Detalle de Sentencia

Principio del formulario

**Texto de la Sentencia**

**FALLO N° 851 - AUDIENCIA DE JUICIO DE LA SEGUNDA CIRCUNSCRIPCION JUDICIAL. Juez Unipersonal: Dr. Carlos Federico Pellegrino.**

General Pico, Diciembre 5 de 2.017.

**Legajo N° 2809**

Caratulado: **“Ministerio Público Fiscal c/Fanjul, Carlos Eduardo; Pasaman, Ricardo Andrés s/ Homicidio Culposo”**

**Visto y Considerando:**

**I**) Que los 22, 23 y 24 de noviembre del corriente año, en la Sala de Audiencias de Juicio de la Segunda Circunscripción Judicial, con la actuación unipersonal del suscripto, se llevó a cabo audiencia de debate oral en el legajo N° 2809, contra **Carlos Eduardo Fanjul,** DNI N° 7.368.218, argentino, nacido el 13 de marzo de 1.948, en la ciudad de Santa Rosa, provincia de La Pampa, domiciliado en calle French N° 337, de la misma cuidad, médico, hijo de Carlos Rodolfo y de Francisca Casal y de **Ricardo Andrés Pasaman**, DNI N° 22.582.782, argentino, nacido el 17 de febrero de 1.972, en la ciudad de Posadas, provincia de Misiones, domiciliado en calle 416 N° 3169, de la ciudad de General Pico, provincia de La Pampa, médico, hijo de Juan y de Polonia Znacovski. Intervino en representación del Ministerio Público Fiscal la Dra. Ivana Hernández, asistió en la defensa a los imputados el defensor particular, Dr. Francisco Marull.

Intervino en carácter de querellante particular el Dr. Jorge Salamone.

II) Que se imputa a Carlos Eduardo Fanjul, en su profesión de médico, haber practicado el día 24 de agosto de 2.011, una “Colangio Pancreatografía retrógrada endoscópica” a la paciente A.B.C. en el Sanatorio Santa Rosa, de la que resultó una perforación de duodeno y no se le practicaron los recaudos posteriores que exigía la “Lex Artis” para evitar cualquier riesgo o aumento de riesgo, falleciendo la paciente el día 29 de septiembre de 2.011 en Buenos Aires.

A Ricardo Andrés Pasaman se le imputa haber recibido el día 24 de agosto de 2.011 a la paciente A.B.C. en la clínica Argentina, de la ciudad de General Pico, con posterioridad a la práctica realizada en Santa Rosa por Carlos Fanjul y no haber adoptado los recaudos mínimos que exigía la “Lex Artis”, para evitar cualquier riesgo o aumento de riesgo, falleciendo la paciente el día 29 de septiembre en la Fundación Favaloro, de la ciudad de Buenos Aires, donde había sido derivada.

III) En el alegato de apertura la Fiscal afirmó que acreditará que los imputados son los autores del ilícito que se investiga. Valiéndose de la prueba ofrecida oportunamente para acreditar su culpabilidad.

Por su parte, la defensa técnica de los imputados, dijo que acreditará la inocencia de sus defendidos en los hechos imputados.

IV) En cuanto a la producción de prueba se recibieron las declaraciones testimoniales de:

a) **César Matías Llopard**, denunciante, pareja de la damnificada. Atestiguó, que M.B.C. comenzó con dolores abdominales por lo que llamaron al SEM quienes le recetaron unos analgésicos, los que calmaron su dolor. Que días después a causa de nuevos dolores abdominales, decidieron consultar al Dr. Vigovich, quién la envió a realizarse una ecografía, donde surgió que tenía cálculos en vesícula, por lo que la derivó a un especialista gastroenterólogo, al Dr. Marcelo Ballari, quien a su vez la derivó a la ciudad de Santa Rosa con el Dr. Carlos Eduardo Fanjul, quién realizaría el procedimiento denominado CPRE, para extraer los cálculos, para finalmente mediante otra intervención sacarle la vesícula.

Recordó que al arribar a la ciudad de Santa Rosa, el día 24/08/11, al presentarse, el Dr. Fanjul no les explicó nada acerca del estudio, y que el mismo comenzó alrededor de las 16.00 horas, finiquitando una hora después. Que posteriormente su esposa quedó muy dolorida, con vómitos, indicando el Dr. Fanjul que había salido todo bien y que retornaran para General Pico, proveyéndola de unos analgésicos para calmar el dolor, que ya había coordinado con el Dr. Ballari, para que le sacara la vesícula, pero que ellos decidieron que fuera el Dr. Ricardo Pasaman.

Expresó que durante todo el viaje de regreso, su esposa vino muy dolorida, con vómitos, por lo que al arribar fueron directamente a la clínica, donde quedó internada. Señaló que el tiempo que estuvo internada, el Dr. Ballari fue a verla un solo día, día en que también la revisó el Dr. Pasaman.

Recordó que durante los seis días que permaneció allí, estuvo con dolor, y que lo único que le hacían eran estudios de sangre, y que en todo momento el Dr. Pasaman minimizó el dolor que ella tenía, diciendo que se trataba de una pancreatitis leve y que ya se le iba a pasar, dándole el día lunes 29/08/11 el alta alrededor de las 14.00 hs., ya que, en su casa, se iba a sentir mejor, sin darle mayores explicaciones, situación que los sorprendió porque la misma no se sentía bien.

Adujo que su esposa nunca dejó de estar dolorida y que en el transcurso de cuando estuvo internada, siempre le pedían que les hicieran más estudios, que los profundizaran, estando muy disconformes como la estaban tratando y que cree que en todo momento le molestó al Dr. Pasaman que se lo pidieran, pero que todos los familiares la veían muy mal.

Recordó que antes de darle el alta, le dieron de comer y que una vez en su casa, continuó durante todo el día dolorida a pesar de los analgésicos que le recetaron y que durante toda la noche no pudo dormir, por lo que al día siguiente la volvieron a internar, donde nuevamente la vio el Dr. Pasaman, quién esta vez tampoco le prestó atención, solicitando solo estudios de sangre.

Mencionó que al día siguiente siendo martes 30/08/11, alrededor de las 2 am, tomó conocimiento que la víctima tuvo un episodio de taquicardia por medio de la madre de A.B., que la estaba cuidando en la clínica, por lo que llamó a Pasaman, quien se acercó de mala manera, y al otro día temprano después de tanta insistencia, pidieron la derivación a otro centro atento a la disconformidad que tenían, recibiendo una respuesta afirmativa por parte de Pasaman.

Expresó que el progenitor de su mujer comenzó a buscar otro centro por medio de la obra social para derivarla, y que fue allí donde mientras tanto siendo el día 31/08/11 le realizaron una tomografía profundizando los estudios, siendo allí cuando el Dr. Pasaman les avisó que la iban a operar a su concubina, para sacarle la vesícula y que iba a quedar internada 24 horas después de la operación.

Manifestó que siendo las 14.00 horas, aproximadamente, entró al quirófano, y que siendo las 19.00 horas, salió Pasaman y les informó que A.B. tenia perforado el duodeno producto de la intervención que se realizó en Santa Rosa, con cuadro infeccioso grave y que había que derivarla urgente a un centro de alta complejidad.

Que posteriormente consiguieron una cama en la fundación Favaloro, y que una vez allí estuvieron aproximadamente 28 días, y que cada día y medio la operaban.

Que antes de realizar el procedimiento CPRE, nadie les dio ninguna indicación especial, como así tampoco qué recaudos tomar para después de su realización, negando que se le haya dado la posibilidad de quedarse internada. Contestó que cuando la llevaron por primera vez a la clínica siempre le dijeron que se trataba de una pancreatitis, siempre estuvo en una sala común, le decían que le iba a pasar hasta que se desinflamara el páncreas.

Especificó que cuando volvieron a internar a la damnificada no le hicieron ningún estudio, que recién le practicaron estudios por imágenes cuando pidieron la derivación.

Reconoció su firma en el acta de denuncia.

A preguntas de la querella, respondió que el día 31/08/11, cuando el Dr. Pasaman le informó que tenían que operar a su pareja, éste no se encontraba en la ciudad, que venía en viaje.

Refirió que cuando llegaron a Bs.As, los médicos les dijeron que la CPRE que le practicaron a A.B. era delicada por las complicaciones que trae aparejada, que había que tener cuidado, que el origen de la perforación duodenal fue a causa de dicho estudio.

Contestó que el día 30/08/11, el Dr. Ballari quién se encontraba de viaje, al reincorporarse volvió a examinar a su mujer y dijo que podía tener neumonía, pero que el Dr. Pasaman dijo que eso no era.

A preguntas de la defensa desconoció que a su mujer el día 30/08/11, le hayan realizado una ecografía de tórax y abdomen, que no lo sabía.

b) **Darío Horacio Ceballos**, hermano de la damnificada, relató que su hermana 4 o 5 días antes de que se realizara la intervención con el Dr. Fanjul, tuvo un principio de descompostura, por lo que primeramente consultó al Dr. Felix Vigovich, quién le indicó una ecografía, la misma fue realizada en la Clínica Argentina por el Dr. Germán Spinozzi, la que dio como resultado piedras en el conducto biliar, por lo que el Dr. Vigovich, la derivó al Dr. Marcelo Ballari, gastroenterólogo local.

Adujo que el Dr. Ballari, le aconsejó realizarse la CPRE, y como él no se animaba a hacerla, la derivó al Dr. Carlos Eduardo Fanjul, de la ciudad de Santa Rosa.

Recordó que luego de realizarse su hermana la intervención en Santa Rosa, regresó a General Pico, y llegó directamente en solo grito a internarse a la Clínica Argentina, donde fue recibida por el Dr. Marcelo Ballari, tomando también intervención Ricardo Pasaman. Que a partir de ese momento permaneció internada en una sala común por el término de 5 días, con suero y calmantes, donde en ningún momento el Dr. Pasaman quiso, a pesar de las solicitudes de sus progenitores y de una médica amiga de la familia, la Dra. Ana María Palomeque, realizarle una ecografía o tomografía, llegando a expresar tanto el galeno, como las enfermeras, que lo que tenía su hermana era una pancreatitis familiar, y que lo que tenía solamente era histeria, porque la misma tenía un bebito recién nacido que la esperaba afuera.

Adujo que el lunes al mediodía estando él presente, el Dr. Pasaman, le dio el alta médica, donde le dijo que vaya a la casa y que ante cualquier duda vuelva.

Manifestó que al día siguiente, siendo martes su hermana regresó a la clínica, donde la tuvieron casi 24 horas más sin hacerle estudios, donde recién el día miércoles le hicieron una ecografía y tomografía, y le descubren la infección y perforación terrible que tenía, siendo intervenida quirúrgicamente.

Le consta que por medio de una ecografía o tomografía, ya se puede advertir una perforación, porque es técnico radiólogo y que hace 19 años que presta servicios en el nosocomio local. Indicó que Laura Tobio, la técnica radióloga que le realizó a su hermana la tomografía, es casualmente compañera de trabajo quién le expresó, que la médica radióloga Patricia de Garate, se dio cuenta automáticamente de la perforación en los primeros cortes y llamó inmediatamente al Dr. Pasaman sin que se enteren los familiares y le dijo que se venga urgente, ya que el mismo se encontraba de viaje atendiendo en otro pueblo, y que el cirujano callado la boca acudió a la habitación y les dijo a sus progenitores que A.B. iba a ser llevada al quirófano para sacarle la vesícula.

Refirió que durante los 5 días que su hermana estuvo internada y donde iba empeorando cada vez más, escuchaba cómo sus padres se iban molestando con el Dr. Pasaman, ya que, se negaba a hacerle a su hermana otros estudios sencillos.

c) **Ana María Palomeque**, médica, manifestó que como médica amiga de la familia Ceballos, fue a visitar a la Clínica Argentina a A.B. cuando la misma estuvo internada, presentándose recién el día viernes 26/08/11, donde pudo observar que la misma estaba muy dolorida, distendida, con náuseas y vómitos.

Recordó que ese mismo viernes conversó con el Dr. Pasaman, a quién le dijo que no veía bien a la joven C., y que si no le iba a poner una sonda naso gástrica para aliviarle o hacerle algún otro procedimiento para que mejorara, a lo que el galeno le respondió que se quedara tranquila porque los análisis daban bien.

Expresó que a partir del día vienes, fue a visitarla todos los días, y que según su opinión no evolucionaba bien, pero que no volvió a hablar con el Dr. Pasaman.

Refirió que el día que comenzaron a darle dieta, le buscó los ruidos intestinales, atento que la seguía viendo muy distendida y que no pudo encontrarlos, cuestión que le llamó la atención.

Afirmó que durante la internación la paciente permaneció en una sala común, que según su criterio la atención no es permanente.

Finalmente a preguntas de la querella, respondió que los progenitores de la víctima estaban preocupados por la falta de profundización de los estudios.

d) **Patricia De Garate**, médica especialista en diagnóstico por imágenes, presta servicios en Clínica Argentina, realizó respecto de A.B.C. informes de radiografías, y de una ecografía.

Dio lectura a los informes de la radiografía de tórax y de la ecografía de abdomen realizada el día 30/08/11. Indicó que dentro de las asas intestinales se encontró líquido y aire, pero que por fuera de la cavidad abdominal no se observó aire.

Afirmó que al día siguiente, el día 31/08/11, alrededor de las 10.30 horas, se le realizó una nueva ecografía del abdomen a la misma paciente, que procedió a dar lectura del informe correspondiente.

Indicó que en esta nueva ecografía se observó en la vesícula litiasis, líquido alrededor de la vesícula próximo a la cabeza del páncreas y en el espacio subhépatico -espacio que hay en el hígado y los riñones- imágenes compatibles con burbujas, es decir con contenido aéreo, también se observó derrame pleural bilateral, es decir líquido en los espacios pleurales del tórax, que normalmente no debería estar allí.

A preguntas de la fiscalía si luego de ver los resultados de este último estudio dio aviso al Dr. Pasaman, respondió que no lo recuerda, pero que normalmente es lo que hace.

Respecto de la tomografía computada, manifestó que estuvo presente, y afirmó que el resultado de la misma fue “perforación de víscera hueca”, un cuadro de emergencia.

A preguntas de la querella, respondió que tanto ella como el Dr. Pasaman son socios de la Clínica Argentina, y que tiene conocimiento del juicio civil que pesa sobre dicha institución.

A preguntas de la querella si la ecografía es un estudio específico para ver el páncreas, respondió que es uno de los métodos con los que se puede ver el páncreas, no el único. Finalmente a preguntas de la querella cuál es el estudio más idóneo para verificar una perforación duodenal, respondió que normalmente por una tomografía.

e) **Marcelo Ballari**, médico gastroenterólogo, recordó que en su consultorio particular atendió a A.B.C. por derivación del Dr. Vigovich, por cálculos en la vesícula y en la vía biliar.

Explicó que la forma de tratamiento de dichos cálculos es quirúrgica, cuando producen sintomatología como dolor, vómitos, ictericia, pancreatitis, entre otras. Recordó que cuando recibió a la paciente, vino con un cuadro de cólicos biliares, y con una ecografía que indicaba que tenía cálculos en la vesícula y dilatación de la vía biliar, por lo que procedió a explicarle las alternativas terapéuticas, como la extracción por vía endoscópica de los cálculos de la vía biliar, la colecistectomía laparoscópica o la cirugía convencional a cielo abierto.

Exhibido el informe que aportó durante la investigación, refirió que se trataba de la historia clínica de su consultorio que databa del día 19 de agosto de 2011. Procedió a darle lectura.

Manifestó que luego de llevarse a cabo el procedimiento CPRE (Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) con el Dr. Fanjul, el galeno le comentó que tras extraer los cálculos de la vía biliar a la damnificada, la misma quedó muy dolorida. Que le había propuesto quedarse en Santa Rosa, pero que habían decidido volverse a General Pico. Que posteriormente y al regresar muy dolorida la víctima, por precaución, ordenó su internación en la Clínica Argentina.

Refirió que luego de atender a la misma el día 24 de agosto de 2011, esta refería dolor abdominal, con un abdomen blando, sin reacción peritoneal. Que teniendo en cuenta las posibles complicaciones que podían existir luego del procedimiento que se le había efectuado, ordeno unos análisis de rutina, tanto físico, clínico y de laboratorio, pensando en que, como suele suceder, tuviera una pancreatitis.

Que los resultados arrojaron que la damnificada tenía una amilasa mayor a 3. Que teniendo en cuenta el procedimiento endoscópico realizado, todo hacía pensar que se trataba de una pancreatitis, no así de una perforación, según su criterio.

A preguntas de la fiscalía sobre cuales podía ser las complicaciones que traía aparejado el estudio CPRE, respondió que podían darse una pancreatitis, hemorragias, perforaciones.

Enseñó que la pancreatitis es un cuadro clínico que se manifestaba por dolor abdominal y elevación de las cifras de amilasa.

Afirmó que en la historia clínica dejó constancia que el motivo de la internación de C. , fue pancreatitis pos CPRE.

Explicó que el tratamiento de toda pancreatitis consistía primero en una conducta expectante, nada por boca, poner en reposo el tubo digestivo, colocar un plan de hidratación, analgesia, antieméticos si existen vómitos; tratamientos estos que podían llevarse a cabo en una habitación común. Adujo que el día 25 de agosto de 2011, volvió a examinar a la paciente que se encontraba estable pero que refería dolor abdominal, recordando que los glóbulos blancos habían bajado y también la amilasa, y que por lo tanto la conducta y tratamiento a seguir debía ser la misma.

Indicó que como la paciente debía realizarse la cirugía para sacarse la vesícula en los días posteriores, quedó a cargo del Dr. Pasaman. Que recién días después, aproximadamente el día 30 de agosto de 2011 volvió a ver a la paciente, ya que no se encontraba en la ciudad. Que tomó conocimiento que la misma se había vuelto a internar, luego de haber sido dada de alta por una evolución favorable por disminución del dolor, con mejoría del laboratorio, con conservación del tránsito intestinal.

Recordó que al evaluar nuevamente a A.B.C., la misma padecía ictericia, con dolor abdominal, con semiología respiratoria en la base del pulmón derecho, por lo que se le solicitó una radiografía de abdomen y de tórax. Que de la placa de tórax surgió que la misma podía tener un derrame pleural o una neumonía. Que de la placa de abdomen solo surgía aire dentro de las vísceras donde tenía que estar. Que, de acuerdo a lo que vio en esa radiografía, afirmó que no había elementos para sospechar según su criterio que había una perforación, pero que asimismo se le solicitaron los estudios complementarios, tomografía y ecografía.

A preguntas de la querella sobre en qué momento se pudo haber producido entonces la perforación del duodeno, contestó que según su apreciación en la evolución de la pancreatitis. Que si bien el páncreas era normal, la digestión por las enzimas pancreáticas de la grasa peripancreática, pudo haber llevado a dicha complicación.

Manifestó que en los resultados de la tomografía se pudo determinar que la damnificada tenía líquido libre en cavidad y burbujas de aires, lo cual hizo que se sugiriera una intervención quirúrgica.

A preguntas de la defensa contestó que, ante una pancreatitis, las enzimas pancreáticas que normalmente deben ir por el conducto del páncreas hacia el tubo digestivo -el duodeno-, para hacer la digestión, cuando hay irrupción de ese conducto esas enzimas salen hacia afuera y comienzan a hacer una lisis, una muerte de las células de las grasas y de todo lo que rodea el páncreas y eso dependiendo del grado de la severidad, que muchas veces no se puede manejar. Que es la gravedad que sigue al cuadro de la pancreatitis.

A preguntas de la defensa sobre qué criterios utilizó en un primer momento para diagnosticar una pancreatitis leve pos procedimiento, contestó que se utilizó el sistema de “Apache” y el de “Ranson” que son criterios internacionales, remarcando que no son absolutos.

Afirmó que en el primer diagnóstico fue coincidente con el Dr. Pasaman.

Negó que el hecho de ser socio de la Clínica Argentina influya en algo en su relato.

f) **Germán Gabriel Spinozzi**, médico especialista en diagnóstico por imágenes. Realizó el informe completo de TAC a la damnificada A.B.C., de fecha 31 de agosto de 2011, del cuál reconoció su firma y procedió a dar lectura de su conclusión.

Desconoció el motivo por el cual se ordenó la práctica de la tomografía.

Explicó que cuando en su informe se refirió a “líquido en ambos senos costofrénicos lado derecho”, quiso referir que se halló líquido en los pulmones; respecto al término “aerobilia”, que había aire en la vía biliar, y finalmente respecto al término “neuroperitoneo”, manifestó que observó aire que no estaba dentro de dónde tenía que estar, que estaba fuera de las asas del intestino.

Refirió que debido a la urgencia del resultado fue su socia, la Dra. Garate, quién puso en conocimiento del resultado al Dr. Pasaman.

A preguntas de la defensa afirmó que, según el estudio realizado, el páncreas de A.B. no era normal.

g) **Alejo Eduardo Odone**, técnico especialista en radiología, indicó que le realizó una radiografía de “abdomen de pie” a la paciente A.B.C.. Aclaró que su trabajo consiste en que la radiografía esté correctamente realizada, pero no en hacer un diagnóstico.

h) **Agustín Marduel**, técnico especialista en radiología, refirió que en el quirófano le realizó una colangiografía a la paciente A.C.. Aclaró que el estudio fue realizado para la cirugía, a pedido del Dr. Pasaman. Dijo que luego de la operación, realizó una radiografía del tórax de la paciente cuando entró a terapia -placa que se hace por protocolo para controlar el ingreso-.

i) **Daniel Adrián Crescenti**, médico Cuerpo Forense CSJN. Consideró que los médicos tratantes cumplieron con el deber de cuidado y atención profesional. No obstante, realizó algunas aclaraciones teniendo en consideración la gravedad de la patología -pancreatitis aguda-.

Explicó que la pancreatitis no es una cuestión local, es el comienzo de una serie de factores que actúan a distancia y que generan el desbalance metabólico del paciente y graves complicaciones. Argumentó que no se puede pretender impedir con el bisturí que siga la secuencia una vez que se desencadenó el proceso, debido a que una vez iniciado el mismo, se desconoce cómo va a terminar. Incluso la pancreatitis puede iniciarse de una forma leve, pero en 48 hs. producir el deceso del paciente, es lo que se denomina “fulminante” o bien, puede ser grave y evolucionar favorablemente.

Indicó que en el caso concreto, se presentaban dos complicaciones, por un lado la pancreatitis y por el otro, la perforación intestinal. Aclaró que medicamente se tuvo el deber de cuidado y atención profesional, pero que se debieron haber realizado otros estudios para profundizar el estadio evolutivo de la complicación post instrumental que presentaba la paciente. Que previamente se realizó una colangiografía retrograda endoscópica, la cual trae hipotéticas consecuencias que “son atribuidas al procedimiento y no a un mal procedimiento”. Agregó que a los fines de evaluar esta situación había que ponerse en el contexto de modo, circunstancia y lugar en que se encontraba el médico. Referenció que si uno cuenta con la logística, tiene que hacer todo lo que está al alcance para determinar el estadio evolutivo de la enfermedad. Afirmó “Si tengo a mi alcance una tomografía yo realmente le hago una tomografía, si tengo una ecografía realmente le hago una ecografía y si puedo tomar los parámetros de “Ranson” -que son parámetros pronóstico que se toman al ingreso y a las 48 horas- también lo hago, esto sí está protocolizado y entra dentro de la buena práctica médica, después podemos discutir las condiciones de logística e infraestructura, etc.”. Agregó “estos son los deberes de cuidado, estos son de acuerdo a los medios que uno tenga, las cuestiones de responsabilidad médica”.

Aclaró que el criterio de “Apache” se utiliza en terapia intensiva para determinar la gravedad del paciente de diferente etiología. Es un parámetro diferente al de “Ranson” -que es específico para pancreatitis-.

Agregó que la tomografía que se realizó el día 31 de agosto mostraba claramente signos abdominales de perforación, indicando que se estaba ante un proceso, que si no se operaba -cuanto antes mejor- no se resolvería. Aclaró que si bien siempre se debían utilizar los medios al alcance, esto no significaba que se garantizara ningún tipo de resultado.

Expresó que la paciente ingresó con dolor el día 30 de agosto, entró con un cuadro abdominal llamativo, por esa razón el cirujano la internó. Agregó que “los médicos tratantes sospechaban que estaban ante un cuadro severo”. Refirió que ante una paciente que ha tenido una primera complicación -pancreatitis aguda-, re-internada con un cuadro abdominal dudoso, con dolor y leucocitosis, estos datos resultan elementos suficientes para realizar una tomografía computada.

Concluyó que hay cuestiones de cuidado que no se tomaron. Que la tomografía no se sabía qué resultados habría producido, pero era un elemento más para establecer parámetros frente al paciente. Que asimismo, los criterios de “Ranson” habrían permitido determinar qué tipo de pancreatitis se presentaba. Indicó, por su parte, que los medicamentos ingeridos por la paciente disminuyen los síntomas, por lo que la ingesta de estos podría haber provocado cierto grado de enmascaramiento del cuadro que presentaba. Asimismo, consideró que el descenso de la amilasa en sangre no determinaba con absoluta certeza que se había resuelto el cuadro de pancreatitis, lo que quedó demostrado durante la operación realizada por el cirujano, en donde comprobó en qué estado se encontraba el páncreas.

Consideró que la perforación duodenal, tiene que ver más con una relación topográfica con la CPRE, a distancia -temporal, no de lugar-. Aclaró que es un proceso dinámico que aunque se realice el día de hoy, la perforación se presentará después.

Finalmente, referenció que la paciente ingresó gravísima a la Fundación Favaloro, ya que no sé trataba más de un proceso local -se aumentan los porcentajes de mortalidad de acuerdo a los órganos que el paciente tenga afectados-. Concluyó que en el caso concreto, todas las cirugías de rescate que se hicieron en “Favaloro” fueron por necesidad, debido a que el cuadro era irreversible.

j) **Melanie Viñas**, médica Cuerpo Forense CSJN. Expresó que la paciente fue dada de alta pocos días después del procedimiento al que fuere sometida. Teniendo en cuenta la historia clínica, la dicente indicó en qué condiciones se encontraba a ese momento (presentaba dolor abdominal, elevado sus glóbulos blancos, que luego descendieron y finalmente volvieron a subir. Por su parte la amilasa se encontraba normal y existió una caída de los hematocritos. Asimismo, referenció que había descendido el potasio y que se hizo correctamente una maniobra de reposición del mismo, aunque no existe constancia de una medición posterior, para saber si se había repuesto correctamente).

Agregó que es evidente que la paciente evolucionó con una pancreatitis, que no se pudo determinar si era leve o grave debido a que no se utilizaron los “criterios de Ranson”. Consideró que por los medicamentos que se le fueron proveyendo, no estaba evolucionando correctamente, agregando respecto al alta “no se fue de la forma que se tenía que ir, sino no hubiera re-ingresado”. Asimismo, argumentó que en ningún momento se evaluó a la paciente durante horas sin medicación y no se siguió debidamente el laboratorio.

Respecto al estudio que se le realizara a la paciente -CPRE-, consideró que es un procedimiento invasivo, que como tal, presentaba riesgos, como la perforación duodenal (0,3 a 2,1 por ciento de los casos) y la pancreatitis. Indicó que no necesariamente se verán síntomas o signos rápidamente, debido a que a veces tardan en instaurarse. Manifestó “No se sabe cuándo se van a presentar, por eso ante un procedimiento invasivo uno está atento, porque sabe que pueden existir complicaciones, debe hacerse un seguimiento más exhaustivo, hasta el momento del alta”. Dijo que con posterioridad al estudio no se podía dar alimentación por vía oral, hasta que la paciente evolucione favorablemente -si tiene dolor abdominal la ingesta podría agravar su cuadro-. Asimismo, debía realizarse un seguimiento más intensivo de los signos vitales teniendo en cuenta la evolución del dolor y los síntomas, para determinar, en su caso, los análisis o estudios complementarios que correspondía realizar.

Referenció que en el caso concreto, la paciente no evolucionaba favorablemente respecto a su dolor abdominal y vómitos, teniendo en consideración el tipo de medicación que se le fue proveyendo. Indicó que si la paciente reingresó el 30 de agosto con ese cuadro y el médico la re-internó, la evolución del abdomen no era buena.

Aclaró que podía ocurrir que la pancreatitis evolucionara mal y la amilasa se regularizara. Consideró que los analgésicos e inhibidores que se le suministraron a la paciente pudieron haber provocado que se enmascare en cierta forma la situación concreta en que se encontraba.

Concluyó -teniendo en cuenta cómo ingresó la paciente el día 30 de agosto, el procedimiento y la forma en que se fue de alta- “por supuesto” que en su re-ingreso se le debió haber hecho una tomografía. Consideró que es el método de diagnóstico que se realiza cuando existen sospechas que el paciente tiene pancreatitis, es lo que va a indicar que es lo que hay que hacer, donde se ve precisamente donde está el aire y la perforación. Que es el estudio que se debe realizar antes de tomar una determinación.

k) **Osvaldo Campi**, médico cirujano, dijo que el caso debatido resultaba muy complejo, ya que se trataba de una patología versátil, en donde se mezclaban muchas situaciones inherentes al órgano inicial y a las repercusiones posteriores.

Indicó que la paciente presentaba una patología bilial -litiasis vesicular y coledociana-, que requería un tratamiento. Que en esa situación se plantearon las opciones terapéuticas, escogiéndose la endoscopía, consistente en abrir la papila y extraer el cálculo del colédoco. Que luego, se resolvería por vía quirúrgica la litiasis de la vesícula.

Referenció que la paciente fue derivaba a la ciudad de Santa Rosa para ser atendida por el Dr. Fanjul, debido a que en el medio no había colegas que realicen ese procedimiento, consistente en la introducción de un endoscopio, que una vez que ingresa al duodeno se requiere que se insufle aire para que el estómago y el duodeno -que son órganos huecos- se extiendan y, el elemento pueda progresar hasta la papila y una vez visualizada esta, colocar la guía, canular el colédoco, e inyectar un líquido que permite ver la anatomía y una falta de relleno que es el cálculo. En esa situación se corta la papila, para abrirla y meter instrumental para sacar los cálculos, lo que puede provocar un corte en el duodeno, lo cual el dicente consideró que es fácil de detectar porque al insuflar aire a presión y al perforar una visera hueca, está abierto el peritoneo. Asimismo, argumentó que con la inyección de contraste en la vía biliar, tampoco se objetivó pérdida en esa situación, que es otro de los temas que pueden detectar una lesión, debido a que se está inyectando en forma dinámica, viéndolo en la vía biliar, a presión, no siendo una presión menor. Indicó que en esa situación cuando hay perforaciones se ve el contraste que se desparrama en el abdomen y no fue visto en esta oportunidad. Consideró que en el caso concreto no se dio esta situación, indicando que incluso se hicieron radiografías post operatorio inmediato, que no informaban presencia de aire en ningún lado, por lo que concluyó que ese motivo junto a otras razones, descartarían esa posibilidad. Agregó que el procedimiento por lo expresado por Fanjul, tuvo una complejidad habitual, con controles posteriores. Que las piedras que tenía la paciente pudieron ser removidas. Indicó que las complicaciones posibles son sangrado, pancreatitis aguda y diferentes tipos de perforaciones.

Referenció que el dolor siempre es muy subjetivo, pero que obviamente se debe tener en consideración después de este procedimiento, debido a que es una situación de alarma. Expresó que puede ser provocado por una situación por distención, o también por una pancreatitis -que es una incidencia bastante frecuente dentro de este procedimiento-. Dijo que la mayoría de estas complicaciones se resuelven en 3 o 4 días y que no está demostrado con exactitud las causas que lo provocan.

Referenció que por lo expresado en el expediente, Fanjul pidió la radiografía de abdomen posterior de la paciente, propuso el control e internación en el sanatorio Santa Rosa -en donde se realizó el procedimiento- y que por consenso o decisión de la familia, se decidió derivarla a la Clínica Argentina de General Pico, para que el médico de cabecera controlara la paciente que, hasta ese momento, no revestía gravedad. Aclaró que si bien presentaba dolor, los parámetros objetivables clínicos eran de estabilidad y que la conducta correcta para ese tipo de casos, debía ser la observación, la internación y el tratamiento, solamente de ayuno y controles.

Expresó que la paciente ingresó a la Clínica Argentina y la recibió el Dr. Ballari como su médico de cabecera. Dijo que en las primeras 48 horas terminó de definirse el diagnóstico de pancreatitis aguda vs. perforación, no solo por la primera instancia radiológica, sino por parámetros objetivos, establecidos en la bibliografía, como era el aumento de la amilasa por tres veces de lo normal, el descenso de los glóbulos blancos, la estabilidad hemodinámica que se plantea en relación a que no hay taquicardia, no hay hipotensión, no hay controles febriles. Indicó que se trataban de parámetros objetivos y no subjetivos como puede ser el dolor. Agregó que una paciente con una perforación duodenal y en este caso, en la cara interior del duodeno, siendo una persona sana, en 48 horas debería tener síntomas clínicos, pero también debería haber datos objetivos, taquicardia, inestabilidad hemodinámica, producirse un ascenso de los glóbulos blancos. Expresó que cuando la paciente ingresó a la clínica no había indicadores de perforación, por los parámetros clínicos establecidos por los médicos en ese momento más, los análisis objetivos mencionados anteriormente. Por esta razón, consideró correcto el diagnóstico descripto por el Dr. Ballari -pancreatitis aguda leve-.

Explicó que la pancreatitis consiste en que se rompen los canales donde está el jugo pancreático y este sale del torrente normal de ese conducto al intestino y se junta con la comida, y esas enzimas digieren esa comida, y lo hacen un líquido absorbible a sus elementos básicos. En este caso, se abrió ese conducto y se derramó ese líquido a las periferias o dentro del páncreas. Esto produjo una irritación o digestión del páncreas y del tejido peripancreático. Si se vuelca ese líquido a la grasa que está alrededor del páncreas, produce un proceso de digestión (destrucción de los tejidos para ser absorbibles). Dijo que el primer episodio de ruptura del páncreas, hay veces que se produce con una repercusión sistémica muy importante y se define el primer evento como una situación tóxica de destrucción, donde no hay infección y todos esos radicales, mediadores, sustancias que se pierden en el torrente sanguíneo, hacen que el organismo se ponga a la defensa y haga lo que se denomina síndrome de repercusión inflamatoria, denominado falla multiorgánica.

Referenció que en este caso hay una causa establecida que desencadenaba la pancreatitis leve y era la papilotomía. Indicó que la etapa tóxica, se resuelve al cuarto o quinto día y no repercute en ningún órgano vital. Argumentó que hasta ahí era una pancreatitis aguda leve, que se resuelve en el 80, 85 por ciento de los casos. Consideró que el tratamiento correcto fue el que se hizo, controles, antibióticos y reposo digestivo.

Agregó que cuando se producía el incidente, se desencadenaban muchos mediadores y se producían fallas orgánicas. Indicó que una vez que se desencadenó casi que es independiente del foco, el tratamiento ya pasa por los lugares puntuales. Referenció que una de las complicaciones de la pancreatitis, es la etapa necrótica, y eso se da después del cuarto y séptimo día. Dijo que una complicación es la infección, otra -que pasó en esta situación- son enzimas que se desparraman en la cavidad abdominal. Indicó que se trata de un complejo evolutivo y una situación que empieza siendo una pancreatitis leve pasa a ser grave en la parte necrótica.

Explicó que en el caso concreto, la paciente en las primeras 48 horas evolucionaba. Que la historia clínica era clara, siendo el responsable el Dr. Ballari. Que se siguió la evolución, se hicieron las indicaciones, se fue calmando el dolor y disminuyendo los medicamentos -la paciente tuvo un episodio el día 26 a la noche, considerando que fue la única situación llamativa, presentó un episodio de hipotensión que coincidió con un aumento en el goteo de la analgesia-. Que luego se suspendió la analgesia, no tuvo por más de 24 horas antes de irse de alta. Dijo que Pasaman empezó a intervenir el día 26 y realizó un control exhaustivo de la paciente. Indicó que la evolución era lo esperable para la mayoría en esta situación.

Dijo que el “alta” médica fue otorgada correctamente no solo por criterios médicos, sino también por una cuestión social. Agregó que el día 30, a las 24 horas la paciente fue re-internada con un cambio en su status sistémico y abdominal, en el cual surgían otras posibilidades. Que se iniciaron los estudios, donde hay placas radiográficas, hay laboratorios, donde ya empezaba a esbozarse algún tipo de complicación. Que el día 30 hay una placa de abdomen y tórax. Que no surgían datos de los que podía desprenderse una perforación. Indicó -según su consideración- que la pancreatitis comenzaba a entrar en la etapa necrótica.

Hizo alusión a que no se recomendaba tomografía en la pancreatitis aguda leve -y hasta ese momento lo era-.

Agregó que el cuadro es dinámico, cuando pasa a ser pancreatitis aguda grave, la toma de decisiones pasa a ser otra. Expresó “Y eso creo que pasó”, ya que la pancreatitis es imposible de predecir exactamente y surgen las cosas más diversas.

Manifestó que el cuadro cambió rotundamente a las 2 horas de la mañana, que la paciente presentó un dolor abdominal agudo. Aclaró que la cirugía no necesariamente se debía realizar inmediatamente, ya que hay que ponerla a referendum de las condiciones que se llevará el paciente a quirófano -por ahí se toman diligencias previas para mejorar la paciente, antes de ir a quirófano para que esta tenga más defensas-.

Dijo que luego, se realizó el acto quirúrgico estándar, lo establecido para las perforaciones, drenaje de la vía biliar, control de la perforación, asegurar la alimentación por debajo del lugar donde tuvo el problema. Que después de eso la paciente, inicialmente no tuvo una repercusión importante, a las pocas horas inició una respuesta de choque, síndrome inflamatorio y se decidió su derivación a Buenos Aires, en donde luego se practicaría una operación más agresiva, una unión o bypass desde el estómago al intestino. Agregó que -el día 15- tuvo muy buena recuperación de su estado sistémico, la función renal mejoró y se normalizó. La paciente siguió entubada con traqueotomía, y -el día 16- presentó otra complicación que es el sangrado. Al otro día se decidió extirpar todo el eje duodeno-páncreas, y luego se realizó el análisis de los órganos que se sacaron -y el diagnóstico de pancreatitis aguda es irrefutable-. Consideró que la causa “de gatillo” al mal pronóstico fue la hemorragia que llevó a una cirugía altamente riesgosa. Concluyendo que a ese momento el duodeno estaba cicatrizado.

El dicente concluyó que no hubo mala praxis de los doctores acusados. Dijo que Fanjul es médico especialista en un tratamiento y lo realizó en condiciones adecuadas a una paciente con indicaciones de hacérselo. Agregó que el procedimiento podía traer complicaciones y Fanjul al detectar la posibilidad de una de esas complicaciones, tomó los mecanismos adecuados para controlar y asegurar la misma. Que por razones logísticas se decidió seguir el tratamiento en General Pico -una práctica habitual- motivo por el cual Fanjul se comunicó con su colega el Dr. Ballari.

Por su parte, consideró que al Dr. Pasaman le llegó una paciente ya diagnosticada, que pasó el periodo crítico inicial de diagnóstico que por ahí se puede plantear de perforación, evolucionada favorablemente. Indicó que el alta no condicionó el futuro de la paciente. Consideró que no existió un error por parte del profesional.

Expresó que los médicos no deben encasillarse en cuestiones teóricas puntuales (Ranson, Apache, etc.), sino que lo importante es evaluar el paciente desde el punto de vista clínico.

Finalmente, expresó que no se puede determinar con certeza porqué se produjo la perforación del duodeno, debido a que no hay una situación anatomopatólogica que sea irrefutable. No obstante, indicó que hay argumentos de peso como el transcurso del tiempo para considerar que no se produjo por una perforación post instrumental. Asimismo, consideró que no hubiese sido equivocado el tratamiento instaurado si esto fuere una perforación inicial, debido a que lo que prima es el paciente.

l) **Horacio Ceballos**, padre de la víctima, manifestó que luego de hacerse la CPRE su hija llegó muy mal. Que ingresó el miércoles 24 a las 18:00 hs. aproximadamente y la internaron, estaba cada vez peor. Que el jueves la quería sacar y el viernes se pidió que le hicieran unos estudios pero el médico (Pasaman) no quiso, dijo que lo que tenía era una pancreatitis familiar. Que en la pieza estaban su señora, la doctora Palomeque y él. Que su señora y la doctora se fueron, él se quedó y la hija le dijo que se había hecho caca. Que volvió su señora, la llevó al baño, la limpió y vio que estaba toda hinchada. Que el sábado seguía lo mismo y el la quería sacar. Que su mujer le dijo “No para, ¿Qué sabés vos? No sabés nada” y la dejaron.

Que el día 30 le hicieron una radiografía. Que el 31 le dieron el alta alrededor del mediodía, le dieron comida y la mandaron a la casa estando ella cada vez más grave. Que el martes a la madrugada la llevaron de vuelta mal. Que el 30 le hicieron algo del corazón. Que Pasaman fue enojado como a las 2 de la mañana y se retiró. Que dicho médico volvió el 31 a la mañana diciendo que la iban a derivar. Que el declarante se fue a ver al doctor Zamora, que era el encargado del avión, y le dio una planilla para que llenara el doctor de la damnificada. Que una de las secretarias lo llamó al médico al consultorio y le dijo al declarante que pasara a que le complete la planilla. Que una vez que hizo los trámites, volvió a la Clínica Argentina alrededor de las 10:30 de la mañana y se encontró con su señora, que le dijo que habían traído a la damnificada para hacerle un estudio. Que lo llamaron a Pasaman y le dijeron “Che pelotudo, vení urgente que esta chica se muere”. Que a las 14:00 hs. apareció Pasaman con Ballari. Que Pasaman dijo que ya le había mandado a hacer un estudio y que ya la iban a operar. Que pasada la operación, alrededor de las 07:00 hs. de la tarde, Pasaman les dijo que a la operación la había aguantado bien pero que tenía el duodeno perforado y ya se lo había suturado. Agregó que estaba muy grave.

Que al día siguiente la trasladaron a A.B. (damnificada) en avión. Que 11:55 hs. llegó una ambulancia al Hospital Favoloro con su hija. Que pasados 20 minutos, media hora, fueron a hablar con los doctores y lo primero que le preguntaron fue por qué no la habían llevado antes y que había que operarla de nuevo porque necesitaban saber que tenía adentro. Reiteraron que la damnificada estaba muy grave.

Que a la tarde tras operarla, hablaron con el doctor Barros Schelotto y les dijo que había aguantado bien la operación pero que estaba muy, muy grave. Que cada 48 horas la llevaban al quirófano para abrirla y sacarle todo el pus que tenía adentro. Que ese día o al otro día, el doctor Barros Schelotto le dijo “no puedo entender como el doctor de la provincia no quiere entender que estos estudios no se hacen más, porque el 70 por ciento no pasa nada y el 30 es lo que le pasó a tu hija”.

Agregó que Ballari decía que tenía neumonía.

m) **Marta Ofelia Giménez**, madre de la víctima, manifestó que una vez que arribaron al sanatorio en Santa Rosa, llegó el doctor Fanjul con una mala presencia.

Que una vez terminada la CPRE (Colangio Pancreatografía retrógrada endoscópica) el médico les dijo que estaba todo bien, que estaba perfecta, que podía volver, que había roto la piedra y que luego de unos días que eso se desinflamara le iban a hacer la cirugía a la damnificada; Sin embargo, la nena estaba muy dolorida, retorcida y Fanjul indicó que antes de salir le colocaran un diclofenac. Que en el camino de regreso se sentía muy mal, tenía vómitos, náuseas y mucho dolor, diciendo “no se me pasa mamá, dame algo más”. Que al llegar a General Pico, fueron a la Clínica Argentina porque el doctor Ballari había elegido como médico cirujano al doctor Pasaman.

Que recién a la noche, tarde, llegó el doctor Ballari y le dijo que le iba a pasar calmantes y le iba a hacer análisis.

Que el día 25 llegó Pasaman muy soberbiamente, revisó a la víctima y le dijo “bueno flaquita, quédate tranquila, todo va a estar bien”, y los días continuaron cada vez peor.

Que un día llegó Pasaman, fue a la habitación, la vio y salieron junto con él, la declarante, una amiga doctora y su esposo. Que ahí fue cuando su amiga doctora le dijo al médico “¿Qué te parece Ricardo si la llevamos a UTI, le ponemos una sondita nasogástrica, le hacemos una eco y vemos?” a lo que contestó que no, que lo que tenía era una pancreatitis familiar.

Que a la noche, la víctima se puso muy mal, tenía taquicardia, tenía 38, 39 de fiebre. Que tras llamarlo (a Pasaman) a las 2 de la mañana varias veces, no le atendió. Que lo llamó a Matías y le dijo “A. está mal, el doctor no me atiende, por favor trata de llamarlo”. Que luego, a la madrugada del día que se operó, a las 3, 4 o 5 de la mañana llegó Pasaman y le practicó un electro. Que al comenzar la mañana, empezaron a pedir la derivación y Pasaman se fue, no hizo ningún trámite. Que a las 10:30 hs. de ese día vino una enfermera y la llevaron a hacer una ecografía. Que al practicarle el estudio vieron con la doctora que “tenía caca hasta acá” (se señaló el pecho). Expresó que el médico se la comió, tal como dijo cuando se la llevaron (a la damnificada) en el avión.

Que Pasaman vino y le dijo “flaquita si, ahora te voy a operar, te vamos a sacar la vesícula y después te vas a ir a Buenos Aires”. Que al otro día la trasladaron a Buenos Aires y llego en una situación crítica y desesperante. Que el médico de Buenos Aires les decía “No puedo entender cómo siguen haciendo esto”.

Preguntada, contestó que tras sacarle la vesícula a la damnificada, el doctor les dijo que estaba muy grave, que estaba perforado el duodeno, que ahora sí la llevaran a Buenos Aires. Que la perforación podría haber ocurrido al practicarle la CPRE ya que llegan ahí cerquita del páncreas y a veces se produce.

Que en el Favoloro lo que le decían era que el procedimiento que no se recomendaba era la CPRE y le señalaban la mala atención de no haberla metido a UTI y haberle hecho todo lo que se debería de hacer.

Luego de recibidas las testimoniales previstas, ambos imputados solicitaron prestar declaración.

**Carlos Eduardo Fanjul** -Médico endoscopista-: En relación al hecho manifestó que en el año 2011 el doctor Ballari lo llamó por teléfono y le derivó una paciente con determinadas características. Que como la paciente tenía una microlitiasis coledociana y una litiasis vesicular, siempre en ese tipo de patologías está el riesgo de la colangitis sino se sacan los cálculos y, el riesgo de la pancreatitis, sobre todo por el tipo de cálculos que tenía la paciente. Que cuando llegó la paciente, y ya contando con el informe telefónico de Ballari, hicieron el procedimiento. Aclaró que hacer una vía biliar fina en una paciente joven como era el caso, entrañaba un riesgo mayor de pancreatitis.

Expresó que el procedimiento fue exitoso, se sacaron los cálculos, quedó libre la vía biliar. Que eso lo demuestran estudios posteriores. Que el doctor Pasaman cuando la opero le hizo una colangiografía intraoperatoria donde mostraba que estaba absolutamente libre el conducto colédoco. Recordó que cuando termino el procedimiento la paciente estaba dolorida, de modo que el deponente le ofreció a Matías y a la mamá de la chica dejarla internada en el sanatorio, respondiendo que preferían volver a Pico por el tema del bebé. Que entonces, se comunicó telefónicamente con Ballari y le advirtió de la posibilidad de que la paciente pudiera llegar a tener una pancreatitis por las características antes mencionadas que tenía (vía biliar fina, mujer joven, procedimiento que no fue fácil de realizar). Manifestó porqué la paciente tenía dolor (cuando es un procedimiento laborioso y se está insuflando aire al duodeno para poder ver, el aire pasa hacia el intestino también, sigue la marcha como la comida, de modo que ese aire va adentro del intestino y produce el dolor en el enfermo).

Con las placas realizadas explicó como es el procedimiento. Luego procedió a explicar con dibujos en una pizarra dicho procedimiento y el porqué de haber realizado ese y no otro. Declaró que el mismo, es previo a la cirugía de vesícula porque sino hay altos riesgos de estenosis (achicamiento del conducto).

Agregó que estaba en desacuerdo con lo que se venía diciendo de que, a la enferma, la perforó la CPRE. Argumento que cuando se está insuflando con aire permanentemente, donde se realice un pequeño orificio al duodeno el aire va a salir como si se tuviera una cámara inflada y se la pincha. Que en ese caso, el aire va a salir fuera de las vísceras, va a ir al peritoneo, a rodear las vísceras y se va a ver fácilmente en una radiografía; además, explicó que el dolor de una perforación es terrible, es como una puñalada. Concluyó que la enferma no fue perforada por el procedimiento que él realizó. Sí por la pancreatitis. Citó lo dicho por el doctor Campi sobre las enzimas que licuaban, que hacían la digestión y la autodigestión de los tejidos y que hicieron el daño. Que por lo antedicho, la perforación apareció, objetivamente, en la tomografía seis días después del procedimiento suyo. Agregó que un paciente perforado no puede dejarse más de 24 o 48 horas. Explicó que el mecanismo de perforación del duodeno fue la pancreatitis, porque hizo una autodigestión y empezó a debilitar las paredes. Citó el informe anatomopatológico de la fundación Favaloro que decía que la pared duodenal tenía un adelgazamiento por una longitud de 5 centímetros.

Procedió manifestando que, lamentablemente, lo sucedido fue un desenlace no deseado. Que todo esto lo afectó tremendamente. Que cuando la paciente estaba internada en la Favoloro, él hablaba con Matías por celular. Que no se desentendía de los pacientes. Que era responsable de lo que hacía.

Preguntado, contestó que la pancreatitis fue una complicación del método explicado. Que en un 6 por ciento de los pacientes, y en este por las características referidas, se aumentaba el porcentaje de tener una pancreatitis. Que de hecho la literatura médica establecía como que era más común la pancreatitis que la perforación, junto con la hemorragia, como había enumerado el doctor Crescenti.

A continuación aclaró que una pancreatitis da derrame, da líquido dentro del pulmón. Una perforación nunca lo da, lo que hace es meter aire debajo del diafragma. Que por ello, ese derrame pleural era compatible con una pancreatitis que estaba evolucionando. Respecto a esto, refirió que todo depende de la clínica de la enferma. Explicó que ha visto pacientes con pancreatitis con derrame pleural pero con abdomen indoloro, que están bien y es una pancreatitis más leve, que inicialmente fue agresiva y luego decayó. Que otros pacientes empiezan inicialmente débiles y luego estallan. Que no había que olvidarse que la paciente tenía una vesícula con cálculos, que luego de un procedimiento como la CPRE se podía infectar y había que operarla. Que por ello se hace primero el procedimiento que realizó el declarante y luego la cirugía laparoscópica. Que lo que es imposible de solucionar quirúrgicamente es la evolución de una pancreatitis. Que como refería el doctor Crescenti, cuando ellos empezaron se les morían la mayoría, y que por ello la tendencia hoy era no operarlos. Que el resultado final de todo esto es impredecible.

Cuando practicó la CPRE no realizó historia clínica porque la tiene el médico que manda la paciente. Que sí realizo un informe y que no recordaba si había puesto o no que el procedimiento había sido dificultoso por el diámetro de la vía biliar.

Aclaró que la pancreatitis aparece alrededor de las 6 u 8 horas de haberse realizado un procedimiento como el que hizo. Antes no, por lo menos los síntomas clínicos. Durante el procedimiento utiliza el papilotomo. Sobre la escara que se mencionó en un informe y que el doctor Crescenti relacionó con el estudio que el declarante realizó, respondió que para él, el origen de la escara era la pancreatitis. Mencionó lo que dijo el doctor Crescenti de que él era cirujano y no endoscopista, pero, que utilizaba también el electrobisturí. Declaró que dicho instrumento tiene tres funciones (corte, coagulación y la mezcla de ambas). Los cirujanos usan coagulación, los endoscopistas, como el declarante, utilizan corte solo, puro, porque la coagulación usada sola o mezclada con el corte, producía una terrible escara y aumentaba el riesgo de pancreatitis terriblemente. Que por ello también estaba descripta en este procedimiento como una complicación la hemorragia (por no usar coagulación).

Reiteró que si uno perforara el duodeno mientras está haciendo una endoscopia no puede pasar desapercibido nunca.

**Ricardo Pasaman Znacovski** -Médico cirujano-, recordó que el 24 de agosto de 2011, el doctor Ballari lo convocó para que vea a la paciente que había sido derivada de la ciudad de Santa Rosa, habiéndole hecho una CPRE el doctor Fanjul.

Que le comentó que la paciente había ingresado a la clínica y que presentaba un cuadro compatible con una pancreatitis post CPRE.

Que le pidió que la vea y que habiendo evolucionado el cuadro pancreático tendría que proceder a la resolución quirúrgica del cuadro (extracción de vesícula con los cálculos que contenía). Que ese día había sido una interconsulta, terminó de operar, bajó a la noche a ver la paciente y le explicó a la familia que una vez que el cuadro pancreático se resolviera, se haría la cirugía de extracción de vesícula. Que a ese momento ya estaba el laboratorio hecho y se había confirmado la elevación de la amilasa, certificando que la paciente estaba con una pancreatitis post CPRE.

Preguntado, contestó que habitualmente cuando un médico de cabecera pide una interconsulta, lo que hace es seguir el comando de la paciente, las evoluciones, hasta que en algún momento desiste de la atención (en el caso, Ballari se iba a ausentar) y el que se hace cargo de la paciente es el otro médico, en este caso, el declarante. Explicó que a partir del día 26 se hizo cargo del seguimiento y la evolución de la paciente.

Que tras confirmar con el laboratorio la pancreatitis post CPRE, se inició un tratamiento que habitualmente se llama enfriar el proceso inflamatorio (este cede, se puede extraer la vesícula y se resuelve definitivamente el cuadro). Explicó, como también lo dijeron los doctores Campi y Crescenti, que cuando hay muchos tipos de tratamientos, procedimientos, significa que efectivamente no hay un tratamiento que este predeterminado y que universalmente se utiliza. Que existen diferentes tratamientos y que cada médico adhiere a un tratamiento en base a que le haya sido efectivo en el transcurso del tiempo, en base a que se le haya transmitido en la formación docente (en las escuelas de medicina). Que habitualmente para poder efectuar diferentes tratamientos, uno se basa en material bibliográfico. Que por ejemplo en Argentina, la endoscopía retrograda tiene sus grandes maestros en dos personas, el profesor Chopita en La Plata y el profesor Claudio Navarrete (Chile). Que las escuelas van siguiendo los pasos que van marcando los maestros y también, en un orden descendente, todos los que participan de esa formación.

Respecto al caso en concreto, manifestó, como también lo hicieron otros galenos, que hay múltiples criterios para evaluar una pancreatitis en el inicio. Que el doctor Crescenti hacía referencia al criterio de “Ranson” y decía que en este caso no era posible poder hacer la valoración a través del mismo. Que a contrariu sensu, el declarante creía que se podía hacer y se podía valorar en las primeras 24 horas qué características tenía la pancreatitis. Expresó que habitualmente se utilizaba el criterio de “Apache”. A continuación, citó el consenso de Chile y explicó que se trataba de la reunión de múltiples entidades médicas de especialidades diferentes (entre ellas, las sociedades de cirujanos de Chile, la médica de Santiago, la chilena de gastroenterología, la chilena de medicina intensiva, la chilena de infectología y el centro epidemiológico de clínica de la universidad de Chile), que aportan un criterio en común, precisamente para aunar criterios para tratar de establecer una línea, cuya adopción no garantiza el éxito. Que la adhesión a un tratamiento era porque efectivamente daba resultados en un porcentaje, que tendría positivos y tendría negativos. Luego citó la página 4 de dicho Consenso respecto a los criterios de Ranson y manifestó que no era oponerse a lo que decía el doctor Crescenti sino escuchar otra voz y decir que los scorings no son perfectos. Expresó que, como bien dijo el doctor Campi, un score, una tabla, un criterio, le da a uno un criterio de atención, pero no le garantiza el resultado ni cura a la enfermedad. Que es simplemente establecer un parámetro y a partir de ahí, poder delinear diferentes patrones de tratamiento. Preguntado, contestó que habitualmente y siguiendo la línea del consenso precitado, lo que se recomienda es la utilización del “Apache” (método de valoración que se usa por su sencillez, es un score que utiliza datos fisiológicos, se puede utilizar inclusive sin la necesidad de los datos de laboratorio) para obtener un rango, un número, un score, y a partir de ahí poder tomar una determinación, en el caso en concreto, poder saber si el paciente que uno estaba atendiendo responde a un grado, en el caso de la pancreatitis, que sea determinada como leve o severa. Que por los dichos del doctor Ballari y por lo que contó durante el debate, él hizo la valoración de “Apache”. Que al ingreso, el score de la paciente según el Apache era un score de pancreatitis leve y recibió el tratamiento acorde a ello, es decir, hidratación, manejo de la analgesia, reposo gástrico y la utilización de antieméticos (medicamentos para evitar náuseas y vómitos).

Que si bien el primer síntoma característico que tiene la pancreatitis es el dolor, otro síntoma son las náuseas y los vómitos que generalmente se producen por irritación de la cara posterior del estómago que toma contacto con el páncreas más, el íleo (consecuencia post operatoria de una endoscopía, consistente en la disminución de la cantidad de los movimientos peristálticos que tiene el intestino). Que los analgésicos que se utilizaban, según el consenso de Chile eran los derivados opioides, como por ejemplo el que se utilizó en esta paciente (Klosidol), aunque tenía como reacción adversa la capacidad de favorecer la hipotensión.

Preguntado, contestó que el doctor Ballari estuvo en Pico atendiendo a A.B. el 24 y el 25. Que antes de que empezara a atenderla él, la revisó el día del ingreso a última hora y el día 25. Que de todo ello había constancia en la historia clínica. Que la paciente el día 26 tenía como característica una tendencia a la hipotensión y asocio esto a la utilización del Klosidol. Que la madrugada del día 27 fue la última vez que se le colocó a la paciente el paralelo (pasa un suero con una guía que va hacia la vena y, aparte del suero, en tándem -en paralelo- hay otro tipo de medicación que va pasando con un doble lumen, otro catéter, que lleva la medicación a la vía intravenosa) de analgesia, se esperó que terminara de pasar y se reemplazó por el Diclofenac. Que la paciente una vez que se quedó sin el analgésico normalizó su presión arterial, hasta el momento de que se valoró la posibilidad del alta sanatorial. Mostró donde constaban sus dichos en la historia clínica.

Posteriormente, declaró que a partir del día 25 las prescripciones las hizo él en función de lo que el doctor Ballari -quien seguía la evolución médica del paciente- establecía y que el declarante verificaba.

Consultado, contestó que si uno mira en el correlativo de los analgésicos que se le administraron a la paciente, observa que el primer día se le dio Meperidina (que está indicado para el dolor post operatorio de la pancreatitis), después se pasó al Klosidol y después se pasó al Diclofenac. Explicó que hoy en día en una escala de analgesia (del más fuerte al más débil) existe en primer lugar la morfina y luego los derivados opioides (1-meperidima; 2-klosidol; 3- Aines, entre ellos el diclofenac). Por lo antedicho, expresó entonces que conforme la escala de analgésicos que se usó, fue disminuyendo el “poder” de los mismos con el paso del tiempo. Manifestó que el suministro fue así porque la paciente presentaba una recuperación sintomática, compatible con la disminución de los analgésicos.

Declaró que tras haber evidenciado la paciente una buena respuesta en su sintomatología general (presentaba ruidos hidroaéreos positivos, evacuaba materia fecal, tenía tránsito intestinal), resultando acorde al diagnóstico que se había hecho (pancreatitis aguda leve), e irse normalizando los valores de laboratorio; había hablado tanto con la paciente como con el esposo el día 28, la posibilidad de planificar el alta sanatorial (no es la finalización del tratamiento sino simplemente un cambio de hábito para poder continuar con el mismo). Que la idea era que la paciente pudiera ver al bebé que recién había tenido y valorar en forma ambulatoria los pasos a seguir para poder determinar la extirpación de la vesícula. Expresó que al momento de valorar el alta, la paciente estaba con sus signos vitales conservados, normales.

En este momento de la declaración, hizo una aclaración con respecto al tema de la alimentación -que forma parte de la recuperación- en un paciente que tiene pancreatitis leve. Explicó que hoy en día, si el paciente tiene una buena evolución, tiene tránsito intestinal, se opta por el alimento por vía natural -la boca-. Que hoy en día, cada vez más, se opta por lo que se llama la alimentación temprana, que significa estimular el tubo digestivo con la alimentación.

La paciente reingresó a las 24 o 18 horas después del alta sanatorial, y presentaba características de tener por lo menos 3 cuadros para analizar (diagnósticos diferenciales): Neumonía, gastroenteritis y pancreatitis aguda post CPRE. Argumentó cada uno de los diagnósticos, comentó que esto sucedió el 30 de agosto, que el doctor Ballari ya había vuelto y, que valoraron juntos a la paciente. Que se le pidió a la paciente un control de laboratorio y placas de tórax y de abdomen.

Mostró a través de una placa de tórax -ajena al caso en cuestión- cuándo se evidenciaba la presencia del signo de neumoperitoneo, aire libre en la cavidad peritoneal (que no se evidenciaba en la placa que le tomaron a la damnificada).

Preguntado sobre la elección de los estudios realizados, contestó que fue porque existía una escala de estudios y porque la valoración de los diagnósticos diferenciales hace que se tenga que ir “descartando” para poder llegar al diagnóstico definitivo y, parte de dicho proceso de “descartar” es ir avanzando en la magnitud de los estudios hasta que se tenga el estudio que sirva para poder tomar una conducta terapéutica. Preguntado si tenía que ver con una cuestión de costos tal como dijo el doctor Spinozzi, manifestó que para él “No, nunca”.

Acto seguido, y conforme consta en la historia clínica, estableció que la paciente hizo una evolución a las 13:00 hs y otra evolución a las 22:00 hs.. Que ello era objetivable en los controles clínicos que la paciente tenía. Que hasta ese momento no había podido descartar ninguno de los tres diagnósticos. Que si atacaba uno de los tres y no era, se terminaba generando una complicación por la propia evolución de cualquiera de los otros cuadros. Explicó que tras haber hecho la recorrida a la noche, había visto a la paciente y presentaba una leve mejoría. Que a las 02:00 hs. de la madrugada recibió un llamado del esposo de la paciente, concurrió a la clínica y la paciente le manifestó que “había tenido un dolor abdominal súbito”, que “de golpe había tenido un dolor en la boca del estómago” y que “había cedido de forma espontánea”. Que pidió un electrocardiograma y que luego cambio la característica del abdomen de la paciente y empezó con taquicardia. Que el dolor que refería la damnificada se hizo distinto y todo ese cambio fue evolutivo con el paso de las horas. Que a partir de ahí pidió laboratorio, ecografía y tomografía. Que dejó constancia de todo ello en la historia clínica. Que como la paciente hemodinamicamente mejoro, volvió a su casa.

Que a las 07:30 u 08.00 hs., cuando volvió a la clínica a verla, el abdomen era diferente. Que se le hicieron los estudios y le informaron que a nivel ecográfico y a nivel tomográfico valoraron las alteraciones ya descriptas. Que a partir de allí, se comunicó con el doctor Ballari y luego le dijeron a la familia que iban a hacer la cirugía (laparatomía exploradora) y que iban a hacer la extracción de la vesícula. Acto seguido explicó el procedimiento realizado y los resultados obtenidos. Que finalizado el procedimiento, le dijo a la familia que se debía derivar a la paciente a un centro de alta complejidad, pasó a terapia intensiva, y posteriormente se derivó a la fundación Favaloro. Que desde ahí seguía la evolución en contacto con los médicos y con el esposo de la paciente.

Manifestó “la verdad que a mí me pone muy mal… yo trabajo con mis pacientes todo el día, estoy todo el día en la clínica, y tengo muy buen trato con mis pacientes, tengo muchos amigos que son pacientes… hace muchos años que trabajo en cosas que no tienen que ver con la cirugía porque me importa la relación con el otro… ”, “… de hecho tengo mucha cantidad de pacientes, gracias a Dios, como consecuencia del trato que tengo con los pacientes… los pacientes valoran el trato y eso me permite a mi tener contacto con los pacientes”, “… a mí me pone muy mal todo esto que ha pasado, entiendo profundamente al señor Ceballos, a la señora, a Matías. No comparto lamentablemente lo que dicen, pero no desde el egoísmo, desde la altanería, no comparto porque siento que la atendí a la paciente”.

Agregó que entendía que era un cuadro sumamente difícil, que la patología era compleja. Manifestó que en el transcurso de su carrera valoró y vio casos sumamente complejos, de hecho lo sigue haciendo a diario y, la gran mayoría, tuvieron y tienen una resolución favorable que es lo que se pretende; no se pretende que evolucionen mal. Que uno se lleva los pacientes a la casa y se los transmite a la mujer, a los hijos, a los amigos.

Preguntado, contestó que estipular en qué momento horario había dejado de ser una pancreatitis para pasar a ser otra, era difícil. Que lo que si podía afirmar era que desde que la paciente empezó a tener un compromiso que se corroboró y que era externo al páncreas, a partir de ahí, puede ser que la catalogación de la pancreatitis pasara de leve a severa.

Reiteró que la paciente inicialmente, tanto con el criterio de “Apache” como con el de “Ranson”, tenía un score de una pancreatitis leve y que la evolución podía tener relación con el score o no.

Que a partir de las 02:00 de la mañana del día 31, la paciente refirió cosas que antes no lo hacía (dolor en puñalada, agudo, lascerante). Que eso lo atribuía a la perforación, la cual sospechaba que podía haber sucedido en ese momento, por el cambio imagenológico entre la placa de abdomen y la de tórax del día anterior y la ecografía y la tomografía del día posterior. Que siguiendo la línea de fiscalía ahí seria el cambio sintomatológico. Que el derrame pleural se constató en la tomografía del día siguiente, posterior a las 02:00 de la mañana.

Consultado, contestó que al ver la primera placa radiográfica se podría haber practicado una ecografía o una tomografía ese mismo día 30 y remitió a lo que dijo Crescenti que en realidad, si se hubiera hecho la tomografía, podría haberse encontrado o no. Respecto a esto, expresó que el cuadro evolutivo de la paciente en ese momento habilitaba una mejoría, entonces se pensaba que estaba mejorando.

El tema de la derivación la familia se lo planteó con anterioridad a la intervención que realizó. Que les dijo que le parecía que estaba bien, que estaba de acuerdo pero, que luego, la misma familia le dijo que desistían de la derivación y que optaban por quedarse en Pico.

Por último, respondió que indicó la realización de los estudios a las 02:00 hs. de la madrugada. Que imaginaba que se realizaron a la mañana por una cuestión operativa.

Agregó que cuando uno sospecha de una perforación intestinal, el método de diagnóstico que se tiene es la placa de abdomen y la placa de tórax. Que antiguamente a los pacientes se les daba gaseosa para tomar cuando estaban perforados para acelerar el proceso que naturalmente el cuerpo iba a hacer sacando el aire, se aceleraba el diagnóstico y podía llegar más rápido al quirófano.

Las pancreatitis leves se controlan clínicamente y agregó que de hecho el Consenso de Chile en la recomendación 4 apartado C en la página 16, dice que no se recomienda una tomografía de abdomen en los casos de pancreatitis aguda leve. Que entonces, la forma de controlarla, es clínicamente.

Posteriormente a la producción de las declaraciones testimoniales, se incorporaron el resto de la prueba, consistente en: 1- Acta de denuncia radicada por el ciudadano César Matías LLOPARD. 2- Informe del Dr. Félix Alberto VIGOVICH especialista en cirugía general de fecha 18/08/11. 3- Informe del Dr. Marcelo BALLARI Instituto IMEGA emitido respecto de A.B.C. de fecha 21/08/11. 4- Informe del Dr. Marcos COVELLA de fecha 24 de octubre de 2011. 5- Informe de la Clínica Argentina adjuntando Historia Clínica de A.B.C. de 24 de octubre de 2011. 6- Informe de la Dra. Mirtha ALZAMORA de fecha 25 de octubre de 2011. 7- Informe de Historia Clínica de la Fundación FAVALORO de fecha 2 de noviembre de 2011. 8- Informe aportado por Carlos FANJUL con el informe de endoscopía digestiva. 9- Copia de resultado de estudio médico del Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Sanatorio Santa Rosa firmado por el Dr. Carlos LORDI recibido vía fax el 15 de noviembre de 2011 y su original (fs. 99). 10- Acta de exhumación del cadáver de quien en vida fuera A.B.C. de fecha 2 de diciembre de 2011. 11- 8 Informes de 2 de diciembre de 2011, signados por la forense Marlene ARRATEA SANCHEZ sobre las prácticas realizadas a partir de la autopsia. 12- Informe Nro. 747/11 de la Sección Química Forense de la Unidad Regional I Santa Rosa sobre muestras de vísceras, tejido graso y tejido del corazón pertenecientes a quien en vida fuera A.B.C.. 13- Informe de Autopsia practicada por la forense Marlene ARRATEA SANCHEZ junto al médico Eduardo Héctor RODRIGUEZ (Hospital Padre Buodo). 14- Informe de Clínica Argentina de fecha 9 de abril de 2012 sobre estudios requeridos. 15- Copia de hoja de solicitud de traslado aéreo en avión sanitario municipal (recibido el 21 de diciembre de 2011). 16- Informe de EPICRISIS de la Fundación FAVALORO firmado por el Dr. Leandro AGUIRRE recibido el 24 de junio de 2013. 17- Informe de OSDE de fecha 16 de agosto de 2013. 18- Informe de Clínica Argentina mediante el cual se reenvía la hoja de atención de enfermería recibido el 20 de noviembre de 2013. 19- Informe Pericial efectuado por el Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de fecha 15 de mayo de 2014 firmado por los Dres. Melanie VIÑAS y Daniel Adrián CRESCENTI. 20- Informe complementario de la Pericia señalada PN 20791/14. 21 - Informe Histopatológico realizado por la Dra. Laura MOIRAGHI recibido el 2 de febrero de 2015. 22- Informe remitido por la Clínica Argentina de fecha 18 de febrero de 2015. 23- Informe de la Fundación FAVALORO de fecha 5 de marzo de 2015. 24- AMPLIACION DE INFORME PERICIAL efectuado por el Cuerpo Forense de la CSJN. 25- Informe del Colegio Médico de la Pampa de fecha 6 de agosto de 2015. 26- Informe de registro nacional de reincidencia original de ambos acusados. 27- Informe -obrante en legajo Fiscal- del Sanatorio Santa Rosa de fecha 28/10/11, donde del sistema informático del Sanatorio no surge internación de A.B.C.. 28- Informe del Dr. Carlos Fanjul de fecha 15/11/11 donde hace constar que no posee Historia Clínica de A.B.C.

Elementos: a) Copias de las historias clínicas de la Sra. A.B.C. realizadas por la Clínica Argentina de esta ciudad y por la Fundación Favaloro de la ciudad de Buenos Aires), b) Informe de CPRE que se le realizó a la paciente el día 24 de agosto de 2.011, en la ciudad de Santa Rosa (L.P.), por el Dr. Carlos FANJUL. c) Informe de autopsia extendido por la Dra. Marlene ARRATEA SANCHEZ, Médica Forense de la localidad de General Acha (L.P.), el día 14 de marzo de 2.012. d) Tomografía Computada realizada a la paciente el día 31 de agosto de 2.011. e) Copia de los análisis de laboratorio realizados en la Clínica Argentina a C. f) Ecografía realizada a C. en Clínica Argentina.

Por su parte la defensa aportó: 1. Pericia médica a cargo del Dr. Osvaldo CAMPI. 2. Historia Clínica de A.B.C. remitida por la Clínica Argentina S.R.L. 3. Historia Clínica remitida por la. Fundación Favaloro respecto a A.B.C.. 4 . El informe de la anatomía patológica del Dr. Carlos Vigliano. de la Fundación Favaloro agregado a la IFP. 5. Imágenes e informes realizados por el Dr. Spinozzi. 6. Informe de A.B.C. remitida por el Dr. Carlos Fanjul de la endoscopia practicada a la mencionada. 7. Informe de Fundación Favaloro respecto de A.B.C.. 8. La documental y explicativas adjuntadas por la defensa de Pasaman, mencionadas en su ampliación de declaración e incorporadas a su finalización. 9. Fotografías de endoscopio aportadas por Fanjul. 10. Informe histopatológico realizado por la Dra. Laura Moiraghi. 11. Informe de la Fundación Favaloro de fecha 5 de marzo de 2015. 12. Declaración prestada por el Dr. Barros Schelloto en sede civil como titular del servicio de cirugía de la Fundación Favaloro que atendió a la Sra. C., institución a la que fue derivada la paciente, agregada al momento de la oposición. 13. Consenso Nacional de Chile sobre diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda, que ya fue incorporado a la presente investigación y se encuentra publicado en la página de Internet [www.sochinf.cl/docurnentos/consensos/pancreatitis.pdf](http://www.sochinf.cl/docurnentos/consensos/pancreatitis.pdf). 14.Prospecto indicativo de los efectos del Klosidol cuando se lo suministra en forma rápida por vía endovenosa, publicado por el laboratorio que lo produce, BAGO, publicado en internet en la página http://py.prvademecum.com/procducto.php?producto=2381.

V) En oportunidad de la realización de los alegatos de clausura; la fiscalía entiende que con la prueba incorporada se acreditó, más allá de toda duda razonable, los extremos de la acusación. Que la muerte de A.B.C., tal como surge no solo del informe de autopsia, sino también del informe de los peritos de la CSJN, se dio como consecuencia de un paro cardio respiratorio no traumático, producto de un fallo multiorgánico debido a un shock séptico originado en infección abdominal, que se vinculan necesariamente en primer término con el estudio de CPRE a la que fue sometida la victima el día 24/08/11, que realizó el Dr. Fanjul y con el tratamiento recibido en forma posterior en los días que estuvo internada en la Clínica Argentina, bajo el cuidado del Dr. Pasaman.

Adujo que la práctica CPRE que se realizó A.B.C. bajo la modalidad ambulatoria en la ciudad de Santa Rosa, se llevó a cabo sin ningún tipo de precaución o recaudo previo, como así tampoco con posterioridad a la misma, tal como lo indica la literatura médica, lo que significó un aumento del riesgo permitido, que en el caso concreto fue una desatención pos práctica, una omisión de control inherente a la profesión, lo que exige la lexartis y la práctica médica.

La fiscalía entiende que el Dr. Fanjul se desentendió luego de realizada la CPRE de la paciente y de las complicaciones que este estudio tuvo finalmente. Que este desentendimiento significó desde el punto de vista penal, una negligencia y una inobservancia de los deberes a su cargo.

Entiende la fiscalía que también se acreditó que fue el estudio de CPRE, la que provocó no solamente la complicación de la pancreatitis diagnosticada desde el inicio, sino también la perforación del duodeno a nivel de cara superior de la segunda porción duodenal.

En relación al Dr. Ricardo Pasaman, manifestó que se encuentra acreditada la responsabilidad que le cabe al galeno en los hechos, ya que no se adoptaron los recaudos que exige la lexartis que evitaran el aumento del riesgo propio y tolerable de las complicaciones que acarrean la CPRE. El aumento del riesgo estuvo provocado por la negligente atención o de la falta de utilización de todos los medios que estaban al alcance, lo que a la postre significó la pérdida de la vida de A.B.C.

Manifiesta el Ministerio Público Fiscal que si se considera que la pancreatitis es un cuadro de suma gravedad, que puede comenzar leve, pero que a las 48 horas puede devenir en grave, debió utilizarse todos los medios a disposición y alcance, cuando la evolución de la paciente no era favorable, no advirtiéndose tampoco el deterioro de su salud.

La falta de previsibilidad de los riesgos propios de una pancreatitis y la posible complicación de una perforación duodenal, indicó que el comportamiento desplegado no fue el esperado o el requerido en forma objetiva para evitar el peligro.

La omisión en los estudios complementarios de imágenes, la no consignación de la evolución a través de los criterios médicos desde el inicio de la internación -llámense Ramson, Apache 1, Apache 2, Glasgow-, el descuido respecto a otros indicadores de laboratorio, significaron un incremento del riesgo permitido tolerado.

Finalmente solicitó se condene a Ricardo Andres Pasaman Znacovski y a Carlos Eduardo Fanjul, por el delito de Homicidio Culposo (art. 84 1º párrafo del C.P.) peticionando una condena de dos años de prisión en suspenso y la pena de siete años de inhabilitación del ejercicio de la medicina, en el carácter de autores.

A su turno la querella dijo que ha quedado en evidencia que ambos imputados por negligencia, por impericia y por exceso de confianza, incurrieron en actos u omisiones que agravaron indebidamente el riesgo de la paciente, hasta perder la vida.

Ha quedado acreditado que la atención que el Dr. Pasaman le brindó a la paciente A.B.C., omitió en diversos momentos tomar los recaudos que la práctica médica, los protocolos médicos y el estado de avance que la ciencia médica le imponía, fundamentalmente al no profundizar los estudios y al demorar por más de 7 días la realización del estudio idóneo para establecer un diagnóstico, cual era una tomografía computada, cuando dicho estudio no era solo posible, sino que se lo imponía la clínica de la paciente y por los resultados de laboratorio.

Dicho apartamiento no fue inocuo, sino que impidió establecer un diagnóstico, saber la severidad que tenía la pancreatitis e impidió por otro lado también hacer un diagnóstico diferencial respecto de la perforación, lo que impido el tratamiento escéptico de la paciente.

El síntesis el Dr. Pasaman incurrió en actos y omisiones que agravaron de manera notoria e indebida el riesgo de la paciente al perder la vida, al no profundizar los estudios y al demorar por más de 7 días un estudio por imágenes que era eficiente para determinar la sintomatología de la paciente. Además de ello incurrió en conductas que importaron una lesión a la paciente al darle de comer en ese estado y, por otro lado, luego demoró de manera injustificada la resolución de cuadro quirúrgico cuando este se presentó.

El Dr. Fanjul le provocó a A.B.C. una lesión iatrogénica producto de la CPRE, omitiendo todos los recaudos que debió adoptar.

Finalmente, aseveró que se encuentra debidamente probado que ambos profesionales incurrieron en omisiones y actos que importaron un agravamiento indebido del riesgo de la paciente al perder la vida, adhiriendo al pedido de la fiscalía.

A su turno para alegar, la defensa expresó que claramente en el desarrollo del juicio se ha demostrado que la versión de la acusación no se compadece con las pruebas producidas en el juicio.

Señaló que la acusación solo basa su requerimiento de condena en especulaciones, y que ignora absolutamente los hechos que han surgido del juicio.

Manifestó que la fiscalía intentó establecer que la intervención CPRE realizada a A.B.C. fue el acto eficiente de la perforación del duodeno y que ese hecho no se comprobó en este juicio.

Indicó que la doctrina ya se ha expedido en cómo interpretar los delitos por lo cual se pide la condena de los acusados, y que no es la interpretación que plantea la fiscalía o la querella, por lo que la querella no pudo citar un solo fallo de la justicia penal, manifestando que todos los fallos que citó para acompañar su alegato pertenecen a la justicia civil, y resaltando que la responsabilidad civil es totalmente diferente a la responsabilidad penal. Negó que se haya violado la lexartis, o los consensos médicos, por haberse tratado de un caso complejo, donde existieron varios tratamientos posibles, y donde los galenos utilizaron una de las herramientas posibles.

Sostuvo que los médicos hicieron todo lo que tenían a su alcance a en cuanto a sus conocimientos y los consensos médicos que aplicaron, sin omitir ningún paso.

Expresó que los hechos demuestran que la perforación del duodeno, no fue instrumental, sino que se provocó por la pancreatitis aguda leve, que luego se transformó en grave, por lo que la evolución no deseada de la enfermedad no transforma a Pasaman ni a Fanjul en autores de un delito, claramente actuaron respetando a raja tabla todo aquello que debían realizar.

Finalmente refirió que las omisiones que la fiscalía y querella achacan de ninguna manera fueron la causa eficiente del fallecimiento de A.B.C. Solicitó la absolución de sus defendidos.

VI) Que como cuestión previa, se deberán tratar las oposiciones formuladas por las partes al momento de la incorporación de pruebas. Por el lado de la defensa de los imputados, se opuso a la incorporación de un informe de la obra social Osde, que contenía referencia a audios, expresando desconocimiento sobre su contenido, argumentando que se afecta a su derecho de defensa, por desconocer la existencia y contenido de los referidos audios. Por el lado de la querella, se opone a la incorporación de una declaración prestada en sede civil por un médico de la Fundación Favaloro, que la defensa ofreció como apoyo a las manifestaciones de su defendido Pasaman. La respuesta a ambas cuestiones resulta coincidente, decidiendo sobre la afirmativa a la incorporación de ambas pruebas. En ambas, la cuestión ya había sido resuelta en la oportunidad de la audiencia de ofrecimiento de prueba, por lo tanto, de acuerdo a los principios de preclusión y progresividad, las mismas fueron incorporadas, impidiendo nuevamente su tratamiento. Asimismo, las partes conocían o tuvieron la posibilidad de conocer, el contenido de ambas pruebas, por lo que no resulta acertado afirmar la afectación al derecho de defensa en ésta instancia procesal. No se trata de pruebas nuevas, fueron oportunamente ofrecidas y aprobada su incorporación. Ambas oposiciones serán desestimadas y las pruebas cuestionadas conservarán su valor para sentencia.

VII) Que la primer referencia, -necesariamente- deberá ser en cuanto al tiempo transcurrido, entre la fecha de denuncia y la realización del debate, pasaron más de seis años. Ese extenso plazo, perjudica los intereses de todas las partes en el proceso. Por un lado, los familiares de la víctima, mantienen una herida abierta, debiendo recordar momentos difíciles que afectan profundamente sus sentimientos, sin la posibilidad de cerrar una etapa e intentar seguir adelante. Por el lado de los profesionales imputados, durante todo ese periodo, debieron soportar la carga de un proceso en su contra, sin que se resuelva su situación en un plazo razonable, contexto en que -sin lugar a dudas-, se afectó el normal desarrollo de sus vidas.

VIII) Que el día 24 de agosto de 2011 a la joven A.B.C., en el Sanatorio Santa Rosa, de la misma ciudad, el Dr. Carlos Eduardo Fanjul, le practica una intervención de endoscopía digestiva, denominada: “Colangio Pancreatografía Retrógrada Endoscópica”, (en adelante CPRE), resultando el método consensuado, a fin de extraer los cálculos biliares detectados en el conducto colédoco. Como posibles complicaciones de la intervención, se indicaron: pancreatitis, perforación de víscera y hemorragia.

Al médico que practicó el estudio se le imputa haber producido una perforación de duodeno, no advertida, al momento de realizar su intervención, por lo que, no habiendo tomado los recaudos necesarios posteriores que exigía la “lex artis” produjo un incremento del riesgo permitido, sin observancia del deber de cuidado, configurando la conducta descripta por el art. 84 del C.P..

Internada en ésta ciudad, prosigue su evolución, en Clínica Argentina, el Dr. Ricardo Andrés Pasaman, a quien se le imputa no haber tenido las precauciones necesarias mínimas que exigía la “lex artis” para evitar cualquier riesgo o aumento del mismo, en función de no haber advertido la existencia de la perforación de duodeno y no haber tomado los recaudos necesarios para practicar los estudios (radiografía, ecografía o tomografía) que evidenciaran la complicación descripta. Resultando imputado como coautor del delito de homicidio culposo.

Luego de la intervención quirúrgica realizada por el Dr. Fanjul, a la paciente se le diagnostica “pancreatitis”, continuando internada, hasta el día 29 de agosto, cuando se le otorga el alta de internación, regresando el día 30 por sus medios, siendo nuevamente internada, donde se le realiza placa radiográfica, ya el día 31 se le efectúa ecografía abdominal y tomografía axial computada, advirtiendo un cambio sustantivo en la patología de base, por lo que es intervenida quirúrgicamente y se comprueba ruptura de pared duodenal. Resultando derivada a la Fundación Favaloro de la ciudad de Buenos Aires, lugar en que se le practican varias intervenciones de rescate, sin resultados favorables, falleciendo producto de un paro cardiorespiratorio no traumático el día 29 de septiembre de 2.011.

Al tratarse de una cuestión científica específica, que requiere profundos conocimientos técnicos, en mi función de juzgador, deberé aferrarme -necesariamente- a los informes periciales y declaraciones de los peritos, a fin de analizar, jurídicamente, las conductas de ambos imputados.

En el sentido señalado se expresa Marco Antonio Terrargni, en su libro “El delito culposo en la praxis médica”, página 39, al tratar la lex artis; “Consecuencias jurídicas: Tratándose de cuestiones eminentemente técnicas, el juicio valorativo acerca de la correspondencia una acción concreta con la *lex artis*debe ser emitido por peritos médicos, quienes tendrán en cuenta el estado de la ciencia al momento en que aquella se llevó a cabo”.

Para el análisis delictual de la figura imputada es preciso establecer la existencia de una violación al deber de cuidado, con un aumento significativo del riesgo permitido, ya que en numerosos casos, aún el empleo del método correcto y dentro de lex artis, puede producirse un resultado indeseado, dado que la medicina es una ciencia de medios y no puede garantizar resultados. Además, es preciso el análisis de la situación con los elementos hallados y no en la eventualidad de haber intentado otra cosa o practicado otro estudio. “…cabe apuntar que un magistrado puede cometer un acto de injusticia (y aún de arbitrariedad) si, careciendo de los conocimientos médicos necesarios, especula acerca de lo que hubiese podido ocurrir de haberse utilizado un método terapéutico distinto al que el imputado empleó” Marco Antonio Terragni, obra citada, página 95.

Resultando, en consecuencia, en el orden recibido, los testimonios de Osvaldo Campi, Daniel Crescenti y Melanie Viñas, los que mayor carga de conocimientos brindaron, efectuando todas las aclaraciones que las partes requirieron. El primero como perito de parte de ambos imputados y los restantes, como peritos del cuerpo forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, a requerimiento del Ministerio Público Fiscal.

El Dr. Campi evalúa como correcto el desempeño de ambos imputados, brindando las consideraciones pertinentes que lo condujeron a dicha conclusión.

Estimando que no corresponde atender los reparos que sobre su trabajo efectuaron la Fiscalía y la querella. En primer lugar, por las mismas razones que resolví la incorporación de las pruebas objetadas, al declararla admisible la presidencia de la Audiencia de Juicio, en la oportunidad de la audiencia de ofrecimiento de pruebas, la cuestión fue resulta y ahora en el debate, su situación se encuentra precluía, aún cuando comparta el criterio que no resultaba la oportunidad procesal adecuada para la incorporación de nueva pericia. Por otro lado, la pericia y posterior testimonio del Dr. Campi, lucieron objetivos y científicos, con una buena predisposición a transmitir sus amplios conocimientos y la evacuación de cada duda que pudieron plantearse.

Los médicos del cuerpo forense de la Corte afirmaron que la conducta de ambos médicos fue correcta, cumpliendo los médicos tratantes con el deber de cuidado y atención profesional, dejando a salvo, no obstante, que no observaron la realización de criterios de evaluación, como por ejemplo Ranson, y la falta de ejecución de estudios específicos que manifestaran la evolución de la pancreatitis.

Ante la existencia acreditada de dos complicaciones graves, como resultan ser la pancreatitis aguda y la perforación del duodeno, el núcleo central fáctico, consiste en determinar, si la segunda complicación que se evidenció, obedeció a un accionar culposo de uno o ambos imputados, por comisión u omisión o, por el contrario, surgió como una evolución de la pancreatitis.

Se evidenció una pancreatitis post CPRE, resultando una de complicaciones de dicho estudio, es decir que, el diagnóstico que efectuaron los médicos Ballari y Pasaman, se condecía con la realidad de la evidencia.

Existe acuerdo pericial en cuanto a que se siguieron las pautas establecidas para el seguimiento del diagnóstico efectuado, como la internación, hidratación, reposo gástrico y realización de análisis de laboratorio.

Ambas pericias resultan coincidentes en cuestiones centrales, en cuanto expresan que la actuación de los médicos tratantes resultó correcta y acorde a la evolución que presentaba la paciente.

En los días inmediatos posteriores no se avizoraron síntomas clínicos de la existencia de una perforación de víscera hueca. Los parámetros de laboratorio fueron coincidiendo en una evolución favorable del cuadro diagnosticado. Existe coincidencia también, en que se estaba frente a un cuadro dinámico y en evolución, que era aconsejable mantener una conducta expectante. Según el propio perito Dr. Crescenti, manifestó que estamos ante uno de los temas “grises” de la medicina, con una patología sumamente grave, es decir, opinable y de indeterminación precisa en cuanto las posibilidades de evolución. En el análisis concreto de las conductas por las que fueron imputados, en el caso de Carlos Fanjul, pese a la suposición que realizan los acusadores, no se logró acreditar que su accionar, en la realización del procedimiento de CPRE, haya provocado la perforación de duodeno. La radiografía tomada en forma inmediata posterior a la intervención, no muestra anormalidad. La evolución de la paciente y los resultados clínicos de los días inmediatos posteriores no reflejan la existencia de perforación de víscera.

La mención que realiza el perito Crescenti donde analiza el informe de intervención de Pasaman y expresa la aparición de escara en la zona afectada, lo hace suponer que la perforación es de antigua data y de carácter endógeno. La cuestión fue analizada por ambos médicos imputados brindando las explicaciones que niegan aquella presunción. Por el lado de Fanjul, al comentar el funcionamiento y alternativas de corte papilar en la intervención que le cupo, puso de relieve la imposibilidad que el mecanismo utilizado produzca escara, por lo tanto, la perforación se produjo en forma exógena al duodeno. Por el lado de Pasaman, al analizar su propio informe expresó, que la referencia de escara obedecía a lo hallado y la reacción del organismo ante la acción de las enzimas dispersas.

Es cierto que pudo haber conducta omisiva en la registración del estudio y en la transmisión a la paciente y su familia, de las posibles consecuencias de la CPRE. Debió insistir en una internación en el lugar y consignar las pautas de alarma, pero esa omisión no resulta determinante, ni aporta al evento. Asimismo, no encuentro conducta comisiva que determine un accionar culposo con violación del deber de cuidado. Realizó el estudio, no advirtió evidencia de perforación de víscera y la paciente se trasladó hacia otro centro de atención, comunicándose con el médico tratante. Si la evolución en un paciente internado, se realiza cada dos horas, para cuando correspondía la próxima evaluación a su última intervención, la paciente ya se hallaba internada en Clínica Argentina.

Por lo que, no hallando en su conducta un incremento del riesgo permitido ni intervención alternativa no ejecutada, ni demostración irrefutable de conducta imprudente, de relevancia jurídica, por aplicación del beneficio de duda, consagrado como garantía procesal en el art. 6 del Código de Procedimientos penal de nuestra provincia, habré de disponer su absolución.

Con relación a Ricardo Pasaman, se le recrimina no haber realizado un correcto seguimiento de la evolución de la pancreatitis y no haber practicado los estudios correspondientes (tomografía computada) a fin de advertir, a tiempo, la existencia de perforación de duodeno.

La ausencia de anotación en la historia clínica de la paciente, de los parámetros establecidos en los criterios de valoración, no resultan indicativos de su no utilización. De hecho, para la toma de decisiones que se ejecutaron en los días posteriores al ingreso, necesariamente reflejaron determinantes la utilización y evaluación de esos criterios, además de hallarse los datos, consignados en la historia clínica.

No corresponde aventurar que hubiese ocurrido de realizar la reclamada tomografía en esos días críticos, porque en la situación hipotética también era probable que no se evidenciara la existencia de aire en la cavidad abdominal, dado que la perforación no se había producido. El mentado “Consenso Nacional sobre diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda” desaconseja la realización de tomografía y solo la recomienda en forma posterior. Se encuentra descripto que una tomografía precoz no puede evidenciar complicaciones.

Con estas consideraciones precedentes se pretende significar que se actuó acorde a la sintomatología clínica objetiva, en el seguimiento de su criterio médico y dentro de los parámetros aceptados de tratamiento de la afección.

En el informe de ampliación de pericia, practicado por el cuerpo médico forense de la Justicia Nacional, se establecen dos cosas, por un lado, que la actuación de los médicos tratantes ha sido correcta y por otro lado, que los signos clínicos de perforación, recién se evidencian el día 30 de agosto de 2.011 y los signos radiológicos el día 31 del mismo mes y año, lo que lleva a suponer, como lo expresara el imputado en su declaración al cierre de la audiencia de debate, es ese el momento en que la pancreatitis evoluciona de leve a grave, desencadenando, un mes después, el consabido desenlace.

La ausencia de realización de tomografía en los días inmediatos posteriores no refleja una conducta negligente ni imprudente pasible de sanción en derecho penal, entendido como última ratio, ya que no podemos aventurar que informara la predicción del luctuoso desenlace en la evolución de la infortunada joven.

En función de lo ya expresado, necesariamente se debe concluir que actuó conforme las reglas de “lex artis”, sin haber producido un incremento del riesgo permitido, no evidenciando una conducta de relevancia penal a título culposo, por no surgir una violación al deber de cuidado, por el contrario, del análisis de historia clínica, se advierte una dedicación en el seguimiento de la evolución, por parte del profesional.

Desde el dolor de la familia, ante irreparable pérdida, resulta lógico pretender encontrar un culpable del suceso. Desde el derecho penal, ante la imposibilidad de hallar certeza positiva de comisión delictual, el único camino posible, resulta la aplicación del principio de beneficio de la duda y el consecuente mandato procesal de absolución al encartado.

Estimo que la imputación formulada a ambos médicos se superpone temporalmente y resulta contradictoria, compartiendo las manifestaciones de la defensa en su alegato, en cuanto, con el criterio utilizado habría que haber formulado acusación contra el Dr. Marcelo Ballari, en virtud que cuando es internada, en ambas oportunidades, resultó el profesional que la recibió en la clínica. Si bien quedó acreditado que luego del día 25 de agosto se ausentó hasta el día 30 del mismo mes, utilizando los argumentos de imputación, bien podría haber sido traído a proceso. Arribando, luego del análisis efectuado, a la misma conclusión, relativa a la ausencia de conducta comisiva delictual debido a que los resultados clínicos y de laboratorio fueran satisfactorios.

Por otro lado, también habré de coincidir con la defensa técnica de los imputados, en cuanto refiere que no es atribuible al Dr. Pasaman la demora en la ejecución del estudio ordenado. Si fue requerido a la hora 2:00 del día 31, no existieron interrogantes, respuestas ni justificación posible, a la realización de la tomografía recién después de las 10 hs., ante la situación descripta, un período de más de ocho horas, resulta extenso en consideración a la evolución de la paciente. Los jefes del servicio de diagnóstico por imágenes de la Clínica Argentina, fueron traídos a proceso como testigos, resultando, aún así, precavidos y reticentes en sus respuestas.

La doctora Palomeque dijo que el día 26 habló con Pasaman y le solicitó que le hiciera un estudio, recibiendo como respuesta que los análisis daban bien, expresó luego, que concurrió todos los días subsiguientes a visitar la paciente, es dable suponer que no advirtió un agravamiento o deterioro de la salud en esos días, ya que no volvió a comunicarse con el médico tratante, ni requerir otro tipo de medidas, aún como consejo a la familia.

Con lo referido pretendo reflejar la existencia de conductas, al menos, discutibles, en el proceso de seguimiento de evolución de la paciente, pero en modo alguno es posible cuestionar que no se haya aplicado un criterio médico.

Según los peritos, en especial la Dra. Melanie Viñas, puede cuestionarse la orden de externación, al existir dos indicadores que no eran los ideales, como resultaron ser un aumento de glóbulos blancos y un descenso en los hematocritos, pero esa cuestión, que pudo ser un signo de alerta, en modo alguno determina una conducta -por comisión u omisión- pasible de sanción por el derecho penal, no resultando de relevancia significativa, ni aún en forma hipotética, como avizorador de la pésima evolución que debió soportar la víctima. Se cuestiona que luego de la carga de potasio, por hipokalemia, no se evaluó su efectividad, pero consta en la historia clínica, que al momento de su re-internación, el índice de potasio había aumentado y los otros dos indicadores se correspondían con el proceso diagnosticado. Al momento del alta sanatorial de la paciente, (no alta médica), se consigna la transmisión de pautas de alerta y re evalúo, existiendo constancia de ello en la propia historia clínica.

Estamos ante la investigación de comisión de un delito culposo, que como tal, el legislador estableció como tipo penal abierto, por resultar imposible prever todas las conductas que pueden determinar su comisión, trascendiendo necesario su adecuación al caso concreto. En el presente, con el resultado muerte determinado, se vuelve la visión sobre la actuación de los médicos tratantes, pero resulta preciso iniciar ese análisis al momento de la concreción del resultado y la conducta asumida en su previo tratamiento y no un análisis “ex post”, en base a ese conocido resultado y lograr determinar si esa actuación, por comisión u omisión resultó violatoria del deber de cuidado e incrementó el riesgo permitido, propio de un accionar de medios.

En la búsqueda de esa adecuación de conducta al tipo penal, nos encontramos con la realización de una intervención quirúrgica necesaria y sin discusión de procedencia, en su realización no hay evidencia concreta, -ni comprobable- de una posible complicación, como resulta ser la perforación de víscera, en cambio sí, con otra de las posibles complicaciones diagnosticada en forma correcta, como fue la pancreatitis, que fue tratada de acuerdo a los procedimientos aceptados en la actualidad y recomendados por los especialistas en la materia. Se siguió su evolución dentro de los parámetros clínicos y de laboratorio, resultando en esa primera etapa una evolución positiva de la salud de la paciente. Bajo ese estado de salud, el médico interviniente optó por la ausencia de realización de estudios, por considerarlos innecesarios, siguiendo criterios médicos actuales y de práctica, en su generalidad, además de no existir indicios, en ese momento, de ningún signo de alarma que indicara un cambio en la patología, resultando aconsejado mantener esa conducta expectante.

Ante la presencia de evidencias en el giro de evolución de pancreatitis aguda leve a grave, se procedió en consecuencia, recurriendo al método aceptado y recomendado de intervención quirúrgica. Lamentablemente la evolución posterior resultó pésima y la joven damnificada no logró reponerse, produciéndose su deceso casi un mes después.

Seguramente hoy, con el resultado sabido y el paso del tiempo, con el cambio de cualquiera de hipótesis bajo análisis, podríamos aventurar un cambio en el destino, pero, primero debemos recordar que pesquisamos un caso que los mismos profesionales expertos en la materia, definieron como complicado y de no fácil resolución, opinable en cuanto a elección de métodos, con una evolución indeterminada, en la referencia que hicieron en cuanto que una pancreatitis puede mutar de leve a grave en 48 hs. y provocar la muerte. En ese contexto, en el análisis de la conducta asumida por ambos imputados, no puedo llegar a obtener la certeza positiva, requerida para producir sentencia condenatoria sobre ambos, en el caso de Fanjul por hallarme imposibilitado de determinar que su actuación produjo la complicación que a la postre derivó en el resultado y en caso Pasaman, por no advertir la existencia de una conducta omisiva significativa, ni de relevancia jurídica, que facilitara el indeseado proceso evolutivo.

El tipo penal del ilícito imprudente exige que el efecto lesivo se obtenga por la conducta típicamente relevante, ya sea por imprudencia o negligencia, desplegada por los imputados y no por cuestiones o factores ajenos a ellos. No se logró establecer que las conductas que se imputan resulten ser inadmisibles y se vieran favorecidas por un obrar por fuera de la ciencia médica que practican y que un cambio en ellas hubiera podido evitar el resultado. No se llega a la certeza, en base a pruebas directas y no controversiales que conduzcan a la condena. La presencia manifiesta de un índice de probabilidad, deberá actuar acorde con el principio consagrado del beneficio de la duda, “in dubio pro reo”.

Por lo expuesto:

**Fallo:** I) **Absolviendo** a **Carlos Eduardo Fanjul**, DNI N° 7.368.218, argentino, nacido el 13 de marzo de 1.948, en la ciudad de Santa Rosa, provincia de La Pampa, domiciliado en calle French N° 337, de la misma cuidad, médico, hijo de Carlos Rodolfo y de Francisca Casal, de la imputación de **HomicidioCulposo**(art. 84 primer párrafo del C.P.), por aplicación del beneficio de la duda, art. 6 del C.P.P..

II) **Absolviendo** a **Ricardo Andrés Pasaman**, DNI N° 22.582.782, argentino, nacido el 17 de febrero de 1.972, en la ciudad de Posadas, provincia de Misiones, domiciliado en calle 416 N° 3169, de la ciudad de General Pico, provincia de La Pampa, médico, hijo de Juan y de Polonia Znacovski; de la imputación de **Homicidio Culposo**(art. 84 primer párrafo del C.P.), por aplicación del beneficio de la duda, art. 6 del C.P.P.

III) Protocolícese, notifíquese y líbrense las comunicaciones de rigor. Cúmplase con la Ley de reincidencia N° 22.117.

Final del formulario