

En la ciudad de Formosa, capital de la Provincia del mismo nombre, a los Treinta (30) días del mes de Junio del año Dos Mil Veintidós, se reúne en Acuerdo la Excm. CÁMARA SEGUNDA EN LO CRIMINAL, presidida por la magistrada MARÍA DE LOS ÁNGELES NICORA BURYAILE e integrada por los Sres. Jueces ARTURO LISANDRO CABRAL y RAMÓN ALBERTO SALA (Subrogante), asistidos por la Secretaria que certifica GABRIELA QUIÑONES ALLENDE, al solo efecto de suscribir la sentencia recaída en los autos caratulados **"MARTINEZ GEORGIA MARCELA – CIVILOTTI ROMAN S/HOMICIDIO ART. 84 del C.P."**- (de origen n.º 1657/13 registro del Juzgado de Instrucción y Correccional n.º 4) **EXPTE. N.º 343- AÑO 2017** registro de este Tribunal, cuyas Audiencias de Debate se llevaran a cabo los días 3, 5, 12, 24, 31 de Mayo y 14 de Junio del corriente año y en las que intervinieran, la Sra. Apoderada del Querellante particular Dra. Claudia Marisel Corbalán, la Sra. Fiscal de Cámara N.º 2 Dra. Norma Zaracho, la Sra. Defensora Oficial de Cámara N.º 2 Dra. Claudia Angeloni asistiendo técnicamente a la co-imputada Georgia Marcela Martínez, argentina, nacida el 09/08/1968 en Rosario (Sante Fe) domiciliada en Avda Arturo Frondizi n.º 1756 de esta ciudad, 53 años de edad, soltera, con instrucción universitaria, médica Especialista en Cirugía Plástica y Reparadora conforme Resolución Ministerial N.º 2408/04; hija de Rafael Jorge Martínez y de María Alicia Fedullo de Martínez, titular del DNI N.º 20.409.162, sin registrar sentencia condenatoria anterior; y los Dres. Federico Acosta y Ruth Ruiz Diaz en la asistencia técnica del co-imputado Román Civilotti, argentino, nacido el 02/10/74 en La Plata (Buenos Aires)calle Irigoyen N.º 1739 de esta ciudad capital, 47 años, casado, con estudios universitarios, médico anestesiólogo, Matrícula Provincial N.º 1.446, hijo de Aníbal Héctor Civilotti y de Wilches María Elena, titular del DNI N.º 24.041.209, sin registrar sentencia condenatoria anterior, a quienes se le acusa -según los términos de la acusación fiscal - por haber cometido HOMICIDIO SIMPLE previsto y reprimido en el art. 79 del CPA, figura dolosa, con dolo eventual, al haber sometido el día 7 de Noviembre de 2013 a la Sra. Noemí Yolanda Corbalán a una cirugía de lipoaspiración. En día y horario mencionado, en horas de la mañana, la Sra. Georgia Marcela Martínez encontrándose en la Clínica Santa Lucía -sita en calle Moreno n.º 945 de esta ciudad- ejerciendo su rol de médica cirujana, con un equipo médico, entre los que se encontraba el anestesista Román Civilotti y la instrumentadora Marisel Alicia Fleitas Gaona, sometió a una operación quirúrgica (lipoescultura abdominal) a la Sra. Noemí Yolanda Corbalán, previo aplicarle anestesia raquídea. En tal circunstancia, luego de transcurrir 90 minutos ésta acusó hipoxia cerebral derivada de una hipotensión arterial severa (presión arterial baja), bradicardia extrema (frecuencia cardíaca disminuida) y paro respiratorio, que evolucionó en isquemia cerebral difusa (reducción del flujo

sanguíneo cerebral), situación que después de transcurridos unos días, en fecha 20/11/2013 acarrió la muerte de la Sra Corbalán, cuando estaba internada en el Hospital de Alta Complejidad. Que previo a ser operada Corbalán (quien sufría de hipotensión crónica), el anestesiólogo Román le suministró bupivacaína y fentanilo, no obstante saber que la primer anestesia podía provocar hipotensión, en tanto la otra, generaría alteración de la tensión arterial, como así también conocía que podrían provocar bradicardia y posible reacción adversa a los mismos; así, en plena intervención quirúrgica, la paciente sufrió hipotensión y bradicardia, trayendo aparejada una menor irrigación cerebral y en virtud a ello, sufrió isquemia cerebral, por falta de una buena oxigenación externa, circunstancia ésta última que debía suministrarla el anestesiólogo, quien sin importarle los riesgos, no lo hizo. Inmediatamente, tras sufrir la descompensación, Corbalán fue trasladada al Sanatorio González Lelong, a la UTI (unidad de Terapia Intensiva) debido a que la Clínica Santa Lucía no contaba con Sala de Terapia Intensiva, en donde se le conectó un respirador artificial, en tanto en la ambulancia el Dr. Civilotti bolseaba el ambú con oxígeno (maniobra de respirador manual). A las 16:20 horas ese mismo día (07/11/13) ingresó a la UTI del Hospital de Alta Complejidad por pedido expreso de los familiares de la paciente que pidieron la derivación; fue sin sedación Glasgow de 3/15, con TOT; se le conectó ARM, hemodinámicamente inestable con requerimiento de inotrópicos, presentando TAC de cerebro, evidenciándose edema cerebral generalizado, con borramiento de surcos. El 09/11/13, se evidenció persistencia de Glasgow de 3/5, TAC de control, donde impresiona mayor edema cerebral, borramientos de surcos y cisternas peritroncales; se le colocó un catéter de PIC (para controlar la presión intracraneal); evolucionó con infección respiratoria por neumonía aspiratoria, el 11/11/13 sufrió nuevo TAC, con isquemia cerebral generalizada, permaneciendo internada hasta fallecer el día 20/11/13.

Seguidamente el Tribunal se plantean las siguientes CUESTIONES:

1º) ¿Cuál es el hecho probado y, en su caso a quién/es se les atribuye autoría y responsabilidad por el mismo?

2º) ¿Qué calificación legal corresponde asignar a cada evento, en su caso qué pena resulta justa aplicarle o deviene atribuible una causal de justificación y qué otras cuestiones deben decidirse?

Habiéndose resuelto el orden de votación en pág. 757 vta.

A LA PRIMERA CUESTION PLANTEADA, la Jueza NICORA BURYAILE, dijo:

Que luego de la producción de la prueba en el juicio oral, en su alegato final la Apoderada del querellante particular atribuyó responsabilidad a

los enjuiciados Román Civilotti y Georgia Martinez, en orden al delito de Homicidio (art. 79 del C.P.), conclusión a la que no adhirió la Sra Fiscal de Cámara absteniéndose de formular acusación.

Antes de comenzar este análisis, conviene recordar que este Tribunal se halla habilitado para ingresar al examen del suceso ante el sostenimiento de la acusación por parte de la querrela. En tal sentido, cabe referir a las directrices del máximo Tribunal de la Nación *in re* 'Santillán', con relación a la validez del pedido de condena formulado por el Querellante Particular en los casos en que media un pedido de absolución del Fiscal de Cámara.

Así y para ir delimitando el tema que será relevante, me detengo en formular algunas precisiones. Se acreditó durante el debate (véase Hoja Quirúrgica de la HC de la Clínica Santa Lucía obrante pág. 420/28) que el 07 de noviembre del 2013 la paciente Noemí Yolanda Corbalán fue intervenida quirúrgicamente por una operación de lipoescultura abdominal en la Clínica Santa Lucía, sito en calle Moreno N° 945 de esta Ciudad Capital, cirugía en la que intervinieron los aquí enjuiciados Román Civilotti, como médico anestesista y Georgia Marcela Martinez como médica Cirujana, siendo asistidos por la instrumentadora Marisel Alicia Fleita Gaona. Según dicho registro, la cirugía comenzó a las 10, 30 hs y concluyó a las 11,45 hs, suscitándose al final de la misma un evento de hipotensión severa, refractaria al manejo con líquidos y vasopresores, evoluciona con paro respiratorio y bradicardia extrema que recupera rápidamente, logrando estabilizarla hemodinámicamente para ser luego trasladada en ambulancia hasta el Sanatorio González Lelong, para su internación en UTI (Unidad de Terapia Intensiva), siendo con posterioridad derivada al HAC (Hospital de Alta Complejidad) donde ingresa en UTI (Unidad de Terapia Intensiva), siendo la hora 16, 20 del día 07/11/2013, conforme surge del resumen de HC de pg. 10, donde tras trece (13) días de internación, la paciente fallece el día 20 de noviembre de 2013.

Aquí hay que hacer una digresión: la autopsia contenida en el informe n° 3927/13 del C.M.F. (Cuerpo Médico Forense), posterior a la exhumación, no determinó la causa de muerte (pág. 84/85), concluyendo en la necesidad de realizar el estudio de anatomía patológica que complemente la visión macroscópica, para encontrar la causa eficiente de muerte. El mencionado informe anatomopatológico fue practicado por el Dr. Eduardo R. Schelover del I.M.C.I.F. (Instituto de Medicina y Ciencias Forenses del Chaco), quien al declarar en la audiencia oral –por video conferencia- ratificó su informe de pág. 216/217, quedando claro, a partir de la integración de ambos estudios (necropsia e informe anatomopatológico), que el deceso se debió a fallas multiorgánicas por shock.

Conforme lo asentado en su informe (pág. 217), el facultativo Schelover explicó además que en la muestra remitida (losanges de piel) a nivel de dermis y tejido celular subcutáneo detectó una moderada hemorragia de tipo intersticial (infiltrada en tejido subcutáneo), que se compadece con la cirugía practicada (lipoescultura abdominal), cirugía de la que tomó recién conocimiento en la audiencia.

En lo que interesa destacar, como dato probado y no controvertido por las partes, es que tal como lo cataloga la Asociación Argentina de Cirugía, se trató en el caso, de una cirugía de bajo riesgo y no de alto riesgo, como se sostuviera en la etapa instructoria (preliminar al juicio).

Más aún, se tuvo por acreditado en el juicio oral, conforme la prueba documental incorporada por lectura, que Noemí Yolanda Corbalán era una paciente categorizada como ASA 1 (uno) de acuerdo a la clasificación ASA (Sociedad Americana de Anestesiología), esto es, era una paciente sana, sin comorbilidades. El examen físico a ella realizado antes de comenzada la intervención quirúrgica programada (anamnesis) y la evaluación cardiovascular así lo determinan, ya que el informe cardiológico del Dr. Ramiro Costello de pág. 64, da cuenta de un electrocardiograma normal, con una presión arterial normal (TA 110/70), en la que el citado profesional concluye en un "riesgo quirúrgico habitual". Paciente sin contraindicaciones para este tipo de cirugía (véase en el Anexo hoja 01 H.C. del Sanatorio Santa Lucía).

Lo dicho también surge del estudio bioquímico (examen prequirúrgico) agregado en pág. 65/69 de la causa, mientras que de la HC de la Clínica Santa Lucía obrante en el Anexo, surge comprobado el consentimiento informado suscripto por la paciente Noemí Y. Corbalán (hoja 7), remarcando que en la Hoja Quirúrgica agregada de la referida HC (folio 03), en el ítem Técnica Quirúrgica, se asienta que bajo anestesia raquídea y sedación, previa asepsia y antisepsia del campo operatorio, se realizó lipoescultura láser e incisiones pequeñas según normas marcadas, leyéndose en el ítem Informe Monitoreo: "Hacia el final de la cirugía la pac. presenta un cuadro de hipotensión severa, ante la cual se realizan todas las maniobras correspondientes al caso, drogas indicadas, asistencia respiratoria mecánica, masaje cardíaco preventivo, luego de estabilizarla hemodinámicamente, se le realiza hemoclutest, TAC de cerebro, edema o isquemia. Se traslada a la paciente estable, en coma farmacológico inducido a terapia intensiva de Sanatorio Lelong (13,30 hs). Fdo Dra Georgia Martinez."

Esta primera aproximación a estas nociones médicas que se introdujeron en la discusión del debate instaurado, permite abordar las diversas cuestiones fácticas a valorar, conforme a las reglas de la sana crítica.

Procesalmente, en el ámbito penal, se exige que en caso de plural intervención de profesionales médicos, se demuestre en qué consistió el concreto obrar; requiriéndose, la descripción del rol que le cupo a cada cual. Ese contenido debe estar descrito y delimitado, y no referido vagamente en la acusación.

Al prestar indagatoria en el debate, el médico traído a proceso Román Civilotti, inició su declaración diciendo que habitualmente comienza su acto anestésico después de haber completado el interrogatorio y de haber reunido todos los criterios para saber si a la paciente se le puede aplicar anestesia. En cuanto a su valoración personal del riesgo, dijo que los anesthesiólogos manejan un "score" de la Asociación Americana de Anestesiología (ASA) que es una forma de tabular y de poner en números el riesgo o el estado de salud del paciente, tal como aparece en la ficha anestésica, la cual tiene un score de 5 puntos: en el cual el ASA 1, es un paciente sano, por cuanto la paciente Corbalán no refería y no se constató en ninguno de los estudios complementarios, ni en el interrogatorio por él hecho ni en el realizado por la Dra. Martínez ningún cuadro de enfermedad sistémica. La primer medicación que aplico dijo ser "midasolan", en dosis de 2,5 miligramos, que es una dosis pautada para lograr un efecto sedante superficial, realizando luego una punción lumbar para la administración de los fármacos; bupivacaína y fantanilo (opioide) en la columna para anestesiar la zona que sera intervenida, sin que haya ninguna contraindicación para el uso de ese tipo de anestesia raquídea, como tampoco la había si hubiera optado por la anestesia general, aclarando que la hipotensión "crónica" no es una enfermedad sino una característica particular de un individuo, así como hay otros que pueden tener presión normal o alta". Remarcó que la categorización de la paciente entra en el cuadro de una paciente "normal", o sea sin enfermedades concomitantes, ya que esos farmacos están contraindicados en supuestos de hipotensión "severa", sin que sea ese el caso de la paciente Corbalán, ya que la misma nunca registró antes, ni al comienzo del procedimiento "presiones bajas" sino que siempre tuvo "presión normal", que éso lo habilitó a avanzar con el acto anestésico, conforme al protocolo y utilizando las dosis estandarizadas, porque para este tipo de anestesia se usa determinado tipo de droga y en determinadas dosis, que fueron las que él utilizó, conforme lo indica la bibliografía y la práctica profesional.

Tanto en la indagatoria en sede instructoria como en el Debate, Civilotti aclaró que esta técnica anestésica y estas drogas anestésicas producen habitualmente caídas de la presión arterial cuando se aplican, siendo un fenómeno esperado y que forma parte de la respuesta farmacológicamente establecida, que desde el tiempo 0 de su intervención anestésica, las variaciones

iniciales de la presión arterial producto del efecto primario de las drogas habían sido identificadas y había sido estabilizadas, estando en una parte de mantenimiento. Expresó que, como el efecto del sedante era de atención superficial, recuerda que de hecho la paciente Corbalán, en algún momento, habló y preguntó si iba todo bien y ya al final de la cirugía (90 minutos del acto anestésico) detectó la descompensación de la paciente Corbalán, el evento crítico realmente sucedió con una caída súbita, brusca y extemporánea de la presión arterial, acompañado de una bradicardia extrema (fuera de lo estandarizado), que el diagnóstico fue por él hecho con severidad porque su presencia física estaba junto a la paciente. Explicó que la bradicardia extrema es la caída de la frecuencia cardíaca por valores anormales, que comprometen el funcionamiento global del organismo. Hecho ese diagnóstico, en cuestión de segundos, procedió a la reanimación o resucitación cardio pulmonar (RCP). Sostuvo que en ese momento crítico, donde hay riesgo de vida, se actúa en forma secuencial, rápida, bastante automatizada, entre comillas poco reflexiva, siguiendo un orden de acción que se recuerda con la sigla ABC (A: abrir las vías aéreas, B: hacer efectiva la respiración/expiración y C: compensar la parte circulatoria) hasta salir del cuadro crítico y después de resuelto el paro cardiorespiratorio, se avanza en las disquisiciones diagnósticas. Cuando describe la bradicardia extrema a los fines prácticos se asume como un paro cardíaco, es parte de ese protocolo de actuación rápida. Una vez salido del paro, comienza una segunda etapa dentro de lo que es la reanimación. La reanimación dijo ser parte de su experticia, tiene primero el objetivo de recuperar la función cardíaca, cardiovascular, de mantener el A y el B y se continúa con otra reanimación, que es la reanimación cerebral, porque en todo evento en el cual hay una parada cardíaca, una bradicardia extrema se compromete necesariamente la circulación del oxígeno al cerebro. Entonces, *a priori* es sabido que el cerebro, en cualquier individuo que sufre un paro, va a tener una lesión que el tejido recibe y que se conoce como "injuria por hipoxia" debido a que el tejido cerebral tiene la particularidad de tener un alto consumo de oxígeno y de no tener reservas. Dijo que una de las causas de la injuria cerebral puede ser la hipoxia, pero otras pueden ser un golpe, un tumor, que la por él descrita en el caso, produce un efecto de edema (inflamación o hinchazón).

En su extensa exposición de alrededor de 3 horas, el acusado Civilotti también dijo que ventiló a la paciente Yolanda Corbalán con bolsa de AMBÚ (las siglas en inglés significa Aire Manual Ventilación de Urgencia), que ese dispositivo está a la mano y forma parte del mobiliario del quirófano, toda vez que su utilización permite cumplir en simultáneo con el A y con el B, es decir: abrir las vías aéreas para que sea permeable al flujo de aire y de oxígeno y, al apretar la

bolsa generar una asistencia y ventilación, lo cual se hace debido a la bradicardia extrema, la caída de la presión asumido como paro cardíaco, de las funciones automáticas de respirar espontáneamente, se pierden o no son efectivas, asumiéndose que el paciente necesita ser asistido en la ventilación. Aclaró además que el AMBÚ tiene un porcentaje determinado de oxígeno, menos de una cuarta parte, y que va conectado a su vez al oxígeno que está en el quirófano, que puede enriquecer el aire con oxígeno medicinal, haciendo que el porcentaje de oxígeno que la paciente inhala sea mucho mayor que el habitual. En este caso, por norma también se le administra oxígeno, suplementario que en algunos casos se describe como hiperoxigenación, es decir, más allá de lo normal.

Afirmó además que ante la problemática que los ocupaba, para asegurar la circulación -por protocolo- utilizó dos dosis de adrenalina, de 1 mg. c/u y 1 dosis de atropina, que es una droga que "favorece que el corazón lata un poco más rápido, con lo cual logró que la paciente salga del paro, recupere latido y presión arterial, rápidamente se pasa a asegurar la vía aérea con la colocación de un tubo endotraqueal que permite que el oxígeno ingrese directamente y no haya fugas, que con eso se optimiza y se asegura la administración de ingreso de oxígeno con destino a las vías aéreas y la ventilación, ayudando y asistiendo a la paciente para que respire, ya que no lo puede hacer espontáneamente, por el momento crítico", estimando que el mismo duró aproximadamente de 5 a 7 minutos, que una vez revertido el paro cardíaco, siguió su monitoreo. Especificó que la injuria cerebral por falta de oxígeno siempre se produce, que un protocolo de actuación eficaz y rápido, requiere que se actúe como si lo hubiera tenido, aunque después se constate que no lo tuvo. En la paciente Corbalán aplicó manitol, que terapéuticamente ayuda a absorber el agua, el edema, el agua a nivel cerebral, como que deshidrata y corrigió la acidez del medio interno que se produce en estos cuadros de parada cardíaca, aplicando bicarbonato (sustancia, fluido) que también permite estabilizar la parte ácida, el PH de la sangre. Señaló que hizo mediciones y correcciones del azúcar porque el stress que produce este tipo de eventos, genera altos niveles de glucosa y la glucosa en altas dosis es dañina para el cerebro, por lo que corrigió el azúcar en sangre, y pensando que iba a quedar horas o tal vez días en asistencia respiratoria como medida de protección, le inyectó drogas que "ponen a dormir el cerebro" (propofol), lo que hace que la actividad neuronal baje al mínimo posible, lo que no quedó consignada en la HC pero que fue parte de los fármacos que administró en el instante previo al traslado, confirmado por el relato de recepción del terapeuta del Sanatorio González Lelong y el terapeuta del Alta Complejidad, donde consignaron que la paciente se encontraba con esa sedación.

Expresó también que él decidió la derivación de la paciente al Sanatorio Lelong porque es con el que la Clínica Santa Lucía, trabaja habitualmente en caso de un imponderable, en el que se necesiten cuidados intensivos, ya que la Clínica Santa Lucía es para cirugías ambulatorias. Explicó que para definir cuándo una cirugía es ambulatoria y cuándo no, se consideran dos variables fundamentales. La primera, el estado de salud del paciente que viene a operarse, las cirugías ambulatorias se tienen que hacer en pacientes sanos o con alguna enfermedad que esté muy controlada (puede ser una hipertensión arterial controlada o una diabetes) y la segunda, el tipo de cirugía hará, existiendo un listado formal de cirugías que forma parte de las cirugías de bajo riesgo, que son aquellas que tienen baja posibilidad de que exista algún tipo de complicaciones, por lo que si un paciente es sano y se va a someter a una cirugía de bajo riesgo, se puede operar en un lugar que es para cirugías ambulatorias, tal como ocurrió en el caso". Esa es la valoración previa que afirmó hacer antes de hacer la anestesia para evitar quedar después comprometido con la decisión tomada. Si una de estas dos variables no se da, no inicia una anestesia. La liposucción está dentro de esa categoría.

En su descargo, Civilotti siguió su relato diciendo que acompañó a la paciente Corbalán en todo el traslado porque, como premisa, la responsabilidad médica es intransferible, por lo que en este caso puntual, que habíamos vivido una situación crítica, el cuidado de la paciente lo realizó hasta entregarla al Sanatorio Gonzalez Lelong. Este caso en particular, forma parte del "paro cardíaco inesperado" porque era una cirugía de bajo riesgo, que no tuvo ninguna maniobra extraña por parte de la cirujana, sino que transcurrió dentro de lo habitual y lo estandarizado y se trataba de una persona sana. Por eso, recién en la década del 80 se empieza a estudiar estos casos en los que el común denominador es siempre paciente sano, relativamente joven y de repente se produce bradicardia extrema, parada respiratoria, paro cardíaco, con resultados en general ominosos, es decir, siempre con secuelas y muchas veces con lesión cerebral" (véase documental obrante en el Anexo Paro Cardíaco Inesperado en Cirugía raquídea, Dr. Gonzalo Bareiro, Médico anesthesiologo e intensivista, 34º Congreso Argentino de Anestesiología, Buenos Aires 2005).

Remarcó que no comienza una anestesia si no tiene los medios, que es parte de su rutina chequear la máquina de anestesia, que lo hizo en el caso, ya que la máquina tiene una alarma insoportable de escuchar, que suena si no hay presión adecuada de oxígeno en las tubuladuras, chequea su laringoscopio, los tubos endotraqueales, la máscara, el AMBÚ, la bigotera y las drogas de anestesia que va a necesitar y las drogas de reanimación que, "espera

no usar pero que siempre hay que tener". Eso le permitió resolver el cuadro presentado en la paciente Corbalán con la celeridad que lo hizo, obteniendo una recuperación cardiovascular rápida. En cuanto a la recuperación cerebral, evidentemente no sucedió, se suscitó un círculo vicioso, que está descrito en ese edema (inflamación cerebral), que terminó impidiendo que la circulación llegue al cerebro. Ese edema va generando una limitación en la llegada de sangre oxigenada y esa falta de oxígeno va generando mayor injuria, mayor edema, ese es el círculo que se describió a lo largo de los días posteriores.

Refirió además que el traslado lo hizo personalmente, ocasión en la que pasaron del respirador que tienen en el quirófano a la bolsa de AMBÚ, que está diseñada para eso, para la asistencia respiratoria manual con el debido soporte de oxígeno durante el traslado en ambulancia que es como se hacen todos los traslados en el mundo. Aclaró que la ayuda inicial fue con la bolsa manual (AMBU) pero también con la máquina de anestesia, la que tiene varios dispositivos para administrar oxígeno, que tiene un *respirador incorporado*, que se usa para ofrecer a la paciente la ventilación mecánica garantizando en tiempo y forma el ingreso de oxígeno. Insistió en la necesidad de diferenciar: 1) la falta de oxígeno en la paciente porque no se le suministró, 2) la falta de oxígeno, que aún suministrado, el cerebro no pudo recibirlo, siendo éste último lo que aconteció en el caso. Al ser preguntado al respecto, rememoró que intervino en otra operación quirúrgica de la paciente Yolanda Corbalán, anterior a ésta y que de los registros de la ficha de anestesia de por entonces surge que la misma mantenía siempre presiones que rondaban los 100/60, 90/60, que es la presión constitucional que ella tenía (baja), pero dentro de la normalidad, como en la mayoría de mujeres menores a 40 años.

Por su parte, la enjuiciada Georgia Martinez quien ocupó el rol de cirujana, con respecto a la tarea que le cupo (acto quirúrgico) no prestó indagatoria en el debate, por lo que se introdujo por lectura su descargo prestado en sede instructoria, donde dijo que el 07/11/2013, había acordado con la paciente Noemí Corbalán y los directores de la Clínica Santa Lucía, que a la nombrada se le iba a practicar una lipoaspiración a las 09,00 Hs. de esa fecha, pero como el Dr. Román Civilotti se encontraba practicando otra cirugía en el Sanatorio Lelong de esta ciudad, aquella se pospuso para las 10,00 Hs., recibiendo un mensaje de Texto de Noemí (Corbalán) que la misma se encontraba internada en el Santa Lucía a los efectos de la intervención señalada antes, contestándole la declarante que esperarían al anestesista, encontrándose la indagada en el Quirófano de la Clínica Santa Lucía arreglando sus cosas, como ser el equipo de láser, que es portátil y propiedad de la declarante, procediendo de igual manera

con otros instrumentos que la misma utiliza en estas intervenciones. Que se encontraba en ese lugar el marido de la paciente Corbalán, el que le preguntó cuánto tiempo duraría la cirugía, informándole la declarante que duraría una hora o hora y media, calculando que finalizaría a las 12 o 12,30 hs aproximadamente. Se hace presente el Dr. Civilotti, por lo que deja a la paciente en sus manos, ya que en su carácter de anestesiólogo, debía colocarle la vía (una aguja endovenosa en el brazo para pasar suero y medicación), la "Bigotera" (tubo mediante el que se oxigena a la paciente), el "mango del tensiómetro" en el otro brazo, señalando que estas maniobras la realiza el Dr. Civilotti. Antes de la operación mantuvo con la paciente, una entrevista, donde además de ponerla al tanto de los alcances de la intervención, indagándola sobre los antecedentes médicos detallados, repitiendo el anestesiólogo esa anamnesis (interrogatorio previo). Asimismo indicó que la anestesia a colocar, es convenida entre el anestesiólogo y la declarante, con la recomendación del primero sobre la base de la cirugía que se vaya a practicar, en el caso se aplicó anestesia raquídea, con la que la paciente Corbalán estuvo de acuerdo. Cuando el Dr. Civilotti anestesió a la paciente, la declarante se dirigió a higienizarse y a cambiarse, para luego colocar los campos estériles y en esta ocasión ingresó la instrumentadora Marisel Fleitas Gaona que se incorporó al equipo, la que se abocó a preparar sus instrumentos, mientras la declarante infiltraba a la paciente Corbalán con solución de Klein modificada, se trata de solución salina con adrenalina, la que en el caso no contiene lidocaína, esto último debido a que la paciente se encontraba anestesiada y no era necesario saturarla, aclarando que esta maniobra se realiza para causar una tumescencia en el tejido graso de la zona sobre la que iba a trabajar, que favorece el pasaje del láser ("laseo") y de aspiración del material graso, técnica ésta que produce menos hematomas, menos seroma, menos infecciones, disminuyendo todos los riesgos propios de una liposucción, provocando además la retracción de la piel, a los efectos de adaptarse la piel al cuerpo. Concluida la cirugía, al terminar de suturar las pequeñas incisiones, la declarante se dedicó a limpiar las mismas y a suturarlas, colaborando en esta maniobra la instrumentista, asistiendo a la declarante en la maniobra de cortar el hilo de sutura. Cuando la indagada se encontraba guardando su equipo de láser utilizado en la ocasión, el Dr. Civilotti le refiere que "no saturaba" (oxígeno), por lo que la declarante retiró los campos para tener una visión completa de la paciente, ya que se encontraba tapada con esos campos estériles (telas estériles adheridos a un marco que se coloca sobre la paciente, separando visualmente la cabeza del resto del cuerpo), aclarando que iniciaron maniobras de RCP (reanimación cardio pulmonar), avocándose ella a aplicar masajes cardíacos mientras que Civilotti se encargaba de las vías aéreas y la

medicación, no pudiendo precisar el tiempo que llevó esa reanimación, ocasión en la que llegan los enfermeros Angel y Roberto, que son buenos auxiliares del anestesista en casos de emergencias, hasta que finalmente logran estabilizar a la paciente. Dijo que durante la intervención no notó ninguna anormalidad (cambios de coloración en la piel de la paciente o descompensación u otros síntomas), que durante una intervención de esta naturaleza, el cirujano no toca otra cosa que no sea el campo quirúrgico y que el anesthesiologo controla la hemodinamia (estado general) de los mismos durante el transcurso de la cirugía, que al retirar los campos notó que Corbalán ya se encontraba intubada. Tras ello se trasladó a la paciente Corbalán desde el quirófano a la sala de tomografía, que en todo momento la misma era asistida por el Dr. Civilotti con oxigenación en ese traslado, quien le refirió a la declarante que la paciente había tenido una hipotensión severa y bradicardia extrema. Recordó que antes del episodio la paciente Corbalán preguntó al Dr. Civilotti si todo marchaba bien e Indicó que Corbalán en todo momento estuvo con provisión de oxígeno, desde que la misma entró en la referida crisis, esa oxigenación se mejoró con la bolsa de ambú, mediante la cual se asegura la ventilación (entrada de oxígeno) de modo manual, aclarando que el tubo endotraqueal con que contaba la paciente, se encontraba conectado al tubo de oxígeno, al igual que la bolsa de ambú. Respecto del dictamen del Dr. Acosta Ferreyra, señaló que ese profesional, sostuvo en sus conclusiones que se habían utilizado indistintamente el tubo de oxígeno o la bolsa, siendo que se utilizaron conjuntamente. Resaltó que la presión de oxígeno la determina el anestesista mediante el manómetro conectado al tubo, en tanto la bolsa de ambú se utilizó para asegurar esa ventilación, la que estuvo puesta desde el momento en que se la intubó, que esa decisión la toma el anestesista y que luego de realizar la reanimación de la paciente, se la trasladó a la sala de tomografía donde hay tubo de oxígeno, que luego ella le colocó una faja de compresión a la paciente en relación a la lipoescultura que había realizado, terminada de realizar esta maniobra, llegó la ambulancia, trasladándola desde esa sala de tomografía hasta la ambulancia, que también contaba con tubo de oxígeno más pequeño, que en el trayecto hasta el Sanatorio Lelong iba la declarante y el Dr. Civilotti, mientras éste controlaba la presión de oxígeno del tubo y la presión arterial, ella bolseaba (maniobra con bolsa de ambú). Una vez en el Sanatorio Lelong, la paciente es ascendida a terapia intensiva.

El desfile de testimonios logrados en el debate, en particular el de Cintya Carolina Amarilla, Ana Laura Samaniego y Eustaquia Oviedo, quienes prestaban servicio en la Clínica Santa Lucía, corroboran la secuencia expuesta por los médicos inculcados. La primera de las nombradas, declaró en juicio dando

detalles sobre las llamadas que realizó al SIPEC, Transmedic, Medicab por pedido de su Jefe José Diego Díaz Martínez para solicitar una ambulancia con oxígeno, contando que finalmente acudió el móvil de Si Saluid ante el llamado que hiciera su propio jefe.

Por su parte, Ana Laura Samaniego contó que también ante el pedido formulado por su jefe, avisó a al técnico radiólogo Angel Amado Espindola que no se retirara de la clínica para realizar una tomografía a la paciente, lo que terminó concretándose con la efectiva realización de dicho estudio, conforme también lo declaró el nombrado Angel Amado Espíndola en la audiencia, quien además refirió que en dicha sala está provista con tubo de oxígeno.

Mientras que Eustaquia Oviedo, encargada de limpieza de la Clínica, visualizó la llegada de la ambulancia y el momento en que los Dres. Civilotti y Martínez bajan de la sala de tomografía y ascienden a la ambulancia, coincidiendo las tres deponentes en el punto, en virtud de cuyas declaraciones se acredita en estos autos que, al momento del traslado de la paciente en la ambulancia hasta el Sanatorio Lelong iban en la unidad, asistiendo a la paciente ambos enjuiciados.

También corrobora esa circunstancia, el testimonio de Marcelo Gabriel Lopez, chofer de la ambulancia en que la paciente fue trasladada, quien en la audiencia afirmó que los aquí acusados Civilotti y Martínez iban asistiendo a la paciente en el trayecto, aclarando que la ambulancia contaba con tubo de oxígeno, el que se le colocó a la paciente, ya que él subió a buscarla al primer piso, lo que ya de por sí, autoriza a tener por acreditada la existencia de tal elemento, pese a que al declarar en el debate Claudia Marisel Corbalán (hermana de la fallecida) dijo no haberlo visualizado.

Debo destacar que, entre los peritos oficiales intervinientes existió plena coincidencia en orden a que no hubo una práctica médica incorrecta por parte de ninguno de los enjuiciados. No desconozco que inicialmente hubo una opinión en meridiana discrepancia, representada por el nombrado profesional Dr. Juan Carlos Acosta Ferreyra, por entonces, Jefe del Cuerpo Médico Forense del Poder Judicial, sostenida en su testimonial (pág. 377/380 e Informe nº 2865/14 (pág. 325/326), brindados en la instrucción (pág. 325/326). Sin embargo, el citado profesional, al presentarse al debate aclaró que hasta el momento en que realizó la autopsia y los correspondientes informes nº 3927/13 (pág. 84/85) y nº 4.461/13 (pág. 95/100), no tenía conocimiento de la técnica quirúrgica utilizada, ya que en

ese momento solo tuvo acceso a la historia clínica y al protocolo quirúrgico, pero que conociéndola en el debate, podía afirmar que las heridas quirúrgicas que vio en la autopsia se corresponden con la técnica quirúrgica de la liposucción abdominal, que no por entonces, sino con posterioridad a lo plasmado en dichos informes. Entiendo que, esta inicial aclaración, explica el diferente razonamiento que expuso en la audiencia oral el Dr. Acosta Ferreyra, donde explicó que “la intensidad del traumatismo por liposucción va a ser siempre mínima, el cirujano busca provocar el menor daño posible”, aseverando que la herida que vio en la occisa en la autopsia, se corresponde específicamente con lo descrito en el protocolo quirúrgico y su conclusión.

En cuanto al volumen de sangre perdido el referido profesional dijo no poder expresarlo, que leyó bibliografía en relación a la técnica de liposucción porque no es especialista en la materia y que recurriendo a la bibliografía sabe que cuando se hace una aspiración de liposucción la pérdida sanguínea, está en relación directa a la técnica que se utiliza, que no tiene ningún elemento para decir qué volumen sanguíneo perdió la paciente, porque no estuvo en el acto quirúrgico y tampoco se le mostró ni, se le dice cuánto se aspiró (grasa), ni qué cantidad de sangre para hacerse una idea de lo que puedo llegar a perder. Especificó que por debajo de la capa subcutánea hay tejido adiposo, inmediatamente abajo hay tejido celular y que esa parte donde está el tejido adiposo era lo que estaba irritado (todo el abdomen) pero que no puede decir si el sangrado era abundante o no porque no se tiene el volumen exacto. Aclaró que la infiltración es un resultado esperado dentro de esta cirugía, que en su informe de autopsia, en abdomen, dice infiltrado hemorrágico (ver pág. 98), tal cual lo expresó el Dr. Schelover, y no dice, hematoma ni coágulo, que no vio que haya un lugar del abdomen que tenga un hematoma, porque en ese caso lo hubiera detallado en el protocolo de autopsia, que solo vio hematoma en los bolsillos que se hacen con el abordaje quirúrgico, que coincide con las incisiones quirúrgicas que están en las fotos contenidas en CD (véase pág. 86), desconociendo si dentro de la especialidad (técnica de liposucción) existe algún protocolo, ya que no es experto en la materia.

Lo expuesto en la audiencia oral, por el Dr. Juan C. Acosta Ferreyra permite sostener como adecuada la práctica médica desarrollada por la médica enjuiciada Georgia Martinez, esclareciendo situaciones sobre el acto quirúrgico por ella realizado en la paciente Corbalán. En debate, el mismo galeno indicó además que este es el primer caso, que llega a su poder para analizar la atención médica y anestesiológica, que en los otros actuó sobre específicos

elementos en los que se le pedía informe a título de testigo calificado. Explica la ficha de anestesia de pág. 10, según la escala de Alderete, aclarando ante pregunta formulada por la querrela, que la misma guarda similitud a la escala de Glasgow, pero que esta última está hecho con otro sistema, o sea con otros ítems que no es la Escala de Alderete. Si la paciente es incapaz de moverse, está en apnea, sin reflejos, no obedece órdenes, lo correcto es guiarse por la escala de Glasgow, en este caso particular muestra que estaba en una situación de un Glasgow muy bajo, eso sirve para determinar que la paciente estaba mal, lo que lleve la recuperación respiratoria en condiciones satisfactorias. Objetivamente con esta evaluación no podía determinar la existencia de isquemia cerebral, que debía tener otros elementos, que la apnea (falta de respiración) tiene que durar un tiempo para que produzca falta de oxígeno, es tan común la apnea en el sueño.

El debate instaurado permitió también dilucidar que el Dr. Acosta Ferryra al leer la ficha anestésica (pág. 10) computaba cada cuadro que aparece en la misma como de 5 minutos mientras que la escala está de a 20, siendo esta situación lo que lo llevó inicialmente sostener erráticamente que la paciente Corbalán tenía en ese momento baja presión (100/05), no siendo óptima. El galeno explicó en el debate que ya en su informe dejó sentada la dificultad de su lectura, al plasmar "no se entiende la letra", que en el caso particular, la letra del Dr. Civilotti tuvo que leer con lupa, para poder entender y descifrar lo que escribió, porque hay poco espacio y los médicos tienen que actuar rápidamente. Refirió que le costaba leer porque es una copia y está oscura, por lo que se le exhibe otra copia, reconociendo que en ella observa bien que la escala va de 40, 60, 80, 100, 120, 140, 160, 180 y 200. Reconociendo finalmente que tenía 100 (sistólica) y 60 (diastólica).

En suma, el nombrado profesional descartó la hipotensión, ya que para ser tal debe estar por debajo de 90 de máxima y 60 la mínima, concluyendo que al tener 100/60 estaba bien para el acto quirúrgico. En cuanto a la ficha médica, en el punto de las conclusiones, se consigna la oximetría de pulso mayor de 95 Glasgow, lo que por definición permite concluir que estaba bien saturada de oxígeno, o sea, la paciente está dentro de los valores. Dijo que en el momento de hacer la autopsia lo único que le queda es ser objetivo, en el examen externo, en "tipo puntiforme lesión frontoparietal derecho", encontró una herida que se corresponde a una PIC, que es el método de medida de la presión intracraneana, la lesión de tal tipo es posterior a la cirugía agregando que tenía que hacer otra salvedad, relacionada a su informe sobre el AMBU, donde dijo haber un error de tipeado, se confundió el número 9, que corresponde al 90.

Señaló que fue un error de tipeado del administrativo de lo por él escrito como médico, aclarando que donde decía 40 tenía que decir 90, que era lo que la bibliografía me indicaba. Así que la bibliografía me dice con 90 por el flujo de ambú, el paciente satura bien, por arriba de 92, y si puede llegar a 95, está bien. En ese caso tenía que decir 90, que no podía obviar que la sigla AMBÚ significa urgencia. Y lo urgente puede durar el tiempo que sea y para eso se fabricó la bolsa, justamente para manejar las situaciones particulares de trasladar un paciente grave o manejarlo hasta llegar a un hospital o un centro de mayor complejidad donde se pueda brindarle la atención correspondiente. Por eso se llama ventilación pulmonar de urgencia manual, en este caso se puede alternar.

Reparo en el punto, que a esta altura de su declaración, se le preguntó al Dr. Acosta Ferreyra sobre la cadena causal y si de toda la información que tuvo del caso, detectó alguna falla en el actuar (acción u omisión) médico de los aquí enjuiciados que haya incidido en la muerte de la paciente Yolanda Corbalán, contestando el citado profesional que "de acuerdo a lo que obra en el expediente, en la ficha médica, confirmando que el flujo de oxígeno era aceptado, por lo que objetivamente podía decir, que hicieron todo lo que hace ante una parada" (text), lo que hicieron, es lo que corresponde hacer para tratar de evitar la hipoxia cerebral" (text.). El Dr. Acosta Ferreyra comentó además que los médicos se manejan por estadísticas, que un porcentaje mínimo de pacientes sufre un accidente anestésico y que en la liposucción, la bibliografía también habla de un porcentaje mínimo, que usando la solución de Klein es de alrededor de 1 cada 50 mil pacientes y que con las nuevas técnicas de láser, prácticamente ya no hay. Dato éste, que deviene relevante, por cuanto ese extremo habla claramente de la ausencia de una relación estadística significativa.

En lo de demás, enfatizó el Dr. Acosta Ferreyra el obrar fue el adecuado según lo escrito, que por ello no puede decir, que no se le suministró oxígeno a la paciente en la cantidad suficiente, que las dosis de medicación están de acuerdo a la normativa, porque las dosis dependen de la situación en particular, que hay una dosis mínima que se utiliza por indicación del prospecto y otra, que utiliza el médico por su experiencia, por el peso del paciente, la talla, etc. Dijo que tampoco podía obviar decir que la paciente era de "riesgo quirúrgico habitual", expresión que importa la posibilidad de que todo acto médico conlleve la muerte y ya remarcando que el porcentaje de muerte por anestesia es bajísimo, expresó que para que se entienda: "es más factible morir en un accidente de avión, que morirse en una anestesia, cuando se cumplen las medidas que están en los protocolos tanto de la Sociedad Argentina como de la Sociedad Americana" (text).

Otro aspecto a dilucidar, se vincula con el tiempo transcurrido entre las 11, 30 hs, en que se produce en la paciente el evento crítico (bradicardia extrema) y las 13, 30, en que se concretó el traslado de la paciente a UTI del Sanatorio Lelong, surgiendo claro del descargo brindado por el enjuiciado Civilotti en ése lapso estuvo en el quirófano aplicando los cuidados críticos que la paciente necesitaba, por ser esa su especialidad. Tal aseveración tampoco fue contradicha en la audiencia ni por el Dr. Acosta Ferreyra, ni por los demás profesionales médicos que declararon en el debate, surgiendo claro de la probatura a valorar, que durante este tiempo de espera, la paciente Corbalán recibió las medidas que tenía que recibir.

Rememoro aquí que en su indagatoria, Civilotti también afirmó que presta servicio en otras instituciones de alta envergadura (véase certificación de servicio expedida por Hospital de Alta Complejidad obrante en el Anexo), y que aún en ellas se dan coyunturas de las cuales por algún evento intraoperatorio (ej: no hay cama en terapia), mantienen el cuidado, la vigilancia del paciente en el quirófano el tiempo que sea necesario hasta que se constituya la logística para conducirlo a la unidad de cuidados críticos donde va a tener su estadía, remarcando -en su exposición- que si bien es un evento que nadie quiere que suceda, no es un evento que los encuentre desprovistos de los recursos para realizar el cuidado y la atención correspondientes.

No veo entonces, una relación causal entre el daño cerebral que tuvo la paciente con el tiempo de espera que tuvo hasta su traslado, ningún fundamento lógico encuentro en función de lo ventilado en la audiencia para concluir con certidumbre en ello, sobre todo si tengo en cuenta que la Perito oficialmente designada, Dra. Nancy Beatriz Caja, Médica Especialista en Anestesiología, al declarar en el debate también aseguró no haber detectado nada anormal en cuanto a la praxis médica de los traídos a juicio, ratificando su informe pericial obrante en pág. 642/646, donde brinda las explicaciones del caso, citando la bibliografía correspondiente a la materia.

La citada profesional señaló que sobre el nivel de infraestructura de la Clínica Santa Lucía para dicha cirugía, no le corresponde evaluar sino a la autoridad sanitaria, reafirmando en su declaración que la paciente, según el informe cardiológico del Dr. Costello dice de "riesgo quirúrgico habitual", que después aparece correctamente catalogado como ASA 1, por el Dr. Civilotti, según el score, que usan los anesestesiólogos, tomado de la Sociedad Americana de Anestesiología. Se trataba, dijo, de una paciente "sana", ideal para un anestesista, ya que hipotensión crónica de la que largamente se habló en la

audiencia no es una morbilidad, sin que se pueda establecer como una posible causal de muerte del paciente, ya que de ser así ni siquiera ella misma podría ser operada por ser hipertensa. Tampoco constató ninguna contraindicación, ni para la cirugía planteada, ni para la elección de la técnica anestésica según surge de la Historia Clínica y de la Ficha Anestésica, que las drogas y dosis administradas por la vía subarnoidea o raquídea, corresponden a Bupivacaína Hiperbárica 0,5 %, 15 mg y Fentanilo 25 mcg, se encuentran dentro de los estándares recomendados para este tipo de anestesia regional (regional).

Y en esa misma experticia, la perito oficial también señaló que la anestesia regional (raquídea) sola o combinada con una sedación, en este particular caso con una Benzodiazapina (Midazolam), tiene de por sí un efecto fisiológico cardiovascular, tal como lo sostuvo el acusado Civilotti al ser indagado. Dijo que el acto anestésico no comienza en el momento en que se corta al paciente (incisión quirúrgica) sino desde que se llega al quirófano y elaboran la estrategia, después de hablar previamente con el paciente, haciendo alusión a la evaluación preanestésica, sin que haya visto contraindicación en la técnica que se utilizó en la paciente de este caso, que considerando la dosis y el tiempo transcurrido, hasta la descompensación y aparición del cuadro crítico, no impresionan que fueron provocados directamente por el tipo de anestesia suministrada, que de acuerdo a la latencia de la bupivacaína y el fentanilo, la bibliografía por ella consultada informa que comienzan a actuar aproximadamente a los 4 minutos de la administración de dichos fármacos y un efecto máximo a los 20/30 minutos, conforme lo indicara en su informe (pág. 644). Los reportes de la incidencia de paro cardiorrespiratorio durante la anestesia raquídea dijo ser variables, ya que algunas estadísticas informan entre 2 a 6 casos cada 100.000, por lo que este tipo de descompensación y en este tipo de paciente es posible. Aclaró que ningún paciente ingresa a sala de quirófano sin una vía puesta y sin líquidos y que si se hace anestesia regional, ya tiene líquido previo (solución cristaloide), que según lo registrado en el protocolo anestésico se realizaron las maniobras RCP (Reanimación Cardiopulmonar) Básica y Avanzada, intubación endotraqueal y asistencia ventilatoria, administración de drogas (adrenalina, atropina, dopamina) durante el evento crítico, lo que permite inferir que se siguió con el protocolo internacional RPC.

Merece aludir a las ilustrativas y gráficas expresiones brindadas por la Dra. Nancy B. Caja, cuando dijo que en lenguaje de quirófano, a los anestesiólogos les gusta ir un poquito adelante y no correr por atrás, que por lo que ella leyó, la paciente no llegó al paro sino que hizo una bradicardia extrema,

que muchas veces, puede catalogarse como un paro, por eso el anestesista, si ya detectó una bradicardia presume que va a parar, nos gusta actuar antes, entonces se mira en el monitor, el cual ya dice si está hipotensa, si cayó o no la tensión, la presión de oxígeno. No es sólo mirar, sino escuchar, especificando que tienen el oído agudizado para esto, "es como la mamá para el baby call, puede estar cocinando, haciendo barullo pero igual escucha" (text.). Indicó asimismo que gracias al avance de la industria tecnológica de los ingenieros y la industria farmacológica, han hecho hoy de la anestesia algo muy seguro, pero igual suceden las cosas, por lo que hasta el beep de las alarmas, de los monitores, cuando algo cae por debajo de los valores preestablecidos, el sonido ya es distinto, que tienen el oído adiestrado y si el respirador deja de funcionar también lo escuchan, ya que es un entrenamiento el estar en quirófano.

Las pruebas analizadas sirvieron para demostrar además que se indicó con acierto la medicación administrada ajustando su conducta a la normopraxis que le era exigible, se desprende que la muerte obedeció a una causa ajena a las posibilidades de los acusados de evitarla, lo que rompe el nexo de causalidad que se pretende adjudicar en el obrar de los mismos, es decir que no era el curso natural, que dicho proceso terminara ocasionándole la muerte.

También cabe diferenciar a partir de lo aquí analizado, la hipotensión "crónica", de la "severa", ya que ello también fue esclarecido en el debate. Conforme lo asentado en el punto 4 del informe nº 2865/14 realizado por el Dr. Acosta Ferreyra (pág. 325Vta), la Bupivacaína y el Fentanilo ciertamente está contraindicado en caso de hipotensión severa, empero, tal como lo hiciera notar la Dra. Caja en su exposición y el enjuiciado Civilotti en su descargo, en la el folio 19 de la Historia Clínica del Alta Complejidad, con logo del IASEP, en el Item de Antecedentes Personales de la paciente Corbalán se lee "hipotensión crónica" y no severa, situación que ya de por sí descarta que en el caso juzgado, tales fármacos hayan estado contraindicados.

Tengo en cuenta lo afirmado en debate por todos los médicos que desfilaron en la audiencia Dres. Hugo Lopez Cano y Mariela Andrea Lopez., incluido el propio Dr. Acosta Ferreyra que vino a dejar prácticamente sin efecto todo lo acaecido en la instrucción, al explicar -como antes lo refiriera- que la bolsa de AMBU efectivamente presta un 90% de oxigenación en sangre, ya que fue por un error de transcripción de la administrativa en sede instructoria. Y si bien en lo que hace a la protección cerebral, el enjuiciado Civilotti no registró en la HC que también aplicó "propofol" junto con "manitol", empero esa circunstancia aparece corroborada por otros elementos que así lo acreditan, como el testimonio

de Lia Salinas, que cuando ya iba a ser trasladada la paciente Noemí Corbalán, Civilotti le pidió "propocol", lo dijo en sede instructoria y lo volvió a ratificar en sede de Debate. Su efectiva aplicación también surge del relato asentado por el Dr. Héctor Hugo Cano (terapeuta) en la HC de Sanatorio González Lelong (ver folio 4 de la HC), del resumen de HC realizado por la Dra. Andrea Mariela Lopez (terapeuta) del Alta Complejidad (pág. 10), donde consignan que la paciente Corbalán se encontraba con esa sedación y de lo dicho en la audiencia oral por el Dr. Cristian Antunez, médico especialista en terapia intensiva, quien presta servicios en el Hospital de Alta Complejidad. Y razono con esta amplitud probatoria, porque la normativa ritual así lo autoriza, al no existir en este fuero, las limitaciones probatorias establecidas por las leyes civiles (art. 189 del CPP).

Para que exista responsabilidad penal, cada uno de los profesionales traídos a proceso deben haber desarrollado u omitido, un obrar que sea jurídicamente relevante para su reproche penal (a título de dolo o culpa). De contrario a ello, toda la probatura reunida en el debate, congruente además con constancias incorporadas por lectura, revelan que la actuación de los médicos enjuiciados no fue deficitaria, sino acorde al cuadro inesperado atravesado, que derivó en una consecuencia imprevisible en las circunstancias dadas. En la audiencia así lo expusieron los Dres. Juan Carlos Acosta Ferreyra y Nancy Beatriz Caja, además de los restantes profesionales Dres. Adolfo Pereira Zini, Médico Cirujano especialista en Cardiología y Oscar. R. Benitez, Médico Anestesiista, cuyos informes, como peritos de parte, obran en el Anexo e incorporados por lectura al debate

Es que, la eficacia probatoria que haya de reconocerse al dictamen pericial estará subordinada, entre otras, a la siguiente circunstancia: "las deducciones motivadas del perito tienen que concordar con los datos de los elementos de comprobación obrantes en el proceso" (cfr. Gustavo A. Arocena y otros, La prueba en el proceso penal, Ed. Astrea, Bs. As., 2009, p. 344); lo que en este caso supone una concordancia con los demás estudios, evaluados en su integridad y no sesgadamente.

Entonces, la hipótesis que deslizó la acusación particular, achacando a los médicos Civilotti y Martinez- responsabilidad penal por un obrar desaprensivo e indiferente (dolo eventual) en la muerte de Noemí Y. Corbalán, por haberla intervenido quirúrgicamente en la Clínica Santa Lucía, a sabiendas que no existía terapia intensiva, pierde consistencia, a partir de encontrarse sobradamente acreditado que se trató de una cirugía catalogada de bajo riesgo por la Asociación Argentina de Cirugía y que se trataba de una paciente sana (ASA 1), caracterizada

como de "riesgo habitual" por el Dr. Costello, lo que ya de por sí cumple con las exigencias requeridas en la Resolución 1866-E/2017 de la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicio de Salud del Ministerio de Salud de la Nación, a la que referiré más adelante.

Es de destacar, como circunstancia también comprobada que la Clínica no contaba con sala de terapia intensiva (UTI). Empero, ese dato aislado se torna irrelevante a partir de surgir también categóricamente probado que la cirugía en cuestión (lipoescultura abdominal), tal como lo refiriera el indagado Civilotti se encuentra entre las categorizada como de bajo riesgo e incluidas en las Cirugías ambulatorias. En efecto, la Resolución 1866-E/2017 de la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicio de Salud (Ministerio de Salud de la Nación) establece las DIRECTRICES DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS CIRUGIA AMBULATORIA, formando parte integrante de dicha resolución el Anexo F-2017-21149592-APN-DNRSCSS#MS, en el cual se establece que los procedimientos de Cirugía Ambulatoria se podrán realizar en Quirófanos anexo a Consultorios o en Centros de Cirugía Ambulatoria Menor o Mayor.

La referida normativa deja en claro, entre los conceptos y alcances de estas cirugías, que por Cirugía Mayor Ambulatoria se entenderá a la modalidad de prestación del servicio quirúrgico realizada con anestesia local, regional o general, que requiere que el paciente reciba cuidados post-operatorios poco intensivos y cuya duración no podrá ser superior a SEIS (6) horas, por lo que no necesitan internación y que cumplido el período de recuperación son derivados a su domicilio. Todas las prácticas contenidas en la definición deberán ser realizadas por médicos especialistas, cumplimentando ambos enjuiciados tal condición.

La citada resolución, reglamenta entre el Equipamiento de Quirófano requerido para intervenciones Cirugía Mayor Ambulatoria menciona la máquina de anestesia y dentro del marco normativo establece como exigencia para este tipo de cirugías, la existencia de Convenio con Establecimiento Asistencial con Internación, que cuente con Unidad de Terapia Intensiva y de derivación con Empresa de Traslado Sanitario de Pacientes, que cuente con unidades de alta complejidad de traslado (véase en el Anexo la Resolución 1866-E/2017).

Como podrá advertirse, el propio texto de la mentada resolución no exige que en el lugar donde se practique la aludida Cirugía Ambulatoria exista UTI (Unidad de Terapia Intensiva), sino Convenios con

Establecimientos Asistenciales que lo tengan y Convenios con Empresas de Traslado Sanitario, tal como acontece en el caso, a partir de lo cual puede afirmarse que la cirugía estética (lipoescultura) realizada por los médicos enjuiciados en la Clínica Santa Lucía (que no cuenta con UTI) se halla dentro del marco legal de la referida ley, lo que ya de por sí descarta el obrar desaprensivo e indiferente (dolo eventual) que la acusación particular les achaca por haber intervenido quirúrgicamente en dicho lugar. Reparo además en el punto, que en ocasión de su indagatoria, el inculpado Civilotti aclaró que la Clínica Santa Lucía y el Sanatorio González Lelong, trabajan juntos porque el Sr. Diaz Martinez es también dueño o socio accionista, expresando que por tal circunstancia tenía entendido que estaban dadas las garantías para tener el soporte en casos imponderables y totalmente extraordinarios, como el acontecido.

Ahora, en el caso concreto, entre la documental incorporada como prueba al debate, se encuentra el Informe N° 91/14 del Director de Fiscalización del Ministerio de Salud de la Provincia donde da cuenta que la acusada Georgia Marcela Martinez se halla inscripta -conforme legajo profesional- como Especialista en Cirugía Plástica (pág. 343), mientras que las numerosas certificaciones que obran agregadas en el Anexo, sirven para acreditar la condición de Médico Especialista en Anestesiología del acusado Roman Civilotti, entre las que cabe mencionar la certificación expedida el 10 de Setiembre de 2004 por la Federación Argentina de Asociaciones de Anestesia, Analgesia y Reanimación y la certificación expedida por Hospital de Alta Complejidad "Pte. Juan Domingo Perón" acreditante de su desempeño desde el 01 de Marzo del 2005 presta servicios como Médico Anestésista – Coordinador de Anestesia en el área de Quirófano, siendo además miembro de la Asociación Formoseña de Anestesia, Analgesia y Reanimación, desde 05 de Octubre del 2004, según la correspondiente certificación expedida por dicha entidad. Las aludidas documentaciones incorporadas al Anexo, prueban con suficiencia la experticia en la materia del nombrado Civilotti, lo que también pudo apreciarse con notoriedad al prestar el mismo indagatoria en el debate, donde al ser preguntado expresamente sobre el punto, contestó que al momento del hecho llevaba 13 años como Anestésista y que en la actualidad lleva 20, en dicha especialidad, que participó en muchas intervenciones quirúrgicas estéticas como éstas, realizando más de 1000 anestésias por año, la mitad de ellas, raquídeas.

La mentada Resolución 1866-E/2017 del Ministerio de Salud de la Nación, exige que en el quirófano se tenga máquina de Anestesia, por lo que en el caso particular de autos, basta con acudir a las constancias del Acta de

Allanamiento realizada en la Clínica Santa Lucía (pág. 270/271) para tener por acreditada su efectiva existencia en la mentada Clínica, donde se constató que en el quirófano donde se realizó la cirugía (lipoescultura) de la paciente Corbalán se hallaba la máquina de Anestesia marca General Electric, modelo Sytec 4000, cuyo funcionamiento era correcto. En pág. 82 se agrega el CD, que contiene fotos captadas en ocasión de la diligencia, que ilustran con suficiencia el quirófano en cuestión, lo que cumplimenta la exigencia de la referida ley.

La acusación particular adjudica clandestinidad a las cirugías realizadas en la Clínica Santa Lucía. Sin embargo esa aseveración se contrapone a la evidencia del caso, ya que conforme surge de todo el Anexo enviado por el Ministerio de Desarrollo Humano, el 13 de Mayo de 2010 por Resolución 2319, había sido habilitada la Clínica Santa Lucía y en esa habilitación consta la descripción exacta de todas las instalaciones y se habla específicamente de dos (2) quirófanos, de cómo estaban provistos en cuanto al sistema central de oxigenación, que también existe en las salas de diagnóstico por imágenes (sala de tomografía). Aparece acertado, entonces lo por la Sra. Fiscal de Cámara en su alegato, en cuanto a que esa habilitación había sido dada por cinco (05) años, tal como lo afirmó José Diego Díaz Martínez al declarar en el debate, habiéndosele comunicado por nota, que había variado las condiciones de vigencia (02 años), en función de lo cual mal puede decirse que le faltaba habilitación, ya que en el peor de los casos correspondía su renovación. Por otra parte, es una cuestión atinente a las instituciones de control sanitario, y por ende no relevante en este ámbito penal, donde no puede colegirse esa situación como no adecuada para la cirugía que se realizara en el caso (lipoescultura abdominal). En efecto, se constató en los allanamientos realizados en la Clínica Santa Lucía (pág. 73/74 y 270/271), que existe sistema de oxigenación central y que -como se dijera- en la sala del tomógrafo contaban con tubos de oxígeno.

No ha quedado demostrado que por acción u omisión, desplegaran una conducta antijurídica causalmente vinculada al fatal y doloroso desenlace acaecido. Añado aquí, que incluso carece de transcendencia el ingreso en la escena del enfermero Rodolfo Arnaldo Sandoval, aún cuando en el juicio ello haya denotado cierta desprolijidad, por no existir ninguna probada evidencia que permita vincular el desenlace con su intervención en la escena. Tengo en cuenta en ello, que en su descargo el acusado Civilotti aclaró que en ese momento no estaban en un intraoperatorio, ni con un abdomen abierto, no había riesgo de contaminación o infección porque la cirugía ya había concluido, lo cual flexibiliza las barreras de ingreso y egreso, priorizándose lo urgente, que en el caso era tener

colaboración. Aclaró que tanto Sandoval como Marisel Fleitas Gaona (intrumentadora), son personas que tienen más de 30 años de experiencia, con habilidades y destrezas para hacer estas maniobras en un quirófano.

El análisis retrospectivo, a la luz del reproche formulado por la acusación particular, por el traslado de la paciente Noemí Yolanda Corbalán a la sala de tomografía, deviene invalidada a partir de la lógica justificación brindada en juicio por el indagado Civilotti, ocasión en la que contestó que el cuadro crítico atravesado genera ciertas hipótesis diagnósticas (embolia grasa, reflejo vasogagal), por lo que dentro de esos posibles eventos podría considerarse que haya ocurrido algo adentro del cráneo (ej: sangrado), habida cuenta en gran porcentaje de la población, se puede tener malformaciones (aneurismas de cerebro), que podrían haber sido la causa de todos los fenómenos que se sucedieron, por lo que como norma, se trata de tener una imagen precoz del cerebro, lográndose un posible diagnóstico que constituiría información valiosísima, para los cuidados intensivos posteriores de la paciente.

De tal explicación, resulta fácil colegir que la conducta médica adoptada por el enjuiciado Civilotti fue óptima, habida cuenta que el mismo en su descargo también aclaró que decidió hacer dicho estudio (TAC) en la Clínica Santa Lucía porque estaban esperando la logística (traslado), tenían los medios necesarios (tomógrafo) y porque estaba el técnico. Civilotti añadió que el evento crítico pudo deberse a un reflejo vaso-vagal que es una respuesta exagerada del corazón ante una situación imprevista e inesperada y que ante tal cuadro, procedió conforme su experticia, haciendo todo lo necesario para salir del evento, remarcando en su exposición que en ningún momento de su constante intervención dejó de suministrar oxígeno a la paciente.

Así, si bien el lamentable deceso de la paciente y la relación que la vinculó a los médicos inculpados Civilotti y Martínez se hallan acreditados (cirugía programada), no ocurre lo mismo respecto del nexo causal entre el actuar médico o asistencial y el deceso de la paciente, por no advertirse qué conducta era esperable de parte de los profesionales enjuiciados que no se hubiera cumplido oportuna o acabadamente y cuál la incidencia de la misma en la muerte de la paciente. A este respecto, no se olvide que la existencia de la relación causal está necesariamente vinculada a la imputación que se hace al autor de las consecuencias de su hecho, descartándose a partir del debate cumplido que la práctica médica aplicada por los facultativos traídos a proceso, haya sido la causal determinante del deceso debido a un mal obrar de éstos, ni a título de culpa y menos aún de un obrar doloso.

La bradicardia extrema acontecida (véase epicrisis de pág. 14) es una complicación posible -aunque indeseable- de la intervención quirúrgica practicada, lo que no permite concluir en que los médicos hayan actuado sin la diligencia debida o con desaprensión (dolo eventual); máxime cuando el debate cumplido permitió esclarecer que tanto Civilotti como Martinez realizaron las prácticas adecuadas a su arte o profesión, sin que la inesperada complicación pueda serles atribuidos en su producción. Ello importaría, colocar el riesgo de la intervención -el alea propio de la prestación médica- en cabeza de dichos profesionales, en lugar de tomarlo el paciente, como sucede habitualmente, conforme el tipo de contratación y la obligación comprometida.

Ciertamente nos encontramos frente a un hecho intrínsecamente doloroso (deceso), sin que existan palabras para describir el intenso dolor, que el mismo generó en el entorno más íntimo de la fallecida. Y cierto también es, que los profesionales de la salud traídos a juicio, cuyos actos médicos -por acción u omisión- han sido cuestionados en este proceso, atravesaron situaciones difíciles, que eventualmente, podrían en el futuro afectar su ejercicio profesional.

A fuerza de ser reiterativa, resulta asimismo atinado señalar, en modo que pueda ser entendido por todo ciudadano, que de ninguna de las pruebas reunidas en este largo y complejo proceso me habilitan a inferir que existió por parte de los acusados Civilotti y Martinez un obrar doloso ni culposo en relación a la muerte de Noemí Yolanda Corbalán, por cuanto ha quedado absolutamente claro con el debate cumplido, que ninguno de los nombrados facultativos actuó con indiferencia en el resultado (dolo eventual), pues como bien lo adelantara la Sra Fiscal de Cámara al exponer su conclusión final, la medicina es considerada una ciencia de medios y no de resultados.

Los marcos teóricos conceptuales, no conducen por sí a la formulación de juicios respecto de autoría y responsabilidad penal. En un Estado Democrático y Constitucional de Derecho no existe, al menos en materia penal, una mera "responsabilidad objetiva". Debo reconocer, que a contrario de ello, la probatura reunida en el debate apunta incluso a descartar un obrar culposo penalmente reprochable (imprudencia, negligencia, impericia), por cuanto la violación a las exigencias del deber de cuidado en un Estado Constitucional de Derecho deben surgir de pruebas que de manera inequívoca indiquen que los profesionales sometidos a proceso -Civilotti y Martinez- procedieron de tal modo (art. 84 del CP). Es que el núcleo del delito culposo exige la divergencia entre la conducta (activa u omisiva) históricamente realizada y la que debería haber sido

realizada, en virtud del deber de cuidado que era necesario observar, circunstancia aquí no acontecida.

Es así, que el estado de inocencia del que gozan los traídos a juicio (art. 18 CN) sólo puede destruirse mediante pruebas regularmente producidas en la causa que lleven a la certeza positiva respecto de la totalidad de los elementos descriptos en la acusación particular, situación no acontecida en el caso. Por cuanto las pruebas valoradas no me permiten sostener - con la certeza que la etapa exige - que el lamentable deceso de Noemí Yolanda Corbalán, haya sido consecuencia de un obrar desaprensivo, resultándoles indiferente (dolo eventual) su muerte (art. 79 C.P.) ni tampoco consecuencia de una mala práctica atribuible a título de culpa (art. 84 del C.P.); lo cual obliga a pronunciarme por la libre absolución de los médicos inculcados, en orden al delito por el que fueran acusados. ASI VOTO.

A LA MISMA CUESTIÓN PLANTEADA, el Juez CABRAL, dijo:

Adhiero a las conclusiones arribadas en el punto en cuestión a mi par preopinante, por adecuarse a lo previamente deliberado por el Tribunal en los términos del art. 363 del Código Procesal Penal. ASI VOTO.-

A LA MISMA CUESTIÓN PLANTEADA, el Juez SALA dijo:

Adhiero a las conclusiones arribadas en el punto en cuestión a la Jueza del primer voto, por adecuarse a lo previamente deliberado por el Tribunal en los términos del art. 363 del Código Procesal Penal. ASI VOTO.-

A LA SEGUNDA CUESTION PLANTEADA, la Jueza NICORA BURYAILE, dijo:

Es improcedente pronunciarse en éste tópico debido a la absolución recaída en la cuestión anterior.

En otro orden, debe regularse los honorarios profesionales de los Dres. Gregorio A. Fiant y Sergio D. Tomasella, por sus conjuntas intervenciones como defensores del encausado Román Civilotti en la etapa instructoria, en la suma equivalente a Treinta (30) Jus, en proporción de ley, cuyo pago quedará a cargo del defendido de los mismos (arts. 8, 45 y 64 de la Ley N° 512).

Corresponde además regular los honorarios profesionales del Dr. Diego Martín Pirota, por la asistencia técnica brindada al encausado Román Civilotti en la instrucción, en la suma equivalente a Treinta (30) Jus, cuyo pago quedará a cargo del defendido (arts. 8, 45 y 64 de la Ley N° 512).

En cuanto a los honorarios profesionales del Dr. Federico Acosta, por la asistencia técnica brindada al encausado Román Civilotti en todas las etapas del proceso, corresponde regularlos en la suma equivalente a Sesenta (60) Jus y los del Dra. Ruth Ruiz Diaz, en la suma equivalente a Veinte (20) Jus por sus

intervenciones como defensores en la etapa preliminar y del juicio, cuyo pago quedará a cargo del defendido de los mismos (arts. 8, 45 y 64 de la Ley N° 512).

No se regulan honorarios profesionales por la intervención de la Defensa Oficial en la asistencia letrada brindada a la enjuiciada Georgia Marcela Martinez en todas las etapas del proceso (art. 2 de la Ley de Honorarios Profesionales N° 512, art. 16 de la Constitución Provincial y art. 79 inc. 3° de la LOPJ). ASI VOTO.

A LA MISMA CUESTIÓN PLANTEADA, el Juez CABRAL, dijo:

Adhiero a las conclusiones arribadas en el punto en cuestión a mi par preopinante, por adecuarse a lo previamente deliberado por el Tribunal en los términos del art. 363 del Código Procesal Penal. ASI VOTO.-

A LA MISMA CUESTIÓN PLANTEADA, el Juez SALA dijo:

Adhiero a las conclusiones arribadas en el punto en cuestión a la Jueza del primer voto, por adecuarse a lo previamente deliberado por el Tribunal en los términos del art. 363 del Código Procesal Penal. ASI VOTO.-

En virtud del Acuerdo precedente y de conforme lo normado por los arts. 79 del Código Penal y arts. 365, 366, 368 y 369 concordantes del Código Procesal Penal, por unanimidad de votos, la

EXCMA. CAMARA SEGUNDA EN LO CRIMINAL

SENTENCIA:

1) ABSOLVER a Román Civilotti, titular del DNI N.º 24.041.209, cuyos demás datos personales obran en el exordio, en orden al delito de Homicidio Simple (art. 79 del Código Penal), por el que ha sido juzgado.

2) ABSOLVER a Georgia Marcela Martinez, titular del DNI N.º 20.409.162, cuyos demás datos personales obran en el exordio, en orden al delito de Homicidio Simple (art. 79 del Código Penal), por el que ha sido juzgada.

3) REGULAR los honorarios profesionales de los Dres. Gregorio A. Fiant y Sergio D. Tomasella, por sus conjuntas intervenciones como defensores del encausado Román Civilotti en la etapa instructoria, en la suma equivalente a Treinta (30) Jus, en proporción de ley, cuyo pago quedará a cargo del defendido de los mismos (arts. 8, 45 y 64 de la Ley N° 512).

4) REGULAR los honorarios profesionales del Dr. Diego Martín Pirota, por la asistencia técnica brindada al encausado Román Civilotti en la instrucción, en la suma equivalente a Treinta (30) Jus, cuyo pago quedará a cargo del defendido (arts. 8, 45 y 64 de la Ley N° 512).

5) REGULAR los honorarios profesionales del Dr. Federico Acosta, por la asistencia técnica brindada al encausado Román Civilotti en todas

las etapas del proceso, corresponde regularlos en la suma equivalente a Sesenta (60) Jus y los del Dra. Ruth Ruiz Diaz, en la suma equivalente a Veinte (20) Jus, por sus intervenciones como defensores en la etapa preliminar y del juicio, cuyo pago quedará a cargo del defendido de los mismos (arts. 8, 45 y 64 de la Ley N° 512).

6) NO REGULAR honorarios profesionales por la intervención de la Defensa Oficial en la asistencia letrada brindada a la enjuiciada Georgia Marcela Martinez en todas las etapas del proceso (art. 2 de la Ley de Honorarios Profesionales N° 512, art. 16 de la Constitución Provincial y art. 79 inc. 3° de la LOPJ).

REGISTRESE. PROTOCOLICESE. NOTIFIQUESE, comuníquese y oportunamente, ARCHIVESE.

MARIA DE LOS ANGELES NICORA BURYAILE
JUEZA
EXCMA CAMARA SEGUNDA EN LO CRIMINAL

ARTURO LISANDRO CABRAL
JUEZ
EXCMA CAMARA SEGUNDA EN LO CRIMINAL

ALBERTO RAMON SALA
JUEZ SUBROGANTE
EXCMA CÁMARA SEGUNDA EN LO CRIMINAL

ANTE MI:

GABRIELA QUIÑONES ALLENDE
SECRETARIA
EXCMA CÁMARA SEGUNDA EN LO CRIMINAL