrente manifestó que a su entender la distinción que se realizó en el fallo dictado en la instancia de grado, de tres aspectos sobre los que existió el desacuerdo, encierra un error en si mismo que perjudica el análisis correcto de las cuestiones, colocando en un idéntico plano lógico lo atinente al diagnóstico y tratamiento, a la administración de un medicamento y a la no producción de estudios complementarios.

Asimismo, se plasmó en el recurso que en la sentencia en crisis existieron notorios errores en la apreciación de la prueba en relación a la determinación respecto a si existió una violación al deber de cuidado, tanto en lo que hace a la incorrecta administración del medicamento Buscapina Compuesta como a los estudios complementarios que devieron practicarse, y en este sentido el apelante concluyó manifestando que no se trata solamente de una postura divergente a la adoptada por el señor Juez de Grado, sino que entiende, que existen elementos de juicio que directamente no resultaron valorados y otros que si bien fueron aludidos, no se indicaron las razones de por qué se les da según el caso un mayor o menor poder de convicción.

Se indicó a su vez sobre este tema, y en relación a los estudios complementarios que no llevó a cabo el encausado de autos, que no se trató sólo de la ecografía, sino que además se trató de otros estudios y análisis que fueron omitidos practicar por aquél, incluyendo entre esas evaluaciones complementarias, radiografías

de tórax, abdomen y laboratorio según lo expuesto en el debate oral por los doctores J.So. y la perito médica Dra. C., tal como se desprende de fs. 786/vta..

En concreto, el recurrente expuso que la ecografía era así, sólo uno de los eventuales estudios complementarios que se podían practicar en la búsqueda del diagnóstico de certeza, pero a su vez, no se trata que los estudios omitidos hubiesen en sí mismos, justificado llegar a un diagnóstico determinado, y por lo tanto si bien ello no puede establecerse, lo que sí a criterio del apelante se ha acreditado y deviene en una violación al deber de cuidado, es que devenía necesario efectuar dichos estudios, por lo que la duda que alude el señor juez a-quo, a su criterio resulta arbitraria, dado que no se compadece con los elementos de juicio producidos, y que han sido a su entender, valorados de modo incompleto e irrazonable.

En el conjunto, el Ministerio Público Fiscal -tras formular citas jurisprudenciales y doctrinarias ilustrativas del tema materia de análisis en esta causa-, concluyó peticionando la revocación de la sentencia en crisis, mencionando además que la resolución puesta en jaque ante esta alzada, en cuanto dispuso absolver libremente a L.A.S., importó a su entender la inobservancia del art. 84 del Código de Fondo en esta materia, desde que se encuentran acreditados todos los extremos exigidos a los fines de la configuración del ilícito de homicidio culposo.

Dicho ello, expondré que el recurso deducido- más allá del esfuerzo desplegado al deducirlo-, entiendo no habrá de tener andamiaje favorable, por las razones que de inmediato expondré.

En ese sentido, no advierto incorrección en la operación valorativa desarrollada por el magistrado de grado para arribar a un fallo absolutorio, -en el cual se dejó constancia además que a todo evento se entendía que se presentaba una situación de duda que por imperio legal y a su vez como derivación de la presunción

constitucional de inocencia debía favorecer al prevenido de autos (fs. 767 vta.)-, quien ha brindado además un adecuado desarrollo de las razones que guiaron su convicción, con arreglo a las normas procesales que rigen el extremo (arts. 106, 210, 373 y ccdtes. del CPP).

El recurrente entiendo, no ha evidenciado la transgresión de preceptos normativos, así como tampoco el absurdo valorativo denunciado, pues lejos de demostrar el vicio alegado, lo suyo sólo constituye la expresión de discrepancias subjetivas acerca de la conducencia o no con que el sentenciante apreció la prueba colectada en la causa.

El juez "a quo" describió y valoró el plexo probatorio con el que fundó su convicción sincera acerca además de su duda respecto a cómo se sucedieron los hechos en tratamiento.

Digo así, que el señor juez a-quo tras describir la existencia del hecho en su exteriorización material a fs. 731 vta. y junto a la prueba pertinente en relación a dicho extremo procesal, a donde ahora "brevitatis causa" me remito, pasó en lo concreto a analizar las razones por las cuales dicho magistrado arribó y entiendo con razón en este caso concreto, a la conclusión de que analizada la abundante prueba generada en el devenir del debate, no quedó debidamente acreditado, con el grado de certeza necesario que la actual etapa decisiva del proceso requiere, que el encausado de autos hubiere incurrido en conductas que devengan violatorias del deber objetivo de cuidado y que hubieran ocasionado así la muerte de la víctima, o a todo evento, se originó así una situación de duda que debe favorecer al prevenido de autos.

El señor juez a-quo en el desarrollo de su fallo, trató y analizó amplia y pormenorizadamente, en primer lugar y en lo que a la prueba respecta, lo pertinente a la testimonial, a fs. 734 vta./750; a su vez y en lo que hace a la declaración del imputado en la investigación, a fs. 750/753, y en relación al mismo pero en el debate,

a fs. 753/755 vta..

A su vez el señor Juez en lo Correccional evaluó luego, lo concerniente a la prueba pericial en el transcurso de fs. 755 vta./757.

De este modo, y en relación al tratamiento de la última prueba citada cabe tener en cuenta lo expuesto por el señor juez a-quo, cuando en posición que acompaño en atención a la prueba colectada, dijo que en el actual proceso se produjeron varios y diversos informes de expertos médicos, algunos de los cuales se expidieron de modo general sobre cuestiones teóricas y otros en relación al tratamiento del caso puntual, pero ninguno observó a la paciente, sino que se expidió en atención y en relación a las constancias escritas agregadas a la causa, tales como historia clínica e informes de enfermería, habiéndose a su vez incorporados por lectura los informes producidos en la investigación preparatoria tal como se enuncia a fs. 755 vta., es decir el del doctor J. So., médico forense de la Asesoría Pericial de Azul de fs. 40/43 vta., el de la doctora E.V.CV, de la Procuración General de fs. 228/234 vta.; el de los doctores R.A. y R.P., de la Academia Nacional de Medicina de fs. 178/179; el del doctor H.A.G., profesor de la Facultad de Medicina de la UBA de fs. 212/213, y el de la doctora M.C.G., anatomopatóloga, de fs. 8 en copia y de fs. 276 en original.

A su vez, y tal como emerge del fallo recurrido, en el devenir de la instrucción suplementaria llevada a cabo en el Juzgado de primera instancia, se efectuaron los siguientes informes de profesionales que fueron ofrecidos por la defensa, concretamente los de los doctores F.Ca., médico especialista consultor en cirugía general, de fs. 577/631, G.L., médico especialista en ginecología, de fs. 632/634 y J.A.B., jefe del servicio de Anatomía Patológica del Hospital Interzonal "Dr. José Penna", de fs. 650/651.

Es dable apreciar, que todos los aludidos peritos a más de sus informes

ya referenciados, prestaron a su vez testimonio en el debate; y en el caso puntual de So. y C. -tal como se detalla a fs. 755 vta.- desde sus sitios de residencia por medio de sendas videoconferencias.

Es importante tener además aquí en cuenta, la circunstancia también valorada por el señor Juez en lo Correccional, en lo que refiere al hecho que no se practicó una autopsia sobre el cuerpo de la señora B., ello tal vez como lo señala el referido magistrado a fs. 756, debido a que la nombrada falleció el día 17 de enero de 2008, y la denuncia penal, con la presentación como particular damnificado se efectuó recién en fecha 14 de marzo del citado año.

Cierto es así, que los dictámenes periciales deben ser siempre meritados con la debida prudencia y prevención que cada situación requiere. Y en el caso de autos, no advierto razón para apartarme de lo sostenido por el señor Juez a quo, en cuanto al modo en que evaluó y consideró la prueba pericial producida en los presentes obrados.

Concretamente, cierto es en primer lugar y tal como se detallara a priori que es dable tener en consideración lo expuesto en el fallo puesto en jaque en esta Alzada, en relación a que si bien en la presente causa se produjeron informes diversos de expertos médicos, de los cuales hubo un pronunciamiento en general sobre cuestiones teóricas y otros en relación al tratamiento del caso puntual, es lo cierto también que ninguno observó a la paciente, sino que se expidió en atención a las constancias escritas agregadas al expediente, tal como fueron la historia clínica y los informes de enfermería.

Por lo tanto, no advierto incorrección así en la operación valorativa practicada por el Magistrado de grado, al brindar además un pormenorizado desarrollo, con fundamentaciones, análisis completo de la prueba y citas por otra parte, jurisprudenciales y doctrinarias a los fines de ilustrar sobre los tópicos en

análisis, todo ello con arreglo a las normas procesales que rigen el extremo -art. 106, 210 y 373 del CPP.-.

Entiendo corresponde adicionar a lo dicho, que siendo el señor juez a-quo, el único veedor jurisdiccional directo e inmediato de lo acontecido en la instancia de grado, y dándose la circunstancia además que dicho magistrado se expidió como se hiciera referente en el párrafo previo, con debidas fundamentaciones, me permiten ahora concluir así, en el sentido que a mi modo de ver y también en función del análisis de la prueba producida, colectada y analizada en el expediente -testimonial y pericial-, el señor juez en lo correccional se pronunció en su fallo sin evidenciar transgresión de preceptos normativos ni tampoco absurdo valorativo, pues más allá de la expresión de discrepancias subjetivas que pudieran existir o plantearse, acerca de la conducencia o no con que el sentenciante apreció la prueba colectada en la causa, entiendo que dicho magistrado se expidió adecuadamente tras describir y valorar de modo pormenorizado y detallado el plexo probatorio con el que fundó su convicción sincera acerca además de su duda respecto a la culpabilidad del prevenido de autos, es más, el señor juez a-quo en uno de los pasajes de su fallo, manifestó expresamente que: "...si bien he sostenido en otras ocasiones que el perito de parte suele dictaminar de manera favorable a quien lo propuso y por eso destacada doctrina lo ha considerado como un auxiliar de la defensa o del particular damnificado, según el caso, y que el producto debe ser analizado con prudencia y prevención, y cierta jurisprudencia considera que tiene por función evaluar y criticar el dictamen oficial, no poseo elementos serios para poner en entredicho la objetividad de los numerosos expertos que han opinado en este proceso, quienes tienen el deber legal de pronunciarse con veracidad de acuerdo a sus conocimientos técnicos. Las conclusiones deben convencer por la solidez de sus argumentos y la coincidencia con otras constancias de la causa...".

Evidentemente, el señor juez a-quo formó su plena convicción así y

entiendo que a través de una valoración puntual y enumerada de los diferentes elementos de juicio detallados en la causa, que le permitieron arribar a la conclusión que las partes acusadoras no lograron probar que haya existido por parte del encausado de autos, una violación de los deberes de cuidado que haya ocasionado la muerte de la víctima, y en función de ello, es que no alcanzó a formar convicción con el grado de certeza que la etapa requiere para la culpabilidad del imputado, presentándose a todo evento una situación de duda que por imperio legal y como propia derivación de la presunción de inocencia, debe operar en su favor (arts. 1, 209 y 210 del CPP.).

Respecto al pasaje previo, cabe adicionar que sabido es que ni la sospecha ni la probabilidad, -tal como también lo señala el señor juez a-quo-, son suficientes en esta etapa del proceso para dictaminar un fallo condenatorio, dado que es requerible contar con la certeza de la culpabilidad del prevenido, y fuera de toda duda razonable, acarreando cualquier otro estado intelectual del órgano jurisdiccional, la indefectible absolución.

A su vez, el Señor Juez de grado trató oportunamente la figura penal aquí en juego, concretamente el ilícito previsto en el artículo 84 del C.Penal, que sanciona al "que por imprudencia, negligencia, impericia en su arte o profesión o inobservancia de los reglamentos o de los deberes a su cargo, causare a otro la muerte", a fs.757 y sgtes.

Dicho Magistrado no sólo analizó los diferentes elementos típicos de la figura penal en juego, sino que además citó doctrina diversa respaldatoria de tal cuestión.

Específicamente, en uno de los pasajes se dejó constancia, y entiendo que de modo adecuado, en relación a que cierto es que no cualquier error o falla determinará la presencia de impericia, y justamente allí se focalizará el límite entre la

tipicidad y la atipicidad, siempre que en el primer caso se vea presente el nexo de determinación entre la conducta y el resultado dañoso, y es allí donde el Magistrado interviniente deberá poder contar con la mirada y apreciación de calificados e idóneos expertos en el tema.

Por lo tanto debe tenerse en cuenta que para que el resultado le pueda ser adjudicado al prevenido como autor de la acción, debe estar en una relación determinada con ésta, y ser por lo tanto así la lógica consecuencia del peligro generado por la acción.

Adicionaré a lo dicho, que cierto es que la medicina es una prestación de medios, no de resultados y de este modo al evaluarse la situación puntual de modo retrospectivo a partir del resultado, ha de tenerse en consideración tanto las circunstancias como los recursos con que cuenta el profesional, por lo que para analizar el tema puntual de la tipicidad se debe efectuar una evaluación previa o un juicio ex ante. El paciente así ya está en riesgo por su dolencia, riesgo que no deviene o no resulta generado por el profesional.

Estimo necesario valorar aquí también, lo que dejó sentado el señor Juez a-quo en su fallo, a fs.758 vta. cuando tras reseñar que no todos los organismos generan una reacción del mismo modo frente a las enfermedades y los tratamientos, hizo alusión a lo dicho por la doctora C., la cual en el debate expuso "no hay enfermedades, hay enfermos".

A continuación habré de evaluar diferentes puntos que el Juez tuvo en consideración al expedirse en su fallo, concretamente lo atinente al diagnóstico y el procedimiento, a los estudios complementarios, y a la prescripción de Buscapina Compuesta.

En primer lugar y en lo que respecta al diagnóstico y el procedimiento evaluado, -tema también tratado por el señor Juez a-quo de modo absolutamente

detallado y pormenorizado a fs. 759/763 vta.-, habré de decir que de las actuaciones y tal como también se precisa a fs. 759 vta., resulta que la señora M.B. hizo su ingreso al Hospital Privado del Sur y fue en dicha circunstancia recibida por el doctor C.M. -Médico de guardia-, quién en el devenir del debate oral expuso que la señora presentaba dolor, resultando su diagnóstico preventivo, síndrome de fosa ilíaca derecha y que por lo tanto al tratarse de un síndrome, no resulta un diagnóstico preciso, detallando que la misma poseía dolor abdominal, y que el abdomen agudo puede ser médico o quirúrgico y respondiendo a preguntas que se le formularon en esa ocasión en relación al síndrome, dijo que podría ser apendicitis o una cuestión ginecológica.

Asimismo, el antes citado profesional relató que formulo consulta con el cirujano que estaba de guardia pasiva ese día, doctor H.M.L., exponiendo este último en la vista oral que su colega lo había convocado para observar a una mujer con abdomen agudo, o sea con dolor abdominal, y que lo requirió con la sospecha de una apendicitis aguda siendo ese el posible diagnóstico, y determinando él mismo que podría ser una apendicitis -a su criterio existía probabilidad alta para ello-, y sugirió así, laparoscopia con finalidad diagnóstica y terapéutica.

A su vez el doctor L. detalló también, el modo en que coincidieron todos los profesionales, en cuanto a que el abdomen agudo es dolor abdominal y puede existir soluciones médicas o quirúrgicas, y que él aconsejo realizar el procedimiento ese mismo día, pero la familia de la paciente le informó que tenían un médico de confianza, por lo que culminó su intervención.

Fue así que comenzó a tomar intervención, el doctor S. quien en esa fecha 3 de noviembre escribe en la historia clínica y tal como se detalla a fs.759 vta. "Paciente que comienza hace 72 horas con escalofríos, dolor abdominales y musculares que refiere como "gripe" y posteriormente se agregan náuseas y vómitos. Por último diarrea. Consulta en servicio de emergencia con fiebre, dolor abdominal

tipo cólico en hemiabdomen inferior sin defensa y con peritonismo. Se interna para observación con diagnóstico presuntivo de gastroenterocolitis" (fs.66).

,A su vez y como se aprecia a fs. 760, el encausado de autos brindó extensas explicaciones tanto en la IPP como en el debate, -tal como el señor Juez a quo las transcribiera en su fallo-, al igual que los restantes testimonios de otros médicos, a los que ahora "brevitatis causa" y por haber sido ya tratados oportunamente "in-extenso", me remito.

De este modo, es dable apreciar además que el doctor M. no dio así un diagnóstico preciso, ya que según detallara hizo alusión a dolor abdominal, mientras que L. aludió a que para él había una alta probabilidad de que padeciera apendicitis.

El señor Juez en lo Correccional por su parte evaluó lo que expusieron diferentes expertos que efectuaron sus informes en el proceso, y se expidieron en el debate.

Concretamente, en relación al doctor So. a fs. 760 se deja constancia a lo que él mismo indicó en su informe, es decir que "...existió un cuadro infeccioso que luego de un lento comienzo y habiendo presentado signos y síntomas inespecíficos, que podrían confundirse fácilmente con distintos cuadros sépticos desembocó rápidamente en una peritonitis, con abundante presencia de pus en cavidad abdominal, que tuvo una evolución tórpida, con períodos de mejoría alternados con reagravamientos y complicaciones de diferente localización anatómica, que fueron correctamente tratadas a medida que se fueron presentando, pero que fueron minando las fuerzas de la enferma y debilitando su sistema inmunológico de defensa, haciendo que cada nueva complicación requiriera mayor esfuerzo para superarla, a pesar del correcto tratamiento. Señalo que la internación se extendió por espacio de 74 días hasta su fallecimiento el 16 de enero de 2008, y ese prolongado lapso es altamente significativo para evaluar la conducta de los profesionales y revela

que la grave enfermedad infecciosa padecida fue de muy difícil diagnóstico y tratamiento...Concluyó el doctor So. que por la complejidad de los procesos patológicos padecidos por la víctima en su largo período de internación, no hay fundamentos científicos que nos permitan asegurar que una intervención quirúrgica, realizada sin la completa evaluación de su cuadro clínico y del riesgo operatorio, hubiera evitado las múltiples complicaciones surgidas que la llevaron al óbito (fs.43 vta.).".

A su vez, al prestar testimonio en el debate el doctor So. aludió a que en el primer día no se sabía en relación a que el abdomen agudo fuera quirúrgico, no revelándose el proceso infeccioso que llegó a posteriori. Por su parte, en relación a la doctora C. a fs. 760 vta. se deja constancia respecto a lo que la misma indicó en su informe, que "...la discrepancia de diagnóstico entre los primeros profesionales y el doctor S. puede explicarse en que ambas patologías poseen signosintomatología similar enmarcable dentro de la categoría de abdomen agudo. Agregó que no obstante ello, para su tratamiento se impone la distinción entre abdomen agudo médico (se resuelve con medidas terapéuticas no intervencionistas) o quirúrgico (se resuelve en un lapso no mayor a 24 horas por vía quirúrgica). Para arribar al diagnóstico diferencial resulta excluyente la realización de estudios complementarios y el seguimiento clínico-quirúrgico oportuno."

Dijo además la citada profesional, y tal como se desprende también de fs. 760 vta., que "...el tiempo transcurrido desde la internación de la paciente, teniendo en cuenta que el cuadro llevaba aproximadamente 72 horas de evolución, sin la conducta terapéutica quirúrgica adecuada, disminuyó las chances de sobrevivida y de restablecimiento de la salud de la misma. Finalmente, afirmó la especialista que las conductas asumidas por el doctor S. hasta la primera cirugía, no se ajustaron a la *lex artis* ya que no agotaron los medios de diagnóstico y tratamiento en forma oportuna y en relación a la gravedad del cuadro".

Cabe señalar previo a continuar, que tal como lo indico el señor Juez a quo quedó con claridad que el diagnóstico presuntivo inicial del doctor M. no resultaba ser de una patología definida, sino que dicho síndrome podría significar varias cosas.

También por video conferencia la citada doctora C. tal como surge de fs.760 vta. "in fine"/761 expuso que "...a ella el cuadro el impresionaba más quirúrgico que médico; que cada paciente es único, tenemos enfermos, no enfermedades; que la clínica sigue siendo soberana. Que debe decidir el profesional. Al ser preguntada por el doctor S., siendo ambos cirujanos admitió que en esta especialidad suele haber diferencias de criterios; cada médico con su librito, dijo".

Aquí habré de coincidir con el señor Juez de grado cuando a fs. 761 señaló que a su juicio varias de las opiniones emitidas por la doctora C., que se presentaban en su informe escrito como muy terminantes, resultaron relativizadas en su deposición oral, destacando que era necesario apreciar que a diferencia del imputado de autos, la especialista no conoció a la paciente y se expidió en función de las constancias escritas incorporadas al expediente judicial.

A su vez, es dable observar entre otros informes, el producido en la instrucción suplementaria, concretamente el dictámen del doctor Ca. quién como se detalla a fs. 761/vta., él mismo indicó "...que el diagnóstico de ingreso no podía tratarse de un abdomen agudo, que la mujer tenía un cuadro de tres días de evolución; que no evidenciaba infección alguna en curso y mucho menos un abdomen agudo quirúrgico. Señaló que el diagnóstico presuntivo de gastroenterocolitis no puede caratularse como antojadizo y que operarla en ese momento hubiera sido un exceso. Que para tratar una enfermedad es preciso contar con un diagnóstico previo, y que S. decidió la medicación sintomática y la observación clínica. Agregó que a menos de 24 horas de internada, la señora B. no tenía registros de fiebre ni taquicardia que hubiese sugerido el cuadro infeccioso. Señalo el doctor Ca. que el 6 de noviembre S. le realizó a la paciente una cirugía videolaparoscópica diagnosticando

una pelviperitonitis y realizando una apendicectomía con lavado de la cavidad peritoneal. Agregó que el 8 de noviembre la enferma sufrió una brusca descompensación que obligó a su traslado a la unidad de terapia intensiva. Señaló que la mujer no presentaba los signos y síntomas de una pelviperitonitis u ingreso al nosocomio. Sostuvo el experto que el primer diagnóstico de apendicitis aguda está descartado; que el imputado no podía en modo alguno prever la pelviperitonitis con la imprecisa signosintomatología que presentaba hasta el 6 de noviembre; no se ajustaba a un cuadro de gravedad ni era indicativo de una cirugía de urgencia. Manifestó su discrepancia con la doctora C. señalando que resulta temerario e inexacto afirmar que después de transcurridos 74 días desde la internación al deceso, el tiempo que insumió la realización de un diagnóstico y la implementación del tratamiento quirúrgico redujo sus chances de curación. Dijo el doctor Ca. que S. recibió a una paciente con un abdomen que no reunía las condiciones semiológicas de un episodio agudo quirúrgico y acompañado de un hemograma con un número de leucocitos normal. Que hizo un seguimiento clínico y análisis de laboratorio y cuando el 6 de noviembre variaron los parámetros decidió sin más la cirugía video-asistida. Citando bibliografía que agregó en un anexo de su informe señaló que casi la mitad de las apendicitis agudas sospechadas en mujeres jóvenes no lo son y origina intervenciones quirúrgicas inútiles. Expresó que la conducta del imputado fue la de un cirujano experto, y se correspondió con una práctica profesional aceptable dentro de las normas de la ciencia médica; se demostró que la paciente no presentaba a su ingreso un cuadro clínico de gravedad, ni un abdomen agudo quirúrgico. No se justificaba el suministro de antibióticos pues hasta su intervención quirúrgica no presentaba indicios de infección en curso, no tenía fiebre ni tenía alterado su hemograma. La conducta de S. fue la adecuada y la cirugía también".

El señor Juez en lo Correccional señaló también a fs.761 vta. -y es importante tenerlo en cuenta, ya que como dijéramos anteriormente, fue el único

veedor jurisdiccional directo e inmediato de lo acontecido en el debate-, que el doctor Ca. tras ser sometido a un extenso interrogatorio de todas las partes explicando lo que ya fuera referenciado, se mostró muy sólido en sus explicaciones y además con convincentes argumentaciones.

Por su parte y tal como se describe a fs. 761 vta./762, el médico ginecólogo, doctor G.L. además de presentar su informe, fue consultado en relación a la pelviperitonitis y a su vez declaró en el debate indicando que "...que la pelviperitonitis o enfermedad pelviana inflamatoria (EPI) es un síndrome que se caracteriza por la inflamación aguda o crónica del tracto genital superior (útero, trompas y ovarios y de las estructuras adyacentes; debe considerarse una infección polimicrobiana. Los signos y síntomas son muy variados y es necesario diferenciarlo de patologías que pueden simular este cuadro, en particular en pacientes que consultan por dolor pelviano. Señalo que la pelviperitonitis es un proceso limitado a los órganos y estructuras que se hallan comprendidos en la pelvis femenina. Sostuvo el doctor L. que el diagnóstico de la EPI es impreciso; puede ser sintomática o asintomática. Aclaró que el diagnóstico suele resultar dificultoso y el error en este síndrome ronda el 30% pudiendo ocurrir tanto por omisión como por sobrediagnóstico . Afirmó que no siempre debe realizarse un tratamiento quirúrgico de urgencia frente a una pelviperitonitis; las posibilidades terapéuticas van desde el tratamiento farmacológico ambulatorio hasta la resolución quirúrgica por laparoscopia o a cielo abierto. Expuso que si bien la laparoscopia es el método diagnóstico por excelencia para la EPI resulta impracticable en todas las pacientes sospechadas de ese diagnóstico; presenta limitaciones, no permite detectar endometritis y es un método invasivo que requiere anestesia general y no está exenta de riesgos. Respecto a la operación realizada por S. sostuvo que la conducta ha sido correcta y ajustada a los procedimientos habituales en este tipo de patología. Agregó que puede resultar prudente la resección del apéndice cecal. Concluyó en señalar que el imputado ha procedido en

forma correcta en la atención de la paciente en coincidencia con los fundamentos de la ciencia médica".

A su vez, la anatomopatóloga, doctora G. detallo en el debate tal como se desprende de fs. 762/vta. que "...sobre el órgano se efectúan cortes para observar al microscopio; que el apéndice tiene tres partes: la mucosa, la pared y la serosa. Dijo que el origen de la inflamación puede ser múltiple, puede ser una bacteria, restos alimentarios, una semilla. Que cuando se da la apendicitis si se inflama y no se trata, deriva en peritonitis. Aclaró que en este caso el proceso infeccioso fue de adentro hacia afuera, pero no llegó hasta afuera. Dijo que S. la llamó para pedirle que repitiera la biopsia y no surgió ningún dato nuevo. Señalo que la pelviperitonitis ginecológica no sería causal de la apendicitis. Ante nuevas preguntas expresó que no dijo nada de la serosa porque lo que está normal no se menciona. Fue terminante en señalar que con una serosa intacta o conservada el proceso inflamatorio apendicular no puede ser el origen de una peritonitis periapendicular. Dijo que el proceso no esta muy avanzado, sino estaría comprometida la mucosa; se trataba de apendicitis aguda".

Sobre esta misma cuestión, concretamente sobre la serosa, presentó además su informe el doctor J.B., también anatomopatólogo, quién tal como surge de fs. 762 vta., señaló que "...la serosa es una lámina o membrana que reviste externamente los órganos del tubo digestivo, entre ellos el apéndice cecal. Agregó que sin alteración serosa, un proceso inflamatorio apendicular no puede producir una colección purulenta perviperitoneal. Y que la existencia de un proceso inflamatorio periapendicular, sin apendicitis, se puede producir por extensión desde otros órganos vecinos, como por ejemplo los anexos uterinos en la mujer".

Es dable observar, que el doctor B. al declarar en el debate formuló en relación a la inflamación apendicular, no podía ser causa de infección en la trompa, que están separados, y que para que se comuniquen tendría que estar afectada la serosa.

Respecto a la problemática que evidenció la paciente en un momento de su internación, es decir el sangrado del hígado, es dable tener en cuenta lo dicho por los doctores M. y St., quienes tomaron intervención en esas circunstancias.

El primero de los profesionales hizo referencia en el debate, a que fue requerido por el doctor S. para interconsulta, y que la primera cirugía la practicó su socio St., practicándose el control de sangrado y en la segunda intervención quirúrgica en la que él participó, no había sangrado, y que a su vez no detectó pus y el deceso de la paciente no tuvo que ver con el problema hepático, acotando que no se supo que había originado el sangrado pero que una infección, no lo produce y además que la peritonitis no puede nunca ocasionar un sangrado hepático, hemorragia que no es muy habitual.

Respecto al doctor St., el mismo detalló su participación en relación a la colocación de gasas, lo que es conocido como packing, y guardo coincidencia así con su colega y socio respecto a que una infección no genera sangrado.

Creo así necesario, por su importancia, poner de resalto aquí, lo expuesto por el señor Juez en lo Correccional a fs. 763 cuando de modo expreso detalló que "Creo necesario destacar que con calma, del doctor S., a instancias de su defensor, teniendo a la vista la historia clínica y el reporte de enfermería, brindó explicaciones pormenorizadas de su actuación, las que de acuerdo a lo que el suscrito escuchó y leyó estos días de los expertos no aparecía como carente de razonabilidad y prudencia. Por lo demás, las partes acusadoras apenas si repreguntaron al imputado".

Fue así, que el doctor S., tal como surge de fs. 763, explicó que "...el cuadro venía mejorando y la paciente estaba controlada hasta que el día 6 presentó distensión abdominal y dolor, lo que implicaba una desmejora del cuadro, por lo que decidió realizar una laparoscopia diagnóstica. Que allí detectó una periviperitonitis y realizó una apendicectomía, lo cual es un procedimiento usual para evitar dudas

diagnósticas en el futuro. Que el origen del problema fue ginecológico, y si se originó en la trompa de Falopio que es un órgano interno puede no tener repercusión externa".

Es dable apreciar que, tal como se detalla en la antes citada foja, en la historia clínica es posible leer la existencia de una mejoría de la paciente en fecha 5 y 6 de noviembre, aconteciendo en este último día la circunstancia de que el prevenido de autos requirió laboratorio de control, y a las 15 horas M.L.B. persistía en el dolor, laboratorio con leucocitosis, escasos ruidos intestinales, y ante ese cuadro de situación, el encausado decidió laparoscopia exploradora (fs.66).

Cierto es que corresponde tener en cuenta, como así también lo hizo el señor Juez a-quo, que en toda conducta humana no es posible la exigencia de infalibilidad y únicamente pueden formularse cuestionamientos respecto a los errores de diagnóstico, que resulten fundamentales y groseros, y aún en relación a los mismos, será labor esencial la de determinar la conexión existente con el resultado dañoso.

De este modo, hay que apreciar así que el médico de guardia, doctor C.M., en el ingreso al hospital no practicó un diagnóstico preciso sino que hizo referencia a un síndrome, o sea síntomas y signos que pueden relacionarse a varias patologías, y de este modo el diagnóstico presuntivo inicial brindado por el doctor S. no devino tal como lo enunciara también el señor Juez a-quo a fs.763 "in fine", descabellado, desde que y tal como lo describieron y detallaron varios profesionales médicos en el presente proceso, los síntomas resultan ser de similitud a los de una pelviperitonitis, debiendo adicionando a ello que por otra parte, la problemática no fue el apéndice pues presentaba bien la serosa por lo que no pudo contaminar a otros órganos, resultando ilustrativo de ello las expresiones de los doctores G. y B., (ambos anatomopatólogos), de los cuales nos ocupáramos precedentemente en relación a sus explicaciones alusivas al tema materia de tratamiento ahora.

Entiendo también, que tampoco resultó desacertada en función de la valoración de la prueba practicada y las motivaciones oportunamente brindadas por el señor Juez a-quo, lo atingente a que el doctor S. efectuó un seguimiento que aparece como correcto, dentro de los habituales procedimientos médicos y de los propios criterios de los profesionales, allí puntualmente y sobre este tema a fs.763 vta. , el señor Juez en lo Correccional citó a la doctora C. quien expuso "cada médico con su librito".

Cierto es también, lo expuesto por dicho Magistrado en cuanto las reglas de la denominada *lex artis*, en el sentido que devienen prácticamente siempre opinables y algo difusas, con excepción a cuando el error de diagnóstico o el tratamiento devienen equivocados de un modo grosero; por lo que debe tenerse en cuenta que la evaluación de estas situaciones para determinar la tipicidad, debe efectuarse *ex ante*, pues a posteriori se posee todo un cúmulo de opiniones y documentación de la que el prevenido aquí no disponía y que debía definir el procedimiento a seguir.

Por todo ello, es dable colegir en el sentido que cierto es que la medicina no resulta ser una ciencia exacta, y es a su vez como ya se dijo previamente una prestación de medios, y no de resultados; estando ya el paciente en riesgo -tal como lo indica el señor Juez a-quo a fs.763 vta.-, por su dolencia, riesgo que no deviene producido por un profesional.

Despejada así, la presente cuestión en la cual se analizó el diagnóstico y el procedimiento llevado adelante, y en el cual estimo por las razones expuestas, la prueba valorada y las explicaciones brindadas en función de los temas en tratamiento, que el señor Juez de grado se expidió de modo ajustado a derecho, ya que a mi modo de ver no advierto tampoco en este caso incorrección en la operación valorativa llevada a cabo por dicho Magistrado.

Habré de ingresar ahora, al otro tema que también resulta relevante para la solución del caso, concretamente el atingente a los estudios complementarios, en el sentido que se habría atribuido el no haber agotado los estudios médicos complementarios que hubieran autorizado a formular una diferenciación entre un abdomen quirúrgico de uno médico, específicamente en el debate esta situación se habría circunscripto en función de la realización de una ecografía.

A este respecto el señor Juez de grado evaluó las manifestaciones brindadas por la doctora C. , el doctor Ca., y el doctor So..

Respecto a la primera de las profesionales nombradas, se dejó constancia en el fallo de primera instancia y en lo medular, que la misma indicó "..la ausencia de agotamiento de estudios complementarios disponibles y esperables para el cuadro inicial. Dijo que ello hubiera permitido la toma de medidas terapéuticas acordes (fs.233 vta.). Preguntada al respecto en el debate dijo la profesional que una posibilidad era hacer una ecografía rápida que se hace en la guardia hace años; ello podría haber mostrado líquido libre...".

En relación al doctor Ca., él mismo en su informe de fs.577/585 vta., concretamente a fs.581 vta./582 expuso "...que la ecografia, hoy de ayuda merced a los adelantos técnicos acaecidos era poco precisa en el año 2007 para este tipo de patología y, por ende, poco utilizada; recién en 2012 comenzaron a publicarse trabajos sobre positividad diagnóstica del estudio, que no excedía, por esos años, del 73%...Cabe destacar que ni M. ni L. la solicitaron cuando asistieron a la Sra. B., ni tampoco la citaron como posible procedimiento a utilizar en sus declaraciones obrantes en el expediente. La respuesta es simple: no se usaba para el diagnóstico de apendicitis aguda a la sazón...".

A su vez el doctor Ca. indicó en el debate que en año 2007, en el nosocomio no habían ecógrafos aptos para esa práctica en estas situaciones.

Por su parte el doctor So. tal como emerge de fs. 764 explicó que más halla de los estudios complementarios, lo elemental o básico es ver el desarrollo o proceso de la enferma, como así las maniobras semiológicas practicadas clínicamente y los síntomas, adicionando que ésto es así pues hay un concepto que se ve acompañado por un importante consenso en los profesionales de la medicina y que se haya avalado por la ciencia médica, que es que "la clínica es soberana", y en ese acuerdo hubo coincidencia también de parte de los doctores C. y Car..

Sobre este punto de análisis, considero asiste razón también al señor juez a-quo en cuanto a la existencia de una situación de duda, teniendo en cuenta que aún cuando hubiera sido de relevancia la efectivización de un ecografía en los días iniciales de internación, tal circunstancia hace a la libertad de criterio del profesional médico interviniente, y a su vez no quedó acreditado de que modo dicha omisión habría incidido finalmente en la concreción del resultado dañoso, por lo que se está por lo tanto, en el terreno de las suposiciones y no así de las certezas que es lo que en este estadio requiere.

Finalmente, y en lo que al otro punto de relevancia refiere, es decir el atingente a la prescripción de Buscapina Compuesta, entiendo en función de lo que emerge de fs. 764 vta./765, es dable apreciar que al igual que en el tema tratado con anterioridad, es esta una cuestión realmente dudosa y de la que no existe certeza, pues cuando resultara aún desaconsejable el suministro de la droga -lo que resulta debatido dado que se distingue entre paciente ambulatorio y paciente internado-, no posee interés a los fines de la resolución del hecho en análisis aquí, expresar que enmascara síntomas, ya que lo que habría que haberse probado, fuera de toda duda razonable, es que concretamente enmascaró síntomas, y que esto fue causa eficiente -como lo señala el señor Juez en lo Correccional- a los fines de no llegar a un diagnóstico preciso y que por ende ocasionó el deceso de la víctima.

Sobre este tema en tratamiento, cabe apreciar -(ver fs. 764 vta.)- que

el doctor S. tras examinar la paciente ordenó Buscapina Compuesta endovenosa cada 6 horas, tal como se desprende del reporte de enfermería, señalando el encausado de autos en relación a dicho tema, que ante la presencia de dolores, se sugieren antiespasmódicos con conocimiento que el paciente se encuentra bajo control médico de internación y que el antitérmico no enmascara el cuadro en la medida que haya un adecuado seguimiento, agregando que la referida Buscapina se prescribe por dolores cólicos sin lograr enmascarar el cuadro infeccioso, sin hay un correcto seguimiento.

Por su parte la doctora C. a fs. 233 vta. indicó respecto a este, tema que la indicación de Buscapina Compuesta enmascara los síntomas y signos que autorizan a formular un diagnóstico de certeza, ocasionando la alteración de la motilidad intestinal y la ausencia de fiebre.

A su vez dicha profesional, en el desarrollo del debate oral expresó tal como surge de fs. 764 vta., que el paracetamol es una buena droga para que ceda el dolor, un buen analgésico.

El doctor Ca. a su vez a fs. 584 relató en relación a la presente cuestión que la administración de Buscapina se encuentra contraindicada en el paciente ambulatorio pero que no lo esta en el que se encuentra internado con control médico y de enfermería permanentes.

Adicionó dicho profesional en el devenir del debate que el aludido medicamento resulta ser antipirético, y dado que la paciente se encontraba internada, el mismo puede ser recetado, adicionando que cuando se le prescribió, el cuadro ya llevaba 4 días, estando la mujer ya afebril y poseía glóbulos blancos normales.

Por su lado el doctor L. explicó en el debate oral, según consta a fs. 764 vta. que la Buscapina posee antiespasmódico que no conlleva efecto sobre la

pelviperitonitis, y en caso de que la fiebre fuera importante va a subsistir.

Por último el doctor So. adujo en la vista oral, tal como se desprende de la foja citada en el párrafo precedente, que la Buscapina Compuesta posee antiespasmódico y aspirina o paracetamol, siendo este último un antipirético, que produce la baja de la fiebre, y adicionó que "...si bien puede enmascarar los síntomas, ello no es así para un médico entrenado, con control de enfermería y análisis de laboratorio...".

En relación a las causas de la muerte, de la cual también se ocupó en su ocasión el señor Juez de grado a fs. 765 vta. "in fine"/766, cabe decir que es dable tener en cuenta ante todo que como lo señala dicho Magistrado, no se efectuó en autos una autopsia sobre el cuerpo de la víctima M.B., coincidiendo sin embargo los expertos respecto a que la causa de la muerte, resultó ser un proceso infeccioso generalizado que originó fallos orgánicos múltiples. Para ello el señor Juez en lo Correccional en el transcurso de fs. 766 analizó los testimonios de los doctores C., So. y Ca., sobre los cuales no me extiendo nuevamente ahora pues ya hizo lo propio en su momento dicho Magistrado y por lo tanto me remito así a ello, en honor a la brevedad.

En función de todo lo expuesto y para concluir habré de decir, que considero que no hubo incorrección en la operación valorativa efectuada por el Magistrado de grado para arribar a un fallo absolutorio, habiendo brindado además un adecuado desarrollo de las razones que guiaron su convicción, con arreglo a las normas procesales que rigen al extremo (arts. 106, 210, 373 y ccdtes. del CPP.).

Concretamente, considero así que no fue desacertada la posición del señor Juez a-quo cuando consideró que no quedó debidamente acreditado en autos

-en función de la prueba colectada y analizada en su conjunto, como así también en atención a las argumentaciones brindadas-, que el doctor S. hubiera violado el deber objetivo de cuidado que como profesional a cargo de la atención de la señora B., le correspondía.

Para ello, el señor Juez en lo Correccional consideró lo expuesto por el perito So., quien expresó que el primer día no se sabía que el cuadro fuera quirúrgico, habiendo detallado los expertos de modo coincidente que el síndrome de abdomen agudo pudo ser quirúrgico o poseer un tratamiento médico, no procediendo operar en forma inmediata como lo aconsejaba el doctor L. sin mayor información, debiéndose observar la evolución y conservando la internación a los fines de precisar los pasos a seguir, y cuando el cuadro desmejoró, el doctor S. decidió la intervención laparoscópica.

Sobre esta cuestión el señor Juez a-quo, dejó sentado que fue a su vez explicado en el proceso, que la aludida intervención posee sus riesgos por lo que la misma no debe resultar apresurada, empleándose anestesia general, y no dejando de ser una cirugía, con lo que ello conlleva (expresiones del doctor L.).

Por lo tanto, quedaron despejadas y se dieron respuesta así, a las cuestiones atinentes en relación a los planteos, por un lado de no haber agotado los estudios médicos complementarios que hubiesen permitido diferenciar un abdomen quirúrgico de un abdomen médico, y por el otro, el que refiere al cuestionamiento del diagnóstico presuntivo e inicial de gastroenteritis y la prescripción de Buscapina que enmascararía los síntomas y que de no haber existido hubiera permitido llegar a un diagnóstico de certeza.

A su vez, respecto a los planteos en relación a que el accionar en la conducta del doctor S., habría disminuido las chances de vida de la señora B. y provocado su deceso, diré en posición que en este caso acompaño al señor Juez de

grado, cuando tras formular diferentes apreciaciones, analizó la figura penal normada en el art. 84 del Código Sustantivo, concluyendo en que lo que debió ser probado en estos obrados -concretamente en el tramo relacionado a la impericia-, es que por acciones u omisiones del encausado, especificadas de modo preciso y cabal, se originó el fallecimiento de la señora B., debiendo en relación a ello, haber un convencimiento del juez en grado, de certeza absoluta, y en virtud del método de libre convencimiento, el juzgador debe llegar a la certeza de culpabilidad a través de prueba válida acompañada al proceso, detallando las razones de la decisión de acuerdo a la evaluación de los elementos de juicio, no pudiéndose por lo tanto, arribar a la conclusión por intuición o de otro modo que transforme a la resolución en arbitraria o antojadiza, y por ende no compatible con el requerimiento pertinente de motivación racional.

Es que el exámen de la prueba testimonial que resulta posible efectuar en esta instancia se ciñe fundamentalmente a la motivación de la interpretación de lo declarado por los testigos, que efectúa el órgano de juicio.

Si bien es cierto que, en casos de arbitrariedad, resulta posible controlar la credibilidad de los testimonios otorgada por los jueces y su valor conviccional, pudiendo censurarse el razonamiento sentencial de verificarse arbitrariedades tales como creer a un testigo por su religión, sus convicciones políticas, etc., existen severos límites a fin de examinar cuestiones que emergen de la propia inmediación como es la credibilidad que evidenció un testigo al declarar en la audiencia oral, pues la Alzada no ha presenciado la producción de dicha prueba.

Es por ello que en este aspecto, y tal como se dijera en otras ocasiones, necesariamente debe estarse a la impresión que los testigos han producido en los jueces de grado, en función de los límites naturales de la inmediación.

Cabe tenerse en cuenta también, que es facultad privativa de los

jueces, determinar el valor convictivo de los diversos elementos de prueba que sustentan su opinión sincera sobre los hechos debatidos, de modo que el vicio del absurdo no se consuma porque el Juez haya preferido o atribuido trascendencia a un medio probatorio respecto de otro o se incline por la verosimilitud de alguna prueba en particular en desmedro de otra, sino que debe evidenciar el error grave, grosero, manifiesto y fundamental que conduzca a conclusiones inconciliables con las constancias objetivas de la causa, lo que en la especie, a mi juicio, no ha sucedido.

En esa línea de argumentación, el Tribunal de Casación Penal Bonaerense, sostuvo: "Es de exclusiva incumbencia del Juez de la causa, salvo absurdo invocado y demostrado, la selección de las pruebas que serían suficientes y pertinentes para resolver la causa" (TC. 003, RSD 57-00, S 24-08-2000).

Diré así, que entiendo que el recurrente no ha evidenciado aquí la transgresión de preceptos normativos, como así tampoco el absurdo valorativo denunciado, pues lejos de demostrar el vicio alegado, lo suyo sólo constituye la expresión de discrepancias subjetivas acerca de la conducencia o no con que el sentenciante apreció la prueba colectada en la causa. Por ende, culmino diciendo que en función de todo lo expuesto habré de coincidir con el Magistrado de grado, -insisto en función tanto de la prueba colectada y analizada en su conjunto, como de las argumentaciones oportunamente vertidas, y que permitieron dar respuesta así a la posición del recurrente-, en el sentido que tanto la sospecha como la probabilidad no alcanzan en este estadio para emitir un fallo condenatorio, siendo así necesario tener la certeza de culpabilidad del prevenido, fuera de toda duda razonable, por lo que en el caso de autos corresponde resolver en el sentido de la absolución, considerando que a todo evento se presentó aquí una situación de duda que por imperio legal y como consecuencia de la presunción constitucional de inocencia, corresponde favorecer al encausado.

En concreto, entiendo que el fallo del señor Juez a-quo, se encuentra

debidamente fundado y ajustado a derecho, por lo que corresponde su confirmación, debiendo tener en consideración además lo expresado por el mismo a fs. 767 vta., tras un sereno análisis del abundante material probatorio, en el sentido que no logró probarse, por las razones expuestas previamente, que hubiera existido de parte del imputado de autos, una violación de los deberes de cuidado que haya causado la muerte de la víctima, presentándose a todo evento una situación de duda que debe favorecer a aquél. (arts. 1, 209, 210, 373 y ccdtes. del CPP.).

Por las razones apuntadas y a su vez en aplicación del principio "favor rei" (art. 1, cuarto párrafo del CPP.), doy mi voto por la afirmativa.

A LA MISMA CUESTIÓN, EL SEÑOR JUEZ DOCTOR BARBIERI, DICE: Adhiero, por sus fundamentos, al voto del Dr. Soumoulou, sufragando en idéntico sentido.

A LA SEGUNDA CUESTIÓN, EL SEÑOR JUEZ DOCTOR SOUMOULOU, DICE: Teniendo en cuenta el resultado alcanzado al tratar la cuestión anterior, corresponde -por mayoría de opiniones- hacer lugar al recurso de apelación deducido a fs. 784/794 por el Sr. Agente Fiscal -Dr. Rodolfo De Lucia-; y en consecuencia **REVOCAR** el veredicto absolutorio de primera instancia de fs. 731/768 y vta., y **CONDENAR** a LA.S., como autor penalmente responsable del delito de homicidio culposo, en los términos del art. 84, 1er. párrafo del Código Penal, a la pena de dos años y seis meses de prisión, de ejecución condicional, en virtud de tratarse de primera condena (art. 26 del C.P.) e inhabilitación especial para ejercer la medicina por el término de siete años, imponiéndose como reglas de conducta para el condenado y por el plazo de tres años las establecidas en el art. 27 bis, incisos a, b y c del Código Penal, con costas (arts. 209, 210, 371, 373, 530, 531 y concs. del CPP y arts. 26, 27 bis y 84, 1ero. párrafo del Código Penal).

Propongo asimismo hacer saber a la Defensa y al justiciable, para el caso que se articule a favor del encausado un recurso, lo resuelto por la Suprema

Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires en la causa P. 108.199 (res. del 24-06-15), caratulada "Carrascosa, Carlos Alberto s/Recurso de Casación. Recurso Extraordinario de Nulidad y que fuero replicado por el Tribunal Címero en la causa P. 124.933, entre otras.

De allí se sigue que, frente a la posible presentación de una impugnación de la defensa contra el fallo de condena, a los fines de garantizar el derecho al recurso (arts. 8.2 de la C.A.D.H. y del art. 14.5 del P.I.D.C.y P) podrán optar por la interposición de un remedio ordinario con mayor plenitud que la que permiten las vías impugnativas ante la Suprema Corte (art. 161 de la Constitución Provincial y su desarrollo en el C.P.P.), siendo que en tal caso la Presidencia de esta Cámara desinsaculará jueces hábiles que conformen la nueva Sala que deberá llevar a cabo esa revisión integral.

En su defecto tendrán habilitada la vía recursiva extraordinaria prevista por los arts. 479 y sgts. del Rito Provincial.

Tal es el alcance de mi sufragio.

A LA MISMA CUESTIÓN, EL SEÑOR JUEZ DOCTOR GIAMBELLUCA, DICE:

adhiero al voto emitido por el Dr. Soumoulou.

A LA MISMA CUESTIÓN, EL SEÑOR JUEZ DOCTOR BARBIERI, DICE: adhiero, por sus fundamentos, al voto del Dr. Soumoulou, votando en idéntico sentido.

Con lo que terminó el acuerdo que firman los señores jueces nombrados.

S E N T E N C I A

//hía Blanca, Diciembre 22 de 2.016.

Y Vistos; Considerando: Que en el acuerdo que antecede ha quedado resuelto: -por mayoría de opiniones- que no es justo el veredicto y sentencia de fs. 731/768 y vta..

Por ello, este Tribunal: **RESUELVE:** hacer lugar al recurso de apelación deducido a fs. 784/794 por el Sr. Agente Fiscal -Dr. Rodolfo De Lucia-; y en consecuencia **REVOCAR** el veredicto absolutorio de primera instancia de fs. 731/768 y vta., **CONDENANDO** a L.A.S., como autor penalmente responsable del delito de homicidio culposo, en los términos del art. 84, 1er. párrafo del Código Penal, a la pena de dos años y seis meses de prisión, de ejecución condicional, en virtud de tratarse de primera condena (art. 26 del C.P.) e inhabilitación especial para ejercer la medicina por el término de siete años, imponiéndose como reglas de conducta para el condenado y por el plazo de tres años las establecidas en el art. 27 bis, incisos a, b y c del Código Penal, con costas (arts. 209, 210, 371, 373, 530, 531 y conscs. del CPP y arts. 26, 27 bis y 84, 1er. párrafo del Código Penal).

Hacer saber a la Defensa y al justiciable que frente a la posible

presentación de una impugnación contra el fallo de condena, a los fines de garantizar el derecho al recurso (arts. 8.2 de la C.A.D.H. y del art. 14.5 del P.I.D.C.y P) podrán optar por la interposición de un remedio ordinario con mayor plenitud que la que permiten las vías impugnativas ante la Suprema Corte (art. 161 de la Constitución Provincial y su desarrollo en el C.P.P.), siendo que en tal caso la Presidencia de esta Cámara desinsaculará jueces hábiles que conformen la nueva Sala que deberá llevar a cabo esa revisión integral. Siendo que en su defecto tendrán habilitada la vía recursiva extraordinaria prevista por los arts. 479 y sgts. del Rito Provincial.

Devolver al Juzgado Correccional interviniente los efectos oportunamente requeridos a fs. 801.

Notificar a la Fiscalía General Departamental, al justiciable, al Señor Defensor particular -Dr. Rubén José Diskin-, y al particular damnificado en el domicilio real, atento la renuncia efectuada por su abogado patrocinante a fs. 776.

Hecho, devolver al Juzgado de Origen. —